

**Universität Bielefeld**  
**Fakultät für Gesundheitswissenschaften**

**Grenzübergreifende Zusammenarbeit  
im  
Gesundheitswesen**

**Stand und Entwicklung in Euregios und  
Interreg-Programmen mit deutscher Beteiligung**

Dissertation zur Erlangung des Grades „Doktor Public Health“ an der Fakultät für  
Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld

vorgelegt von  
Dipl.-Biol. Ulrike Wolf, MPH

Bielefeld, September 2008

Erstgutachter: Prof. Dr. med. Rainer Fehr, Ph.D.  
Zweitgutachterin: Prof. Dr. med. Claudia Hornberg



## Danksagung

Ohne die Unterstützung zahlreicher Kollegen, Freunde und verschiedener Institutionen wäre diese Dissertation nicht zustande gekommen. Sie alle haben zum Gelingen der Arbeit beigetragen. An dieser Stelle möchte ich einige von Ihnen namentlich erwähnen.

Mein herzlicher Dank gilt zunächst meinem Doktorvater Herrn Prof. Dr. Rainer Fehr für die Betreuung der Arbeit sowie die zahlreichen Diskussionen, Denkanstöße und Ermutigungen, die wesentlich zum Gelingen der Arbeit beigetragen haben.

In die Arbeit sind empirische Daten aus dem EU-Projekt „EUREGIO – Evaluation der Grenzregionen in der Europäischen Union“ eingeflossen, an denen ich selbst maßgeblich beteiligt war. In dem Projekt, das die Europäische Kommission im Rahmen des Programms „Öffentliche Gesundheit“ förderte (Grant No 2003104; SI2.378322.), wurden im Jahr 2004 und 2005 schriftliche Befragungen zur grenzübergreifenden Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich durchgeführt. Ausdrücklich möchte ich mich beim ehemaligen Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst Nordrhein-Westfalen (Iögd NRW, seit dem 1.1.2008: Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit) für die Erlaubnis bedanken, die Daten der Untersuchung in meiner Dissertation verwenden zu dürfen. Ausdrücklicher Dank geht auch an alle Kolleginnen und Kollegen am ehemaligen Iögd NRW, die unter anderem durch vielfältige Diskussionen, die Unterstützung bei der Konzipierung und Durchführung der Befragung und die Dateneingabe zur erfolgreichen Realisierung des Projektes „EUREGIO“ beigetragen haben. Mein besonderer Dank geht an das EUREGIO-Projektteam Herrn Prof. Dr. Helmut Brand, Herrn Dr. Alfons Holleder und Frau Gudula Ward. Danken möchte ich auch Herrn Ulf Wüstenbecker für die EDV-technische Umsetzung, den am Projekt beteiligten Hilfskräften Frau Alke Levenenz, Herrn Arne Lüsebrink und Herrn Till Johannes Bräkling, die unter anderem für die Dateneingabe Sorge getragen haben, sowie allen anderen Kolleginnen und Kollegen, die hier nicht namentlich erwähnt wurden. Ohne diese Unterstützung wäre diese Arbeit und die Re-Analyse der Daten, auf der wesentliche Teile der Arbeit fußen, nicht möglich gewesen.

Danken möchte ich an dieser Stelle auch den Mitgliedern der EUREGIO-Projektsteuerungsgruppe. Die zahlreichen Fachgespräche haben mir einen tiefen Einblick in die Materie, den aktuellen Diskussionsstand und die Probleme der grenzübergreifenden Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich vermittelt. Mein Dank gilt zudem allen Akteuren und Institutionen für die Beteiligung an der Befragung und die hilfreiche Beantwortung meiner Anfragen nach weiterführenden Informationen und Kartenmaterial.

Schließlich gilt mein aufrichtiger Dank meinem Lebensgefährten Frank Ritter, der mir über die vielen Monate den Rücken gestärkt hat, Verständnis für die viele am Computer verbrachte Zeit zeigte und in der Schlussphase der Arbeit diese Korrektur las. Herzlichen Dank auch an meine Mutter für inhaltliche Diskussionen und Aufmunterungen. Zuletzt möchte ich auch herzlich meinem Freundeskreis danken, der mir gezeigt haben, dass neben der Arbeit auch andere Dinge wichtig sind.



## Zusammenfassung

Die grenzübergreifende Zusammenarbeit im Gesundheitssektor zwischen Deutschland und seinen Nachbarstaaten hat in einigen Grenzregionen bereits eine lange Tradition, andere Grenzregionen hingegen haben erst vor einigen Jahren dieses Themenfeld für sich entdeckt. Auf europäischer Ebene gewinnt das Thema, angestoßen durch Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofes zur Patientenmobilität, an Bedeutung in der gesundheitspolitischen Diskussion. Ziel dieser Dissertation ist es, einen umfassenden Überblick über Stand und Entwicklung der grenzübergreifenden Zusammenarbeit im Gesundheitswesen entlang der deutschen Grenze zu geben. Hierbei kommt dem EU-Förderprogramm „Interreg“ und den Euregios, für die synonym auch der Begriff „Euroregion“ verwendet wird, als Instrumente der grenzübergreifenden Zusammenarbeit eine wichtige Rolle zu. Sie tragen unter anderem dazu bei, dass grenzübergreifende Gesundheitsprojekte entstehen, in denen gemeinsam Problemlösungen entwickelt und partnerschaftlich umgesetzt werden.

Im Rahmen des EU-Projektes „EUREGIO“ wurden im Zeitraum November 2004 bis Juni 2005 in der Europäischen Union schriftliche Befragungen bei Euregios, Interreg IIIA-Sekretariaten und Projektträgern grenzübergreifender Gesundheitsprojekte durchgeführt. Die Autorin war an dem Projekt maßgeblich beteiligt. Für die Dissertation wurden Informationen über grenzübergreifende Regionen entlang der deutschen Grenze einer Re-Analyse unterzogen. Zur Gewinnung ergänzender Informationen und zur Aktualisierung des Datenmaterials wurden sekundäranalytische Verfahren in Form von Dokumenten- und Internetanalysen durchgeführt. In der Arbeit wurden insgesamt 23 Euregios mit deutscher Beteiligung, 18 Interreg IIA-, 17 Interreg IIIA- und 14 Interreg IVA-Programme mit deutscher Beteiligung sowie 61 grenzübergreifende Gesundheitsprojekte untersucht. Ergänzend wurde eine vertiefende Analyse ausgewählter Modellregionen (Euregio „EUREGIO“, Euregio Maas-Rhein, Euroregion Pomerania) durchgeführt.

Die Mehrzahl der Euregios misst dem Thema „Gesundheit“ eine hohe Wichtigkeit bei, benennt Gesundheit als Arbeitsschwerpunkt in „ihren“ Gründungsdokumenten und verfügt über grenzübergreifende Gesundheitsarbeitskreise. Nahezu alle untersuchten Euregios mit deutscher Beteiligung sind zudem an der Erstellung von Interreg-Programmen beteiligt. Euregios haben somit einen Einfluss auf die Programmausgestaltung und können dazu beitragen, dass das Thema „Gesundheit“ hier einfließt. Des Weiteren konnte nachgewiesen werden, dass Euregios eine Vielzahl von Aufgaben wahrnehmen, die zur Umsetzung der Interreg-Programme beitragen. Über ihre Funktion als Berater für Projektträger und ihre Beteiligung an der Projektauswahl und -genehmigung haben Euregios in gewissen Umfang einen Einfluss auf die Qualität von Gesundheitsprojekten.

Eine Vielzahl grenzübergreifender Gesundheitsprojekte wird über das EU-Programm „Interreg“ gefördert. Die Analyse der operationellen Programme der Förderperioden Interreg IIIA und IVA zeigt, dass in allen Programmgebieten eine Umsetzung von Gesundheitsprojekten (inkl. Projekten im Bereich Rettungswesen/Katastrophenschutz) im Rahmen von Interreg prinzipiell möglich ist. Während einige Programme eine Vielzahl unterschiedlicher Maßnahmen erlauben, setzen andere Programme deutliche Themenschwerpunkte, beispielsweise im Katastrophenschutz. Wie viele Gesundheitsprojekte tatsächlich realisiert werden, lässt sich jedoch anhand der Programme nicht erkennen. Daher wurden neben den Programmdokumenten auch die Programmumsetzungen untersucht. Ein erster Vergleich der Förder-

perioden Interreg IIA und IIIA anhand der Indikatoren „Anzahl der Gesundheitsprojekte“, „Anteil der Gesundheitsprojekte an allen im Programmgebiet durchgeführten Interreg-Projekten“ und „Anteil für Gesundheitsprojekte aufgewendeter Fördermittel an den insgesamt für das Programmgebiet zugewiesenen EU-Fördermitteln“ liefert Hinweise darauf, dass das Thema „Gesundheit“ im Laufe der Zeit an Bedeutung gewonnen hat.

Positive Entwicklungen des Themas „Gesundheit“ lassen sich auch in den ausgewählten drei Modellregionen erkennen. Hier zeigt sich, dass insbesondere die Euregio „EUREGIO“ und die Euregio Maas-Rhein, die bereits über eine jahrzehntelange Erfahrung in der grenzübergreifenden Zusammenarbeit verfügen, als Modelle guter Praxis für die grenzübergreifende Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich eine Vorbildfunktion übernehmen können.

Die Themenfelder grenzübergreifender Gesundheitsprojekte sind vielfältig. Sie reichen von Suchtprävention über die grenzübergreifende Zusammenarbeit von Rettungsdiensten bis hin zu Telemedizin. Bei der Analyse der Projektlandschaft werden sowohl Stärken als auch Defizite der Projekte sichtbar. Positiv hervorzuheben sind die vielfältigen Aktivitäten zur Sicherung der Nachhaltigkeit sowie die partnerschaftliche Zusammenarbeit der Projekte. Defizite zeigen sich insbesondere in den Bereichen Projektevaluation, Zielkriterienentwicklung, Öffentlichkeitsarbeit und Dokumentation.

Eine Reihe von Faktoren kann die Arbeit grenzübergreifender Gesundheitsprojekte fördern oder behindern. Aus Sicht der Projektträger behindern insbesondere das bürokratische Antragsverfahren, der hohe administrative Aufwand bei der Projektabwicklung und finanzielle Probleme die Zusammenarbeit. Hierbei handelt es sich um Hindernisse, auf die Projektträger keinen oder nur einen geringen Einfluss haben. Zu den Faktoren, die aus Sicht der Projektträger am stärksten zum Erfolg grenzübergreifender Projekte beitragen, gehören das persönliche Engagement der Projektakteure und die Erfahrung der beteiligten Projektpartner in der grenzübergreifenden Zusammenarbeit. Diese Faktoren können Projektakteure selbst beeinflussen.

In den deutschen Grenzregionen finden bereits unterschiedlichste Aktivitäten zur grenzübergreifenden Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich statt. Nach wie vor besteht jedoch Bedarf an flankierenden Maßnahmen und Instrumenten, um die Zusammenarbeit zu optimieren. In der Diskussion werden Lösungsansätze zur Verbesserung der grenzübergreifenden Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich vorgestellt. Diese beziehen sich insbesondere auf 1) die Förderung des Wissenstransfers und des Erfahrungsaustausches, 2) die Anpassung von Rahmenbedingungen und bestehenden Instrumenten und 3) die Unterstützung bei der Projektumsetzung. Die Ergebnisse der Arbeit können dazu beitragen, dass dem Thema Gesundheit in der grenzübergreifenden Zusammenarbeit zukünftig verstärkte Aufmerksamkeit gewidmet wird.

## Inhaltsverzeichnis

Danksagung .....	i
Zusammenfassung .....	iii
Abbildungs-, Tabellen- und Textboxenverzeichnis .....	ix
Abkürzungsverzeichnis .....	xiv
<b>A</b>	<b>Grundlagen und Stand der Forschung</b>
<b>1.</b>	<b>Einführung in die Thematik ..... 1</b>
1.1	Hintergrund und Problemstellung ..... 1
1.2	Stand der Forschung ..... 2
1.2.1	Euregio-Forschung ..... 2
1.2.2	Forschung zur grenzübergreifenden gesundheitliche Versorgung und Patientenmobilität ..... 4
1.3	Ziele und wissenschaftliche Fragestellung der Arbeit ..... 5
1.4	Aufbau der Arbeit ..... 7
<b>2.</b>	<b>Rahmenbedingungen der grenzübergreifenden Zusammenarbeit ..... 10</b>
2.1	Begriffsdefinitionen ..... 11
2.1.1	Region und Grenzregion ..... 11
2.1.2	Grenzübergreifende, transnationale und interregionale Zusammenarbeit ..... 13
2.1.3	Grenzübergreifende Strukturen: Arbeitsgemeinschaften und Euregios ..... 14
2.2	Regionalpolitik und Akteure auf europäischer Ebene ..... 15
2.2.1	Europarat und Europäische Union ..... 15
2.2.2	Europäische Träger der grenzübergreifenden Zusammenarbeit ..... 15
2.3	Das EU-Förderprogramm Interreg ..... 18
2.3.1	Von Interreg I zu Interreg IV ..... 19
2.3.2	Ausrichtung A (grenzübergreifende Zusammenarbeit) ..... 20
2.3.3	Besonderheiten der Förderperiode Interreg IVA ..... 24
2.4	Rechtliche Rahmenbedingungen: Europäische und zwischenstaatliche Übereinkommen zur grenzübergreifenden Zusammenarbeit ..... 24
2.4.1	Die Madrider Rahmenkonvention und ihre Zusatzprotokolle ..... 25
2.4.2	Deutschland: Rechtsgrundlage auf nationaler Ebene ..... 27
2.4.3	Zwischenstaatliche Übereinkommen ..... 27
2.4.4	Rechtsgrundlagen zur grenzübergreifenden lokalen, regionalen und kommunalen Zusammenarbeit ..... 29
<b>3.</b>	<b>Euregios: Motoren der grenzübergreifenden Zusammenarbeit ..... 32</b>
3.1	Entwicklung von Euregios ..... 33
3.2	Typologien der Euregios ..... 35
3.3	Aufgaben und Aktivitäten der Euregios ..... 37
3.3.1	Allgemeine Aufgaben zur Förderung der grenzübergreifenden Zusammenarbeit ..... 37
3.3.2	Die Rolle der Euregios bei der Entwicklung und Umsetzung von Interreg-Programmen ..... 38
3.4	Darstellung ausgewählter Modellregionen ..... 39
3.4.1	Die „EUREGIO“ ..... 40
3.4.2	Die „Euregio Maas-Rhein“ ..... 44
3.4.3	Die „Euroregion Pomerania“ ..... 49

