# WORKSHOPBERICHT

## GESUNDHEIT OHNE GRENZEN

Behandlungen im Nachbarland:
Realitäten, Herausforderungen, Risiken und Chancen?

Deutsch-französisch-schweizerischer Workshop
Baden-Baden
6. Oktober 2016

Gefördert durch:

Bundesministerium für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages

Euro Institut

## Inhaltsverzeichnis

Einleitung ..... 1

Workshopprogramm ..... 2

1 – Unterschiedliche Krankenversicherungssysteme

Drei Länder, drei Wege der Übernahme von Behandlungskosten in Deutschland, Frankreich und der Schweiz ..... 4

2 – Regelungsrahmen der Patientenmobilität und Kostenübernahme von grenzüberschreitenden Behandlungen: Potentiale und Grenzen der bestehenden Rechtsrahmen ..... 9

3 - Kostenübernahme von grenzüberschreitenden Behandlungen: Realität und Herausforderungen aus der Sicht der Krankenkassen ..... 18

4 - Best Practices und Optimierungsmöglichkeiten in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung ..... 22

5 - Abschlusspanel: Weiterentwicklung der Kostenübernahme von grenzüberschreitenden Behandlungen – Perspektiven und Ausblick ..... 23

Infos und Impressum ..... 25

## Einleitung

In den deutsch-französisch-schweizerischen Grenzregionen ist grenzüberschreitende Mobilität zum Alltag geworden, sei es um zur Schule zu gehen, zu arbeiten, einzukaufen oder seine Freizeit zu gestalten. Dies betrifft auch die Gesundheitsversorgung und führt zu neuen Anforderungen in diesem Bereich.

Vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung stellt sich zudem die Frage, wie grenzüberschreitende Behandlungen dazu beitragen können, auch künftig eine wohnortnahe und hochwertige Patientenversorgung zu gewährleisten.

Dies setzt allerdings voraus, dass die Kosten der grenzüberschreitenden Behandlung optimal übernommen werden können – trotz der Unterschiede der Krankenversicherungssysteme, der Tarife und der Modalitäten der Kostenübernahme in den jeweiligen Ländern.

Ziel dieses Workshops war es, einen Austausch zu den Modalitäten der Kostenübernahme von grenzüberschreitenden Behandlungen in den jeweiligen Ländern zu ermöglichen, Best Practices aufzuzeigen und gemeinsam konkrete Optimierungsmöglichkeiten zu identifizieren.

Der vorliegende Bericht umfasst die Vortragspräsentationen des Workshops sowie eine Zusammenfassung der Informationen und Diskussionen jedes Themenblocks.

Wir wünschen Ihnen eine angenehme Lektüre!

## Workshopprogramm

**06.10.2016**

09.00 – 09.30 Empfang, Registrierung der Teilnehmenden und Stehimbiss

09.30 – 09.45 Grußwort – Bundesministerium für Gesundheit

09.45 – 11.15 Drei Länder, drei Wege der Übernahme von Behandlungskosten in Deutschland, Frankreich und der Schweiz

- Rolf-Dieter Müller, Vorsitzender des Vorstandes a. D., AOK Berlin – Die Gesundheitskasse - Strategieberater in der Gesundheits- und Versicherungswirtschaft
- Nicole Leopold, Koordinatorin der Abteilung Gestion du dossier du client/ Service des affaires internationales, Caisse Primaire d'Assurance Maladie du Bas-Rhin
- Patricia Mäder, Leiterin Sektion Rechtliche Aufsicht, Bundesamt für Gesundheit (BAG), Bern

11.15 – 12.15 Patientenmobilität und Kostenübernahme von grenzüberschreitenden Behandlungen: Potentiale und Grenzen der bestehenden Rechtsrahmen

- Nationale Kontaktstelle: Stand der Umsetzung der Richtlinie 2011/24/EU
  Bernd Christl, Leiter, Nationale Kontaktstelle für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung
- Die VO (EG) 883/04: der sichere Weg für eine Behandlung im Nachbarland?
  Dr. Sophie Germont, Referentin, GKV-Spitzenverband, Abteilung Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung Ausland
- Rahmenabkommen über die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich
  Elodie Bocéno, Chargée de mission Europe et relation franco-allemande, Délégation aux affaires européennes et internationales – Ministère des Affaires sociales et de la santé
- Patientenmobilität an der schweizerischen Grenze
  Patricia Mäder, Leiterin Sektion Rechtliche Aufsicht KV, Bundesamt für Gesundheit (BAG), Bern

12.15 – 13.45 MITTAGESSEN

13.45 – 15.00 **PODIUMSDISKUSSION**: Kostenübernahme von grenzüberschreitenden Behandlungen: Realität und Herausforderungen aus der Sicht der Krankenkassen
Moderation: Dr. Peter Indra, Leiter des Gesundheitsdepartements des Kantons Basel-Stadt

- In Deutschland:
  Dirk Fischbach, Geschäftsführer, Barmer GEK
- In Frankreich:
  Christine Aureggio, Teamkoordinatorin, Service des affaires internationales, Caisse Primaire d'Assurance Maladie du Bas-Rhin

15.00 – 15.30 Kaffeepause

15.30 – 16.15 **PODIUMSDISKUSSION**: Best Practices und Optimierungsmöglichkeiten in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung
Moderation: Peter Zeisberger, Abteilungspräsident, Regierungspräsidium Karlsruhe

- Behandlung von Patienten im Rahmen grenzüberschreitender Projekte – Patientenmobilität unbürokratisch unterstützt
  Rainer Baudermann, Fachbereichsleiter Versorgungsmanagement, AOK Baden-Württemberg
- Instrumente zur Überwindung von Hürden zur Gesundheitskooperation – Beispiel von der französisch-belgischen Grenze
  Pierre Bonati, Beauftragter für grenzüberschreitende Behandlungen bei der MGEN

16.15 – 17.00 **ABSCHLUSSPANEL**: Weiterentwicklung der Kostenübernahme von grenzüberschreitenden Behandlungen – Perspektiven und Ausblick
Moderation: Peter Zeisberger, Abteilungspräsident, Regierungspräsidium Karlsruhe

- Dr. Monika Vierheilig, Abteilung 5 /Gesundheit, Ministerium für Soziales und Integration, Baden-Württemberg (angefragt)
- René Nething, Délégué Départemental de l'Alsace, ARS Alsace, Champagne-Ardenne, Lorraine
- Karin Mertens, Responsable mission relations internationales, ARS Alsace, Champagne-Ardenne, Lorraine
- Tania Dussey-Cavassini, Vizedirektorin, Bundesamt für Gesundheit (BAG), Bern (angefragt)

# 1 – Unterschiedliche Krankenversicherungssysteme

## Drei Länder, drei Wege der Übernahme von Behandlungskosten in Deutschland, Frankreich und der Schweiz

Die Krankenversicherungssysteme Frankreichs, Deutschlands und der Schweiz wurden in verschiedenen politischen und historischen Kontexten geschaffen und gestaltet, weshalb sie sich in vielen bedeutenden Aspekten, wie etwa ihrer Finanzierung, der Aufteilung von Kompetenzen zwischen den verschiedenen Institutionen oder dem allgemeinen Aufbau, unterscheiden. Gerade alltägliche und grundlegende Abläufe, wie etwa die Übernahme von Behandlungskosten oder die Bezahlung der Leistungserbringer, erfolgen zum Teil auf sehr unterschiedliche Art und Weise. Häufig sind sogar bei den Akteuren selbst die Kenntnisse über die Systeme in den Nachbarländern begrenzt. Dies kann zu großen Ungewissheiten und Ängsten bei der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung führen. Im ersten Themenblock der Veranstaltung stellten die Referenten daher die bedeutendsten Aspekte ihres jeweiligen Systems vor.

