



Study on Cross-Border Cooperation

Capitalising on existing initiatives for cooperation in cross-border regions

Cross-border.Care

Kurzfassung



Funded by the Health Programme
of the European Union

Written by Gesundheit Österreich
Forschungs und Planungs GmbH
March 2018



EUROPEAN COMMISSION

Directorate-General for Health and Food Safety
Directorate B— Health systems, medical products and innovation
Unit B.2 Cross-border Healthcare and Tobacco Control
Email: SANTE-Cross-Border-Healthcare@ec.europa.eu, Corina.VASILESCU@ec.europa.eu

Consumers, Health, Agriculture and Food Executive Agency
Email: Anne-Marie.YAZBECK@ec.europa.eu

*European Commission
B-1049 Brussels*

Study on Cross-Border Cooperation

Capitalising on existing initiatives for cooperation in
cross-border regions

Cross-border.Care

Kurzfassung

***EUROPE DIRECT is a service to help you find answers
to your questions about the European Union***

Freephone number (*):
00 800 6 7 8 9 10 11

(* The information given is free, as are most calls (though some operators, phone boxes or hotels may charge you)

LEGAL NOTICE

This document was produced under the Health Programme (2014-2020) in the frame of a specific contract with the Consumers, Health, Agriculture and Food Executive Agency (Chafea) acting under the mandate of the European Commission. The content of this document represents the views of the contractor and is its sole responsibility; it can in no way be taken to reflect the views of the European Commission and/or Chafea or any other body of the European Union. The European Commission and/or Chafea do not guarantee the accuracy of the data included in this document, nor do they accept responsibility for any use made by third parties thereof.

More information on the European Union is available on the Internet (<http://europa.eu>).

Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2018

ISBN 978-92-79-80262-1

Doi: 10.2875/146767

© European Union, 2018

Reproduction is authorised provided the source is acknowledged.

Kurzfassung

Rechtsgrundlagen für die grenzüberschreitende Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung

Das Konzept der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung (CBHC) ist gesetzlich in Artikel 168 des Vertrags über die Arbeitsweise der Europäischen Union (AEUV) verankert. Dieser zielt darauf ab die Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten zu verbessern und die Komplementarität ihrer Gesundheitsdienstleistungen in Grenzregionen zu verbessern (European Union, 2012). Obwohl Gesundheitsversorgung in erster Linie eine nationale Aufgabe ist, beauftragt die Richtlinie 2011/24 / EU über Patientenrechte in CBHC (European Union, 2011) - gemäß AEUV und der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 (European Commission, 2004) zur Koordinierung der Sozialversicherungssysteme und -Ansprüche der Begünstigten in Hinblick auf Patientenmobilität in der Europäischen Union (EU) sicherzustellen, die Zusammenarbeit im Gesundheitswesen in den Mitgliedstaaten zu erleichtern und Vorschriften zu erlassen, die den Zugang zu sicheren und hochwertigen Leistungen im Bereich CBHC erleichtern.

CBHC ist in der Richtlinie 2011/24 / EU wie folgt definiert:

"Cross-border healthcare" bezeichnet Gesundheitsdienstleistungen, die in einem anderen Mitgliedstaat als dem Versicherungsmitgliedstaat erbracht oder verordnet werden.

Darüber hinaus stützt sich dieses Projekt auf die Definition der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit von Irene Glinos (Glinos, 2011):

Die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Bereich der Gesundheitsversorgung kann einen Transfer, eine Bewegung oder einen Austausch von Personen, Dienstleistungen und Ressourcen beinhalten.

Ziele der Studie

Die Idee zu dieser Studie entstand im Zuge einer Diskussion über CBHC auf einem informellen Treffen der Gesundheitsminister der EU-Mitgliedsstaaten in Luxemburg im September 2015. Die Kommission wurde aufgefordert, einen umfassenden Überblick über bestehende grenzüberschreitende Initiativen zu erstellen, woraufhin diese Studie beauftragt wurde.

Ausgehend von aktuellen Vereinbarungen, analysiert die Studie Stärken und Chancen für künftige grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen. Die spezifischen Ziele der Studie sind folgendermaßen:

- Darstellung eines umfassenden Bildes von CBHC in der EU (basierend auf Kapitel IV der Richtlinie 2011/24 / EU),
- Darstellung potenzieller zukünftiger Möglichkeiten und Herausforderungen grenzüberschreitender Zusammenarbeit im Bereich Gesundheit, indem aktuelle treibende Faktoren, mögliche zukünftige Szenarien auf europäischer Ebene und entsprechende politische Empfehlungen für den Zeitraum bis 2030 ermittelt werden,
- dokumentierte Unterstützung für Stakeholder, die an der Gründung eines grenzüberschreitenden Kooperationsprojekts im Gesundheitswesen interessiert sind,
- Schaffung eines Überblicks über Betrugs- und Betrugsbekämpfungsstrategien für CBHC in der EU,
- Bewertung der Annahme der Joint Action zu Patientensicherheit und Qualität in der Gesundheitsversorgung (PaSQ) auf nationaler, regionaler und / oder lokaler Ebene in den EU-Mitgliedstaaten.

