

Symposium

Grenzeloze samenwerking tussen Duitse en Nederlandse grensziekenhuizen

22 juni 2011, Universitair Medisch Centrum St. Radboud te Nijmegen



Dit is een uitgave van:

Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties
Postbus 20011, 2500 EA Den Haag

Tekst

Helmut Hetzel

Informatie

postbus.gros@minbzk.nl
e.w.maarseveen@minvws.nl
claudia.weiss@mgepa.nrw.de
Hilke.Altona@ms.niedersachsen.de



Ministerie van Binnenlandse Zaken en
Koninkrijksrelaties



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport



Niedersächsisches Ministerium
für Soziales, Frauen, Familie,
Gesundheit und Integration

Ministerium für Gesundheit,
Emanzipation, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen



Symposium

Grenzeloze samenwerking tussen Duitse en Nederlandse grensziekenhuizen

22 juni 2011, Universitair Medisch Centrum

St. Radboud te Nijmegen

Voorwoord

Bewoners van de grensstreken moeten onbeperkt toegang hebben tot de gezondheidszorg aan beide zijden van de grens. Door verschillen in regelgeving, gebrek aan informatie en onbekendheid met de mogelijkheden is dit nog onvoldoende het geval. Dit staat grensoverschrijdende patiëntenmobiliteit soms nog in de weg.

De Europese richtlijn ter bevordering van de patiëntenmobiliteit beoogt het slechten van verschillende barrières op dit vlak.

Ziekenhuizen in samenwerking met patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars en overheden in de Nederlands/Duitse grensregio kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan de grensoverschrijdende patiëntenmobiliteit .

Om het belang van een goede samenwerking in de Nederlands-Duitse ziekenhuiszorg te benadrukken hebben het Nederlandse Ministerie voor Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, en het Nederlandse Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, het Ministerium für Gēsundheit, Emanzipation, Pflege und Alter van de deelstaat Noordrijn-Westfalen en het Ministerium für Soziales van de deelstaat Nedersaksen dit seminar georganiseerd met dank aan het UMC St. Radboud van de Universiteit van Nijmegen voor het gastheerschap.

Het seminar was een initiatief van de grensmakelaar, dhr. Wim van Gelder (vml. CdK van Zeeland).

Een aantal experts uit het Nederlandse en Duitse gezondheidswezen hebben interessante thema's en een aantal good practices gepresenteerd. In workshops hebben de deelnemers hun mogelijke bijdrage aan (verbetering) van grensoverschrijdende zorg met elkaar kunnen bespreken.

Deze brochure geeft in vogelvlucht een impressie van een geslaagd symposium.



Inhoud

- 1 Inleiding
 - 2 Beknopte presentatie van best practices (praktijkvoorbeelden)
 - 3 Workshops
 - 4 Samenvatting van en toekomstperspectieven
- Bijlage: Programma

1. Inleiding

Tobias heeft hulp nodig

Nijmegen. Tobias is met een hartafwijking geboren. Hij woont in Duitsland, in de omgeving van Oldenburg. De behandeling die hij nodig heeft kan hij in de universiteitskliniek in het Duitse Kiel ondergaan, maar dezelfde behandeling wordt ook aangeboden in het veel dichterbij gelegen Universitair Medisch Centrum Groningen. De ouders van Tobias kiezen voor Groningen. “Dat was voor ons veel gemakkelijker. Ondanks het feit dat de behandeling in het buitenland plaatsvond, was er van administratieve rompslomp geen sprake”, aldus de ouders.

Dit is slechts een voorbeeld van de “grenzeloze samenwerking tussen de Duitse en de Nederlandse grensziekenhuizen.”

Dit onderwerp stond tevens centraal op een binationaal symposium dat werd gehouden in het Universitair Medisch Centrum St. Radboud in Nijmegen. Artsen, onderzoekers, vertegenwoordigers van ziekenhuizen, maar ook van zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties, alsmede ministeries uit de beide buurlanden hebben een dag lang intensief met elkaar van gedachten gewisseld en gedebatteerd over bestaande en en mogelijk nieuwe vormen van grensoverschrijdende samenwerking tussen Nederland en Duitsland op het gebied van de gezondheidszorg.