Vorträge im Detail:

- Rolf-Dieter Müller, Vorsitzender des Vorstandes a. D., AOK Berlin – Die Gesundheitskasse – Strategieberater in der Gesundheits- und Versicherungswirtschaft
- Nicole Leopold, Manager-coordinateur, Gestion du dossier du client / Service des affaires internationales, Caisse Primaire d'Assurance Maladie du Bas-Rhin
- Patricia Mäder, Leiterin Sektion Rechtliche Aufsicht, Bundesamt für Gesundheit (BAG), Bern
- Broschüre "Krankenversicherungssysteme und Übernahme der Behandlungskosten in Deutschland, Frankreich und der Schweiz"

Zusammenfassung der Informationen und Diskussionen

Viele der Eigenschaften des deutschen Gesundheitssystems, wie etwa die hohe Zahl an Krankenkassen (118 Krankenkassen verteilt auf 6 verschiedene Kassenarten) lassen sich anhand der geschichtlichen Entwicklung und des föderalen Staatsaufbaus erklären. Diese Aspekte erklären auch die große Zahl an zum Teil konkurrierenden Akteuren im Gesundheitsbereich. Neben den Krankenkassen sind dies unter anderem die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Ärztekammer oder die Krankenhausgesellschaften, denen jeweils verschiedene Kompetenzen und Aufgaben zukommen. Der Föderalismus führt dazu, dass viele Institutionen mehrere regionale Präsenzen und einen Dachverband haben, wodurch sich die Komplexität für den Außenstehenden weiter erhöht. Eine Besonderheit, für die es weder in der Schweiz noch in Frankreich eine Parallele gibt, ist das System der privaten Vollversicherung, welches als eigenständiges System neben der gesetzlichen Krankenversicherung existiert. Es soll die hauptsächlich für Arbeitnehmer konzipierte gesetzliche Krankenversicherung ergänzen und für Selbstständige, Beamte und Besserverdiener eine Alternative bilden. Die Finanzierung der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung erfolgt hauptsächlich durch einkommensabhängige Beitragszahlungen, die jeweils ungefähr zur Hälfte von Arbeitgebern und Arbeitnehmern getragen werden. Zusätzlich schießt der Staat jährlich eine variierende Summe hinzu. Im deutschen System wird Wert auf eine relative „Benutzerfreundlichkeit“ für die einzelnen Versicherten gelegt, was sich z.B. bei der Abrechnung widerspiegelt, bei der der Patient sich nicht direkt um die Zahlung an den medizinischen Dienstleister kümmern muss. Er zeigt dem Leistungserbringer einfach seine elektronische Krankenversichertenkarte, welche die wichtigsten Versicherten- und Krankenkassendaten sowie die Krankenversichertennummer enthält und die

Abrechnung erfolgt direkt zwischen den Ärzten (vertreten durch die Kassenärztlichen Vereinigungen) und den Krankenkassen. Als Kritikpunkt können jedoch Mängel im Bereich der Digitalisierung und vor allem die hohe Komplexität des Abrechnungsverfahrens genannt werden.

Mit der französischen Sécurité sociale werden alle sozialen Risiken abgedeckt. Daher stellt die Krankenversicherung, neben Rentenkasse, Arbeitsunfähigkeitsversicherung oder Familienkasse, nur einen der Zweige der Sécurité sociale dar. Alle sich längerfristig in Frankreich aufhaltenden Personen werden verpflichtend in eines von mehreren Régimes aufgeteilt, wobei die bedeutendsten jeweils Arbeitnehmer, landwirtschaftlich Beschäftigte und Selbstständige umfassen. Eine Besonderheit, die den Oberrhein in besonderem Maße betrifft, stellt das Régime local dar. Dieses ist ein verpflichtendes, zusätzliches Régime, das in den Départements Haut-Rhin, Bas-Rhin und Moselle gilt und auf die zwischen 1871 und 1918 dort herrschende deutsche Gesetzgebung zurückgeht. So übernimmt die Sécurité sociale in diesen drei Departements bei einem Arztbesuch 90% der Behandlungskosten (im Gegensatz zu 70%) – Dafür müssen die Versicherten zusätzliche 1,5% ihres Bruttoeinkommens als Sozialabgaben einzahlen. Eine weitere Besonderheit des französischen Krankenversicherungssystems ist die sogenannte Protection universelle maladie (PUMA), die allen sich längerfristig in Frankreich aufhaltenden Personen Zugang zu ärztlicher Behandlung garantiert. Im Gegensatz zu Deutschland und der Schweiz gilt in Frankreich eine Hausarztpflicht. So muss jeder Versicherte beim zuständigen Versicherungsträger einen Hausarzt angeben, der im Rahmen des parcours de soins coordonnés (etwa: koordinierter Behandlungsverlauf) als Gatekeeper fungiert und immer als Erstes aufgesucht werden muss. Bei Nichtbeachtung sinkt die Höhe der Erstattung erheblich. Die Sécurité sociale finanziert sich vor allem aus verschiedenen einkommensabhängigen Sozialabgaben, Steuereinahmen und Staatszuschüssen. Das französische System zeichnet sich durch eine Vielzahl an Institutionen aus. So ist beispielsweise die Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) die zentrale Institution der Krankenversicherung, während 102 Caisses primaires d'Assurance Maladie (CPAM), als Anlaufstellen für die Versicherten auf departementaler Ebene dienen. Die 2009 gegründeten Agences régionales de santé (ARS) sind wiederrum für die regionale Steuerung des Gesundheitssystems zuständig. Die zentrale Internetpräsenz der CPAM findet sich unter http://www.ameli.fr/. Auf der Seite http://www.on-peut-faire-mieux.fr/ findet sich ebenfalls eine sehr benutzerfreundliche und interaktive Präsentation der französischen Krankenversicherung.