Mapping von gesundheitsbezogenen grenzüberschreitenden Projekten

Mit einigen Ausnahmen entwickelt sich grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Bereich der Gesundheitsversorgung eher zwischen **Ländern oder Regionen mit**

ähnlichen Wohlfahrtstraditionen und in **unmittelbarer geographischer Nähe** oder durch gemeinsame **historische Vergangenheit**. Vor diesem Hintergrund sollten sich politische Entscheidungsträger, die für öffentliche Finanzierungsmechanismen zuständig sind, auf jene Projekte konzentrieren, die eher nachhaltig und / oder erfolgreich die Bedürfnisse von PatientInnen bedienen, beispielsweise indem Lücken in der Gesundheitsversorgung adressiert werden. Um eine langfristige Zusammenarbeit sicherzustellen, können Bemühungen für den **Aufbau von Kapazitäten** verstärkt werden, z.B. bei Krankenhausdienstleistern oder regionalen Behörden. Administrative Hürden sollten für PatientInnen und Gesundheitsdienstleister gering gehalten werden, um die Transaktionskosten (bspw. für **Vertragsvergabeverfahren**) für Akteure gering zu halten. Ein Viertel der identifizierten Projekte wies eine Grenzüberschreitung von PatientInnen zur Behandlung oder Diagnose auf, wobei der Großteil grenzüberschreitender Kooperationen den Austausch von Gesundheitsdienstleistern und Wissen betraf. Die Studienergebnisse zeigen im Einklang mit den in dieser Studie enthaltenen Business cases, dass **Kommunikation eine wesentliche Voraussetzung** für eine erfolgreiche Durchführung von Kooperationen im Bereich grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung darstellt. Eng miteinander verbundene Regionen scheinen dadurch besser mit notwendigen Anpassungen zur Erstattung grenzüberschreitender Gesundheitsdienstleistungen, administrativen Vorgängen für einen erfolgreichen Austausch von Gesundheitspersonal oder der Sicherstellung eines zeitnahen Zugangs zur Notfallversorgung unter Berücksichtigung der Muttersprache der PatientInnen umgehen zu können. Die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Bereich der Gesundheitsversorgung zwischen Nicht-EU-Ländern / Nicht-EWR-Ländern muss stärker erforscht werden.

Über ganz Europa zeichnet sich ein **vielfältiges Bild der Zusammenarbeit in den Bereichen Gesundheit, Sozialfürsorge und öffentliche Gesundheit** ab. Diese Studie bietet einen Überblick über EU-finanzierte Kooperationsinitiativen im Zeitraum von 2007 bis 2016/2017. Grenzüberschreitende Projekte wurden durch eine umfassende systematische Suche in Online-Datenbanken identifiziert. Eine Validierung durch ExpertInnen und zusätzliches thematisches Input aus wissenschaftlicher und grauer Literatur ergänzten die Suche. Von 1,167 Projekten erfüllten insgesamt 423 Projekte die Auswahlkriterien¹, d.h. Projekte, die im Untersuchungszeitraum mit mindestens zwei beteiligten EU/EWR-Ländern durchgeführt wurden, mit Ausnahme von Kooperationsprojekten zur Eindämmung übertragbarer Krankheiten und europäischen Referenznetzwerke. Das Mapping bietet ein umfassendes Bild an Projekten, bei denen EU-Mittel erfolgreich akquiriert wurden, jedoch erlauben **Lücken bei der Datenverfügbarkeit** keine systematische Analyse von Projekten ohne EU-Finanzierung. Es sollte angemerkt werden, dass diese Studie eine Momentaufnahme für den beobachteten Zeitraum darstellt und **keine Bewertung der finanziellen und operativen Nachhaltigkeit** vorgenommen werden konnte.