Aan de hand van vijf praktijk-casussen (Good Practices) werd eerst een inventarisatie en analyse gemaakt. Daarna volgde een inschatting van de kansen om de binationale samenwerking tussen beide landen op het gebied van gezondheidszorg te intensiveren. De bestaande grensoverschrijdende ziekenhuissamenwerking zoals die bijvoorbeeld tussen het Klinikum Oldenburg en het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) op het gebied van kindercardiologie en tussen het Maastrichts Universitair Medisch Centrum (MUMC+) en het Universitätsklinikum Aachen (UKA) vorm krijgt, kan in de toekomst nog aanzienlijk worden uitgebreid, verbeterd en verdiept worden. In totaal zijn er vijf van dergelijke bilaterale samenwerkingsverbanden tussen grensziekenhuizen.

Van deze binnen de bestaande samenwerkingsverbanden ontwikkelde oplossingen met betrekking tot de gewenste zorg in of vlakbij de eigen woonplaats en met korte wachttijden kan echter slechts een beperkte groep patiënten profiteren. In het algemeen zou echter elke patiënt in de grensregio in het buurland moeten kunnen worden behandeld, zonder bureaucratie of problemen.

De Europese patiëntenrichtlijn

“De wettelijke basis daartoe is gelegen in de nieuwe Europese patiëntenrichtlijn met betrekking tot de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg,” betoogde dr. Frank Niggemeier, hoofd van de afdeling Gezondheidszorg binnen de Permanente Vertegenwoordiging van de Bondsrepubliek Duitsland bij de EU in Brussel, in zijn lezing. Deze nieuwe Europese patiëntenrichtlijn is op 19 januari 2011 door het Europees Parlement aangenomen en moet in de komende tweeënhalf jaar in de nationale wetgeving van de 27 EU-lidstaten worden omgezet. Deze richtlijn versterkt met name de rechtspositie en daarmee de macht van de patiënt aanzienlijk. In de patiëntenrichtlijn staat de medische en maatschappelijke zorg voor de patiënt centraal. Het gaat hierbij niet alleen om zorgverlening door artsen en ziekenhuizen, maar ook door zorgverzekeraars. De nieuwe Europese richtlijn heeft ten doel dat de patiënt te allen tijde de beste behandeling en zorg krijgt. Dat betekent: in of in de buurt van zijn eigen woonplaats, korte wachttijden en geen bureaucratische rompslomp. Dat impliceert dat de patiënt zelf de weg naar een passende behandeling in het buurland kan vinden, wanneer hij of zij zich daar wil laten behandelen.

Het gaat er dus om dat Nederlanders de Duitse ziekenhuizen weten te vinden en omgekeerd Duitsers de ziekenhuizen in Nederland. Een voorbeeld ter illustratie: voor jonge Duitse hartpatiëntjes in het Noord-Duitse grensgebied is het een groot voordeel dat ze in het voor hen veel dichterbij gelegen Groningen geholpen kunnen worden en niet langer uitsluitend zijn aangewezen op het veel verder weg gelegen universitaire hartcentrum in Kiel.

Omgekeerd kunnen Nederlanders in sommige gevallen sneller en ook voordeliger een Gamma Knife behandeling in het buurland ondergaan dan in het enige Gamma Knife Centrum in Nederland dat zich in Tilburg bevindt en waar de wachttijden aanzienlijk langer zijn. De genoemde behandelingen in het buurland zijn eveneens kwalitatief hoogwaardig; de betreffende instellingen zijn veelal ook nog eens als “Centers of Excellence” aangemerkt.

Noodzaak om actie te ondernemen

In totaal hebben circa 200 personen aan het seminar deelgenomen: artsen, vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars, alsmede vertegenwoordigers van het Nederlandse ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, het Nederlandse ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, het ministerie van Volksgezondheid, Emancipatie, Zorg en Senioren van de deelstaat Noordrijn-Westfalen en het ministerie van Sociale Zaken, Vrouwen, Familie, Gezondheidszorg en Integratie van de deelstaat Nedersaksen. De boeiende en veelzijdige lezingen en workshops hebben echter duidelijk gemaakt dat er nog veel valt te verbeteren.

Het blijft noodzakelijk om verder in actie te komen omdat momenteel slechts een derde van alle ziekenhuizen in het Nederlands-Duitse grensgebied actief is binnen grensoverschrijdende samenwerkingsverbanden in de ziekenhuiszorg, waar patiënten aan weerszijden van de grens baat bij hebben.