Das Schweizer Krankenversicherungssystem unterscheidet sich durch einige Aspekte erheblich von den beiden bereits vorgestellten Systemen, sodass es im Vergleich zu den deutschen und französischen Krankenversicherungssystemen als liberal erscheint: zu erwähnen hier ist etwa die Finanzierung allein durch Mitgliederbeiträge oder die hohen Selbstbeteiligungen des Versicherten. Ein bedeutender rechtlicher Aspekt des Schweizer Systems stellt die Versicherungspflicht dar. Von wenigen Ausnahmen abgesehen, muss sich jede Person versichern, die über 3 Monate in der Schweiz wohnt oder dort arbeitet. Der Ursprung als liberales System erklärt die große Zahl an Krankenversicherern in der Schweiz (im Jahr 2016 gab es 65). Die Krankenversicherungen finanzieren sich ausschließlich durch einkommensunabhängige Beiträge, die zu 100% von den Versicherten geleistet werden. Prämienverbilligungen für Bedürftige erfolgen allerdings durch die Kantone. Bei der Vergütung von Leistungserbringern existieren zwei Systeme: das Prinzip des tiers-payant, also die direkte Abrechnung zwischen Leistungserbringer und Versicherungsträger, was nur in Ausnahmefällen oder bei stationären Behandlungen angewendet wird, und das Prinzip des tiers-garant, also die Vorleistung durch den Patienten und die anschließende Erstattung nach Einreichen der Rechnungen, was den Regelfall darstellt. Hervorzuheben ist auch, dass häufig nicht von einem System, sondern von 26 verschiedenen Krankenversicherungssystemen gesprochen wird, da die Kantone erhebliche Gestaltungsfreiheit genießen und sich, zum Beispiel bei der Art und Weise der Prämienverbilligung, deutlich voneinander unterscheiden. Da die Versicherten in der Schweiz relativ hohe Kosten selbst tragen müssen, sind viele Schweizer offener gegenüber alternativen Versicherungsformen eingestellt, da diese meist mit billigeren Prämien verbunden sind. Ein vergleichsweise großer Anteil der Schweizer Bevölkerung ist in einem Modell mit beschränkter Wahl des Leistungserbringers, wie etwa dem Hausarztmodell, dem Modell der Health-Maintenance Organisations (HMO) oder auch dem Telmed-Modell, versichert.

FAZIT: Es gibt viele Aspekte, in denen sich die drei Systeme voneinander unterscheiden und die sich meist auf historische und politische Gründe zurückführen lassen. So unterscheidet sich das französische System, mit seinem relativ zentralistischen Aufbau und der Konzeption als einheitliche Sozialversicherung, stark von dem liberalen und privatwirtschaftlich geprägten System der Schweiz oder dem hauptsächlich auf Arbeitnehmer ausgerichteten deutschen System. Gerade im Bereich der Finanzierung und der Bezahlung der Leistungserbringer bestehen daher

große Divergenzen. Es gibt jedoch auch einige Gemeinsamkeiten. So hat keines der drei Länder ein vollständig staatliches Gesundheitssystem wie es etwa in Großbritannien der Fall ist. In allen drei Ländern führen staatliche und nichtstaatliche Institutionen einen Staatsauftrag aus. Gleichermaßen gilt in allen Ländern eine Art der Versicherungspflicht. Bei den Modalitäten der Abrechnung fällt nur das deutsche System aus der Reihe, obwohl bei der privaten Vollversicherung ebenfalls das Prinzip der Vorleistung durch den Patienten angewendet wird. Eine der größten Herausforderungen liegt darin, über die Systeme des Nachbarn aufzuklären und so die Unsicherheiten vor allem im Bereich der Kostenübernahme bei grenzüberschreitenden Behandlungen aus dem Weg zu räumen. Gerade die Komplexität dieser Systeme und die Vielzahl der Akteure und Institutionen macht dies zu keiner leichten Aufgabe. Bei der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung stellen diese großen Unterschiede in der Konzeption und der Praxis dieser Systeme eine große Herausforderung bei der Identifizierung von gemeinsamen Interessen und konkreten Lösungen dar.

Wenn Sie sich eingehender über eines der drei Krankenversicherungssysteme informieren wollen, finden Sie in der Broschüre *Gesundheit ohne Grenzen – Krankenversicherungssysteme und Übernahme der Behandlungskosten in Deutschland, Frankreich und der Schweiz* detaillierte Erläuterungen zu den Grundfunktionsweisen der jeweiligen Krankenversicherungs- und Abrechnungssysteme.

## 2 – Regelungsrahmen der Patientenmobilität und Kostenübernahme von grenzüberschreitenden Behandlungen: Potentiale und Grenzen der bestehenden Rechtsrahmen

In diesem zweiten Teil werden die verschiedenen existierenden Rechtsrahmen vorgestellt, die die Grundlage für die Inanspruchnahme von grenzüberschreitenden Behandlungen darstellen und die Instrumente für grenzüberschreitende Kooperationsprojekte bieten. Wichtig sind hier vor allem auf europäischer Ebene die Richtlinie 2011/24/EU zur Patientenmobilität und die Verordnung (EG) 883/04 zur Sozialrechtskoordinierung. Während die Verordnung direkt gültig ist, wurde die Richtlinie wiederum in den meisten Staaten des Europäischen Wirtschaftraums in nationales Recht umgewandelt. Diese Regelungen bilden den allgemeinen rechtlichen Rahmen für Patientenmobilität oder grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich in der EU. Ein weiteres Instrument für die grenzüberschreitende Zusammenarbeit sind bilaterale Abkommen, die zwischen zwei aneinandergrenzenden Staaten geschlossen werden und deshalb mehr mit Blick auf die konkreten lokalen Anforderungen und Bedingungen konzipiert wurden. Als letztes wird die Patientenmobilität mit der Schweiz gesondert betrachtet, da in der Schweiz zum Teil andere Regelungen gelten als innerhalb der EU.