<b>4.</b>	<b>Europäische Gesundheitspolitik .....</b>	<b>56</b>
4.1	Vertragliche Grundlagen .....	56
4.1.1	Verträge von Maastricht und Amsterdam .....	56
4.2	Urteile des Europäischen Gerichtshofes .....	58
4.3	Aktivitäten der Europäischen Kommission zur Weiterentwicklung der Gesundheitspolitik .....	60
4.3.1	Reflexionsprozess auf hoher Ebene zur Patentenmobilität und der Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung in der Europäischen Union .....	61
4.3.2	Hochrangige Gruppe für das Gesundheitswesen und die medizinische Versorgung ..	62
4.3.3	Klarheit und Sicherheit in der Anwendung des Gemeinschaftsrechts auf Gesundheitsdienste und Gesundheitsversorgung .....	63
4.4	Strukturfonds und Gesundheit .....	65
<b>5.</b>	<b>Grenzübergreifende Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich .....</b>	<b>67</b>
5.1	Grenzübergreifende Aktivitäten und Projekte im Gesundheitsbereich .....	68
5.1.1	Informationen auf europäischer / nationaler Ebene .....	69
5.1.2	Informationen auf (eu)regionaler Ebene .....	71
5.1.3	Informationen auf Projektebene .....	71
5.2	Aktivitäten zur Förderung der grenzübergreifenden Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich auf europäischer Ebene .....	72
5.2.1	Projekte zur grenzübergreifenden Gesundheitsversorgung .....	72
5.2.2	Internationale Veranstaltungen und Bildung eines europäischen Netzwerkes .....	73
5.3	Fördernde und hemmende Faktoren der grenzübergreifenden Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich .....	74
<b>B</b>	<b>Empirische Untersuchungen</b>	
<b>6</b>	<b>Material und Methoden .....</b>	<b>78</b>
6.1	Schriftliche Befragung .....	79
6.1.1	Erste Erhebungswelle .....	79
6.1.2	Zweite Erhebungswelle .....	83
6.1.3	Aufbereitung der Daten .....	86
6.2	Dokumentenanalysen .....	86
6.2.1	Interreg-Dokumente .....	87
6.2.2	Euregio-Dokumente .....	88
<b>7</b>	<b>Euregios: Instrumente der grenzübergreifenden Zusammenarbeit im Gesundheitswesen .....</b>	<b>91</b>
7.1	Beschreibung der Euregios .....	92
7.2	Stellenwert des Themas Gesundheit .....	96
7.2.1	Wichtigkeit des Themas Gesundheit .....	96
7.2.2	Gesundheit als Thema in Gründungsdokumenten .....	98
7.2.3	Arbeitskreise zum Thema Gesundheit .....	100
7.3	Die Rolle der Euregios bei der Planung und Umsetzung von Interreg-Programmen ...	108
7.4	Zusammenfassung .....	113



<b>8</b>	<b>Das EU-Förderprogramm Interreg als Instrument der grenzübergreifenden Zusammenarbeit im Gesundheitswesen .....</b>	<b>114</b>
8.1	Interreg-Programme mit deutscher Beteiligung .....	114
8.2	Das Thema „Gesundheit“ in Interreg-Programmen .....	117
8.2.1	Die Programmebene .....	117
8.2.2	Die Projektebene .....	119
8.3	Zusammenfassung .....	131
<b>9</b>	<b>Grenzübergreifende Gesundheitsaktivitäten in Modellregionen .....</b>	<b>134</b>
9.1	Die „EUREGIO“ .....	136
9.1.1	Ausgangslage .....	136
9.1.2	Entwicklung des Themas „Gesundheit“ in der EUREGIO .....	136
9.1.3	Vernetzung und Kooperationsvereinbarungen .....	150
9.1.4	Zusammenfassung .....	151
9.2	Die „Euregio Maas-Rhein“ (EMR) .....	152
9.2.1	Ausgangslage .....	152
9.2.2	Entwicklung des Themas „Gesundheit“ in der EMR .....	154
9.2.3	Vernetzung und Kooperationsvereinbarungen .....	165
9.2.4	Zusammenfassung .....	167
9.3	Die „Euroregion Pomerania“ .....	168
9.3.1	Ausgangslage .....	168
9.3.2	Entwicklung des Themas Gesundheit in der Euroregion Pomerania .....	169
9.3.3	Vernetzung .....	180
9.3.4	Zusammenfassung .....	181
<b>10</b>	<b>Grenzübergreifende Gesundheitsaktivitäten: eine Analyse der Projektlandschaft .....</b>	<b>183</b>
10.1	Basisinformationen zu den Projekten .....	184
10.1.1	Geographische Lage der Projekte und beteiligte Staaten .....	184
10.1.2	Projektstand und Projektlaufzeit .....	185
10.1.3	Themenschwerpunkte der Projekte .....	186
10.2	Aktivitäten zur Planung und Umsetzung der Projekte .....	190
10.2.1	Bedarfsabklärung .....	190
10.2.2	Definition der Zielgruppen .....	191
10.2.3	Aktivitäten zur partnerschaftliche Zusammenarbeit .....	192
10.2.4	Festlegung von Zielkriterien und Evaluation .....	194
10.2.5	Öffentlichkeitsarbeit und Dokumentation .....	197
10.2.6	Aktivitäten zur Sicherung der Nachhaltigkeit .....	200
10.2.7	Beteiligung von Euregios und anderen grenzübergreifenden Strukturen .....	202
10.3	Zusammenfassung .....	202
<b>11</b>	<b>Fördernde und hemmende Faktoren grenzübergreifender Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich .....</b>	<b>204</b>
11.1	Hindernde Faktoren .....	204
11.1.1	Bewertungsaussagen der Projektträger .....	204
11.1.2	Häufigkeit des Auftretens in Gesundheitsprojekten ,.....	207
11.2	Fördernde Faktoren .....	210
11.2.1	Bewertungsaussagen der Projektträger .....	210
11.2.2	Häufigkeit des Auftretens in Gesundheitsprojekten ,.....	213
11.3	Zusammenfassung .....	215

## **C Diskussion und Ausblick**

<b>12</b>	<b>Zusammenfassende Analyse der Ergebnisse .....</b>	<b>217</b>
12.1	Kritische Betrachtung der Datenlage und der verwendeten Informationsquellen .....	217
12.2	Rolle der Euregios und ähnlicher Strukturen bei der grenzübergreifenden Zusammenarbeit im Gesundheitssektor .....	219
12.3	Stellenwert und Entwicklung des Themas „Gesundheit“ in der grenzübergreifenden Zusammenarbeit .....	221
12.3.1	Interreg-Programmebene .....	221
12.3.2	Euregio-Ebene .....	222
12.3.3	Projektebene .....	223
12.4	Gesundheitsaktive Grenzregionen .....	224
12.5	Stärken und Schwächen der Projektlandschaft .....	227
12.6	Fördernde und hemmende Faktoren der grenzübergreifenden Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich .....	228
<b>13</b>	<b>Aktuelle Entwicklungen und Empfehlungen zur Verbesserung der grenzübergreifenden Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich .....</b>	<b>230</b>
13.1	Förderung des Wissenstransfers und des Erfahrungsaustausches .....	231
13.2	Anpassung von Rahmenbedingungen und Instrumenten .....	232
13.3	Unterstützung bei der Projektumsetzung .....	235
13.4	Abschließendes Resümee .....	236
	<b>Literatur, Internetquellen .....</b>	<b>237</b>
	<b>Anlagen .....</b>	
Anl. 1	Merkmale von Euregios mit deutscher Beteiligung .....	I
Anl. 2	Interreg IIIA- und IVA-Programme mit deutscher Beteiligung: Übersicht über Gebietsgröße, Bevölkerungszahl und -dichte .....	III
Anl. 3	Interreg IIA-, IIIA- und IVA-Programme mit deutscher Beteiligung: Übersicht über EU-Fördermittel .....	V
Anl. 4	Interreg IIA-, IIIA- und IVA-Programme mit deutscher Beteiligung: Zuordnung der Euregios .....	VII
Anl. 5	Euregios mit deutscher Beteiligung: Beteiligung an Interreg-Programmentwicklung und -umsetzung .....	X
Anl. 6	Interreg IIA-, IIIA und IVA-Programme mit deutscher Beteiligung: Gesundheitsrelevante Prioritäten und Maßnahmen .....	XIV
Anl. 7	Untersuchte grenzübergreifende Gesundheitsprojekte mit deutscher Beteiligung .....	XX
Anl. 8	Interreg-Fragebogen .....	XXII
Anl. 9	Euregio-Fragebogen .....	XXVI
Anl. 10	Projekträger-Fragebogen .....	XXXI

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Aufbau und Inhalte der Arbeit .....	8
Abbildung 2	EU-Fördermittel und Anzahl der Interreg-Programme in den Förderperioden Interreg I bis Interreg IV .....	21
Abbildung 3	Ablauf von der Entwicklung strategischer Leitlinien bis zur Umsetzung der Interreg IVA-Programme .....	22
Abbildung 4	Entwicklung grenzübergreifender Strukturen in Europa .....	34
Abbildung 5	Gebiet der EUREGIO .....	41
Abbildung 6	Strukturen zur Verwaltung und Umsetzung des Interreg IVA-Programms Deutschland-Niederlande .....	44
Abbildung 7	Gebiet der Euregio Maas-Rhein .....	45
Abbildung 8	Organisationsstruktur der Euregio Maas-Rhein .....	47
Abbildung 9	Gebiet der Euroregion Pomerania .....	50
Abbildung 10	Organisationsstruktur der Euroregion Pomerania .....	52
Abbildung 11	Fördergebiet des INTERREG IIIA-Programms „Mecklenburg-Vorpommern/Brandenburg und Polen (Wojewodschaft Zachodniopomorskie)“ .....	53
Abbildung 12	Zeitlicher Verlauf der Befragungswellen im EU-Projekt EUREGIO .....	79
Abbildung 13	Karte der Euregios mit deutscher Beteiligung .....	91
Abbildung 14	Euregios mit deutscher Beteiligung – Prozentualer Anteil der Interreg-Mittel am Gesamtbudget .....	95
Abbildung 15	Euregios mit deutscher Beteiligung – Anzahl fest angestellter Mitarbeiter in den Euregio-Geschäftsstellen .....	96
Abbildung 16	Euregios mit deutscher Beteiligung – Wichtigkeit des Themas „Gesundheit“ .....	97
Abbildung 17	Euregios mit deutscher Beteiligung – Aufgaben gesundheitsrelevanter Arbeitsgruppen .....	105
Abbildung 18	Euregios mit deutscher Beteiligung – Einschätzung der Wichtigkeit des Themas „Gesundheit“ und Einrichtung euregionaler Arbeitsgruppen zum Thema „Gesundheit“ .....	108
Abbildung 19	Euregios mit deutscher Beteiligung – Anzahl der an Interreg IIA-, IIIA- und IVA-Programmen beteiligten Euregios .....	109
Abbildung 20	Euregios mit deutscher Beteiligung – Beteiligung an Interreg IIIA-Kooperationsstrukturen .....	111
Abbildung 21	Euregios mit deutscher Beteiligung – Aufgaben der Euregios zur Umsetzung der Gemeinschaftsinitiative Interreg IIIA .....	112
Abbildung 22	Anzahl der Interreg-Programme (Ausrichtung A) mit deutscher Beteiligung in den Förderphasen Interreg IIA, IIIA und IVA .....	115
Abbildung 23	Interreg IIIA-Programme mit deutscher Beteiligung – Anzahl identifizierter Gesundheitsprojekte .....	125
Abbildung 24	Vergleich der Förderperioden Interreg IIA und IIIA .....	130

## Abbildungsverzeichnis (Fortsetzung)

Abbildung 25	Entwicklung des Themas Gesundheit in der EUREGIO – Anzahl und Anteil der Interreg-Gesundheitsmaßnahmen, Ausgaben sowie durchschnittliche Projektkosten .....	146
Abbildung 26	Schwerpunkte und Themenfelder der zukünftigen Zusammenarbeit in der EUREGIO .....	147
Abbildung 27	Entwicklung des Themas Gesundheit in der Euregio Maas-Rhein – Anzahl und Anteil der Interreg-Gesundheitsmaßnahmen, Ausgaben sowie durchschnittliche Projektkosten .....	163
Abbildung 28	Entwicklung des Themas Gesundheit in der Euroregion Pomerania – Anzahl und Anteil der Interreg-Gesundheitsmaßnahmen, Ausgaben sowie durchschnittliche Projektkosten .....	177
Abbildung 29	Grenzübergreifende Gesundheitsprojekte mit deutscher Beteiligung – Anzahl der Projekte nach Staaten .....	185
Abbildung 30	Grenzübergreifende Gesundheitsprojekte mit deutscher Beteiligung – Anteil der Projekte differenziert nach Projektbeginn für den Zeitraum vor 1999 und 1999 bis 2005 .....	186
Abbildung 31	Grenzübergreifende Gesundheitsprojekte mit deutscher Beteiligung – die zehn am häufigsten genannten Themenschwerpunkte .....	187
Abbildung 32	Grenzübergreifende Gesundheitsprojekte mit deutscher Beteiligung – regionale Verteilung der zehn am häufigsten genannten Themenschwerpunkte .....	188
Abbildung 33	Grenzübergreifende Gesundheitsprojekte mit deutscher Beteiligung – Anzahl und regionale Verteilung der Projekte zu ausgewählten für die Patientenmobilität relevanten Themenschwerpunkten .....	189
Abbildung 34	Grenzübergreifende Gesundheitsprojekte mit deutscher Beteiligung – Bedarfsabklärung .....	190
Abbildung 35	Grenzübergreifende Gesundheitsprojekte mit deutscher Beteiligung – Art der Zielgruppe(n) .....	191
Abbildung 36	Grenzübergreifende Gesundheitsprojekte mit deutscher Beteiligung – partnerschaftliche Zusammenarbeit .....	192
Abbildung 37	Grenzübergreifende Gesundheitsprojekte mit deutscher Beteiligung – Anteil der Projekte, die kein, ein, zwei, drei oder vier der Kriterien der partnerschaftlichen Zusammenarbeit der neuen EFRE-Verordnung (Verordnung (EG) Nr. 1080/2006) erfüllen .....	192
Abbildung 38	Grenzübergreifende Gesundheitsprojekte mit deutscher Beteiligung – Evaluationsaktivitäten zum Zeitpunkt der Befragung .....	195
Abbildung 39	Grenzübergreifende Gesundheitsprojekte mit deutscher Beteiligung – Zeitpunkt der Evaluation .....	196
Abbildung 40	Grenzübergreifende Gesundheitsprojekte mit deutscher Beteiligung – Art und Anzahl der für die Evaluation genutzten Informationsquellen .....	196
Abbildung 41	Grenzübergreifende Gesundheitsprojekte mit deutscher Beteiligung – Erstellung von Projekt-Abschlussberichten .....	197
Abbildung 42	Grenzübergreifende Gesundheitsprojekte mit deutscher Beteiligung – Publikation von Abschluss- und/oder Evaluationsberichten .....	198

## Abbildungsverzeichnis (Fortsetzung)

Abbildung 43	Grenzübergreifende Gesundheitsprojekte mit deutscher Beteiligung – Wege, die zur Bekanntmachung der Projekte in der Öffentlichkeit genutzt wurden oder genutzt werden sollten .....	199
Abbildung 44	Grenzübergreifende Gesundheitsprojekte mit deutscher Beteiligung – Bekanntheit der Projekte in der Zielgruppe und der Öffentlichkeit .....	200
Abbildung 45	Grenzübergreifende Gesundheitsprojekte mit deutscher Beteiligung – Aktivitäten zur Sicherung der Nachhaltigkeit der Projekte .....	201
Abbildung 46	Bewertung potenziell hemmender Faktoren der grenzübergreifenden Zusammenarbeit in Gesundheitsprojekten auf einer 4er-Skala von sehr hemmend (4) bis nicht hemmend (1) .....	205
Abbildung 47	Bewertung potenziell hemmender Faktoren der grenzübergreifenden Zusammenarbeit in Gesundheitsprojekten .....	205
Abbildung 48	Grenzübergreifende Gesundheitsprojekte mit deutscher Beteiligung – Vorkommen potenziell hemmender Faktoren .....	208
Abbildung 49	Grenzübergreifende Gesundheitsprojekte mit deutscher Beteiligung – Vorkommen potenziell hemmender Bedingungen in Projekt-Untergruppen .....	209
Abbildung 50	Bewertung potenziell förderlicher Faktoren der grenzübergreifenden Zusammenarbeit in Gesundheitsprojekten auf einer 4er-Skala von sehr förderlich (4) bis nicht förderlich (1) .....	211
Abbildung 51	Bewertung potenziell förderlicher Faktoren der grenzübergreifenden Zusammenarbeit in Gesundheitsprojekten .....	211
Abbildung 52	Grenzübergreifende Gesundheitsprojekte mit deutscher Beteiligung – Vorkommen potenziell fördernder Faktoren .....	213
Abbildung 53	Grenzübergreifende Gesundheitsprojekte mit deutscher Beteiligung – Vorkommen potenziell fördernder Bedingungen in Projekt-Untergruppen .....	214