“Je kunt dit echter ook positief duiden. Niet minder dan een derde van het totaal aantal ziekenhuizen in de grensregio’s werkt nu al samen”, aldus een optimistische Wim van Gelder, die als grensmakelaar namens het Nederlandse ministerie van Binnenlandse Zaken sprak. Ook prof. dr. Jacques Scheres, adviseur van de Euregio Maas-Rijn, toonde zich uitermate optimistisch. In aansluiting op zijn analyse met betrekking tot het thema “Gezondheidszorg in het grensgebied: een stapsgewijze ontwikkeling voor patiënten in de komende 20 jaar”, kwam hij tot de volgende slotsom: “Er is al veel bereikt. Nu staan we echter voor de uitdaging de patiënten te informeren over hun rechten zodat ze er ook gebruik van kunnen maken.”

Op welke wijze patiënten meer over hun rechten te weten kunnen komen en waar zij onafhankelijke informatie kunnen verkrijgen, kwam in de workshops na de lunch aan de orde. De patiëntenrichtlijn zegt dat de EU-lidstaten zorg moeten dragen voor landelijke informatiepunten. Daar kunnen patiënten in de toekomst ook over medische behandelmogelijkheden in het buitenland informatie inwinnen en vervolgens zelf beslissen waar ze een behandeling willen ondergaan.



Op zoek naar de sleutel voor een goede samenwerking

Volgens prof. dr. Alex W. Friedrich, hoofd van de afdeling Medische Microbiologie en Ziekenhuishygiëne in het UMCG, zijn in elk geval: “... een wezenlijke verbetering van de communicatie tussen de medische zorginstellingen in het Nederlands-Duitse grensgebied, betere informatievoorziening voor patiënten en een verhoogde patiëntenmobiliteit” noodzakelijk.

Momenteel is er nog vaak sprake van een “systeemclash” tussen Nederlandse en Duitse ziekenhuizen die wordt veroorzaakt door de grote verschillen tussen de zorgstelsels in beide landen. Dat blijkt bijvoorbeeld uit het feit dat er in Nederland nauwelijks vrijgevestigde medisch specialisten zijn. Prof. dr. Friedrich wees op het belang om te komen tot een grensoverschrijdende informatie-uitwisseling tussen huisartsen en medisch specialisten, zodat niet in elk land het wiel voortdurend opnieuw hoeft te worden uitgevonden. Alleen zo kan de gezondheidszorg in Europa op de lange termijn worden verbeterd.

Op het gebied van ziekenhuishygiëne zouden de Duitsers nog veel van hun Nederlandse collega's kunnen leren. Het zou zinvol zijn om “een inventarisatie te maken van alle in het grensgebied gevestigde medische zorginstellingen.” Alleen dan kan de grensoverschrijdende gezondheidszorg voor de patiënt daadwerkelijk systematisch worden verbeterd, aldus Friedrich.

Om de grensoverschrijdende patiëntenzorg daadwerkelijk te kunnen optimaliseren, is er ook een “oplossing voor diverse verzekeringsvraagstukken noodzakelijk. De verantwoordelijkheid daarvoor ligt primair bij de zorgverzekeraars in de beide buurlanden, die dit in goede onderlinge samenwerking dienen te regelen,” aldus mr. Jan Oostenbrink, adjunct-directeur van de EUREGIO Enschede/Gronau. Hij onderstreepte zijn pleidooi met de leus: “Patiënten aller landen verenigt u!”

Dr. Bert van Eck, neurochirurg en mede-eigenaar van het Gamma-Knife-Zentrum in Krefeld, vat de bestaande problemen in de grensoverschrijdende samenwerking tussen Nederland en Duitsland op het gebied van de gezondheidszorg als volgt samen:

“Het is nog steeds noodzakelijk dat de Nederlandse specialisten in beweging komen. Zij zijn vaak niet genoeg tot samenwerking bereid. Bovendien moeten zorgverzekeraars en patiënten zelf assertiever zijn tegenover de medisch specialisten en ziekenhuizen.” Te veel gebeurt voornamelijk “toevallig”, aldus dr. Van Eck. Zo heeft hij zijn partner “per toeval gevonden” en de samenwerking is vanaf dat moment actief van Nederlandse zijde gestimuleerd. “Wij zijn vanuit Nederland benaderd.”