Vorträge im Detail:

- Nationale Kontaktstelle: Stand der Umsetzung der Richtlinie 2011/24/EU
  Bernd Christl, Leiter, Nationale Kontaktstelle für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung
- Die VO (EG) 883/04: Der sichere Weg für eine Behandlung im Nachbarland?
  Dr. Sophie Germont, Referentin, GKV-Spitzenverband, Abteilung Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung Ausland
- Rahmenabkommen über die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich
  Elodie Bocéno, Chargée de mission Europe et relation franco-allemande, Délégation aux affaires européennes et internationales – Ministère des Affaires sociales et de la santé
- Patientenmobilität an der schweizerischen Grenze
  Patricia Mäder, Leiterin Sektion Rechtliche Aufsicht KV, Bundesamt für Gesundheit (BAG), Bern

Zusammenfassung der Informationen und Diskussionen

Richtlinie 2011/24/EU über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung

Im Zuge der Umsetzung der Richtlinie 2011/24/EU sind die Mitgliedsstaaten aufgefordert worden, nationale Kontaktstellen einzurichten, die in erster Linie als Informationsportal für Patienten und als Koordinierungsstelle konzipiert sind. Die nationale Kontaktstelle wird in Deutschland von allen großen Bundesverbänden des Gesundheitssystems getragen. Als primäre Zielgruppe werden die Patienten angesehen, weshalb die deutsche nationale Kontaktstelle eine Adresse für ihre Homepage wählte (eu-patienten.de), die leicht über Suchmaschinen gefunden werden kann. Dieses Portal soll Informationen über die Richtlinie 2011/24/EU und die Verordnung EG 883/04 bündeln und den Patienten somit bei der Entscheidung helfen, welche Regelung für die individuelle Situation am vorteilhaftesten ist. Gleichzeitig berät die Kontaktstelle Patienten auch telefonisch und vermittelt zwischen den verschiedenen Akteuren. Bisher erreichen die Kontaktstelle nur relativ wenige Anfragen (2015: 2000 Anfragen und 35.000 Seitenaufrufe), jedoch zeichnet sich eine steigende Tendenz ab. Der Großteil der Anfragen kommt von den Patienten direkt. Die Daten zeigen, dass es sich bei der Inanspruchnahme der Richtlinie nicht um ein Massenphänomen handelt, sondern dass Patienten sie fast ausschließlich dann in Anspruch nehmen, wenn eine Notwendigkeit, wie etwa durch die räumliche Nähe, durch Wartelisten im eigenen Land oder bei seltenen Krankheiten besteht. Sobald europaweite Referenznetzwerke bestehen, könnte sich die Richtlinie gerade im letztgenannten Fall als sehr hilfreich erweisen. Die Richtlinie weist hinsichtlich der nationalen Kontaktstellen einen signifikanten Mangel auf, den Herr Christl in seiner Präsentation hervorhob. So müssen die Informationen nur in einer Amtssprache der EU angeboten werden. Vielen Hilfesuchenden bleibt daher die Auskunft verwehrt, wenn die Informationen für sie nicht verständlich präsentiert werden. Diese Regelung müsste insofern geändert werden, dass zumindest die wichtigsten Amtssprachen abgedeckt sein müssen. Die allergrößte Herausforderung liegt allerdings in der Öffentlichkeitsarbeit. Viele Patienten, für die eine Behandlung im Ausland in Frage kommt, wissen schlicht und einfach nicht von der Existenz der Kontaktstellen und wissen daher nicht, an wen sie sich mit ihren Fragen wenden können.

Internetpräsenz der deutschen Kontaktstelle: www.eu-patienten.de.

Internetpräsenz der französischen Kontaktstelle: www.cleiss.fr.

Verordnung EG 883/04

Ein weiteres Regelwerk zur Kostenübernahme von grenzüberschreitenden Behandlungen ist die Verordnung EG 883/04. Diese wurde vor dem Hintergrund des Binnenmarktgedankens, also des freien Verkehrs von Waren, Personen und Dienstleistungen, verabschiedet und sieht eine Koordinierung der Sozialversicherungssysteme der teilnehmenden Länder vor. Der Gesundheitsbereich stellt also nur einen Teilbereich der Verordnung dar. Die Verordnung gilt in allen Ländern der EU und des europäischen Wirtschaftsraums, sowie seit 2012 auch für die Schweiz. Die Verordnung soll insbesondere sicherstellen, dass Patienten bei einer Behandlung nicht mit Verlusten rechnen müssen, aber gleichzeitig auch keinen Vorteil aus den verschiedenen Regelungen schlagen können. Es soll also eine Sicherheit darüber geschaffen werden, wo und wann die Regelungen welchen Staates gelten. Die Grundprinzipien für den Gesundheitsbereich sind die Sachleistungsaushilfe und der Export von Geldleistungen. Ein Patient wird daher behandelt wie ein Patient des Behandlungsstaates, wobei der Versicherungsträger im Herkunftsstaat für die Leistungen aufkommt. Die Verordnung regelt dabei sowohl die Kostenübernahme bei dauerhaften Aufenthalten sowie bei kurzfristigen Aufenthalten. Bei letzteren werden ungeplante Behandlungen nach dem Vorzeigen der European Health Insurance Card (EHIC) übernommen, während bei geplanten Behandlungen im Ausland eine Vorabgenehmigung beim heimischen Versicherungsträger eingeholt werden muss. Diese Zustimmung erfolgt allerdings nicht automatisch, sondern liegt im Ermessen des Trägers. Die damit verbundene Unsicherheit und die Wartezeiten sind vor allem in Grenzregionen, zum Beispiel in dem Fall, das ein ausländischer Leistungserbringer leichter zu erreichen ist, problematisch.

Die Vor- und Nachteile der zwei Regelungen bei geplanten Behandlungen im Ausland werden auf der Homepage der deutschen Kontaktstelle tabellarisch aufgelistet. Es handelt sich dabei allerdings um eine Darstellung allein aus deutscher Sicht. In den anderen Ländern wurde die Richtlinie anders in nationales Recht umgesetzt, weshalb sich die konkreten Abläufe unterscheiden können.

| | Vorteile | Nachteile |
|---|---|---|
| Richtlinie 2011/24/EU | keine Beschränkung auf Vertragsdienstleister, Aufsuchen privater Ärzte möglich | Keine Sicherheit ob und in welcher Höhe die Kosten übernommen werden |
| | keine Beschränkung auf gesetzlichen Leistungskatalog, zusätzliche Leistungen können in Anspruch genommen werden | Vorleistung und anschließendes Einreichen der Rechnungen (bei teuren Behandlungen für viele Patienten unmöglich) |
| | häufig keine Vorabgenehmigung notwendig (bestimmte Behandlungen ausgenommen) | Übersetzungen der Rechnungen auf eigene Kosten |
| | | Haftungs- und Gewährleistungsansprüche nach Recht des Behandlungsstaats, keine Unterstützung durch heimischen Träger |
| Verordnung EG 883/04 | Abrechnung zwischen Dienstleister und Versicherungsträger, keine Übersetzungen auf eigene Kosten | immer Vorabgenehmigung notwendig |
| | relative Kostensicherheit, da (je nach Land) höchstens die Eigenanteile selbst zu tragen sind | nur Vertragsdienstleister, nur Leistungen aus dem gesetzlichem Leistungskatalog |
| | Gleichbehandlung wie Versicherte im Gastland, auch in Bezug auf Gewährleistung und Haftung | keine Unterstützung durch heimischen Träger bei Behandlungsfehlern |

Zwischenstaatliche bilaterale Rahmenabkommen:

Damit Gesundheitskooperationen von den regionalen französischen Gesundheitsbehörden auch initiiert und getragen werden können, wurden zwischenstaatliche bilaterale Rahmenabkommen über grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich zwischen Frankreich und verschiedenen Nachbarstaaten unterzeichnet. So sind im Juli 2005 das deutsch-französische Rahmenabkommen und im September 2016 das französisch-schweizerischer Rahmenabkommen unterzeichnet worden. Die Rahmenabkommen schaffen einen rechtlichen Rahmen für ausgehandelte Kooperationen, in denen sensible Themen wie der Austausch von Patientendaten, von Patienten, und/oder Gesundheitsdienstleistern über administrative, finanzielle und

sprachliche Hürden festgelegt werden. Frankreich hat solche Abkommen bereits mit Belgien, Deutschland, Spanien und der Schweiz geschlossen. Ein Abkommen mit Luxemburg befindet sich in Vorbereitung. Das deutsch-französische Rahmenabkommen gründet auf einem konkreten geographischen Kontext: Entlang der gemeinsamen Grenze leben 19 Millionen Menschen, worunter es eine hohe Anzahl an Grenzgängern gibt. Die spezifischen Ziele des Rahmenabkommens liegen hierbei darin, das Angebot und die Qualität von Gesundheitsdienstleistungen zu verbessern, einen regelmäßigen Austausch zwischen den Akteuren des Gesundheitswesens zu ermöglichen und aufrechtzuerhalten, sowie eine rechtliche Basis für die zahlreichen bereits bestehenden Einzelprojekte zu schaffen. Aktuell sind in diesem Rahmen schon folgende Kooperationsvereinbarungen an der deutsch-französischen Grenze unterzeichnet worden:

- Vereinbarung für eine Kooperation im Bereich der medizinischen Notfallhilfe zwischen der Préfecture von Lothringen, der Agence Régionale Hospitalière Lothringen und dem Ministerium für Inneres und Sport des Saarlandes
- Vereinbarung für eine Kooperation im Bereich der medizinischen Notfallhilfe zwischen dem Präfekten der Region Elsass, dem Präfekten des Departement Bas-Rhin, der Agence Régionale Hospitalière Elsass, der URCAM und dem Ministerium für Inneres und Sport Rheinland-Pfalz
- Vereinbarung für eine Kooperation im Bereich der medizinischen Notfallhilfe zwischen dem Präfekten der Region Elsass, dem Präfekten des Departement Bas-Rhin, der Agence Régionale Hospitalière Elsass, der URCAM und den Regierungspräsidien von Freiburg und Karlsruhe
- Grenzüberschreitende Kooperationsvereinbarung für Schwerbrandverletzte zwischen der Agence Régionale Hospitalière Elsass, der URCAM Elsass und dem Zentrum für Schwerbrandverletzte der BG Unfallklinik Ludwigshafen
- Grenzüberschreitende Kooperationsvereinbarung im Bereich der Kardiologie zwischen der Agence Régionale de Santé Lothringen, dem Centre Hospitalier Intercommunal Unisanté+ (CHIC UNISANTE) und den SHG-Kliniken Völklingen
- Grenzüberschreitende Gesundheitsvereinbarungen zur gemeinsamen Versorgung von Epilepsiepatienten zwischen der Agence Régionale de Santé Elsass, den Hôpitaux Universitaires de Strasbourg und den deutschen Krankenkassen zur Behandlung deutscher Patienten

Im Bereich der Notfallmedizin wird offenbar, warum diese Kooperationsvereinbarungen wichtig sind. Gerade in diesem Bereich gilt es wegen des Zeitdrucks je nach Zustand des Patienten die nächste geeignete Behandlungsstelle unabhängig der Landesgrenzen zu finden. Da die Notfallversorgung auf beiden Seiten gut ausgebaut ist, besteht zwar nur ein geringer Bedarf, allerdings muss die Sicherstellung der höchstmöglichen Behandlungsqualität in jedem Einzelfall im Mittelpunkt stehen. Trotz dieser positiven Beispiele von Vereinbarungen zwischen einzelnen Leistungserbringern steht weiteren Vereinbarungen oft die Angst der Akteure bezüglich Finanzierungsfragen im Wege.

Patientenmobilität mit der Schweiz:

Die grundlegende Regelung des Schweizer Krankenversicherungssystems ist das Territorialitätsprinzip, welches festlegt, dass grundsätzlich nur solche Leistungen erstattungsfähig sind, die von in der Schweiz zugelassenen Dienstleistern auf Schweizer Staatsgebiet durchgeführt wurden. Allerdings gibt es einige Ausnahmen von dieser Regel. So werden etwa in Notfällen, etwa wenn sich der Patient im Ausland befindet und nicht zur Behandlung in die Schweiz zurückkehren kann, die Behandlungskosten übernommen. Behandlungen im Ausland sind ebenfalls zulässig, wenn eine Behandlung in der Schweiz nicht möglich oder zu risikoreich wäre. Die Rechtsgrundlagen bei Behandlungen in der EU bildet dabei die VO EG 883/2004, welche von der Schweiz im Rahmen des Personenfreizügigkeitsabkommens mit der EU übernommen wurden. Eine spezifisch-schweizerische Ausnahme bilden die sogenannten Pilotprojekte, welche auf Verordnungsgrundlage zwischen einzelnen Kantonen und Versicherern mit ausländischen Leistungserbringern für eine Dauer von 4 Jahren geschlossen werden können. Wichtig ist dabei, dass Kantone und Versicherer diese gemeinsam beim Departement des Inneren beantragen, Freiwilligkeit auf Seiten der Versicherten herrscht, die Leistungen klar definiert sind und die Tarife und Preise der Auslandsbehandlungen nicht höher als in der Schweiz liegen. Zusätzlich müssen Pilotprojekte wissenschaftlich begleitet werden. Zurzeit gibt es 3 Pilotprojekte, davon eines am Oberrhein: das GRÜZ Pilotprojekt (grenzüberschreitende Zusammenarbeit Deutschland – Schweiz im Gesundheitsbereich) in den Kantonen Basel-Stadt, Basel-Landschaft und dem Landkreis Lörrach. Ende September 2016 fand auch hier eine erfreuliche Änderung statt. Eine neue Gesetzesgrundlage bietet nun mehr Möglichkeiten für Kooperationen und beendet die Befristung der Pilotprojekte. Dieses Gesetz wurde allerdings erst nach einigen Diskussionen beschlossen, da der Bund vor allem sicherstellen wollte, dass Kantone und Versicherer Kooperationen weiterhin

zusammen beantragen müssen und Freiwilligkeit auf Seiten der Versicherten garantiert bleibt. Das neue französisch-schweizerische Rahmenabkommen öffnet die Türen für ähnliche Kooperationsabkommen mit Frankreich.