Im Rahmen der Richtlinie 2011/24/EU hat das Thema Patientenmobilität in den letzten Jahren Aufmerksamkeit erhalten, wohingegen unsere Ergebnisse die Bedeutung der Mobilität auf Anbieterseite hervorhebt. Thematisch lag der Schwerpunkt der betrachteten Initiativen in mehr als einem von zehn Projekten eindeutig auf dem **Austausch und der Schulung von Mitarbeitern** (12%), in mehr als einem Fünftel der Projekte (23%) auf **Verbesserung der Behandlung oder Diagnose** und ein geringer Anteil zielte auf **grenzüberschreitende Kooperationen zur Notfallversorgung** ab (6%). Darüber hinaus scheinen Kooperationsprojekte zwischen Behörden oder Krankenhäusern eine wesentliche Voraussetzung für grenzüberschreitende Versorgungsprojekte sein. In unserer Analyse stellten wir fest, dass etwa die Hälfte aller identifizierten Projekte in die Kategorie des **Wissensaustauschs** (50%) fielen, während nur ein kleiner Teil der Projekte (5%) **teure, hochspezialisierte Kapitalinvestitionen**

¹ https://goeg.at/sites/default/files/2018-02/Final_Deliverable_Mapping_21Feb2018.xls

inkludierte. Schließlich entfiel nur ein sehr geringer Teil der Projekte auf Wissensproduktion und Forschung im Bereich der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung (4%).

Entsprechend früherer Studien weisen die Studienergebnisse ebenfalls auf die **Bedeutung geographischer und kultureller Faktoren** für die Entwicklung grenzüberschreitender Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung hin. Jedoch schließen wir die Möglichkeit nicht aus, dass rechtliche und administrative Faktoren eine Rolle spielen, wie beispielsweise im Falle der langjährigen bilateralen Vereinbarung zwischen Malta und Großbritannien. Im systematischen Mapping europäischer Kooperationsprojekte wurden nur EU-geförderte Kooperationsprojekte inkludiert. Die meisten dieser Initiativen finden zwischen Ländern mit ähnlichen Wohlfahrtstraditionen statt, wie beispielsweise in skandinavischen Ländern oder zwischen Ländern mit einer gemeinsamen Geschichte wie Italien und Slowenien oder Italien und Österreich. Andere Kooperationen ergeben sich aufgrund geografischer Faktoren, wie die Fälle Dänemark und Deutschland oder Spanien und Frankreich (Pyrenäen) zeigen. Die Literatur zeigt, dass grenzübergreifende Projekte in der Gesundheitsversorgung dazu beitragen, **Lücken in der regionalen Gesundheitsversorgung auszugleichen oder durch die niedrigeren Kosten der Dienstleistungserbringung im Kooperationsland, wie in Finnland und Estland oder Österreich und Ungarn, vorangetrieben werden.** Die Ergebnisse zeigen, dass mittel- und westeuropäische Länder weiterhin Spitzenreiter in Bezug auf die Leitung derartiger Initiativen sind, parallel zu den Ergebnissen der HealthACCESS-Studie², die in der Zeit vor 2007 durchgeführt wurde. Zu den häufigsten Kooperationsländern zählen Rumänien und Ungarn, gefolgt von Deutschland und den Niederlanden, und Norwegen und Schweden. Kooperationen grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung in Grenzregionen mit nicht EU/EWR-Ländern waren kein Schwerpunkt dieser Studie und wurden nicht berücksichtigt. 2011 startete die größte Anzahl an Kooperationen, was als Parallelentwicklung zur Veröffentlichung und dem Inkrafttreten der Richtlinie 2011/24 / EU über Patientenrechte in CBHC interpretiert werden kann. Zusätzlich wurden nur jene Projekte mit einbezogen, die zum Zeitpunkt der Suche bereits abgeschlossen waren.

Foresight Modell

Das Foresight Modell umfasste zwei wesentliche Komponenten. Die erste Komponente bestand aus einem Horizon Scanning, basierend auf einer umfassenden Recherche facheinschlägiger Literatur, um Veränderungen von Rahmenbedingungen zu identifizieren, die **grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung potentiell beeinflussen** können (**driving factors**). Dies gab Einblick in den aktuellen Status quo von CBHC und diente als Basis für die Entwicklung zukünftiger Szenarien. Die zweite Komponente bezog sich auf die Entwicklung der Szenarien – einer Illustration potentieller Entwicklungsmöglichkeiten grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung. Das Foresight Modell unterstützt die **Identifikation strategischer Ansätze, basierend auf vergangenem und aktuellem Wissen und entsprechenden Erfahrungen, um daraus zukünftige potentielle Entwicklungsmöglichkeiten** für grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung auf EU-Ebene abzuleiten, jedoch nicht um konkrete Handlungsempfehlungen davon abzuleiten. Eine SWOT-Analyse mit Experten und anderen Stakeholdern des Bereichs CBHC vervollständigte die Entwicklung der Szenarien.