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Übersicht über Forschungsfragen und ihre Untersuchung in den Ergebniskapiteln ...	9
Tabelle 2	Basisinformationen zu den Förderperioden Interreg I, II, III und Interreg IV .....	19
Tabelle 3	EU-Haushaltsmittel in den Förderphasen Interreg III und Interreg IV .....	20
Tabelle 4	Finanzmittel, durchschnittliche Projektkosten und Anzahl der Projekte und Einzelmaßnahmen in der EUREGIO in den Förderperioden Interreg I bis IVA .....	43
Tabelle 5	Ausgewählte Kennzahlen der Partnerregionen der Euregio Maas-Rhein .....	46
Tabelle 6	Übersicht über Finanzmittel insgesamt, EU-Finanzmittel sowie Anzahl der Interreg-Projekte für die Förderperioden Interreg I bis IV A in der EMR .....	48
Tabelle 7	Bevölkerung und Fläche der Euroregion Pomerania und ihrer Teilräume .....	51
Tabelle 8	Finanzmittel, durchschnittliche Projektkosten, Anzahl der Projekte und Einzelmaßnahmen der deutsch-polnischen Interreg-Programme im Gebiet der Euroregion Pomerania .....	54
Tabelle 9	Übersicht über die Strukturfonds der Periode 2007-2013 .....	65

**Tabellenverzeichnis (Fortsetzung)**

Tabelle 10	EU-Projekte zur grenzübergreifenden Gesundheitsversorgung im Zeitraum 2004 bis 2007 .....	73
Tabelle 11	Übersicht über den Einsatz verschiedener Methoden im Ergebnisteil der Arbeit .....	78
Tabelle 12	Interreg IIIA-Sekretariate mit deutscher Beteiligung .....	80
Tabelle 13	Untersuchte Euregios mit deutscher Beteiligung und ihre Klassifikationen .....	81
Tabelle 14	Reflexion operationeller Interreg-Programme nach Kriterien von Mayring .....	88
Tabelle 15	Reflexion von euregionalen Gründungsdokumente, Jahresberichten und Handlungskonzepten nach Kriterien von Mayring .....	89
Tabelle 16	Typologisierung der 23 untersuchten Euregios mit deutscher Beteiligung .....	93
Tabelle 17	Ausgewählte Merkmale der 23 untersuchten Euregios mit deutscher Beteiligung .....	94
Tabelle 18	Euregios mit deutscher Beteiligung – Wichtigkeit des Themas „Gesundheit“ auf einer 4er-Skala von sehr wichtig (1) bis nicht wichtig (4) .....	97
Tabelle 19	Euregios mit deutscher Beteiligung – Übersicht über die in Gründungsdokumenten genannten Themenschwerpunkte .....	99
Tabelle 20	Euregionale Arbeitsgruppen der Euroregionen entlang der deutsch-tschechischen und deutsch-polnischen Grenze .....	101
Tabelle 21	Euregios mit deutscher Beteiligung – Arbeitsgruppen zum Thema Gesundheit, Rettungswesen und/oder Katastrophenschutz .....	103
Tabelle 22	Euregios mit deutscher Beteiligung – „Gesundheit“ in euregionalen Gründungsdokumenten und gesundheitsrelevante euregionale Arbeitsgruppen .....	106
Tabelle 23	Kooperationseinrichtungen der Förderperiode Interreg IIIA und ihre Aufgaben .....	110
Tabelle 24	Interreg-Programme mit deutscher Beteiligung – Maximum- und Minimumwerte zu Gebietsgröße, Einwohnerzahl, Bevölkerungsdichte und Finanzmitteln der Förderperioden Interreg IIA bis IVA im Vergleich .....	117
Tabelle 25	Fünf Interreg IIA-Programme mit deutscher Beteiligung – Zuordnung der genannten Interreg IIA-Projekte zu Themenfeldern .....	118
Tabelle 26	Im Rahmen der Interreg-Befragung genannte Interreg IIA-Gesundheitsprojekte der Interreg-Programme „Pomerania (Deutschland – Polen)“ und „Brandenburg (Deutschland – Polen)“ .....	121
Tabelle 27	Interreg IIA- und IIIA-Programme mit deutscher Beteiligung – Anzahl der Projekte insgesamt, Anzahl und Anteil der Gesundheitsprojekte, Finanzmittel insgesamt sowie Ausgaben und Ausgabenanteil der Gesundheitsprojekte .....	122
Tabelle 28	Interreg IVA-Programme mit deutscher Beteiligung – Anzahl der Projekte insgesamt sowie Anzahl und Anteil der Gesundheitsprojekte .....	128
Tabelle 29	Ausgewählte Basisdaten und -informationen der Euregio „EUREGIO“, der Euregio Maas-Rhein und der Euroregion Pomerania .....	135
Tabelle 30	Interreg I-Programm der EUREGIO – Themenschwerpunkte und Investitionsvolumen .....	137
Tabelle 31	Interreg IIA-Programm der EUREGIO – Themenschwerpunkte und Investitionsvolumen .....	139
Tabelle 32	Interreg I- und IIA-Gesundheitsprojekte in der EUREGIO .....	140
Tabelle 33	Interreg IIIA-Unterprogramm „EUREGIO“ – Schwerpunkte, Anzahl der Maßnahmen und Ausgaben .....	143

## **Tabellenverzeichnis (Fortsetzung)**

Tabelle 34	Interreg IIIA-Gesundheitsprojekte in der EUREGIO .....	144
Tabelle 35	Programm Interreg IVA „Deutschland-Niederlande“ – Prioritäten, Anzahl der Handlungsfelder und Ausgaben .....	149
Tabelle 36	Interreg IIA-Programm „Euregio Maas-Rhein“ – Schwerpunkte, Anzahl der Maßnahmen und Ausgaben .....	155
Tabelle 37	Interreg IIA-Gesundheitsprojekte in der Euregio Maas-Rhein .....	157
Tabelle 38	Interreg IIIA-Programm „Euregio Maas-Rhein“ – Schwerpunkte, Anzahl der Maßnahmenfelder und Aufgaben .....	158
Tabelle 39	Interreg IIIA-Gesundheitsprojekte in der Euregio Maas-Rhein .....	161
Tabelle 40	Interreg IVA-Programm „Euregio Maas-Rhein“ – Prioritäten und vorgesehene Ausgaben .....	164
Tabelle 41	Interreg IIA-Programm „Pomerania“ – Schwerpunkte, Anzahl der Handlungsfelder und Ausgaben .....	170
Tabelle 42	Interreg IIA-Gesundheitsprojekte im Programm „Pomerania“ .....	171
Tabelle 43	Interreg IIIA-Programm „Mecklenburg-Vorpommern/Brandenburg – Zachodniopomorskie“ – Prioritäten, Anzahl der Maßnahmenfelder und Ausgaben .....	173
Tabelle 44	Interreg IIIA-Gesundheitsmaßnahmen im Programm „Mecklenburg-Vorpommern / Brandenburg und Wojewodschaft Zachodniopomorskie“ .....	175
Tabelle 45	Interreg IVA-Programm Mecklenburg-Vorpommern/Brandenburg und Wojewodschaft Zachodniopomorskie – Prioritäten, Anzahl der Maßnahmenfelder und geplante Ausgaben .....	179
Tabelle 46	Strukturen der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit zwischen Deutschland und Polen in der Gesundheitsversorgung .....	180
Tabelle 47	Interne und externe hemmende Faktoren der grenzübergreifenden Zusammenarbeit in Gesundheitsprojekten .....	206
Tabelle 48	Interne und externe fördernde Faktoren der grenzübergreifenden Zusammenarbeit in Gesundheitsprojekten .....	212

## **Textboxenverzeichnis**

Box 1	Grenzübergreifende, transnationale und interregionale Zusammenarbeit: Definitionen .....	13
Box 2	Prioritäten und Maßnahmen des Interreg IVA-Programms „Deutschland – Niederlande 2007-2013“ .....	23
Box 3	Art. 152 des Vertrags von Amsterdam – Beitrag der Gemeinschaft zur Krankheitsverhütung .....	57
Box 4	Exkurs zum Thema „Grenzübergreifenden Gesundheitsversorgung“ .....	60
Box 5	Operationelles Interreg IIA-Programm der EUREGIO – prioritäre Maßnahmenvorschläge in den Bereichen „Gesundheitswesen“ sowie „Rettungswesen und Katastrophenschutz“ .....	139
Box 6	Entwicklungsleitlinien der EUREGIO für das Gesundheitswesen .....	148
Box 7	Leitbild „Gesundheit“ der Euroregion Pomerania (2000-2006) .....	172

## Abkürzungsverzeichnis

a.a.O.	<b>am</b> angegebenen <b>Ort</b>
AdR	<b>Ausschuss der Regionen</b>
AG	<b>Arbeitsgruppe</b>
AGEG	<b>Arbeitsgemeinschaft Europäischer Grenzregionen</b>
AIDS	<b>Acquired Immune Deficiency Syndrome</b> (erworbenes Immundefektsyndrom)
AK	<b>Arbeitskreis</b>
AOK	<b>Allgemeine Ortskrankenkasse</b>
Arge Alp	<b>Arbeitsgemeinschaft Alpenländer</b>
AT	<b>Austria</b> (Österreich)
BE	<b>Belgien</b>
BMW	<b>Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie</b>
CAWT	<b>Cooperation and Working Together</b> (Kooperation und Zusammenarbeiten)
CBC	<b>Cross-border cooperation</b> (grenzübergreifende Zusammenarbeit)
CBR	<b>Cross-border region</b> (grenzübergreifende Region)
CH	<b>Confoederatio Helvetica</b> (Schweiz)
CoE	<b>Council of Europe</b> (Europarat)
COTRAO	<b>Communauté des Travail des Alpes Occidentales</b> (Arbeitsgemeinschaft der Westalpen)
CZ	<b>Czech Republic</b> (Tschechische Republik)
DE	<b>Deutschland</b>
d.h.	<b>das heißt</b>
DK	<b>Dänemark</b>
ECU	<b>European Currency Unit</b> (Europäische Verrechnungseinheit), Erläuterung: Vorläufer des Euro
EHL	<b>Entente des Hopitaux Luxembourgeois</b> (Luxemburger Krankenhausgesellschaft)
EFPIA	<b>European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations</b> (Europäischer Dachverband der Arzneimittelunternehmen und -verbände)
EFRE	<b>Europäischer Fond für regionale Entwicklung</b>
ELER	<b>Europäischer Landwirtschaftsfond für die Entwicklung des ländlichen Raums</b>
EMR	<b>Euregio Maas-Rhein</b>
EPHZ	<b>Europäisches Public Health Zentrum Nordrhein-Westfalen</b>
ERAC	<b>European Regional Affairs Consultants</b> (Beratungsinstitut für Europäische Regionalangelegenheiten)
ESF	<b>Europäischer Sozialfonds</b>
ESG	<b>Euregionales Servicezentrum für Gesundheit</b>
et al.	<b>et alii</b> (und andere)
etc.	<b>et cetera</b> (und so weiter)
ETZ	<b>Europäische Territoriale Zusammenarbeit</b>
EU	<b>Europäische Union</b>



## Abkürzungsverzeichnis (Fortsetzung)

EU-15	Europäische <b>U</b> nion mit <b>15</b> Mitgliedstaaten von 1995 bis zum 30. April 2004
EuGH	Europäischer <b>G</b> erichtshof
EUREX	<b>E</b> uroregionale <b>E</b> xpertengruppe
e.V.	eingetragener <b>V</b> erein
EVTZ	Europäischer <b>V</b> erbund für <b>t</b> erritoriale <b>Z</b> usammenarbeit
EW	<b>E</b> inwohner
EWG	Europäische <b>W</b> irtschafts <b>g</b> emeinschaft
EWSA	Europäischer <b>W</b> irtschafts- und <b>S</b> ozial <b>a</b> usschuss
f.	folgende
FAG	<b>F</b> acharbeits <b>g</b> ruppe
ff.	(fort) folgende
FG	<b>F</b> ach <b>g</b> ruppe
FH	<b>F</b> ach <b>h</b> ochschule
FR	<b>F</b> ranchreich
GAP	<b>G</b> renzüberschreitendes <b>A</b> ktions <b>p</b> rogramm
GG	<b>G</b> rund <b>g</b> esetz
GmbH	<b>G</b> esellschaft mit <b>b</b> eschränkter <b>H</b> aftung
GMK	<b>G</b> esundheits <b>m</b> inister <b>k</b> onferenz
GTS	<b>G</b> emeinsames <b>t</b> echnisches <b>S</b> ekretariat
HGW	<b>H</b> ansestadt <b>G</b> reifswald
HIV	<b>H</b> uman immunodeficiency <b>v</b> irus (Humanes Immundefizienz-Virus)
HOPE	European Hospital and Healthcare Federation (Ständiger Ausschuss der Krankenhäuser in Europa)
HTA	<b>H</b> ealth <b>T</b> echnology <b>A</b> ssessment (Bewertung von Gesundheitstechnologien)
IBK	Internationale Bodenseekonferenz
IESE	Instituto de <b>E</b> studios <b>S</b> uperiores de la <b>E</b> mprese (Institut für weiterführende Unternehmensstudien)
IfS	Institut für <b>S</b> tadtforschung und Strukturpolitik GmbH
IKT	<b>I</b> nformations- und <b>K</b> ommunikation <b>t</b> echnologie
ILS	Institut für <b>L</b> andes- und <b>S</b> tadtentwicklungsforschung des Landes Nordrhein-Westfalen
IT	<b>I</b> talien
INTERACT	<b>I</b> NTERREG <b>A</b> nimation <b>C</b> ooperation and <b>T</b> ransfern (Interreg Animation, Kooperation und Transfer)
k.A.	<b>K</b> eine <b>A</b> ngabe
KGRE	<b>K</b> ongress der <b>G</b> emeinden und <b>R</b> egionen <b>E</b> uropas
km <sup>2</sup>	Quadrat <b>k</b> ilometer
KMU	<b>K</b> leine und <b>m</b> ittlere <b>U</b> nternehmen

## Abkürzungsverzeichnis (Fortsetzung)

KOM	Erläuterung: Bei den so genannten „KOM-Dokumente“ handelt es sich um Legislativvorschläge und sonstige Mitteilungen sowie entsprechende vorbereitende Dokumente der Europäischen Kommission an den Rat und/oder andere Organe
LEADER	<b>L</b> iaison <b>e</b> ntre actions de <b>d</b> éveloppement de l' <b>é</b> conomie rurale (Verbindung zwischen Aktionen zur Entwicklung der ländlichen Wirtschaft).
LI	<b>L</b> iechtenstein
Iögd NRW	<b>L</b> andesinstitut für den <b>Ö</b> ffentlichen <b>G</b> esundheits <b>d</b> ienst <b>N</b> ordrhein- <b>W</b> estfalen
LRDP	<b>L</b> ocal and <b>R</b> egional <b>D</b> evelopment <b>P</b> lanning LTD.
LT	<b>L</b> itauen
LU	<b>L</b> uxemburg
Max.	<b>M</b> aximum
MAGS NRW	<b>M</b> inisterium für <b>A</b> rbeit, <b>G</b> esundheit und <b>S</b> oziales des Landes <b>N</b> ordrhein- <b>W</b> estfalen (vormals MGSFF NRW)
MGSFF NRW	<b>M</b> inisterium für <b>G</b> esundheit, <b>S</b> oziales, <b>F</b> rauen und <b>F</b> amilie des Landes <b>N</b> ordrhein- <b>W</b> estfalen
Min.	<b>M</b> inimum
Mio.	<b>M</b> illion
MORO	<b>M</b> odellvorhaben der <b>R</b> aum <b>o</b> rdnung
Mrd.	<b>M</b> illi <b>a</b> rde
MRSA	<b>M</b> ethicillin <b>R</b> esistant <b>S</b> taphylococcus <b>A</b> ureus
N	Anzahl der untersuchten Euregios bzw. Projekte
n	Anzahl der Angaben
NEI	<b>N</b> ederlands <b>E</b> conomisch <b>I</b> nstituut Rotterdam (Niederländisches Wirtschaftsforschungsinstitut in Rotterdam)
NL	<b>N</b> iederlande
NSRP	<b>N</b> ationaler <b>S</b> trategischer <b>R</b> ahmen <b>p</b> lan
NUTS	<b>N</b> omenclature des <b>u</b> nités <b>t</b> erritoriales <b>s</b> tatistiques (Systematik der Gebietseinheiten für die Statistik), Erläuterung: EU-Systematik der Gebietseinheiten für die Statistik
o.J.	<b>o</b> hne <b>J</b> ahr
OP	Operationelles Programm
OSZE	<b>O</b> rganisation für <b>S</b> icherheit und <b>Z</b> usammenarbeit in <b>E</b> uropa
OVP	Landkreis <b>O</b> st <b>v</b> orpommern
PHEA	<b>P</b> ublic <b>H</b> ealth <b>E</b> xecutive <b>A</b> gency
PL	<b>P</b> olen
RHN	<b>R</b> egions for <b>H</b> ealth <b>N</b> etwork (Netzwerk der Regionen für Gesundheit)
RU	<b>R</b> ussische <b>F</b> öderation
s.a.	<b>s</b> iehe <b>a</b> uch
SE	<b>S</b> chweden
SGB	<b>S</b> ozial <b>g</b> esetz <b>b</b> uch