De kernvraag “Wat is de sleutel voor een goede grensoverschrijdende samenwerking?” beantwoordt dr. Van Eck als volgt: “Er moet sprake zijn van een flexibele, ondogmatische samenwerking tussen alle partijen die niet gehinderd wordt door bureaucratische rompslomp. Er moet een rechtstreeks telefoonnummer komen zodat je direct iemand te

spreken krijgt. Bovendien moet het mailverkeer naar behoren functioneren. Daarnaast is het onontbeerlijk dat er duidelijke afspraken worden gemaakt met betrekking tot prijzen/kosten en de kwaliteit van de zorg.”

2. Beknopte presentatie van best practices (praktijkvoorbeelden)

Er werden vijf praktijkvoorbeelden van best practices gepresenteerd. Eerste voorbeeld: het Gamma-Knife-Zentrum in het Duitse Krefeld. Hier worden Nederlandse patiënten behandeld die een neurochirurgische behandeling moeten ondergaan die zij in Nederland vanwege de wachtlijsten niet op korte termijn kunnen krijgen. De Nederlandse arts dr. Bert van Eck (neurochirurg en mede-eigenaar van het Gamma-Knife-Zentrum in Krefeld) en drs. Jeroen van Gastel (directeur Zorgloket Duitsland) presenteerden hun samenwerking.

Tweede voorbeeld: dr. Reinhard Motz (kindercardioloog in het Klinikum Oldenburg) en prof. dr. Tjark Ebels (cardio-thoracaal chirurg in het Thoraxcentrum van het UMCG) vertelden hoe zij kinderen met aangeboren hartafwijkingen uit Duitsland en Nederland helpen. Het voorbeeld van Tobias.

Derde voorbeeld: Uit de presentatie van prof. dr. Thomas Ittel (medisch directeur en voorzitter Raad van Bestuur Universitätsklinikum Aachen) en drs. Guy Peeters (voorzitter Raad van Bestuur Maastricht Universitair Medisch Centrum+) bleek dat deze beide ziekenhuizen bijzonder nauw met elkaar samenwerken. De grensoverschrijdende samenwerking verloopt goed, maar nog lang niet goed genoeg. Deze samenwerking binnen dit eerste “European University Hospital” geldt als proeftuin voor grensoverschrijdende patiëntenmobiliteit, samenwerking tussen zorgverzekeraars en de harmonisatie van permanente educatie voor artsen.

Het gevoelige onderwerp “zorgverzekeraars” – en wie betaalt er wanneer een Nederlander in een Duits ziekenhuis resp. een Duitser in een Nederlands ziekenhuis wordt behandeld, werd door Thorsten Janssen (Hoofd staf medische zorg AOK Rheinland/Hamburg – regionale directie Kreis Kleef) en John Stevens (projectmanager Strategie en Innovatie van CZ) toegelicht. “Wij betalen grensoverschrijdende behandelingen van patiënten die bij ons verzekerd zijn, maar veel andere zorgverzekeraars doen dat nog niet”, aldus hun praktijkervaringen.

Het vijfde voorbeeld van good practices belichtte een breed gebied – nl. ziekenhuishygiëne. Op dit terrein kunnen Duitse ziekenhuizen nog veel leren van hun Nederlandse pendanten, aldus de eensluidende constatering van prof. dr. Alex W. Friedrich (hoofd afdeling medische microbiologie in het UMCG) en prof. dr. Andreas Voss (hoogleraar infectiepreventie Universitair Medisch Centrum St. Radboud en als arts-microbioloog verbonden aan het Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis Nijmegen).

3. De workshops

In de middag werden vier workshops gehouden, elk rondom een specifiek thema. Uit de discussies sprak grote betrokkenheid van de deelnemers. Naast een groot aantal aha-erlebnissen werden ook de nodige kritische kanttekeningen geplaatst bij de huidige stand van de bilaterale samenwerking tussen Nederland en Duitsland op het gebied van de gezondheidszorg. In de workshop “Hoe vinden patiënten de weg naar zorg in het buurland?” werd geconstateerd dat het taalprobleem nog steeds een aanzienlijke barrière vormt voor grensoverschrijdende samenwerking in de zorg en dat de onderlinge concurrentie tussen de ziekenhuizen nog steeds erg groot is, wat de samenwerking belemmert. “Men wil geen patiënten aan andere ziekenhuizen afstaan.”