Die **vier entwickelten Szenarien** des Foresight Modells stellen **potentielle zukünftige Gestaltungsmöglichkeiten für CBHC** dar. Die Szenarien schließen sich gegenseitig nicht aus und lassen die Verträge der Europäischen Union unangetastet. Die Szenarien unterscheiden sich in ihrer Ausprägung und adressieren Hauptakteure

² http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2003/action1/docs/2003_1_22_frep_en.pdf

der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung. Es ist wahrscheinlich, dass in den nächsten zwei Jahrzehnten jene CBHC-Szenarien für politische Entscheidungsträger relevant werden, für die entweder (i) geographische und/oder kulturelle Nähe eine Rolle spielen oder (ii) Lücken in der Verfügbarkeit von Gesundheitsdiensten die Patienten – einschließlich Patienten in peripheren Regionen der EU – dazu bringen Gesundheitsdienstleistungen im Ausland in Anspruch zu nehmen. Gesetzliche Barrieren können ebenfalls eine Rolle spielen. Es bedarf zusätzlicher systematischer Erforschung der treibenden Kräfte für bilaterale Abkommen, einschließlich jener zwischen nicht angrenzenden Ländern mit unterschiedlichen Wohlfahrtstraditionen.

Szenario 1 repräsentiert den aktuellen Status quo, in dem Kooperationen zwischen nationalen Gesundheitssystemen gefördert werden. In Szenario 2 liegt der Fokus auf **lokalen und nationalen Bedürfnissen**, wobei Kooperationen hauptsächlich auf regionaler Ebene entstehen und Akteure in Regionen Hauptauslöser für das Zustandekommen von Kooperationen sind. In Szenario 3 stellt die **Wahlfreiheit der PatientInnen** den zentralen Faktor für CBHC-Entwicklungen dar, wobei eHealth eine wichtige Rolle spielen wird. Die Integration wäre in diesem Szenario sehr selektiv und betrifft nur bestimmte Patientengruppen (z.B. bestimmte Krankheitsgruppen). Szenario 4 umfasst **strategische Netzwerke** selektiver Kooperationen mit speziellem Fokus. In Szenario 5 sind **Financiers der Gesundheitsversorgung** von zentraler Bedeutung, während in Szenario 2 Akteure auf regionaler oder lokaler Ebene am wichtigsten für die Initiierung oder Erhaltung von CBHC sind. Jedes der Szenarien beinhaltet **Kompromisse hinsichtlich Effizienz und Gerechtigkeit**, wie die SWOT-Analyse unter Beteiligung von ExpertInnen und Stakeholdergruppen aus verschiedenen Bereichen und verschiedenen EU-Ländern deutlich hervorhob. Die Zusammenarbeit auf regionaler Ebene (Szenario 2) kann Skaleneffekte in Grenzregionen, beispielsweise in Bezug auf gemeinsame Investitionen oder spezialisierte Betreuungsnetze, bedingen, jedoch können als Folge geografische Ungerechtigkeiten zunehmen. Auch wenn jüngere oder hochgradig informierte PatientInnen in Szenario 3 von Online-Unterstützungsforen und patientengetriebenen Innovationen profitieren, können Ungerechtigkeiten für weniger gut informierte PatientInnen oder PatientInnen mit komplexen Versorgungsbedürfnissen auftreten.

Ein **Mix aus (hauptsächlich) qualitativen Methoden** wurde zur Entwicklung der vier Szenarien angewandt. Basierend auf einer systematischen Suche nach akademischer und grauer Literatur, wurden im Foresight Modell zuerst potenzielle Entwicklungen oder umweltbedingte Veränderungen, mit Einfluss auf die CBHC-Politik in den nächsten 10 bis 15 Jahren ("horizon scanning" mit einem Zeithorizont von 2030) ermittelt. In diesem Kontext spielt das Konzept der fluid borders von Glinos und Baeten eine wichtige Rolle um Mechanismen grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung zu verstehen. Im Gegensatz zu „rigid borders“ sind „fluid borders“ aus Patientensicht leicht zu überschreiten und beinhalten keine administrativen, geographischen oder kulturellen Barrieren. Kulturelle Verbundenheit kann beispielweise durch gemeinsame Sprache, Gewohnheiten, Praktiken oder Geschichte und andere Kooperationen im Gesundheitsbereich determiniert sein. Es ist wahrscheinlich, dass der Bestand von „fluid borders“ Kooperationen grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung zwischen benachbarten Ländern oder Regionen wesentlich vereinfacht. In Bezug auf Gesundheitstourismus beeinflussen aus Patientensicht die geographische Nähe, die Nichtverfügbarkeit bestimmter Gesundheitsleistungen und geringe Zugangsbarrieren (beispielsweise geringe Kosten, kurze Reisezeiten oder Einreisebestimmungen) die Inanspruchnahme grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung. In einem zweiten Schritt wurden vier Szenarien entworfen. Diese wurden im September 2017 im Rahmen eines ExpertInnen- und Stakeholder-Workshops evaluiert. Darüber hinaus haben ExpertInnen treibende Faktoren nach ihrer Vorhersehbarkeit (*certainty*) in der Zukunft und ihrer möglichen Auswirkung (*importance*) bewertet. Das Ranking half anschließend, die Implikationen der vier Zukunftsszenarien zu verfeinern und weiter zu interpretieren.