## Abkürzungsverzeichnis (Fortsetzung)

SPF	<b>S</b> mall <b>P</b> roject <b>F</b> und (Fonds für kleine Projekte); Erläuterung: Im Rahmen von Interreg haben einige Programme entsprechende Fonds eingerichtet, in deren Rahmen grenzübergreifende Projekte mit einem verhältnismäßig geringen Fördervolumen finanziell unterstützt werden. In einigen Interreg-Programmen werden entsprechende Projekte auch als People-to-People Projekte bezeichnet.
STI	<b>s</b> exually transmitted infections (sexuell übertragbare Infektionen)
TOP	<b>T</b> agesordnungspunkt
u.a.	<b>u</b> nter <b>a</b> nderem
UER	Landkreis <b>U</b> ecker- <b>R</b> andow
URL	<b>U</b> niform <b>R</b> esource <b>L</b> ocator, Adresse im WWW und Dateinamen-Erweiterung
vgl.	<b>v</b> ergleiche
VRE	<b>V</b> ersammlung der <b>R</b> egionen <b>E</b> uropas
vs.	<b>v</b> ersus
WHO	<b>W</b> orld <b>H</b> ealth <b>O</b> rganization (Weltgesundheitsorganisation)
z.B.	<b>z</b> um <b>B</b> eispiel



## Kapitel 1 Einführung in die Thematik

### 1.1 Hintergrund und Problemstellung

Die EU hat ein großes Interesse daran, das Zusammenwachsen der Staaten zu einem geeinten Europa voranzutreiben. Im Zuge der europäischen Integration rücken insbesondere Grenzregionen, die „Brücken“ zwischen den Staaten bilden können, in den Fokus der Aufmerksamkeit. Grenzregionen sind in zweierlei Hinsicht benachteiligt: zum einen werden sie aufgrund ihrer peripheren Lage in einem Mitgliedstaat häufig von der nationalen Politik vernachlässigt, zum anderen trennen Grenzen die jeweils diesseits und jenseits der Grenze liegenden Kommunen wirtschaftlich, sozial und kulturell voneinander (Kommission der Europäischen Gemeinschaften 2000: 2).

Direkt benachbarte Staaten kooperieren inzwischen in einer Vielzahl von Bereichen wie Verkehr, Wirtschaft, Kultur, Umweltschutz oder Gesundheit miteinander. Die grenzübergreifende Zusammenarbeit trägt dazu bei, die Nachteile der Grenzregionen zu mildern, ihre integrierte Entwicklung zu fördern und die Lebensbedingung der Bevölkerung in diesen Gebieten zu verbessern. Im Jahr 1990 rief die Europäische Union (EU) das Förderprogramm „Interreg“ ins Leben, das wesentlich zur Förderung der grenzübergreifenden Zusammenarbeit beiträgt. Das Programm befindet sich inzwischen in seiner vierten Phase (2007-2013). Für die Förderperiode Interreg IV sind insgesamt 8,7 Milliarden Euro vorgesehen, von denen 74 Prozent (6,44 Milliarden Euro) auf die grenzübergreifende Zusammenarbeit entfallen (Wolfe 2007).<sup>1</sup>

Eine große Bedeutung kommt in der grenzübergreifenden Zusammenarbeit neben dem Förderprogramm Interreg den so genannten Euregios zu, für die synonym der Begriff „Euroregion“ verwandt wird.<sup>2</sup> Euregios werden auch als „Motor des europäischen Integrationsprozesses“ bezeichnet (Malchus 2007: 39). Hierbei handelt es sich um grenzübergreifende Strukturen, in denen sich vorwiegend lokale und regionale Gebietskörperschaften über eine oder mehrere Staatsgrenzen hinweg zusammengeschlossen haben. Entlang der Binnen- und Außengrenzen der EU sind nach Angaben der Arbeitsgemeinschaft Europäischer Grenzregionen (AGEG) seit Gründung der ersten Euregio „EUREGIO“ im Jahr 1958 über 100 weitere Euregios und ähnliche grenzübergreifende Strukturen entstanden (AGEG 2006b: 42).

Vor dem Hintergrund der europäischen Integration gewinnt die Zusammenarbeit der Mitgliedstaaten im Sozial- und Gesundheitsbereich an Bedeutung. Durch die Rechtsprechungen des Europäischen Gerichtshofes (EuGH) zur grenzübergreifenden Beanspruchung von Gesundheitsleistungen wurden richtungsweisende Entscheidungen gefällt, die auch die nationalen Gesundheitssysteme beeinflussen. Hierdurch wurden auf EU-Ebene Diskussionsprozesse

---

<sup>1</sup> Gefördert werden im Rahmen von Interreg IV zudem die interregionale sowie die transnationale Zusammenarbeit. In Kapitel 2.1.2 werden diese Begriffe näher erläutert.

<sup>2</sup> In der hier vorliegenden Arbeit wird der Begriff „Euroregion“ als Oberbegriff für Euregios, Euroregionen und ähnliche Strukturen verwandt.

und Aktivitäten in Gang gebracht, die sich mit den Auswirkungen dieser Entscheidungen befassen.

In den Grenzregionen – insbesondere in den so genannten Euregios – wurde bereits eine Reihe von Modellprojekten im Gesundheitsbereich durchgeführt. Diese reichen von gemeinsamen Fortbildungsveranstaltungen für Ärzte und Pflegepersonal über die Schaffung gemeinsamer Einrichtungen (z.B. eines gemeinsamen Krankenhauses) oder die gemeinsame Nutzung von Geräten bis hin zu Gesundheitsförderungsaktivitäten bei Kindern und Jugendlichen (z.B. Drespe & Thorn 2005, lögd NRW 2007: 51ff.). Oberziel der Projekte ist es, die gesundheitliche Lage und die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung in diesen Regionen zu verbessern. Zudem werden in den Euregios gesundheitsbezogene Veranstaltungen durchgeführt und Arbeitskreise eingerichtet, die insbesondere dem Informationsaustausch und der Vernetzung dienen.

### **1.2 Stand der Forschung**

Im Vergleich zu Themen wie Raumordnung, Verkehr oder Umwelt wurde das Thema Gesundheit in der grenzübergreifenden Zusammenarbeit lange Zeit vernachlässigt (Anonymus 2005). Dies spiegelt sich auch in der wissenschaftlichen Forschung zur grenzübergreifenden Zusammenarbeit und zu Euregios wider. Die EuGH-Urteile und die hiermit verbundenen Diskussionen haben jedoch in den letzten Jahren dazu geführt, dass insbesondere zum Thema Patientenmobilität wissenschaftliche Publikationen entstanden. In der grenzübergreifenden Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich wird eine Vielzahl von Themen aufgegriffen. Die Patientenmobilität und die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen im Nachbarland stellen nur einen Teil hiervon dar. Die folgenden Kapitel bieten eine kurze Übersicht über die „Euregio-Forschung“ sowie die Forschungsarbeiten zur grenzübergreifenden gesundheitlichen Versorgung und Patientenmobilität.

#### **1.2.1 Euregio-Forschung**

Insbesondere seit Beginn der 1990er Jahre ist eine Zunahme der wissenschaftlichen Bearbeitung des Themas „grenzübergreifende Zusammenarbeit“ zu beobachten (Böttger 2006: 15). Dies steht vermutlich in Zusammenhang mit verschiedenen miteinander verflochtenen Entwicklungen auf europäischer Ebene wie der sinkenden Bedeutung der Grenzen, der beginnenden europäischen Regionalpolitik in den 1980er Jahren und der damit verbundenen Stärkung der Rolle der Regionen, dem zahlenmäßigen Anwachsen grenzübergreifender Strukturen sowie der Förderung der grenzübergreifenden Zusammenarbeit durch die Gemeinschaftsinitiative Interreg seit Beginn der 1990er Jahre (Böttger 2006: 15, Europäisches Parlament 2005a: 9). Mit dem Thema der grenzübergreifenden Zusammenarbeit befassen sich Autoren verschiedenster Disziplinen wie Geographen, Politikwissenschaftler, Verwaltungswissenschaftler, Soziologen und Rechtswissenschaftler.

Inzwischen ist eine Reihe von Publikationen entstanden, die ausgewählte grenzübergreifende Strukturen behandeln (z.B. Carmin et al. 2003, Gómez-Matarán 1998, Kepka 2004, Kowalke 1997, Perkmann 2007, Zurzhenko 2004). Zum Teil verfassen Akteure aus den Grenzregionen selbst diese Arbeiten. Böttger (2006: 16) stellt hierzu fest, dass diese Arbeiten häufig eher deklaratorischen Charakter besitzen, da sie die grenzübergreifende Zusammenarbeit per se als Erfolgsgewinn bewerten, ohne die Kooperation zwischen den Akteuren und ihre Ergebnisse näher zu beleuchten und zu analysieren.

Nach Perkmann (2003b: 5) dominieren bisher Beiträge zu einzelnen Regionen. Daneben sind jedoch auch Publikationen entstanden, die versuchen, über Fallstudien hinaus einen vertiefenden Einblick in das Themenfeld zu geben. Hierzu gehören Beiträge, die sich beispielsweise mit den Konzepten „Grenze“ und „Region“ (z.B. Schmitt-Egner 1998), dem Schlagwort „Europa der Regionen“ (z.B. Hrbek & Weyand 1994, Ruge 2003), den rechtlichen Auswirkungen und Bedingungen der grenzübergreifenden Zusammenarbeit (z.B. Beyerlin 1988, Niedobitek 2001) oder der Bedeutung und Rolle der grenzübergreifenden Strukturen (z.B. Perkmann 2003b, 2005b) befassen. Auch Diplomarbeiten und Dissertationen widmen sich anhand ausgewählter Fallbeispiele zunehmend der Thematik der grenzübergreifenden Zusammenarbeit (z.B. Behringer 2005, Böttger 2006, Breuer 2001, Schöne 2006). So ging zum Beispiel Breuer (2001) am Beispiel der Euregio „EUREGIO“ der Frage nach, inwieweit sich die Einstellung regionaler Akteure zu einer Euregio unter dem Eindruck der Europäischen Integration ändert. Schöne (2006) hingegen widmete sich den deutsch-polnischen und deutsch-tschechischen Euroregionen und untersuchte in ihrer Arbeit Bedeutung, Typologie und Entwicklungsperspektiven dieser Euroregionen. Verschiedentlich wurde jedoch festgestellt, dass sich anhand der vorliegenden Arbeiten bisher noch kein klares Gesamtbild ergibt, bisher nur wenig gesicherte Schlussfolgerungen gezogen werden können und noch eine Reihe von Forschungsfragen offen bleibt (Anderson 1998: 94, Perkmann 2003b: 4).

Die grenzübergreifende Gesundheitsversorgung, das grenzübergreifende Rettungswesen oder andere gesundheitsrelevante Themen sind zumeist nicht oder nur am Rande Betrachtungsgegenstand bisher entstandener Beiträge. Hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang das Mitte 2007 abgeschlossene EU-Projekt „EUREGIO – Evaluation der Europäischen Grenzregionen in der Europäischen Union“. Dieses Projekt widmete sich dem Thema der grenzübergreifenden Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich mit Fokus auf Euregios. Ziel dieses Projektes war es, grenzübergreifende Projekte im Gesundheitswesen zu identifizieren, die Vernetzung zwischen den Akteuren zu fördern, Modelle guter Praxis zu verbreiten und Hypothesen über fördernde und hemmende Faktoren zu generieren (Iögd NRW 2007: 7).

Des Weiteren sind verschiedene Berichte entstanden, die einen Überblick über bestehende Gesundheitsprojekte und andere Aktivitäten in den Grenzregionen und Euregios bieten. Exemplarisch zu nennen sind hier:

- die Studie „Hospital co-operation in border regions in Europe“ (HOPE 2003), die eine Übersicht über Aktivitäten im Gesundheitsbereich in der EU bietet,

- die vom nordrhein-westfälischen Gesundheitsministerium erstellte Publikation „Gesundheitspolitik in Europa – Entwicklungen, Chancen, Perspektiven aus der Sicht des Landes Nordrhein-Westfalen“ (MGSFF NRW 2001), in der unter anderem die Aktivitäten der vier Euregios Maas-Rhein, rhein-maas-nord, Rhein-Waal und der Euregio „EUREGIO“ dargestellt werden, sowie
- die Publikation „EUREGIOsocial: Euregionale Zusammenarbeit im Gesundheitswesen“ (Drespe & Thorn 2005), in der Gesundheitsprojekte in Euregios mit deutscher Beteiligung beschrieben werden.<sup>3</sup>

Hierbei handelt es sich weniger um wissenschaftliche Publikationen als vielmehr um Publikationen, die den aktuellen Informationsstand abbilden und – wie im Falle der oben genannten Publikation des MGSFF NRW – Basis für eine politische Entschließung und für Handlungsempfehlungen bildeten. Zu erwähnen ist in diesem Zusammenhang auch das 10-seitige Positionspapier „Grenzübergreifendes Gesundheitswesen“ der AGEG (2006a), das eine Übersicht über Kooperationsmöglichkeiten, Probleme und Lösungsmöglichkeiten der grenzübergreifenden Zusammenarbeit im Gesundheitswesen bietet.

### **1.2.2 Forschung zur grenzübergreifenden gesundheitlichen Versorgung und Patientenmobilität**

Die Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofes wie beispielsweise im Fall Kohll-Decker, denen eine Reihe weiterer Rechtsprechungen zur Erleichterung der Patientenmobilität folgten, haben auf EU-Ebene Diskussionsprozesse über die Auswirkungen dieser Entscheidungen und den hiermit verbundenen gesundheitspolitischen Fragen angestoßen, die bis heute fortauern.<sup>4</sup> Neben dem oben genannten Forschungsstrang der „Euregio-Forschung“ hat sich daher in den letzten Jahren ein weiterer Forschungsstrang entwickelt, der sich aufgrund des anwachsenden Interesses gegenüber dieser Thematik mit der grenzüberschreitenden gesundheitlichen Versorgung und der damit verbundenen Patientenmobilität befasst. Einige dieser Publikationen bieten einen zusammenfassenden Überblick über den bisherigen Informations- und Diskussionsstand zu diesem Thema in der EU (z.B. Bertinato et al. 2005, HOPE & EHL 2003). Andere Veröffentlichungen befassen sich mit ausgewählten Fragestellungen wie beispielsweise Motiven und Hindernissen der grenzübergreifenden Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgungsleistungen, Informationsbedarfen von Patienten und Leistungsanbietern (Ärzte, Krankenversicherungsträger etc.) oder den Möglichkeiten einer Verbesserung der Kooperationen. Bei diesen Studien kann zwischen Fallstudien, die sich auf ausgewählte Regionen beschränken (z.B. Brouwer et al. 2003, France 1997, Glinos et al. 2005, Schaub 2001), und Übersichtsarbeiten (z.B. Bassi et al. o.J., Hermans & Brouwer 2003, Hermesse et al. 1997) unterschieden werden.