FAZIT: Im Bereich der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung gibt es verschiedene Rechtsvorschriften, die unterschiedliche Wege der Inanspruchnahme von Leistungen im Nachbarland ermöglichen. Dieses Nebeneinander von Regelungen, die für den Patienten jeweils verschiedene Vor- und Nachteile mit sich bringen, erschwert das Verständnis ungemein. So liegt eines der Hauptprobleme darin, die bereits vorhandenen Regelungen den Versicherten bekannt zu machen und die Zugänglichkeit zu erhöhen. Die steigende Zahl an Kooperationsvereinbarungen entlang der deutsch-französischen und deutsch-schweizerischen Grenze zeigt, dass der Wille vorhanden ist, grenzüberschreitende Kooperationsprojekte im Rahmen der bilateralen Abkommen oder Pilotprojekten zu entwickeln, um bedarfsgerechte Lösungen für den Patienten im Grenzraum aufzubauen. Auch wenn eine klarere und einheitliche Regelung durchaus wünschenswert wäre, ist grundsätzlich positiv hervorzuheben, dass bereits ein rechtlicher Rahmen vorhanden ist, der weitere Kooperationen zulässt sobald sich Akteure vor Ort motivieren lassen.

Die folgende Tabelle zeigt die üblichen Abläufe bei Behandlungen im Nachbarland. Zunächst werden dabei die Abläufe bei ungeplanten Behandlungen und Notfällen aufgeführt, bei denen die Europäische Krankenversicherungskarte, oder EHIC (European Health Insurance Card), zum Einsatz kommt. Die Sichtweise entspricht in dieser Tabelle der eines Patienten aus dem EWR oder der Schweiz, der sich in Deutschland, Frankreich oder der Schweiz behandeln lassen will. Anschließend werden die Vorgänge bei geplanten Behandlungen vorgestellt, bei denen entweder die Regelungen der Verordnung (EG) 883/04 oder der Richtlinie 2011/24/EU greifen können. Die Sichtweise ist hier die eines Versicherten aus den drei Ländern am Oberrhein, der sich im Ausland behandeln lassen will.
An dieser Stelle sei angemerkt, dass es sich bei diesen Tabellen keinesfalls um verbindliche Angaben handelt. Die Darstellung entspricht den in den Regelungen vorgesehen Standardfällen. Im Einzelfall kann es jedoch zu Abweichungen im Ablauf kommen. Die nationalen Kontaktstellen oder Versicherungsträger können für den Einzelfall Auskunft geben.

Kostenübernahme ungeplanter Behandlungen:

| in Frankreich | in der Schweiz | in Deutschland |
|---|---|---|
| Vorzeigen der EHIC (bzw. provisorische Ersatzbescheinigung) als Berechtigungsnachweis | Vorzeigen der EHIC (bzw. provisorische Ersatzbescheinigung) und des Personalausweises/Reisepasses | Vorzeigen der EHIC (bzw. provisorische Ersatzbescheinigung) und des Personalausweises/Reisepasses |
| Vorleistung | Vorleistung | Ausfüllen des Muster 81, Wahl einer aushelfenden Krankenkasse |
| Einsenden der Dokumente (Behandlungsschein, Kopien von Belegen, Verschreibungen, EHIC, sowie Anschrift und Bankverbindung) an die örtliche CPAM | Einsenden der Dokumente (Original der Rechnung, Kopie der EHIC, Bankverbindung, Heimatadresse) bei der Gemeinsamen Einrichtung KVG | Praxis sendet Unterlagen (Kopien EHIC und Ausweis, Muster 81) an die ausgewählte KK<br>Praxis rechnet mit KV gemäß den Bedingungen der gewählten aushelfenden KK (Leistungsumfang und Punktwert) ab |
| Erstattet wird nur der Anteil des Tarif de *Convention*, den die *Sécurité sociale* übernimmt (ca. 70%) | Krankenhäuser rechnen meist direkt mit der Gemeinsamen Einrichtung KVG ab, Rückerstattung abzüglich Zuzahlungen | Wenn kein Berechtigungsnachweis vorgelegt werden konnte, erfolgt die Abrechnung wie bei einem Privatpatienten (Vorkasse), Erstattung beim heimischen Träger |
| *freie Arztwahl (ABER: Secteur 1 empfohlen, sonst noch höhere Eigenanteile!)* | Auch für Ausländer besteht eine Franchise von 92 CHF pro 30 Tage | |
| Auch möglich in Vorleistung zu treten und nach Rückkehr beim heimischen Träger Rückerstattung einzufordern | | |

## Kostenübernahme geplanter Behandlungen

| | versichert in Deutschland | versichert in Frankreich | versichert in Schweiz |
|---|---|---|---|
| VO (EG) 883/04 | Einholen des Formulars S2 bzw. E 112 beim heimischen Versicherungsträger vor der Behandlung<br>Vorlage der Genehmigung bei Krankenversicherer im Behandlungsstaat<br>Behandlung & Vorkasse (außer Leistungserbringer rechnet direkt mit Versicherungsträger ab)<br>Einreichen aller Rechnungen und Belege beim Träger im Behandlungs- oder Heimatsstaat (außer wenn dies durch den Leistungserbringer erfolgt) | Ausstellen eines Gesundheitszeugnisses durch Hausarzt,<br>Einholen des Formulars S2 bzw. E 112 beim heimischen Versicherungsträger vor der Behandlung<br>Vorlage der Genehmigung bei Krankenversicherer oder Leistungserbringer im Behandlungsstaat<br>Behandlung & Vorkasse (außer Leistungserbringer rechnet direkt mit dem Versicherungsträger ab)<br>Einreichen aller Rechnungen und Belege beim Träger im Behandlungs- oder Heimatsstaat (außer wenn dies durch den Leistungserbringer erfolgt) | aufgrund des Territorialitätsprinzips sind Erstattungen für geplante Behandlungen generell nicht erstattungsfähig, es sei denn, es handelt sich um einen Notfall oder die Behandlung lässt sich in der Schweiz nicht durchführen;<br>Allerdings können hierfür private Zusatzversicherungen abgeschlossen werden |
| RL 2011/ 24/ EU | keine Vorabgenehmigung (außer bei Übernachtung und hochspezialisierten Behandlungen u.a. →Nachfragen bei nationaler Kontaktstelle oder Versicherungsträger),<br>Vorkasse und nachträglicher Antrag auf Kostenerstattung beim heimischen Träger, dieser erstattet zu heimischen Konditionen minus Verwaltungsbeitrag<br>ACHTUNG: Mitglieder der PKV fallen nicht unter diese Regelungen. Bei ihnen hängt die Übernahme der Kosten von den individuellen Vertragskonditionen ab | - keine Vorabgenehmigung (außer bei Übernachtung und hochspezialisierten Behandlungen u.a. →Nachfragen bei nationaler Kontaktstelle oder Versicherungsträger)<br>- Vorkasse und nachträglicher Antrag auf Kostenerstattung beim heimischen Träger, dieser erstattet zu heimischen Konditionen | die Schweiz wendet die Bestimmungen der Richtlinie nicht an |

## 3 - Kostenübernahme von grenzüberschreitenden Behandlungen: Realität und Herausforderungen aus der Sicht der Krankenkassen

In der ersten Podiumsdiskussion des Nachmittags berichteten Vertreter der direkt in die Praxis der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung involvierten Institutionen, also den Krankenkassen in Deutschland, der Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) in Frankreich und der Gemeinsamen Einrichtung GKV in der Schweiz, über ihre Erfahrungen und die alltäglichen Abläufe der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung. Gerade durch diese Erfahrungen mit den tatsächlichen Fällen, den Abläufen und den dabei aufkommenden Problemen können diese Berichte dabei helfen, wichtige Probleme und Fragestellungen in den jeweiligen nationalen Teilräumen zu erkennen.