Die Ergebnisse der Literaturrecherche erlauben es, treibende Faktoren in **vier Dimensionen** (geographisch/demographisch, kulturell/gesellschaftlich, regulatorisch und

ökonomisch/technologisch) zu gruppieren. Im Einklang mit den Ergebnissen des Mappings haben wir festgestellt, dass geografische und kulturelle Nähe zu den wichtigsten Antriebsfaktoren für CBHC-Initiativen in der EU zählen. Die Ergebnisse zeigen, dass das **Konzept der "fluid borders" für die Entwicklung von CBHC in der EU nach wie vor eine zentrale Rolle** spielt. Die Existenz von „fluid borders“ kann auch die regulatorische Dimension mit einschließen, wenn beispielsweise regional gesteuerte Zusammenarbeit lediglich einen "Handschlag" erfordert, um eine Zusammenarbeit einzuleiten. Schließlich kann die relative geografische Isolation auch CBHC antreiben, auch wenn kontextspezifische Merkmale die Art der CBHC-Zusammenarbeit bestimmen können. So können beispielsweise Regionen mit einem höheren Grad an Innovationsfähigkeit geographische Nachteile kompensieren indem sie ein stärkeres Engagement für eHealth-Technologien zeigen. In dieser Studie werden sechs Typen für grenzüberschreitender Kooperationen herangezogen: Kooperationen zu Beschäftigten im Gesundheitsbereich, Notfallversorgung, teure, hochspezialisierte Kapitalinvestitionen, Wissenserzeugung und -austausch und Verbesserung der Behandlung oder Diagnose.

Toolbox

Das Manual und die entwickelten Tools sollen Stakeholder und regionale oder lokale Behörden beim Start ihres Kooperationsprojekts unterstützen. Natürlich gibt es kein "Einheitskonzept" für die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen, da Projekte stark von ihrem spezifischen Umfeld abhängen, z. B. Geographie, Kultur, Gesundheitssysteme und auch den Erfahrungen von Interessenvertretern, die sie initiieren. Die treibenden Faktoren und Kräfte, die die Zusammenarbeit und die Ressourcenbelastung ermöglichen, unterscheiden sich je nach Kooperationsprojekt sowie je nach Kooperationskategorie. Je nach Projekttyp kann es zu einem Transfer, einem Austausch oder einer Verlagerung von Personen, Leistungen oder Ressourcen kommen.

Das *Cross-border.Care Manual & Tools* zielt darauf ab, Gesundheitsdienstleistern, Kostenträgern und Behörden zu helfen, grenzübergreifende Kooperationsprojekte im Bereich Gesundheit zu starten. Das praxisorientierte *Cross-border.Care Manual & Tools* wurde in einem mehrstufigen Prozess entwickelt, der Elemente aus Umfragen und Literaturrecherche kombiniert. Zur Validierung und Überarbeitung wurden Stakeholdergruppen und Experten auf dem Gebiet von CBHC konsultiert. Die Ergebnisse wurden einem Peer Review unterzogen.

Das *CrossBorder.Care Manual & Tools* ist als Handbuch konzipiert, das aus fünf Modulen besteht: 1.) Projektvorbereitung, 2.) Projektentwicklung, 3.) Vertragsgestaltung, 4.) Projektüberwachung, 5.) Erfolgreiche Business Cases für grenzüberschreitende Zusammenarbeit. Die ersten vier Module befassen sich mit Aspekten des Lebenszykluses eines grenzüberschreitenden Projekts, während Modul 5 praktische Beispiele für grenzüberschreitende Kooperationsprojekte in Form von Business Cases liefert.