---

<sup>3</sup> In Kapitel 5.1 wird vertiefend auf diese und weitere Arbeiten eingegangen.

<sup>4</sup> Die Urteile des EuGH werden in Kapitel 4.2 vertiefend behandelt.



Die Studien zeigen unter anderem, dass:

- bisher wenig aktuelles Datenmaterial über die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im Ausland vorliegt (z.B. Busse et al. 2002: 236, Hermans und Brouwer 2003: 42) und dass vergleichbare Daten benötigt werden (z.B. High Level Group on Health Care Services 2006: 11ff.),
- die Zahl der Personen, die medizinische Dienstleistungen in anderen Staaten in Anspruch nehmen, eher gering ist (z.B. Brouwer et al. 2003: 295, Hermans & Brouwer 2003: 71, Kommission der Europäischen Gemeinschaften 2003: 3) und sich auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im Nachbarland konzentriert (z.B. Hermans & Brouwer 2003: 71),
- sowohl seitens der Patienten als auch der Leistungsanbieter ein Bedarf an Informationen über die Verfahren und Angebote zur Gesundheitsversorgung in anderen Ländern besteht (z.B. Boffin & Baeten 2005: 26ff., Hermans & Brouwer 2003: 72),
- die Gründe, warum Patienten sich für oder gegen eine Behandlung im Nachbarland entscheiden, bisher nicht vollständig geklärt sind (Brouwer et al. 2003: 297),
- sowohl seitens der Leistungsanbieter als auch der Patienten Unsicherheiten über Garantieansprüche, die Nachbetreuung, das Haftungsrecht oder die finanzielle Abwicklung sowie Sprachprobleme bestehen, welche Hindernisse für die grenzübergreifende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen darstellen (z.B. High Level Group on Health Care Services 2006: 11, Palm et al. 2000: 7, TK 2003: 16).

Aktuell entstand zudem im Rahmen des EU-Projektes „Europe for Patients“ eine Veröffentlichung, in der anhand von neun Fallstudien ein Überblick über aktuelle Entwicklungen und Probleme der Patientenmobilität gegeben wird (Rosenmöller et al. 2006). Aus den Ergebnissen wurden Leitsätze zur Weiterentwicklung der Patientenmobilität abgeleitet, die ebenfalls Bestandteil der Publikation sind.

Die oben aufgeführten Publikationen befassen sich zum Teil auch mit der Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgungsleistungen in einem geografisch weit entfernten Mitgliedstaat (z.B. Glinos et al. 2005, Hermans & Brouwer 2003: 21f., Rosenmöller et al. 2006: 119ff.), d.h. sie beschränken sich nicht nur auf die Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung im Nachbarstaat. In einigen dieser Arbeiten werden Fallbeispiele aus Euregios dargestellt (z.B. Busse et al. 2002: 244ff., Coheur 2001: 11f., Hermans und Brouwer 2003: 7ff.), die Euregios selbst und ihre Strukturen jedoch kaum näher beleuchtet.

### **1.3 Ziele und wissenschaftliche Fragestellung dieser Arbeit**

Sowohl im Zuge der politischen Diskussion um die EuGH-Urteile und ihre Auswirkungen auf gesundheitspolitische Entscheidungen und Entwicklungen als auch im Zuge des Bestrebens der EU, das Zusammenwachsen der Nationalstaaten zu einem geeinten Europa zu fördern, gewinnt die Zusammenarbeit zwischen Nationalstaaten im Gesundheitsbereich an Bedeu-

tung. Nach Englaender (2006a: 2) können grenzübergreifende Strukturen wie Euregios im Gesundheitsbereich als Schrittmacher der europäischen Integration fungieren.

Benötigt wird also eine wissenschaftliche Arbeit, die sich intensiv mit der Entwicklung der grenzübergreifenden Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich entlang der deutschen Grenzen auseinandersetzt, die Rolle deutscher Euregios näher beleuchtet und grenzübergreifende Gesundheitsprojekte mit deutscher Beteiligung hinsichtlich ihrer Stärken und Schwächen analysiert. Dies will die vorliegende Arbeit leisten. Aus den Ergebnissen werden Empfehlungen für die Weiterentwicklung der grenzübergreifenden Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich abgeleitet. Die Arbeit soll zudem dazu beitragen, dass das Thema „Gesundheit“ in der grenzübergreifenden Zusammenarbeit zukünftig verstärkte Aufmerksamkeit erfährt.

Die Arbeit beschränkt sich auf die grenzübergreifende Zusammenarbeit zwischen Deutschland und seinen Nachbarstaaten. Verschiedene Gründe sprechen für die Wahl Deutschlands als Untersuchungsgebiet: So kommt erstens der grenzübergreifenden Zusammenarbeit zwischen Deutschland und seinen neun Nachbarstaaten aufgrund der zentralen Lage Deutschlands in der EU, einer Grenzlänge von insgesamt 3.600 km (BMW 2007a: 86) und einem Einwohneranteil von 14 Prozent der Einwohner Deutschlands in NUTS-3-Grenzregionen<sup>5</sup> (a.a.O.) eine besondere Bedeutung zu. Zweitens spricht die gute Literaturlage für die Auswahl, welche wahrscheinlich auch darauf zurückzuführen ist, dass es sich bei den ersten Euregios um Euregios mit deutscher Beteiligung handelte und sich in den letzten Jahrzehnten mehr als 20 Euregios entlang der deutschen Grenze etablierten. Vorteilhaft ist zudem, dass insbesondere „graue Literatur“ (z.B. operationelle Interreg-Programme) – welche in der Regel in den Landessprachen der beteiligten Grenzstaaten verfasst wird – im Fall der deutschen Grenzregionen in deutscher Sprache vorliegt, so dass einer Analyse dieser Dokumente keine sprachlichen Hindernisse entgegen stehen.

Die Arbeit liefert einen Überblick über die grenzübergreifende Zusammenarbeit der Grenzregionen mit deutscher Beteiligung. Ergänzend wird die Entwicklung der grenzübergreifenden Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich anhand von drei ausgewählten Modellregionen vertiefend betrachtet. Als Fallbeispiele wurden die deutsch-niederländisch-belgische „Euregio Maas-Rhein“, die deutsch-niederländische „EUREGIO“ und die deutsch-polnisch-schwedische „Euroregion Pomerania“ gewählt.<sup>6</sup>

Im Mittelpunkt der Arbeit stehen folgende fünf forschungsleitende Fragestellungen:

- (1) Welche Rolle spielen Euregios bei der grenzübergreifenden Zusammenarbeit im Gesundheitssektor?
- (2) Welchen Stellenwert hat das Thema Gesundheit in der grenzübergreifenden Zusammenarbeit zwischen Deutschland und seinen Nachbarstaaten, und welche Entwicklungen zeigen sich hier?

---

<sup>5</sup> NUTS ist die Systematik der Gebietseinheiten für die Statistik. Es handelt sich hierbei um eine hierarchische Klassifikation mit drei Ebenen (NUTS 1, NUTS 2 und NUTS 3). In Deutschland entspricht die NUTS-3-Ebene im Wesentlichen der Kreisebene.

<sup>6</sup> Die Begründung für die Auswahl dieser Modellregionen ist ausführlich in Kapitel 9 dargestellt.

- (3) Welche Grenzregionen bzw. Euregios sind im Gesundheitsbereich „besonders aktiv“, und wodurch sind diese charakterisiert?
- (4) Wie sieht die Projektlandschaft grenzübergreifender Gesundheitsprojekte aus, und welche Stärken und Schwächen weist sie auf?
- (5) Welche Faktoren fördern oder hemmen die grenzübergreifende Zusammenarbeit der Gesundheitsprojekte?

### 1.4 Aufbau der Arbeit

Für die vorliegende Arbeit wurden Daten und Informationen, die im Rahmen des Mitte 2007 abgeschlossenen EU-Projektes „EUREGIO – Evaluation der Grenzregionen in der Europäischen Union“ (Iögd NRW 2007) gewonnen wurden, genutzt.<sup>7</sup> Die Untersuchungen dieses EU-Projektes fokussierten auf die alten EU-Mitgliedstaaten, die so genannten EU-15<sup>8</sup>. Die vorliegende Arbeit hingegen behandelt grenzübergreifende Gesundheitsaktivitäten zwischen Deutschland und seinen Nachbarstaaten. Es wurde somit ein „geographischer Fokus“ gelegt, welcher eine vertiefende Betrachtung des Untersuchungsgebietes erlaubt. Die im Rahmen des EUREGIO-Projektes mittels schriftlicher Befragungen gewonnenen Daten wurden von der Autorin erneut speziell für den deutschen Grenzraum ausgewertet. Ergänzend wurden verschiedene Dokumente wie Interreg-Programme oder von den Euregios selbst veröffentlichte Dokumente analysiert.

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in drei Teile (Abbildung 1):

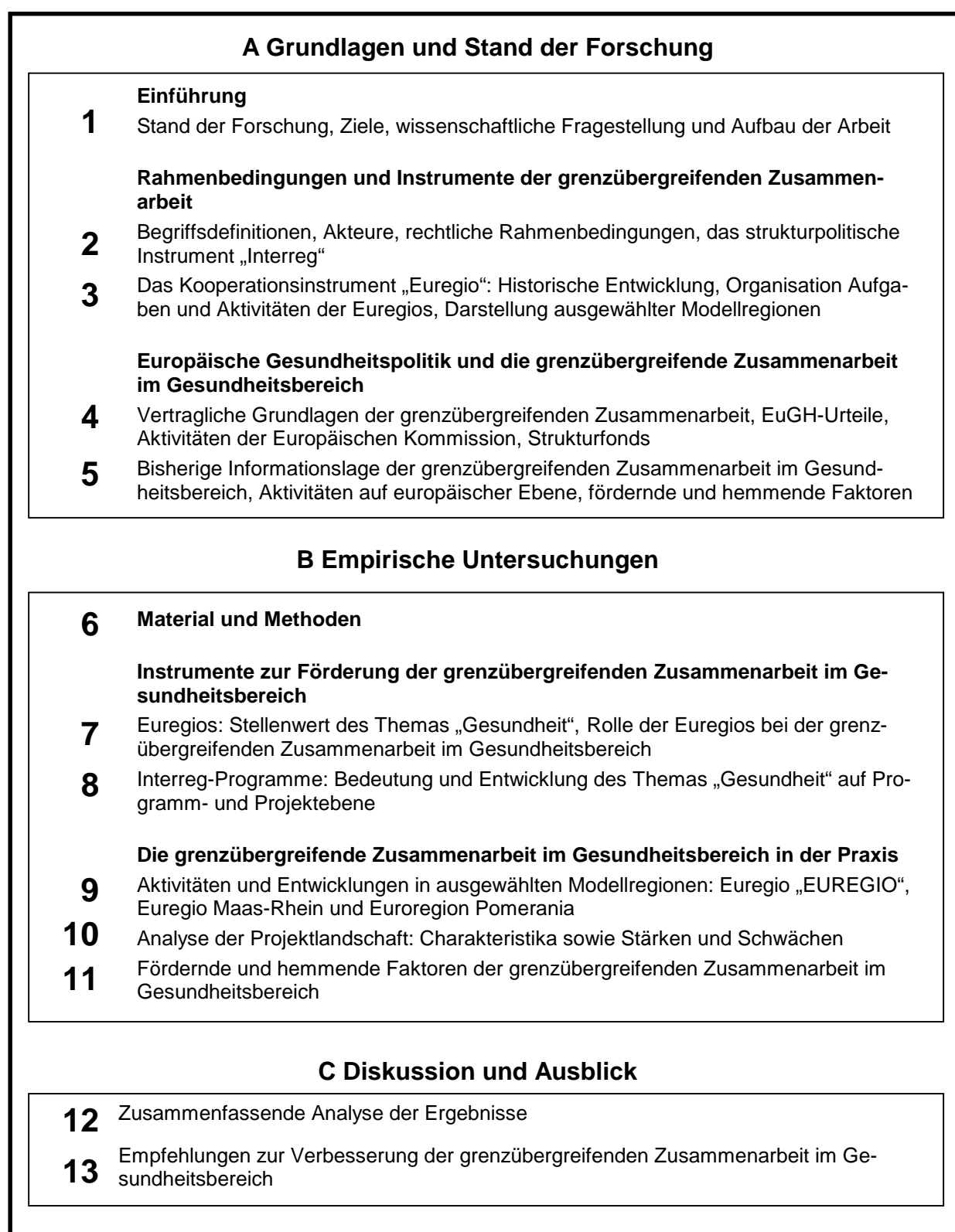
- Teil A: Grundlagen und Stand der Forschung,
- Teil B: Empirische Untersuchungen und
- Teil C: Diskussion und Ausblick.

In Teil A (Kapitel 1 bis 5, s. Abbildung 1) werden die konzeptionellen Grundlagen dargestellt und die Problemstellungen erläutert. Dieser Teil bietet einen umfassenden Überblick über Theorien, aktuelle Diskussionen und den Forschungsstand zur grenzübergreifenden Zusammenarbeit im Allgemeinen sowie im Gesundheitsbereich im Besonderen. Sowohl das EU-Förderprogramm Interreg als auch Euregios stellen Instrumente dar, die zur Förderung der grenzübergreifenden Zusammenarbeit auch im Gesundheitsbereich beitragen. Diese beiden Instrumente werden ebenfalls in Teil A ausführlich behandelt.

---

<sup>7</sup> Die Autorin war während der gesamten Laufzeit als wissenschaftliche Mitarbeiterin im EU-Projekt „EUREGIO“ tätig. Sie war u.a. wesentlich an der Entwicklung und Durchführung der schriftlicher Befragungen (näheres hierzu s. Kapitel 6), der Erstellung von Projektpublikationen (z.B. Brand et al. 2006, Iögd NRW 2007) und anderen Projektaktivitäten beteiligt.

<sup>8</sup> Hierzu gehören die 15 Mitgliedstaaten, die bis zum 30. April 2004 die EU bildeten: Belgien, Dänemark, Deutschland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Italien, Luxemburg, Niederlande, Österreich, Portugal, Schweden, Spanien, Vereinigte Königreich. Inzwischen (Juli 2008) umfasst die EU 27 Mitgliedstaaten.



**Abbildung 1:** Aufbau und Inhalte der Arbeit

Aufbauend auf den Darstellungen des theoretischen Teils werden in Teil B (Kapitel 7 bis 11, s. Abbildung 1) die Ergebnisse schriftlicher Befragungen, die im Rahmen des erwähnten EU-Projektes „EUREGIO“ durchgeführt wurden, sowie von Internet- und Dokumentenanalysen vorgestellt. Hierbei werden die Bedeutung des Themas „Gesundheit“ und die Entwicklungen des Themas in der grenzübergreifenden Zusammenarbeit, die Rolle der Euregios, Charakte-

ristika der Projektlandschaft mit ihren Stärken und Schwächen sowie fördernde und hemmende Faktoren der grenzübergreifenden Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich näher beleuchtet. In den einzelnen Kapiteln nähert sich die Autorin dem Thema der grenzübergreifenden Zusammenarbeit im Gesundheitswesen aus unterschiedlichen Perspektiven: der Perspektive der Euregios, der Perspektive der Interreg-Programme sowie der Perspektive der Projekte und Projektakteure. Die einzelnen Kapitel in Teil B greifen daher ineinander. Entsprechend werden auch einige der oben genannten Forschungsfragen in mehreren Kapiteln aufgegriffen und untersucht (siehe Tabelle 1). Den Analyseergebnissen wird die Methodik in einem eigenen Kapitel (Kapitel 6) vorangestellt. Die Methodik wird zudem in einzelnen Kapiteln vertiefend erläutert.