Die houding moet veranderen.

“Maar het aantal patiënten dat beseft dat ze ook in het buurland voor medische zorg terecht kunnen, groeit,” aldus Annette Dwars, directeur van Euro Health Connect, dat het symposium in opdracht van het Nederlandse ministerie van Binnenlandse Zaken heeft georganiseerd. “Uit een representatief onderzoek is gebleken dat circa 60 % van de bewoners in de EUREGIO Enschede/Gronau zich kan voorstellen in het buurland een medische behandeling te ondergaan”, merkte Annette Dwars op.

De vier thema's werden afzonderlijk in de verschillende workshops belicht.

a. De eerste workshop werd geleid door prof. dr. Alex W. Friedrich.

Thema: “[Hoe krijgt een patiënt een behandeling dichtbij huis?](#)” Achtergrond:

Het Universitair Medisch Centrum Groningen en het Klinikum Oldenburg werken samen: kinderen met aangeboren hartafwijkingen worden in Groningen behandeld.



Conclusie: Binnen de grensoverschrijdende samenwerking op het gebied van de gezondheidszorg is sprake van een “systeemclash,” het verschil tussen centrale en decentrale organisatiestructuren. “Het Duitse systeem is dualistisch, terwijl het Nederlandse systeem zich kenmerkt door een monistische structuur.” Bovendien wacht er nog een tweede uitdaging op een oplossing, nl. de vraag “wie zal dat betalen.” Als mogelijke oplossing voor de nog bestaande problemen in de binationale samenwerking op het gebied van de gezondheidszorg in deze sector stelde prof. dr. Friedrich voor om “een inventarisatie te maken van de bestaande medische zorginstellingen langs de grens tussen Nederland en Duitsland.” Op basis van deze inventarisatie kan vervolgens worden gekeken welke instellingen met elkaar kunnen samenwerken. Bovendien biedt een dergelijke grensoverschrijdende vergelijking altijd aanknopingspunten voor het optimaliseren van de kwaliteit van behandelingen en procedures. *Aha-erlebnis van deze workshop: systeemclash*

b. De tweede workshop werd geleid door prof. dr. Jacques Scheres.

Thema: “Hoe kan een patiënt in het buurland op korte termijn behandeld worden?”.

Achtergrond: Patiënten uit Nederland worden in het Gamma-Knife-Zentrum Krefeld behandeld .

Conclusie: Problemen met de zorgverzekeraars; een groot aantal vergoedt geen medische behandelingen die verzekerden in het buurland ondergaan. Patiënten hebben recht op informatie. Daartegenover staat de informatieplicht die de medische zorginstellingen hebben. Dit zijn twee kanten van dezelfde medaille. De nieuwe Europese patiëntenrichtlijn,



die tijdens de presentatie van dr. Frank Niggermeier (ochtendgedeelte) in detail is behandeld, moet de basis zijn voor de verankering van de patiëntenrechten. Mogelijke oplossing: De respectievelijke landelijke informatiepunten in de lidstaten zoals bepaald in de Europese patiëntenrichtlijn zijn in dit opzicht echt nodig. *Aha-erlebnis van deze workshop: De patiënt is zich niet bewust van zijn macht.*

- c. De derde workshop, geleid door mr. Jan Oostenbrink behandelde het **thema** “Hoe kan de patiënt zonder bureaucratische rompslomp in het buitenland worden behandeld?” Achtergrond: Afrekening van grensoverschrijdende hartchirurgische behandelingen - verzekeringsoplossing met zorgverzekeraar AOK Niedersachsen.

Conclusie: De informatiestromen laten nog aanzienlijke tekortkomingen zien. Nederlandse zorgverzekeraars hebben een grotere autonomie. Er bestaan grote verschillen tussen de buurlanden met betrekking tot de afrekeningssystematiek.

Aha-erlebnis van deze workshop: Via kleine en pragmatische stapjes dient op microniveau een begin te worden gemaakt met systeemaanpassingen, zodat de verschillende afrekeningssystematieken uiteindelijk geharmoniseerd kunnen worden: patiënten aller landen verenigt u!

- d. De vierde workshop werd geleid door drs. Brigitte van der Zanden.