Module 1-4 umfassen 40 Tools und liefern relevante Informationen zu allgemeinem Projektmanagement. Die Business Cases in Modul 5 fassen Elemente realer Projekte zusammen und beschreiben Umstände, die bei der Initiierung eines grenzüberschreitenden Kooperationsprojekts im Bereich der Gesundheitsversorgung zu berücksichtigen sind. Diese Umstände haben illustrativen Charakter und umfassen folgende Dimensionen: rechtlich/regulatorisch, finanziell, administrativ, operativ und medizinisch. Insgesamt wurden 33 Projekte in den Fallstudien berücksichtigt. Pro Fallstudie, wurden Anreize für den Beginn der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im Gesundheitswesen sowie förderliche bzw. hinderliche Faktoren für die Nachhaltigkeit grenzüberschreitender Zusammenarbeit im Gesundheitswesen dargestellt.

Betrug und Schadensminderung von Betrug bei grenzübergreifender Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung

Im Rahmen der Studie wurden ebenfalls die Themen Betrug und Betrugsbekämpfung Gesundheitssystem untersucht. Das Problem des CBHC-Betrugs in der EU wurde zwar erkannt, sein Umfang bleibt jedoch unklar. Es gibt Hinweise, dass CBHC-Betrug, ähnlich wie Betrug in nationalen Gesundheitssystemen, von verschiedenen Akteure des Gesundheitswesens in Form von unangemessener Versorgung bzw. Abrechnung begangen wird. Vor diesem Hintergrund sollten politischen Entscheidungsträger die Kommunikation zwischen den zuständigen Organisationen fördern, um so CBHC-Betrug einzudämmen.

Es wurde eine **systematische Übersicht über akademische Publikationen und graue Literatur** zum Thema Betrug und Betrugsbekämpfung bei CBHC erstellt. Zusätzliche Informationen wurden mittels Konsultation von Stakeholder aus acht EU-Mitgliedstaaten gesammelt. Die Mitglieder unseres begleitenden Studiengremiums waren sich weder des Ausmaßes des CBHC-Betrugs in ihren eigenen Ländern noch in anderen EU-Mitgliedstaaten voll bewusst. In der "grauen" Literatur fanden sich unterschiedliche Versuche, das Ausmaß des Betrugs im Gesundheitswesen abzuschätzen. Wir haben jedoch keine spezifischen Daten zum Umfang des CBHC-Betrugs auf nationaler oder EU-Ebene gefunden.

Die Ergebnisse unserer Stakeholder-Konsultationen (sowohl direkte Stellungnahmen von Stakeholdergruppen als auch die HELFO-Risikomatrix) legen weitgehend nahe, dass **Politik und Forschung Betrug durch Gesundheitsdiensteanbieter vorrangig behandeln sollten**. Ein angesprochener Schwerpunktbereich betrifft PatientInnen, nämlich Betrug mittels EHIC, S2 oder Versicherungsbetrug. Die Stakeholder in unserer Studie erwähnten die **Kommunikation zwischen den zuständigen Institutionen als einen Schlüsselfaktor zur Betrugsbekämpfung bei CBHC**, zusätzlich zu einem Überwachungs- und Kontrollsystem (z. B. eine zuständige internationale Auditierungsgruppe) und angemessener Rechtskompetenz von Angehörigen der Gesundheitsberufe. Das Fehlen dieser Faktoren in Kombination mit anderen Risiken (z.B. unzureichende Zeit, Ressourcen und Investitionen im Gesundheitswesen) kann die Wirksamkeit der Betrugsbekämpfung im Allgemeinen und insbesondere in CBHC verringern. Betrugsbekämpfungsmechanismen bei CBHC müssen die Beweggründe und das Verhalten der verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen sowie die Unterschiede zwischen den Gesundheitssystemen berücksichtigen. Sie sollten auch kontextuelle Faktoren berücksichtigen, z.B. soziale Wahrnehmung von Illegalität.

Evaluierung der Inanspruchnahme von PaSQ

Das Joint Action 'European Union Network on Patient Safety and Quality of Care (PaSQ)' fand zwischen 2012 und 2015 statt. Der Fokus lag auf der Verbesserung der Patientensicherheit und Behandlungsqualität anhand eines Austausches von Informationen, Erfahrungen und der Implementierung von "good practices". Während der Laufzeit der Joint Action wurde die Annahme und Verwendung von PaSQ-Aktivitäten und -Projektergebnissen für gut befunden. Die Beendigung limitierte jedoch die Nachhaltigkeit der Verwendung, da viele Aktivitäten auf wesentliche Infrastruktur (Wiki, Website) angewiesen waren. Wesentliche Schlüsselfaktoren für den nachhaltigen Erfolg der PaSQ-Aktivitäten und -Dienstleistungen waren die Verfügbarkeit finanzieller Ressourcen, Unterstützung (Politik und Leadership), Kommunikation und Informationstransfer.