Vortragende (keine Vortragspräsentationen verfügbar):

- Deutschland
  Dirk Fischbach, Geschäftsführer, Barmer GEK
- Frankreich
  Christine Aureggio, animatrice d'équipe, Service des affaires internationales, Caisse Primaire d'Assurance Maladie du Bas-Rhin
- Schweiz
  Marc Schwarz, Institution Commune LAMal, Gemeinsame Einrichtung KVG

Zusammenfassung der Informationen und Diskussionen

Als ausführende Organe eines Staatsauftrags ist die grenzüberschreitende Zusammenarbeit für die deutschen Krankenkassen zunächst relativ unattraktiv, da sie mit zusätzlichen Kosten und einem höherem bürokratischen Aufwand verbunden ist. Für die Kassen muss daher die Attraktivität dieses Themas erhöht werden, zum Beispiel indem sie bei der Gestaltung des Leistungsangebots und des Kostenmanagements mitwirken können; wäre dies der Fall, könnte das Angebot an grenzüberschreitende Behandlungen als Mehrwert und im Bereich des Marketings verwertet werden. Dies erklärt sich aus der Wettbewerbssituation in der die deutschen Krankenkassen stehen. Insgesamt werden grenzüberschreitende Leistungen aber nur von einem kleinen Anteil der Versicherten in Anspruch genommen. Hervorzuheben ist allerdings, dass die Zusammenarbeit gerade mit den europäischen Partnern sehr gut funktioniert und sich die Quote der Fälle, bei denen die Kostenerstattung oder die Bezahlung der Leistungserbringer Probleme bereitet, daher im Promillebereich befindet. Dies konnte Herr Schwarz von der Gemeinsamen Einrichtung KVG bestätigen. Trotz dieser geringen Inanspruchnahme ist der Grenzverkehr eine Realität, die beachtet werden muss und wegen derer Regelungen notwendig sind und Hindernisse abgebaut werden müssen. Denn gerade im Einzelfall muss die Qualität der Behandlung im Mittelpunkt stehen. Diese darf nicht zu Lasten des Patienten unter mangelnder Kooperation leiden.

Als rein administrative Behörde kann die CPAM Bas-Rhin kaum konkrete Zahlen zu den Kosten der grenzüberschreitenden Behandlungen nennen. Allerdings konnte der Vorgang der Erteilung der Vorabgenehmigungen aus französischer Sicht eingehender veranschaulicht werden. Wenn ein französischer Patient eine Vorabgenehmigung für eine Behandlung im Ausland einholen will, muss dieser trotzdem den *parcours de soins coordonnés* einhalten, also zunächst von seinem eingetragenen Hausarzt eine detaillierte ärztliche Bescheinigung ausstellen lassen, die die Notwendigkeit einer Behandlung im Ausland rechtfertigt. Diese ärztliche Bescheinigung wird dann bei der zuständigen CPAM eingereicht. Diese leitet die Bescheinigung an den nationalen beratenden Arzt/medizinischen Berater weiter, der über die Behandlung allein aufgrund medizinischer Gesichtspunkte entscheidet. Die CPAM Bas-Rhin bearbeitete im letzten Jahr 250 Anträge dieser Art für Deutschland und 4 für die Schweiz, wobei nachträglich nicht mehr zwischen akzeptierten und abgelehnten Anträgen unterschieden werden kann. Die CPAM ist ebenfalls für die Ausstellung der EHIC zuständig, welche in Frankreich nicht wie in den anderen

beiden Ländern auf der Rückseite der Krankenversichertenkarte zu finden ist, sondern separat beantragt werden muss. Diese ist dann 2 Jahre gültig. Wenn ein Patient diese Karte im Ausland nicht vorweisen kann, übermittelt er die erhaltenen Rechnungen und Belege seiner heimischen CPAM, welche die Dokumente an das *Centre National des Soins à l'Etranger* (CNSE) weiterleitet. Dieses übernimmt die Erstattung und fordert das Geld bei den ausländischen Versicherern ein.

Die Gemeinsame Einrichtung KVG nimmt auf dem Bereich der Kostenübernahme bei der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung in der Schweiz eine zentrale Rolle ein. Sie ist eine Stiftung unter Aufsicht des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) und ihr kommen neben einer Reihe an kleineren Aufgaben, wie etwa die Organisierung des Risikoausgleichs zwischen den Krankenversicherern oder die Verwaltung des Insolvenzfonds, zwei Hauptaufgaben zu. Sie ist einerseits Verbindungsstelle für die Schweiz und andererseits aushelfender Träger für ausländische Versicherte. Als Verbindungsstelle ist sie zuständig für die Prüfung, die Weiterleitung und den Einzug von Rechnungen sowie die Tarifkontrolle bei Behandlungen von Schweizern im Ausland. Dies betrifft pro Jahr circa 180 000 Personen und ein Volumen von 92 Mio. CHF. Im Jahr lassen sich ebenfalls circa 180 000 Ausländer in der Schweiz behandeln, was jedoch einem Volumen von 180 Mio. CHF entspricht. Wenn Nicht-Schweizer in der Schweiz behandelt werden, fungiert die Gemeinsame Einrichtung als aushelfender Träger. Sie übernimmt dann alle Funktionen und Aufgaben eines Krankenversicherers. Dies wird von circa 40 000 - 45 000 Neukunden pro Jahr in Anspruch genommen. Sie übernimmt ebenfalls die Prüfungen von Belegen und rechnet mit den anderen Verbindungsstellen (z.B. mit dem GKV Spitzenverband DVKA und der CNSE) ab. Dabei werden die jeweiligen Forderungen gegeneinander aufgewogen und die Differenzen ausgezahlt.