**Tabelle 1:** Übersicht über Forschungsfragen und ihre Untersuchung in den Ergebniskapiteln

Kapitel Forschungsfragen	7. Euregios	8. Interreg- Pro- gramme	9. Modell- regionen	10. Projekt- land- schaft	11. För- dernde und hem- mende Faktoren
1. Welche Rolle spielen Euregios bei der grenzübergreifenden Zusammenarbeit im Gesundheitssektor?	X		X		
2a Welchen Stellenwert hat das Thema „Gesundheit“ in der grenzübergreifenden Zusammenarbeit?	X	X	X		
2b Welche Entwicklungen sind zu beobachten?		X	X		
3. Welche grenzübergreifenden Regionen sind im Gesundheitsbereich besonders aktiv, und wodurch sind diese charakterisiert?	X	X	X		
4. Wie sieht die Projektlandschaft aus, und welche Stärken und Schwächen weist sie auf?				X	
5. Welche Faktoren fördern oder hemmen die grenzübergreifende Zusammenarbeit der Gesundheitsprojekte?					X

X = Forschungsfrage wird in Kapitel behandelt

Im abschließenden Teil C werden zunächst die vorangegangenen Kapitel zusammengefasst, interpretiert und kritisch diskutiert (Kapitel 12) und anschließend Vorschläge zur Weiterentwicklung der zukünftigen grenzübergreifenden Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich mit Bezug auf aktuelle Entwicklungen vorgestellt (Kapitel 13).

### Kapitel 2

## Rahmenbedingungen der grenzübergreifenden Zusammenarbeit

Die grenzübergreifende Zusammenarbeit trägt wesentlich zur europäischen Kohäsion und Integration bei (Europäisches Parlament 2005a). Grenzregionen, die „Brücken“ zwischen den Staaten bilden können, sind hierbei von besonderer Bedeutung. In den strategischen Leitlinien der Gemeinschaft zum wirtschaftlichen, sozialen und territorialen Zusammenhalt 2007-2013<sup>9</sup> werden die grenzübergreifende Zusammenarbeit und ihre Ziele näher definiert. Im Originaltext heißt es hierzu in Abschnitt 2.4: „Das Ziel der grenzübergreifenden Zusammenarbeit in Europa ist die Integration der von Staatsgrenzen zerschnittenen Gebiete, die mit gemeinsamen Problemen konfrontiert sind und für die gemeinsame Lösungen gefunden werden müssen. Alle Grenzregionen der EU werden mit solchen Problemen konfrontiert, die in der Regel dadurch verursacht werden, dass Arbeits- und Kapitalmärkte, Infrastrukturnetze, finanzielle Fähigkeiten und Institutionen zersplittert sind. [...] Die grenzübergreifende Zusammenarbeit sollte auf die Stärkung der Wettbewerbsfähigkeit der Grenzregionen ausgerichtet sein. Außerdem dürfte die grenzübergreifende Zusammenarbeit besonders dann zur wirtschaftlichen und sozialen Integration beitragen, wenn die Gebiete beiderseits der Grenze durch beträchtliche wirtschaftliche Disparitäten gekennzeichnet sind.“

Die grenzübergreifende Zusammenarbeit lässt sich nach Brunn und Schmitt-Egner (1998: 8ff.) grob in vier zeitlich aufeinander folgende Etappen untergliedern: Sie begann zunächst mit einer so genannten Pionier- und take-off-Phase, die Ende der 1950er bis Anfang der 1960er Jahre von den Euregios selbst eingeleitet wurde. Bereits in den 1950er Jahren entstand mit der „EUREGIO“ an der deutsch-niederländischen Grenze die erste Euregio, welche auch als „Modell“ für grenzübergreifende Zusammenarbeit bezeichnet wird (Drespe & Thorn 2005: 30, Perkmann 2005a: 175). Seither entstand eine Vielzahl weiterer Euregios (s. Kapitel 3.1). Zudem widmeten sich in den letzten Jahrzehnten verschiedene europäische Organisationen wie der Europarat und das Europäische Parlament sowie Regionalorganisationen der Thematik der grenzübergreifenden Zusammenarbeit. Eine besondere Rolle unter den Regionalorganisationen kommt hierbei der Anfang der 1970er Jahre entstandenen Arbeitsgemeinschaft Europäischer Grenzregionen (AGEG) zu (näheres hierzu siehe Kapitel 2.2.2). Die Einführung des EU-Förderprogramms Interreg Anfang der 1990er Jahre stellt einen weiteren Meilenstein auf dem Weg zur Stärkung der grenzübergreifenden Zusammenarbeit dar (näheres hierzu siehe Kapitel 2.3).

In den folgenden Abschnitten werden wichtige Akteure auf europäischer Ebene sowie finanzielle und rechtliche Rahmenbedingungen grenzübergreifender Kooperationen vorgestellt. Begriffsdefinitionen werden einleitend vorangestellt.

---

<sup>9</sup> Die Leitlinien sind als Anhang der Entscheidung des Rates vom 6. Oktober 2006 über strategische Kohäsionsleitlinien der Gemeinschaft (2006/702/EG) beigefügt, die im Amtsblatt der Europäischen Union vom 21.6.2006 (L 291/11-291/32) veröffentlicht wurden.

### 2.1 Begriffsdefinitionen

Im Zusammenhang mit der grenzübergreifenden Zusammenarbeit wird in der Literatur eine Reihe spezifischer Begriffe verwandt. Zum Verständnis der Materie werden in diesem Kapitel folgende Begriffe näher erläutert und gegeneinander abgegrenzt:

- Region und Grenzregion,
- interregionale, transnationale und grenzübergreifende Zusammenarbeit sowie
- Arbeitsgemeinschaften und Euregios.<sup>10</sup>

#### 2.1.1 Region und Grenzregion

Auf europäischer Ebene besteht ein großes Interesse daran, die staatenübergreifende Zusammenarbeit zu einem „geeinten Europa“ zu fördern. Regionen spielen hierbei eine wesentliche Rolle. Bislang existiert keine einheitliche, präzise Definition des Begriffes „Region“ (Hölcker 2004: 10). In der Fachliteratur sind zahlreiche Definitionen zu finden. Diese zielen häufig auf die Homogenitätskriterien von räumlichen Einheiten bzw. Gebieten ab (z.B. sprachliche, kulturelle oder religiöse Gemeinsamkeiten der Bevölkerung, gemeinsame Vergangenheit) oder stellen die Funktion der Regionen (z.B. Kulturregion, Wirtschaftsregion) in den Mittelpunkt (Hrbek & Weyand 1994: 15ff.). Die Übergänge zwischen den Homogenitätskriterien sowie den Funktionen sind oft fließend (Hölcker 2004: 7). Ein pragmatischer, in der Literatur vielfach zu findender Ansatz ist daher die Festlegung der Regionen als direkt unterhalb des Nationalstaates angesiedelte Gebietskörperschaften. Die Versammlung der Regionen Europas definiert entsprechend in ihrer Satzung (Artikel 2, Absatz 2) als „Regionen“ alle „unmittelbar unterhalb der zentralstaatlichen Ebene bestehenden Gebietskörperschaften mit einer politischen Vertretung, welche von einer gewählten regionalen Versammlung wahrgenommen wird.“ (VRE 2002).

Im Zuge der europäischen Integration rücken insbesondere Grenzregionen in den Mittelpunkt des Interesses. In den Grenzgebieten der ehemals 25 EU-Mitgliedstaaten leben auf über 40 Prozent der Fläche etwa 32 Prozent der Bevölkerung (AGEG 2004a: 3).<sup>11</sup> Neue Grenzregionen sind durch die EU-Erweiterung zum EU-Territorium hinzugekommen. Grenzregionen unterscheiden sich unter anderem hinsichtlich der Bevölkerungsdichte, ihrer sozio-ökonomischen Entwicklung sowie ihrer wirtschaftlichen Merkmale voneinander (AGEG 2000: A2-16). Abhängig von der Ausprägung dieser Merkmale (z.B. geringe Bevölkerungsdichte, rückläufige Bevölkerungszahlen) sowie ihrer Randlage sind Grenzregionen mit speziellen

---

<sup>10</sup> Vielfach wird in der Forschung zur grenzübergreifenden Zusammenarbeit auch der Begriff der Grenze diskutiert. Da hierzu bereits umfassende Diskussionsbeiträge vorliegen, wird an dieser Stelle auf entsprechende Publikationen wie die von Böttger (2006: 25ff.), Breuer (2001: 96 ff.) und Drewello (2002: 10ff.) verwiesen.

<sup>11</sup> Die genannte Quelle enthält keine Definition des „Grenzgebietes“. Ob hier z.B. – wie in den Leitlinien der Gemeinschaftsinitiative Interreg III (Europäische Kommission 2000) – lediglich Gebiete entlang der Binnen- und Außengrenzen der Gemeinschaft mit NUTS III-Status (Nomenklatur der territorialen Einheiten für Statistik, aufgestellt von Eurostat) hinzugerechnet werden, bleibt unklar. Die im Jahr 2007 neu der EU beigetretenen Staaten Bulgarien und Rumänien sind hierbei noch nicht berücksichtigt.

Problemen konfrontiert. Die grenzübergreifende Zusammenarbeit soll dazu beitragen, die „Nachteile dieser Grenzen zu mildern, die nationale Randlage der Grenzgebiete zu überwinden und die Lebensbedingungen der Bevölkerung zu verbessern“ (AGEG 2004a: 3).

Zum Teil werden die Begriffe „Grenzregion“ und „grenzübergreifende Region“ in der Literatur synonym verwandt. In Abgrenzung zur „grenzübergreifenden Region“ handelt es sich bei einer Grenzregion um eine Region an der Peripherie eines Staates, welche an der Staatsgrenze endet. Gemäß Definition des Regionalausschusses des Europäischen Parlaments wird unter „Grenzregion“ jede Region verstanden, die Land- und Seegrenzen mit den an der Erweiterung interessierten Ländern hat (Kommission der Europäischen Gemeinschaften 2001: 7). Diese Definition bezieht sich jedoch lediglich auf Grenzregionen entlang der EU-Außengrenzen. Allgemeiner formuliert sind Grenzregionen Regionen, die Land- oder Seegrenzen mit mindestens einem benachbarten Staat teilen (Lafourcade & Paluzie 2007: 5). Nach Hansen (1997a & 1997b: 1 nach Resmini 2002: 3) wird sowohl das ökonomische als auch das soziale Leben in diesen Regionen durch die Grenznähe direkt und bedeutsam beeinflusst.

Eine grenzübergreifende Region hingegen ist nach Rougemont (1978 nach Ricq 1996: 9, eigene Übersetzung)<sup>12</sup> „eine potentielle Region, inhärent hinsichtlich ihrer Geographie, Geschichte, ethnischen Gruppen, wirtschaftlichen Möglichkeiten und so weiter, aber zertrennt durch die Hoheit der Regierungsentscheidungen auf jeder Seite der Grenze.“ Darüber hinaus existieren Definitionen, die grenzübergreifende Regionen insbesondere als „Aktionseinheiten“ sehen (z.B. Schmitt-Egner 1998: 37, Schultze 1990: 111). So ist nach Schultze (1990: 111) eine grenzübergreifende Region eine Gebieteinheit, „die historische, sozio-ökonomische und kulturelle Gemeinsamkeiten aufweist, mindestens ansatzweise über eine eigene regionale Identität sowie über eigenständige (politische und soziale) Institutionen verfügt, somit einen Anspruch auf die Selbstdefinition ihrer Interessen und Bedürfnisse besitzt und diese politisch auch zu artikulieren und durchzusetzen versucht.“ In Einklang mit Schultze definiert Perkmann (2003b: 10, eigene Übersetzung) eine grenzübergreifende Region als „eine begrenzte Gebieteinheit, zusammengesetzt aus den Gebieten der an der grenzübergreifenden Zusammenarbeitsinitiative beteiligten Behörden [...]. Dies bedeutet, dass eine grenzübergreifende Region nicht nur als funktionaler Raum verstanden wird, sondern als eine sozial-territoriale Einheit, mit einem bestimmten Maß an strategischen Kapazitäten, basierend auf bestimmten organisatorischen Absprachen.“<sup>13</sup> Perkmann (2003b: 10f.) hebt jedoch hervor, dass die Gemeinsamkeiten wie Kultur oder historische Entwicklung kein notwendiges

---

<sup>12</sup> Im Originaltext heißt es hierzu „A transfrontier region is a potential region, inherent in geography, history, ecology, ethnic groups, economic possibilities and so on, but disrupted by the sovereignty of the governments ruling on each side of the frontier.“

<sup>13</sup> Im Originaltext heißt es: “[...] a cross-border region can be defined as a bounded territorial unit composed of the territories of authorities participating in a CBC initiative [...]. This implies that a CBR is not only understood as a functional space, but as a socio-territorial unit equipped with a certain degree of strategic capacity on the basis of certain organisational arrangements.“ CBC verwendet Perkmann hier als Abkürzung für „cross-border cooperation“, während CBR als Abkürzung für „cross-border region“ verwendet wird.



## 2. Rahmenbedingungen der grenzübergreifenden Zusammenarbeit

---

Element der grenzübergreifenden Zusammenarbeit darstellen, sondern der Prozess, der zur Bildung einer solchen Region führt, von Bedeutung ist.

### 2.1.2 Grenzübergreifende, transnationale und interregionale Zusammenarbeit

#### **Box 1: Grenzübergreifende, transnationale und interregionale Zusammenarbeit: Definitionen**

##### **Grenzübergreifende Zusammenarbeit**

„Grenzüberschreitende Zusammenarbeit ist die bi-, tri- oder multilaterale Zusammenarbeit zwischen lokalen und regionalen Gebietskörperschaften (wobei auch halböffentliche und private Akteure beteiligt sein können), die sich in aneinander angrenzenden Gebieten befinden. Dies gilt auch für Gebiete, die durch ein Meer getrennt sind.“ (AdR 2002)

„Grenzübergreifende Zusammenarbeit ist eine Zusammenarbeit vor Ort über Staatsgrenzen hinweg zwischen benachbarten Grenzregionen, die regionale und kommunale Behörden und andere Organisationen in der Grenzregion miteinbezieht.“ (AGEG 1997: 2)

„Grenzübergreifende Zusammenarbeit bedeutet beständige und langfristige Kooperation basierend auf Strategien, Stärken-/Schwächenanalysen und sich daraus entwickelnden Handlungsfeldern und Projekten.“ (Gabbe 2002: 204)

Grenzüberschreitende Zusammenarbeit ist die „nachbarschaftliche Zusammenarbeit in allen Lebensbereichen zwischen aneinanderliegenden Grenzregionen, regionalen und/oder kommunalen Gebietskörperschaften oder sonstiger Körperschaften solcher Grenzgebiete.“ (URL 1)

##### **Transnationale Zusammenarbeit**

„Transnationale Zusammenarbeit ist die Zusammenarbeit zwischen nationalen, regionalen und lokalen Behörden auf Programm- und Projektebene. Die Zusammenarbeit betrifft größere aneinander grenzende Gebiete, wobei die Akteure aus mindestens zwei Mitgliedstaaten und/oder Drittstaaten stammen.“ (AdR 2002)

Transnationale Zusammenarbeit ist die „Zusammenarbeit zwischen Gebieten verschiedener Länder“ (URL 1)

##### **Interregionale Zusammenarbeit**

„Interregionale Zusammenarbeit ist eine subjektorientierte, transnationale Zusammenarbeit zwischen regionalen und lokalen Instanzen und anderen Organisationen, die sich an einem beliebigen Ort des Landes befinden kann.“ (AGEG 1997: 2)

„Interterritoriale Zusammenarbeit ist die bi-, tri- oder multilaterale Zusammenarbeit zwischen lokalen und regionalen Gebietskörperschaften (wobei auch halböffentliche und private Akteure beteiligt sein können), die sich in nicht aneinander angrenzenden Gebieten befinden.“ (AdR 2002)<sup>14</sup>