Die Bewertung der Inanspruchnahme der Europäischen Joint Action "Europäisches Netz zur Patientensicherheit und Qualität in der Gesundheitsversorgung" erfolgte auf Grundlage (nicht) veröffentlichter PaSQ-Projektberichte und den Befragungsergebnissen von VertreterInnen von 16 nationalen Kontaktstellen für Patientensicherheit. Darüber hinaus wurden die Forschungsergebnisse vom begleitenden Stakeholder-Panel der Studie validiert. Dieses lieferte auch wertvolle Beiträge für die Ausarbeitung politischer Optionen.

Während der Laufzeit von PaSQ gelang es mittels der Infrastruktur (PaSQ Wiki / Website und Exchange Events) die „Inanspruchnahme von Patientensicherheit“ zu unterstützen, und zwar durch die Stärkung internationaler und nationaler Netzwerke, die Förderung des Austausches von Patientensicherheits-Expertise auf klinischer oder strategischer Ebene und die Unterstützung bei der Umsetzung spezifischer Maßnahmen. Dementsprechend waren sowohl die Inanspruchnahme des Wikis als auch der Exchange Events während der Joint Action vielversprechend. Die politische Wirkung und die konkreten Ergebnisse des Wikis wurden jedoch als limitiert eingeschätzt. Die Einstellung der aktiven Instandhaltung der Infrastruktur wirkte sich negativ auf die Nachhaltigkeit von PaSQ aus. **Viele der Aktivitäten, die während PaSQ initiiert wurden, waren zu einem großen Teil auf die wesentliche Infrastruktur angewiesen.**

Formale und informelle Austauschmechanismen (z. B. Exchange Events) erleichterten die Vernetzung während der Laufzeit von PaSQ. Auch nach Beendigung der Joint Action sind (nationale) Netzwerke noch aktiv. Die UmfrageteilnehmerInnen berichteten jedoch von einem Rückgang der Exchange Events.

Obwohl **Erfolgsfaktoren für PaSQ-Aktivitäten oder -Produkte** je nach Ebene (nationale oder regionale Ebene der Gesundheitsdienstleister) unterschiedlich ausfallen, wurden einige Faktoren als wesentlich für die Förderung einzelner PaSQ-Aktivitäten genannt, beispielsweise die Verfügbarkeit finanzieller Ressourcen, politische und Führungsunterstützung sowie Kommunikation und Bereitstellung von Informationen, einschließlich der Weitergabe von Wissen.

Die **Herausforderungen für den Erfolg von PaSQ-Aktivitäten oder -Produkten** unterschieden sich je nach PaSQ-Aktivität. Häufige Herausforderungen waren: Mangel an Ressourcen (einschließlich Infrastruktur), Kommunikations- und Informationsdefizite, unzureichende Unterstützung (einschließlich der Einbeziehung von InteressenvertreterInnen), das Fehlen einer Patientensicherheitsstrategie sowie einer Patientensicherheitskultur.

Limitationen der Studie

Das Mapping der Studie lieferte nur einen Einblick in jüngste Kooperationsprojekte im Bereich grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung und bezog nur Projekte mit EU-Finanzierung ein. Die Identifikation der Business Cases und zugrundeliegender Informationen ist durch mehrere Limitationen gekennzeichnet. Zu den Projekten sind nur wenig öffentliche Informationen verfügbar, speziell zu ökonomischen Aspekten wie Kosten oder potentiellen Einsparungsmöglichkeiten. Eine gründliche Stakeholder Konsultation ist notwendig um notwendige Informationen zu sammeln, was eine entsprechende Stakeholder-Bereitschaft voraussetzt. Anhand der öffentlich verfügbaren Informationen scheint eine Ergebnisevaluation von Kooperationen grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung die Ausnahme zu sein, oder die Informationen stehen nur öffentlich nicht zur Verfügung. Außerdem spielen in einer Vielzahl der Kooperationen ökonomische Aspekte nur eine untergeordnete Rolle und soziale Aspekte, die primär Patienten betreffen und von denen Patienten profitieren, eine wichtigere Rolle. Um Mechanismen zwischen ökonomischen und sozialen Aspekten bzw. Vorteilen besser verstehen zu können, ist zusätzliche Forschung notwendig. Das Verhältnis zwischen ökonomischen und sozialen Aspekten kann auch zwischen verschiedenen Kategorien von CBHC unterschiedlich sein. Politische Unterstützung durch öffentliche Behörden ist ein unterstützender Faktor. Aus gewissen Kooperationen wird ersichtlich, dass fehlende politische Unterstützung zu einer Beendigung der Kooperation, ungeachtet von Patientenpräferenzen, geführt hat. Diese Beispiele zeigen, dass neben erfolgreichen auch nicht erfolgreiche Kooperationen untersucht werden sollten. Gewonnene Erkenntnisse und Herausforderungen dieser Projekte können zu einem besseren Verständnis von Kooperationen grenzüberschreitender Kooperationen beitragen.