Auffallend ist die Unterschiedlichkeit der in die Kostenübernahme von grenzüberschreitenden Behandlungen involvierten Akteure und die verschiedenen Aufgaben und Kompetenzen, die ihnen in ihren jeweiligen Gesundheitssystemen zukommen. Umso erstaunlicher ist es, in welchem Maße die Kooperation und die Abstimmung unter diesen Akteuren bereits funktioniert. Diese Angst vieler Beteiligter, sowohl auf Patienten- als auch auf Leistungserbringerseite, scheint somit unbegründet. Zudem zeigen die Zahlen auch, dass es sich bei grenzüberschreitenden Behandlungen um ein Randphänomen handelt, da kaum ein Patient sich im Ausland behandeln lässt, wenn nicht ein oder mehrere Faktoren diese Behandlung vorteilhafter erscheinen lassen. Diese Faktoren sind in Grenzregionen etwa geographische Nähe oder die Tatsache, dass Behandlungen im Heimatstaat nicht angeboten werden bzw. mit langen

Wartezeiten verbunden sind. Selbst wenn die Patientenmobilität also weiter steigt, wird sie keine Bedrohung für die nationalen Systeme und Interessen darstellen.

# 4 - Best Practices und Optimierungsmöglichkeiten in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung

Dieser Teil widmet sich bereits existierenden konkreten Kooperationsprojekten und den damit verbundenen Erfahrungen. Die AOK Baden-Württemberg berichtete von den zahlreichen Abkommen, die die AOK Baden-Württemberg in den letzten Jahren für ihre Versicherten mit Leistungsanbietern im europäischen Ausland, wie etwa mit Unfallzentren in österreichischen Skigebieten, abgeschlossen hat. Die MGEN (Mutuelle Générale de l'Education Nationale) stellte das EDV-gestützte System für die Kostenübernahme von grenzüberschreitenden Behandlungen im Rahmen der Zone Organisée d'Accès aux Soins Transfrontaliers (Pilotregion für den Zugang zu grenzüberschreitenden medizinischen Leistungen) und der ZOAST an der französisch-belgischen Grenze vor. In einer ZOAST ist es möglich, einen Leistungsanbieter im Nachbarland ohne vorherige Genehmigung des heimischen Trägers aufzusuchen.

Vorträge im Detail:

- Behandlung von Patienten im Rahmen grenzüberschreitender Projekte – Patienten-mobilität unbürokratisch unterstützt
  Rainer Baudermann, Fachbereichsleiter Versorgungsmanagement, AOK Baden-Württemberg

- Instrumente zur Überwindung von Hürden zur Gesundheitskooperation – Beispiel der französisch-belgischen Grenze
  Pierre Bonati, Beauftragter für grenzüberschreitende Behandlungen, MGEN

## 5 - Abschlusspanel: Weiterentwicklung der Kostenübernahme von grenzüberschreitenden Behandlungen – Perspektiven und Ausblick

Es wurden folgende abschließende Überlegungen des Abschlusspanels festgehalten:

- Peter Zeisberger, Abteilungspräsident, Regierungspräsidium Karlsruhe
- René Nething, Délégué Départemental de l'Alsace, ARS Alsace, Champagne Ardennes, Lorraine
- Karin Mertens, Responsable mission relations internationales, ARS Alsace, Champagne Ardennes, Lorraine
- Dr. Peter Indra, Leiter des Bereichs Gesundheitsversorgung im Gesundheits-departement des Kantons Basel-Stadt – Vorsitzender der AG Gesundheitspolitik der Deutsch-französisch-schweizerischen Oberrheinkonferenz

Ein Problem der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, das sich schon im Vorfeld der Veranstaltung offenbart hat, liegt darin, die Vielzahl an Akteuren und Institutionen und deren unterschiedliche Zielvorstellungen und Wünsche auf einen gemeinsamen Nenner zu bringen und einen Grundkonsens zu bestimmen. Diese Schnittmenge, die alle Beteiligten gleichermaßen betrifft, lässt sich wohl am ehesten in drei große Bereiche einteilen. Dies sind zunächst die technischen und rechtlichen Aspekte, wie etwa die Art und Weise der Erstattung von Leistungen oder der rechtliche Rahmen in den Einzelstaaten und der EU. Dieser Bereich stand in dieser Veranstaltung im Mittelpunkt. Der zweite Bereich sind die kulturellen Aspekte, also neben sprachlichen Unterschieden auch die Frage, wie Medizin und Gesundheitsversorgung in den drei Ländern konzipiert und angesehen werden. Der dritte und wohl bedeutendste Bereich stellen die finanziellen Aspekte dar. Diese sind aus der Sicht vieler Akteure wohl der Punkt, der ihnen am meisten Sorgen bereitet und der für einen Großteil der Hemmnisse verantwortlich ist.

Die Vorträge im Rahmen der Konferenz haben die Komplexität und die Vielfalt der Wege der Kostenübernahme von grenzüberschreitenden Behandlungen aufgezeigt. Die vielseitige Problematik lässt sich allerdings in der Praxis der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit nur sehr bedingt auflösen und eine Schlüsselstellung kommt der Beratung zu; hinzukommt, dass die Fälle sich nicht pauschalisieren lassen, sondern oft als Einzelfälle überprüft werden sollen.

Hier sind über die bestehenden rechtlichen Rahmenbedingungen hinaus weitere politische Ansätze sinnvoll und erforderlich. Ein erster Schritt könnte dahin gehen, einzelne räumlich und zeitlich beschränkte Projekte zu ermöglichen. Die Beispiele der deutsch-schweizerischen oder der französisch-belgischen Zusammenarbeit weisen hierzu interessante Ansätze auf.

Es ist erfreulich, wie viele solcher Projekte bereits im Rahmen der Pilotprojekte und der bilateralen Abkommen geschlossen werden konnten und noch geschlossen werden können. Gerade Veranstaltungen wie diese und das im Juli 2016 gestartete Projekt TRISAN sorgen für eine weitere Vernetzung der Akteure, welche die Grundlage für neue Kooperationen darstellen kann. Die große Dynamik der grenzüberschreitenden Arbeit am Oberrhein und der Enthusiasmus vieler Akteure können dafür sorgen, dass die grenzüberschreitende Kooperation im Gesundheitsbereich am Ende mehr Chancen als Risiken birgt.

## Infos und Impressum

### VORBEREITUNG UND INHALTLICHE KOORDINATION DER KONFERENZ :

Anne Dussap, Projektleiterin TRISAN

Euro-Institut

Rehfusplatz 11

D- 77694 Kehl

Tel +49 (0) 7851 / 7407-25

Fax +49 (0) 7851 / 7407-33

Mail : dussap@trisan.org

### IMPRESSUM

Redaktion

- Michael Lörch
- Anne Dussap, Euro-Institut

Übersetzung

- Michael Lörch
- Florence Tissen

Lektorat und Layout

- Flore Scetbon, Euro-Institut
- Virginie Conte, Euro-Institut
- Christine Schwarz, Euro-Institut

Fotos

- Uli Deck

Dezember 2016