Interregionale Zusammenarbeit ist die „Transnationale Zusammenarbeit auf weite Entfernung (in der Regel themenbezogen und zeitlich limitiert, zwischen Regionen, Gemeinden, regionalen oder kommunalen Gebietskörperschaften, die an jedem beliebigen Ort im Raum liegen können).“ (URL 1)

Bei der Zusammenarbeit von Regionen unterschiedlicher Staaten ist zu unterscheiden zwischen der interregionalen, transnationalen und der grenzübergreifenden Zusammenarbeit. Entsprechende Unterscheidungen werden auch im Rahmen des EU-Programms „Interreg“ vorgenommen, das der Stärkung der Zusammenarbeit der EU-Mitgliedstaaten dient. So fördert die Europäische Kommission seit 1991 die grenzübergreifende Zusammenarbeit (Ausrichtung A), seit 1994 die transnationale Zusammenarbeit (Ausrichtung B) und seit 2000 die

---

<sup>14</sup> Der Ausschuss der Regionen verwendet hier statt des Begriffs der „interregionalen Kooperation“ den Begriff „interterritoriale Kooperation“.

interregionale Zusammenarbeit (Ausrichtung C). Diese drei Formen der Zusammenarbeit weisen folgende wesentliche Unterschiede auf: Bei der interregionalen Zusammenarbeit kooperieren Regionen verschiedener nicht benachbarter Staaten miteinander. Bei der transnationalen und der grenzübergreifenden Zusammenarbeit hingegen geht es um die Kooperation benachbarter Gebiete. Im Gegensatz zur grenzübergreifenden Zusammenarbeit, bei der Akteure direkt benachbarter Grenzregionen zusammenarbeiten, beschränkt sich die transnationale Zusammenarbeit jedoch nicht auf Grenzgebiete. So kommen für eine Förderung der transnationalen Zusammenarbeit (Interreg - Ausrichtung C) die gesamte Europäische Union sowie benachbarte Regionen in Frage. Für die interregionalen, transnationalen und grenzübergreifenden Zusammenarbeit gibt es verschiedene Definitionen (s. Box 1). Die Arbeitsgemeinschaft Europäischer Grenzregionen stellt in ihrer Stellungnahme vom 6. September 2004 zu verschiedenen Verordnungsvorschlägen der Europäischen Kommission fest, dass Bedarf besteht, diese Begriffe klar zu definieren bzw. zu erläutern (AGEG 2004c: 8).

Die vorliegende Arbeit widmet sich der grenzübergreifenden Zusammenarbeit, welche insbesondere in den Euregios stattfindet.

### 2.1.3 Grenzübergreifende Strukturen: Arbeitsgemeinschaften und Euregios

In den Grenzregionen Europas gibt es mittlerweile „praktisch keine kommunale oder regionale Behörde, die nicht in irgendeiner Weise in grenzübergreifende Zusammenarbeit einbezogen ist“ (Europäisches Parlament 2005a: 7f.). Eine Reihe dieser Institutionen hat sich zu grenzübergreifenden Strukturen zusammengeschlossen, denen eine wesentliche Bedeutung in der grenzübergreifenden Zusammenarbeit zukommt. Hierbei werden folgende häufigste Arten unterschieden (z.B. AGEG 2000: B2-12, Perkmann 2003a: 7f.):

- (a) Arbeitsgemeinschaften (und ähnliche Gemeinschaften) und
- (b) Euregios, für die synonym auch der Begriff „Euroregionen“ verwandt wird.

Die grenzübergreifende Zusammenarbeit zwischen den an Arbeitsgemeinschaften (und ähnlichen Gemeinschaften) beteiligten Partnern beruht auf Protokollen oder so genannten Arbeitsvereinbarungen, welche zumeist keine internationale rechtliche Grundlage haben (AGEG 2000: B2-21). Arbeitsgemeinschaften verfügen zudem in der Regel – im Vergleich zu Euregios – über begrenzte administrative, technische sowie finanzielle Ressourcen (a.a.O.: B2-12) und zeichnen sich durch eine geringe Kooperationsintensität innerhalb großer geographischer Gebiete aus (Perkmann 2003a: 7). Ihre Aktivitäten sind häufig auf den Informationsaustausch und allgemeine Deklarationen beschränkt, wobei einige Arbeitsgemeinschaften auch Europäische Fördermittel erhalten (a.a.O.). Beispiele hierfür sind die Arbeitsgemeinschaft Alpenländer (Arge Alp) oder die Arbeitsgemeinschaft der Westalpen (Communauté des Travail des Alpes Occidentales, COTRAO).

Bei Euregios hingegen handelt es sich um grenzübergreifende Strukturen mit eigener rechtlicher Identität, vielfältigen Aufgaben und umfassenden Ressourcen, die häufig eine zentrale Rolle innerhalb der Interreg-Programme spielen (AGEG 2000: B2-12). Im Vergleich zu Ar-

beitsgemeinschaften umfassen Euregios eher kleine Gebiete von zumeist 50-100 km in der Breite (Perkmann 2003a). Weitere Informationen zu Euregios enthält Kapitel 3.

### **2.2 Regionalpolitik und Akteure auf europäischer Ebene**

Auf europäischer Ebene werden bereits verschiedene Aktivitäten unternommen, um die grenzübergreifende Zusammenarbeit direkt benachbarter Staaten, wie sie in Euregios stattfindet, zu fördern. Nach wie vor besteht jedoch in der grenzübergreifenden Zusammenarbeit Unterstützungsbedarf. Inzwischen engagieren sich auf europäischer Ebene unter anderem EU, Europarat und verschiedene Regionalorganisationen für die grenzübergreifende Zusammenarbeit.

#### **2.2.1 Europarat und Europäische Union**

Auf europäischer Ebenen wurde in den letzten Jahrzehnten Rahmenbedingungen geschaffen, die zur Stärkung der grenzübergreifenden Zusammenarbeit beigetragen haben. Eine wesentliche Rolle spielen hier der im Mai 1949 gegründete Europarat<sup>15</sup> sowie die Europäische Union.

Zu den wesentlichen Aktivitäten des Europarates in diesem Bereich gehört die Erarbeitung der Madrider Rahmenkonvention vom Mai 1980 und ihrer Zusatzprotokolle, durch die rechtliche Rahmenbedingungen für die grenzübergreifende Zusammenarbeit geschaffen wurden (näheres hierzu s. Kapitel 2.4.1). Mit Fragen der grenzübergreifenden Zusammenarbeit befasst sich insbesondere der Expertenausschuss für grenzüberschreitende Aufgaben des Europarates. Zu den weiteren für die grenzüberschreitende Zusammenarbeit bedeutsamen Aktivitäten des Europarates zählen die Europäischen Konferenzen der Grenzregionen, die seit 1972 bis zur Gründung des Kongresses der Gemeinden und Regionen Europas (KGRE) im Jahr 1994 in mehrjährigen Abständen stattfanden und sich speziell mit Problemen der Grenzregionen befassten (Euroregion Neisse 1992). Zudem wurden vom Europarat verschiedene Publikationen zur grenzübergreifenden Zusammenarbeit herausgegeben wie das „Handbook of transfrontier co-operation“ (Ricq 2006).

Der wesentliche Beitrag der Europäischen Union besteht in der finanziellen Förderung der grenzübergreifenden Kooperation, wie sie über das Förderprogramm Interreg (Ausrichtung A) erfolgt (näheres hierzu s. Kapitel 2.3).

#### **2.2.2 Europäische Träger der grenzübergreifenden Zusammenarbeit**

In Europa ändern sich Rolle und Aufgaben der Regionen rasch. Die Dezentralisierung der Aufgaben und Systeme (z.B. zur Gesundheitsversorgung) führen häufig dazu, dass sich die Regionen immer stärker bei der Gestaltung und Umsetzung von auf nationaler oder interna-

---

<sup>15</sup> Der im Jahr 1949 gegründete Europarat mit derzeit 47 Mitgliedstaaten (Mai 2008) stellt die älteste zwischenstaatliche Organisation Europas dar.

tionaler Ebene ins Leben gerufenen Konzepten engagieren. Seit den 1980er Jahren wird das Konzept „Europa der Regionen“, welches sich auf die Einbindung der Regionen als weitere Akteursebene in den EU-Politikprozess bezieht, von der EU-Kommission verfolgt. In den letzten Jahrzehnten sind verschiedene Regionalorganisationen entstanden, die durch ihre Aktivitäten zur Förderung der grenzübergreifenden Zusammenarbeit beitragen. Diese werden im Folgenden vorgestellt.

### **Arbeitsgemeinschaft Europäischer Grenzregionen (AGEG)**

Eine besondere Rolle in der grenzübergreifenden Zusammenarbeit kommt der Arbeitsgemeinschaft Europäischer Grenzregionen (AGEG) zu. Mit ihr entstand im Jahr 1971 die bisher einzige europäische Regionalorganisation, die sich ausschließlich mit Fragen der grenzübergreifenden Zusammenarbeit befasst. Der AGEG gehörten zum Jahreswechsel 2006/2007 insgesamt 99 Mitglieder an (AGEG 2007b: 4). Zu ihren Mitgliedern zählen neben grenzübergreifenden Strukturen wie Euregios und Arbeitsgemeinschaften auch europäische Grenzregionen. Die AGEG nimmt eine Vielzahl von Aufgaben wahr. Hierzu gehört die Interessenvertretung ihrer Mitglieder durch Mitwirkung in europäischen Institutionen, Organisationen und Netzwerken, die praktische Unterstützung der Grenz- und grenzübergreifenden Regionen z.B. durch die Förderung des Informationsaustauschs und die Mitwirkung bei der Lösung grenzübergreifender Probleme (URL 2). Mit anderen europäischen Regionalorganisationen wie dem Rat der Gemeinden und Regionen Europas (RGRE), der Versammlung der Regionen Europas (VRE) und dem Ausschuss der Regionen (AdR) arbeitet die Arbeitsgemeinschaft eng zusammen (AGEG 2006b: 31ff.).

Die grenzübergreifende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen stellt einen der Interessenschwerpunkte der AGEG dar. So beteiligte sich die AGEG im Zeitraum 2004 bis 2007 am EU-Projekt „EUREGIO – Evaluation der Grenzregionen in der Europäischen Union“ (Iögd NRW 2007), veröffentlichte das Positionspapier „Grenzübergreifendes Gesundheitswesen“ (AGEG 2006a), führte im Jahr 2005 und 2008 ein Forum mit dem Titel „Europäische Gesundheitskooperationen“ in der Regio Basiliensis durch (URL 3, URL 4)“ und gründete im März 2007 eine Große Allianz im Bereich des grenzübergreifenden Gesundheitswesens (AGEG 2007a: 10). Zudem bildete sich im September 2007 die AGEG Task Force „Grenzübergreifendes Gesundheitswesen“, die zunächst eine Umfrage bei den AGEG-Mitgliedern startete, um Näheres über Interessen und Ziele der Mitglieder zu diesem Thema zu erfahren (AGEG 2007c).

### **Versammlung der Regionen Europas (VRE)**

Im Jahr 1985 entstand die Versammlung der Regionen Europas (VRE), die auf europäischer und internationaler Ebene als Interessenvertretung der Regionen fungiert. Die VRE verfolgt gemäß Artikel 1 ihrer Satzung unter anderem das Ziel, den Dialog, die wechselseitige Abstimmung und die Zusammenarbeit zwischen sämtlichen Regionen Europas zu organisieren und auszubauen, die Regionalisierung in Europa zu fördern sowie die aktive Rolle der Regi-

## 2. Rahmenbedingungen der grenzübergreifenden Zusammenarbeit

---

onen beim europäischen Aufbau voranzutreiben. Derzeit (Mai 2008) gehören der VRE 260 Regionen aus 33 europäischen Staaten (hierunter auch Nicht-EU Mitgliedstaaten) sowie 13 interregionale Organisationen an. Auf europäischer Ebene findet eine enge Zusammenarbeit mit der Europäischen Union, dem Europarat und der Organisation für Sicherheit und Zusammenarbeit in Europa (OSZE) statt.

Für die inhaltliche Arbeit sind insbesondere drei VRE-Kommissionen zuständig: die Kommission „Wirtschaft und Regionale Entwicklung“, die Kommission „Sozialpolitik & Öffentliches Gesundheitswesen“ und die Kommission „Kultur, Bildung/Erziehung, Jugend, Medien/Informationstechnologie, interregionale und internationale Zusammenarbeit“. Mit dem Themenfeld Gesundheit befasst sich die Kommission „Sozialpolitik & Öffentliches Gesundheitswesen“, deren Ziel unter anderem die Bildung interregionaler Kooperationen sowie die Verbreitung regionaler Praxisbeispiele im Bereich Gesundheit und Soziales ist (URL 5).

### **Ausschuss der Regionen (AdR)**

Im Maastrichter Vertrag wurde den Regionen durch die Gründung des Ausschusses der Regionen (AdR) im Jahr 1992 ein fester Platz in der institutionellen Architektur zuerkannt. Der AdR ist eine beratende Institution der Europäischen Union. Im Gegensatz zur VRE handelt es sich hierbei nicht um einen selbständigen Zusammenschluss der Regionen. Der Vertrag von Maastricht legt fest, dass der AdR in sämtlichen Bereichen, die Auswirkungen auf die regionale und kommunale Ebene haben könnten, obligatorisch befasst werden muss. Im Vertrag von Maastricht waren die Befugnisse des Ausschusses zunächst auf fünf Bereiche beschränkt (wirtschaftlicher und sozialer Zusammenhalt, transeuropäische Infrastrukturnetze, Gesundheitswesen, Bildung und Kultur). Mit dem Vertrag von Amsterdam, der im Jahr 1999 in Kraft trat, kamen die Bereiche Beschäftigungspolitik, Sozialpolitik, Umwelt, Berufsbildung und Verkehr hinzu. Zu jedem dieser Themenfelder muss der AdR von der EU-Kommission und/oder dem Rat angehört werden. Zu anderen Themen kann er Stellungnahmen abgeben (URL 6, URL 7).

Der grenzübergreifenden Zusammenarbeit widmet sich die Fachkommission für Kohäsionspolitik. Nach Ansicht des AdR trägt die grenzübergreifende Zusammenarbeit wesentlich zur Verbesserung im Gesundheitsbereich bei. Der Unterstützung der grenzübergreifenden Zusammenarbeit durch die EU kommt daher aus Sicht des AdR eine große Bedeutung zu (Gustav 2004). Der AdR arbeitet unter anderem mit der Arbeitsgemeinschaft Europäischer Grenzregionen (AGEG) zusammen. So wurde für die Jahre 2008/2009 vereinbart, dass die AGEG an themenspezifischen Task Forces des AdR aktiv teilnimmt, welche sich auch dem Thema „grenzübergreifende Verbesserung und Partnerschaften im Gesundheitswesen“ widmen (CoR & AEBR 2008: 2).

### **Kongress der Gemeinden und Regionen beim Europarat (KGRE)**

Im Jahr 1994 wurde der Kongress der Gemeinden und Regionen (KGRE) beim Europarat eingerichtet. Er löste damit die Ständige Konferenz der Gemeinden und Regionen Europas ab. Der KGRE ist ein beratendes Gremium. Er soll die Teilnahme der Gemeinden und Regionen an den Arbeiten des Europarates sicherstellen. Zu den Schwerpunkten seiner Arbeit zählen unter anderem die „Förderung der regionalen und grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im Hinblick auf Frieden, Toleranz und nachhaltige Entwicklung zum Schutze und zur Erhaltung unserer Regionen für kommende Generationen“ sowie „die Unterstützung von Bemühungen zur Schaffung von Euro-Regionen“ (URL 8). Der Kongress besteht aus der Kammer der Gemeinden und der Kammer der Regionen. Er kommt einmal im Jahr in Straßburg zusammen.