Thema: “Hoe vindt de patiënt de weg naar behandeling in het buurland?”

Achtergrond: Patiënten uit Nederland worden in het St. Willibrord Spital in Emmerich-Rees behandeld.

Conclusie: Er is sprake van taalproblemen omdat aan weerszijden van de grens de buurtaal veelal onvoldoende wordt beheerst. Bovendien belemmert de bureaucratie de grensoverschrijdende samenwerking op het gebied van de gezondheidszorg. Er is niet voldoende informatie voor de burger beschikbaar. Ziekenhuizen aan weerszijden van de grens beschouwen elkaar dikwijls als concurrenten.

Aha-erlebnis van deze workshop: Er moet een “wij-gevoel” in de grensstreek ontstaan. De ziekenhuizen moeten inzien en dus ook praktisch ondervinden dat ze samen sterker staan.

4. Samenvatting en toekomstperspectieven

In zijn samenvattende slotpleidooi constateerde de dagvoorzitter van het symposium, prof. dr. Jan Willem Leer: “Patiënten zijn aangewezen op meer informatie zodat ze zelf kunnen beslissen waar ze zich kunnen en willen laten behandelen. De bevoegde instanties in de betreffende landen hebben de plicht om patiënten over hun rechten te informeren zodat zij er ook daadwerkelijk gebruik van kunnen maken. Nog niet alle verzekeraars doen mee. Dat moet veranderen”. “Een centrale voorwaarde voor grensoverschrijdende samenwerking in de medische zorg tussen Nederland en Duitsland is bovendien dat de betrokken actoren zich niet alleen bewust moeten zijn van de taal- en cultuurverschillen tussen de beide buurlanden, maar men ook bereid is om deze verschillen te willen overbruggen.” Dit kan echter alleen worden bereikt wanneer de wensen van de patiënten steeds centraal staan. Aangezien de criteria “dichtbij de eigen woonplaats” en “korte wachttijden” een rol van betekenis spelen bij de keuze van een behandelpplaats, is het de taak van de lidstaten ervoor zorg te dragen dat patiënten ook daadwerkelijk snel en nabij hun eigen woonplaats kunnen worden behandeld. Ook als daarvoor grensoverschrijdende samenwerking met het buurland noodzakelijk is.

Volgens prof. dr. Leer ligt hier “een grote uitdaging voor de nog op te richten landelijke informatiepunten.” Hij constateerde voorts dat de “nationale concurrentievooroordelen moeten worden geslecht.” Een grote uitdaging met het oog op het intensiveren van de grensoverschrijdende samenwerking in de gezondheidszorg tussen Nederland en Duitsland is gelegen in het slechten van de nog steeds bestaande taalbarrières, de ongegronde vrees voor cultuurverschillen en in de verschillen in zorgstelsels. “Onbekend maakt onbemind”, merkt prof. dr. Leer in dit verband op.

Ook in de verzekeringsbranche valt nog veel te verbeteren, “want het aantal verzekeraars dat grensoverschrijdende zorgverlening ondersteunt en medische behandelingen in het buurland vergoedt, is nog steeds te laag.” Het is vooral van belang dat tussen de betrokken personen die binnen de zorgstelsels aan weerszijden van de grens handelend optreden “een sterke vertrouwensrelatie wordt opgebouwd. Potentiële partners moeten met elkaar in contact worden gebracht.” Alleen dan kan grensoverschrijdende samenwerking in de gezondheidszorg tussen de grensziekenhuizen werken en zal de nieuwe Europese patiëntenrichtlijn werkelijk tot leven komen.

Bijlage

Programma

Dagvoorzitter: *Prof. dr. Jan Willem Leer* (Universitair Medisch Centrum St Radboud)

Welkom: *Prof. dr. Melvin Samsom* (lid Raad van Bestuur Universitair Medisch Centrum St Radboud)

“Gezondheidswezen in het grensgebied: een stapsgewijze ontwikkeling voor patiënten in zo jaar”

Prof. dr. Jacques Scheres (adviseur Euregio Maas-Rijn, adviseur European Association of Hospital Managers)

“Stand van zaken van de Europese richtlijn patiëntenmobiliteit” *Dr. Frank Niggemeier* (hoofd afdeling “Gesundheit“ van de permanente Vertegenwoordiging van de Bondsrepubliek Duitsland bij de EU)