Bei der Interpretation der Ergebnisse des Foresight Modells müssen zwei Limitationen beachtet werden. Obwohl das Foresight Modell durch ein sehr ausgeprägtes Experten-

und Stakeholder-Kommittent geprägt ist, wurde die Umfrage zur Beurteilung der Wichtigkeit und Vorhersehbarkeit der treibenden Faktoren nur von zehn Befragten beantwortet. Die zehn Befragten kamen aus unterschiedlichen EU-Ländern, geographischen Regionen und Wohlfahrts-Settings. Einige der wichtigsten Expertengruppen im Bereich CBHC waren involviert. Es wäre dennoch wünschenswert gewesen Vertreter aus allen europäischen Ländern zur Teilnahme an der Umfrage bewegen zu können. Dies hätte eine detailliertere Evaluation der treibenden Faktoren im kontextabhängigen Setting ermöglicht. Zusätzlich konnten keine treibenden Faktoren identifiziert werden, die mit einer hohen Wichtigkeit oder geringen Vorhersehbarkeit einhergehen, und gut zur Interpretation und Entwicklung zukünftiger Szenarien geeignet hätten. Beispielsweise wurden die Faktoren Einführung neuer Technologien und Innovationskraft nicht als Faktoren mit hohem Einfluss auf CBHC in der EU bewertet, sondern mit geringer Vorhersehbarkeit.

Gewonnene Erkenntnisse aus Kooperationen grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung

Die Studienergebnisse bieten einen vertiefenden Einblick in CHBC-Kooperationen mit unterschiedlichen Zielsetzungen und neue Erkenntnisse hinsichtlich verschiedenster Forschungsaspekte im Bereich grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung. Zusammenfassend können folgende sieben Erkenntnisse aus der Studie gewonnen werden:

1. Kooperationen bzw. Initiativen im Bereich grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung sind in jenen Regionen wirksamer, in denen entsprechende Kooperationen bereits etabliert sind, beispielsweise aufgrund ähnlicher Wohlfahrtstraditionen oder geschichtlicher Verbundenheit.
2. Schlüsselakteuren, wie regionale Entscheidungsträger oder Krankenhausmanager, sollte Unterstützung in ihren Aktivitäten grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung geboten werden um Transaktionskosten zu verringern. Die Tools der Toolbox sollen dafür Hilfestellung bieten³.
3. Von den zahlreichen potentiellen Zukunftsszenarien zur Gestaltung grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung wird das Szenario regionaler Netzwerke mit Berücksichtigung lokaler und regionaler Gegebenheiten und Bedürfnisse als am wahrscheinlichsten erachtet.
4. Regionale Netzwerke sind potentiell die kostengünstigste Variante grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung, obwohl sie tendenziell von kleinem Umfang sind und Regionen ungleich profitieren.
5. Kooperationen grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung in den Bereichen *Knowledge sharing and management* und *Shared treatment & diagnosis of patients* erhielten in den letzten zehn Jahren große Anteile öffentlicher Förderungen.
6. Kooperationen in den Bereichen *High-cost capital investment* und *Emergency care* scheinen größere soziale und ökonomische Vorteile aufzuweisen, setzen jedoch auch einen höheren Formalisierungsgrad der Kooperation voraus.
7. Informationen über Effektivität und Nachhaltigkeit aktueller Kooperationen grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung sind spärlich und könnten durch öffentliche Förderungen verbessert werden.

³ https://goeg.at/study_on_cross-border_cooperation

HOW TO OBTAIN EU PUBLICATIONS

Free publications:

- one copy:
via EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>);
- more than one copy or posters/maps:
from the European Union's representations
(http://ec.europa.eu/represent_en.htm);
from the delegations in non-EU countries
(http://eeas.europa.eu/delegations/index_en.htm);
by contacting the Europe Direct service
(http://europa.eu/europedirect/index_en.htm) or calling 00 800 6 7 8 9 10 11
(freephone number from anywhere in the EU) (*).

(*). The information given is free, as are most calls (though some operators, phone boxes or hotels may charge you).

Priced publications:

- via EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>).



Publications Office

Doi: 10.2875/146767
ISBN 978-92-79-80262-1