“Het belang van good practices voor grensoverschrijdende samenwerking” *Drs. Wim van Gelder* („grensmakelaar“, Ministerie BZK)

Podiumdiscussie met als thema patiëntenmobiliteit aan de hand van verschillende voorbeelden van good practice

Discussieleider: Helmut Hetzel (buitenland-correspondent, Den Haag)

De volgende thema's worden plenair door experts gepresenteerd als inleiding tot de discussie:

- *Dr. Bert van Eck* (neurochirurg en mede-eigenaar Gamma-Knife-Zentrum Krefeld) en *Drs. Jeroen van Gastel* (directeur Zorgloket Duitsland)
Grensoverschrijdende samenwerking tussen grensziekenhuis en zorgverzekeraar: Patiënten uit Nederland worden in het Gamma-Knife-Zentrum Krefeld behandeld
- *Dr. Reinald Motz* (kindercardioloog Klinikum Oldenburg) en *Prof. dr. Tjark Ebels* (cardio-thoracal chirurg Thoraxcentrum Universitair Medisch Centrum Groningen)
Grensoverschrijdende samenwerking tussen grensziekenhuizen: Samenwerking tussen Universitair Medisch Centrum Groningen en Klinikum Oldenburg: Chirurgische behandeling van kinderen met aangeboren hartafwijkingen
- *Prof. dr. Thomas Ittel* (medisch directeurs voorzitter Raad van Bestuur Universitätsklinikum Aachen) en *Drs. Guy Peeters* (voorzitter Raad van Bestuur Maastricht Universitair Medisch Centrum en voorzitter Raad van Bestuur azM)
Grensoverschrijdende samenwerking tussen grensziekenhuizen: Samenwerking tussen Universitätsklinikum Aachen en het Maastricht Universitair Medisch Centrum

- *John Stevens* (projectmanager Strategie en Innovatie CZ) en *Thorsten Janssen* (Hoofd staf medische zorg AOK Rheinland/Hamburg –regionale directie Kreis Kleef)
Grensoverschrijdende samenwerking tussen zorgverzekeraars:
Samenwerking tussen de Nederlandse zorgverzekeraar CZ en de Duitse zorgverzekeraar AOK Rheinland/Hamburg
- *Prof. dr. Alex W. Friedrich* (hoofdafdeling medische microbiologie Universitair Medisch Centrum Groningen) en *Prof. dr. Andreas Voss* (hoogleraar infectiepreventie Universitair Medisch Centrum St Radboud en arts-microbioloog Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis Nijmegen)
Grensoverschrijdende infectiepreventie en patiëntveiligheid:
Grensbrede samenwerking in het majeure Interreg IV A project “EurSafety Health-net”

Op weg naar meer patiëntenmobiliteit over de grens. Vier interactieve Workshops:

Workshop 1

Hoe krijgt een patiënt een behandeling dichtbij huis?

Universitair Medisch Centrum Groningen en Klinikum Oldenburg werken samen: kinderen met aangeboren hartafwijkingen worden in Groningen behandeld. Oprichting van de eerste NL-D medische faculteit

Discussieleider: *Prof. dr. Alex W. Friedrich*

Workshop 2

Hoe kan een patiënt over de grens zonder wachtlijsten behandeld worden?

Patiënten uit Nederland worden in het Gamma-Knife-Zentrum Krefeld behandeld

Discussieleider: *Prof. dr. Jacques Scheres*

Workshop 3

Hoe kan de patiënt op niet-bureaucratische wijze toegang tot zorg in het buurland verkrijgen?

Afrekening van grensoverschrijdende hartchirurgische behandelingen: Verzekeringsooplossing met zorgverzekeraar AOK Niedersachsen

Discussieleider: *Mr. Jan Oostenbrink*

Workshop 4

Hoe vindt de patiënt de weg naar behandeling over de grens?

Patiënten uit Nederland worden in het St. Willibrord Spital Emmerich-Rees behandeld

Discussieleider: *Drs. Brigitte van der Zanden*

Plenaire sessie: *Resultaten van de dag*

Discussieleider: *Helmut Hetzel*

Terugkoppeling van de resultaten van de workshops, samenvatting van de dag en vervolgspraken

Slotconclusie en afsluiting van de bijeenkomst: *Prof. Dr. Jan Willem Leer*