Der Kongress arbeitet im Rahmen von vier statutarischen Ausschüssen: Ausschuss für institutionelle Fragen, Ausschuss für Kultur und Erziehung, Ausschuss für nachhaltige Entwicklung sowie Ausschuss für sozialen Zusammenhalt. Für Fragen des Gesundheitswesens ist der Ausschuss für sozialen Zusammenhalt zuständig.

### **Netzwerk „Regionen für Gesundheit“**

Erwähnt werden soll an dieser Stelle auch das speziell für den Gesundheitsbereich eingerichtete Netzwerk „Regionen für Gesundheit“ (Regions for Health Network, RHN). Hierbei handelt es sich – im Gegensatz zu den vorangegangenen Strukturen – um keine Regionalorganisation im eigentlichen Sinne. Das Netzwerk, in dem sich 29 Regionen aus 18 Staaten zusammengeschlossen haben (Februar 2008), wurde im Jahr 1992 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) eingerichtet. Es unterstützt die Entwicklungen von Gesundheitspolitiken und -strategien mit dem Ziel, die Gesundheit auf regionaler Ebene zu fördern und zu schützen sowie Gesundheitsunterschiede innerhalb und zwischen den Staaten zu reduzieren (URL 9). Das RHN widmet sich – wie im Projekt „Cross-Border Health Tourism (Free Movement of Patients in Europe)“ (URL 10) – auch der grenzübergreifenden Zusammenarbeit.

## **2.3 Das EU-Förderprogramm Interreg**

Eine Vielzahl grenzübergreifender Projekte wurde und wird über das EU-Förderprogramm Interreg gefördert, hierunter auch Projekte im Gesundheitsbereich. Zur Erstellung und Umsetzung des Programms Interreg können Euregios wesentlich beitragen (s. hierzu Kapitel 3.3.2). Zudem wird von verschiedenen Autoren postuliert, dass Interreg andererseits auch wesentlich zur Gründung von Euregios beigetragen hat (z.B. Böttger 2006: 91, Perkmann 2003a: 12). Die folgenden Abschnitte stellen die Entwicklungen und Inhalte des Förderprogramms Interreg dar. Der Fokus liegt hierbei auf der grenzübergreifenden Zusammenarbeit, die häufig auch als „Ausrichtung A“ bezeichnet wird. Auf grenzübergreifende Interreg-Programmen mit deutscher Beteiligung wird vertiefend in Kapitel 7.1 eingegangen.

### 2.3.1 Von Interreg I zu Interreg IV

Seit 1990 fördert die Europäische Kommission über das Förderprogramm Interreg die grenzübergreifende Zusammenarbeit an den Innen- und Außengrenzen der EU-Mitgliedstaaten. Allgemeines Ziel von Interreg ist es, "dafür zu sorgen, dass nationale Grenzen kein Hindernis für eine ausgewogene Entwicklung und Integration des europäischen Raumes sind" (Europäische Kommission 2004: 2). Interreg soll somit zur Stärkung des wirtschaftlichen und sozialen Zusammenhaltes in der EU und der harmonischen und ausgewogenen Entwicklung des europäischen Raumes beitragen. Inzwischen befindet sich das Programm mit Interreg IV in der vierten Förderperiode. Seit der ersten Förderperiode Interreg I haben sich die EU-Fördermittel etwa verachtfacht (Tabelle 2).

**Tabelle 2:** Basisinformationen zu den Förderperioden Interreg I, II, III und Interreg IV (Quelle: eigene Darstellung nach Wolfe 2007)

	Laufzeit	EU-Fördermittel in Mrd. Euro	Ausrichtung
Interreg I	1990-1993	1,1	Keine Spezifizierung
Interreg II	1994-1999	3,5	- grenzübergreifende Zusammenarbeit (A) - transnationale Energienetze (B) - transnationale Zusammenarbeit auf dem Gebiet der Raumordnung (C)
Interreg III	2000-2006	5,8	- grenzübergreifende Zusammenarbeit (A) - transnationale Zusammenarbeit (B) - interregionale Zusammenarbeit (C)
Interreg IV	2007-2013	8,7	- grenzübergreifende Zusammenarbeit (A) - transnationale Zusammenarbeit (B) - interregionale Zusammenarbeit (C)

Hauptgegenstand der ersten Förderperiode Interreg I (1990-1993) war die Zusammenarbeit direkt benachbarter Grenzregionen. Die darauf folgende Förderperiode Interreg II (1994-1999) war breiter angelegt. Das Programm wurde in drei Ausrichtungen untergliedert: grenzübergreifende Zusammenarbeit (Interreg IIA), transnationale Energienetze (Interreg IIB) und transnationale Zusammenarbeit auf dem Gebiet der Raumordnung (Interreg IIC). In der Programmperiode Interreg IIIA (2000-2006) kam zur Förderung der grenzübergreifenden sowie der transnationalen Zusammenarbeit (Ausrichtung A und B) die Förderung der interregionalen Zusammenarbeit (Ausrichtung C) als neues Element hinzu (Tabelle 2).

Bis zum Jahr 2006 war Interreg als „Gemeinschaftsinitiative“ konzipiert. Mit der neuen Strukturperiode 2007-2013 erfolgte eine Neuorientierung der Kohäsionspolitik, die sich nun auf drei Ziele konzentriert:

- Ziel 1: Konvergenz der Mitgliedstaaten und Regionen,
- Ziel 2: Regionale Wettbewerbsfähigkeit und Beschäftigung,
- Ziel 3: Europäische territoriale Zusammenarbeit.

## 2. Rahmenbedingungen der grenzübergreifenden Zusammenarbeit

Zur Umsetzung der oben genannten drei Ziele der Kohäsionspolitik stehen für die Periode 2007-2013 rund 346 Milliarden Euro zur Verfügung (BMWi 2007b: 26). Hiervon sind lediglich rund 2,5 Prozent für das Ziel „Europäische territoriale Zusammenarbeit“ vorgesehen. Die restlichen Mittel entfallen gemäß der Artikel 19 und 20 Verordnung (EG) Nr. 1083/2006<sup>16</sup> auf die Ziele „Konvergenz“ (81,5 Prozent) sowie „Regionale Wettbewerbsfähigkeit und Beschäftigung“ (16 Prozent).

Die Gemeinschaftsinitiative Interreg wird im Rahmen des Ziels „Europäische territoriale Zusammenarbeit“ (Ziel 3) fortgeführt. Als eigenständiges Ziel kommt Interreg in der neuen Förderperiode somit eine größere Bedeutung zu. Die Ausrichtungen A, B und C der Förderperiode Interreg III wurden in der neuen Förderperiode Interreg IV beibehalten (Tabelle 2).

### 2.3.2 Ausrichtung A (grenzübergreifende Zusammenarbeit)

Den Schwerpunkt der Interreg-Initiative bildet die grenzübergreifende Zusammenarbeit (Ausrichtung A). Sie soll dazu beitragen, bestehende strukturelle Schwächen in den Grenzregionen abzubauen bzw. zu überwinden und die wirtschaftliche und soziale Entwicklung in den Grenzregionen zu fördern. Entsprechend steht der weitaus größte Teil der für das Ziel „Europäische territoriale Zusammenarbeit“ vorgesehenen EU-Mittel für diese Ausrichtung zur Verfügung (Tabelle 3).

**Tabelle 3:** EU-Haushaltsmittel in den Förderphasen Interreg III und Interreg IV (Quelle: eigene Darstellung nach Verschelde 2007, Wolfe 2007)

	Interreg III (2000-2006)		Interreg IV (2007-2013)	
	Finanzmittel in Mrd. Euro	Prozentualer Anteil	Finanzmittel in Mrd. Euro	Prozentualer Anteil*
Grenzübergreifende Zusammenarbeit (Ausrichtung A)	4,0	69%	6,44	74%
Transnationale Zusammenarbeit (Ausrichtung B)	1,4	24%	1,83	21%
Interregionale Zusammenarbeit (Ausrichtung C)	0,4	7%	0,44	5%
Summe	5,8	100%	8,71	100%

\* eigene Berechnung

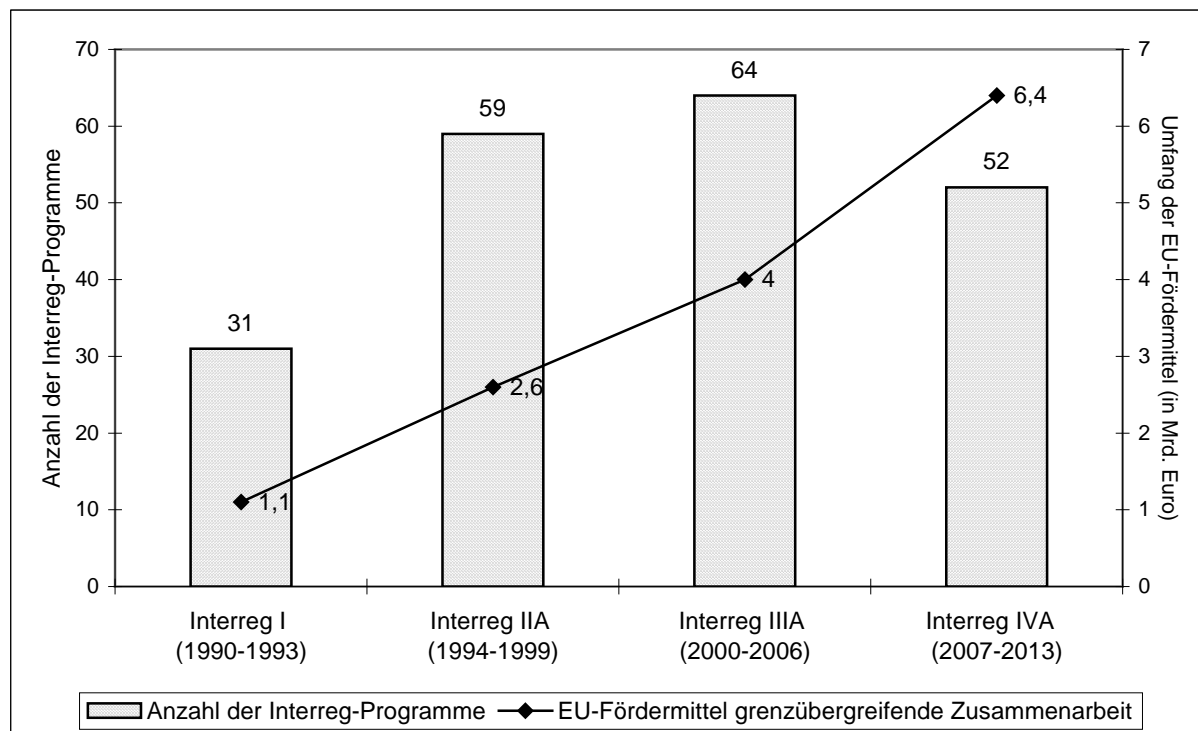
Seit dem Start der Interreg-Programme im Jahr 1990 haben sich die Gelder, die von der EU zur Kofinanzierung der grenzübergreifenden Zusammenarbeit im Rahmen der Interreg-Programme zur Verfügung gestellt wurden, versechsfacht (Abbildung 2). Neben dem zur Verfügung stehenden Budget änderte sich im Laufe der Interreg-Programmperioden auch die Anzahl der grenzübergreifenden Programme und deren geographische Abdeckung. Diese Veränderungen von Interreg I zu Interreg II sowie von Interreg II zu Interreg III sind im Wesentlichen auf die Beteiligung neuer EU-Mitgliedstaaten sowie der Beteiligung Ostdeutschlands zurückzuführen. Auf Bestreben der EU reduzierte sich in der aktuellen Förderperiode 2007-

<sup>16</sup> Verordnung (EG) Nr. 1083/2006 des Rates vom 11. Juli 2006 mit allgemeinen Bestimmungen über den Europäischen Fonds für regionale Entwicklung, den Europäischen Sozialfonds und den Kohäsionsfonds und zur Aufhebung der Verordnung (EG) Nr. 1260/1999. Abl. 210/25 vom 31.7.2006.



## 2. Rahmenbedingungen der grenzübergreifenden Zusammenarbeit

2013 die Zahl von vormals 64 Interreg IIIA-Programme auf 52 Interreg IVA-Programme (Abbildung 2).



**Abbildung 2:** EU-Fördermittel und Anzahl der Interreg-Programme in den Förderperioden Interreg I bis Interreg IV (Quelle: eigene Darstellung nach Europäische Kommission GD Regionalpolitik 2000: 1, INTERACT Point Qualification and Transfer 2006, Verschelde 2007, Wolfe 2007: 8f.)

Per Verordnung ist festgelegt, welche Gebiete Interreg-Förderung für die grenzübergreifende Zusammenarbeit erhalten können. Hiernach haben in der Förderperiode 2007-2013 Regionen der Ebene NUTS 3 an allen Landbinnengrenzen, bestimmten Landaußengrenzen sowie an innergemeinschaftlichen Seegrenzen Anspruch auf eine Förderung im Rahmen der grenzübergreifenden Zusammenarbeit. Diese dürfen in der Regel maximal 150 Kilometer voneinander entfernt sein (vgl. Artikel 7 Absatz 1 der Verordnung (EG) Nr. 1083/2006). In besonderen Fällen können zudem Gebiete eine Förderung erhalten, die an die oben genannte Gebiete angrenzen oder von diesen umschlossen sind. Für diese Gebiete gilt die so genannte 20%-Flexibilitätsklausel, d.h. für diese Gebiete dürfen nicht mehr als 20 Prozent der insgesamt für das Programmgebiet vorgesehenen Ausgaben verwandt werden.

Zur Beantragung der Mittel müssen die einzelnen Programmgebiete so genannte operationelle Programme entwickeln, welche die Basis für die Programmumsetzung darstellen. Die Programme müssen sich hierbei an Rahmenvorgaben ausrichten. Dies sind auf europäischer Ebene die strategischen Kohäsionsleitlinien der Gemeinschaft, auf nationaler Ebene die nationalen strategischen Rahmenpläne (Abbildung 3). Die operationellen Programmdokumente enthalten unter anderem eine Stärken-Schwächen-Analyse der Programmregion, ein Verzeichnis der förderfähigen Gebiete, Programmprioritäten und ihre spezifischen Ziele, einen Finanzierungsplan, Informationen zur Programmimplementation (z.B. Maßnahmen zur

## 2. Rahmenbedingungen der grenzübergreifenden Zusammenarbeit

Öffentlichkeitsarbeit) sowie eine Beschreibung der Verfahren zur Implementation der Programme auf Projektebene. Die Programmentwürfe sind bei der EU-Kommission zur Genehmigung einzureichen. Erst nach Genehmigung durch die Kommission kann die Programmumsetzung beginnen. Für ihre Durchführung sind nationale und regionalen Behörden und Organisationen zuständig.



**Abbildung 3:** Ablauf von der Entwicklung strategischer Leitlinien bis zur Umsetzung der Interreg IVA-Programme (Quelle: eigene Darstellung nach EFPIA o.J.: 6)

Von der EU-Kommission werden zu Beginn jeder Förderperiode Leitlinien aufgestellt. Diese enthalten unter anderem prioritäre Themen, die von der EU gefördert werden. Gesundheit wurde sowohl in den Leitlinien des Förderzeitraums Interreg II (URL 11) als auch Interreg III (Europäische Kommission 2004: 17) als prioritäres Thema benannt. Auch in der neuen Förderperiode 2007-2013 ist „Gesundheit“ ein prioritäres Thema. So gehört der Ausbau der Zusammenarbeit, der Kapazitäten und die gemeinsame Nutzung von Infrastrukturen im Gesundheitsbereich zu den Schwerpunkten des Ziels „Europäische territoriale Zusammenarbeit“ (s. Artikel 6 der Verordnung (EG) Nr. 1080/2006).<sup>17</sup> Die von der EU genannten Prioritäten bilden den Orientierungsrahmen. Jedes Programm wählt entsprechend den Bedürfnissen des Programmgebietes eigene Prioritäten aus und benennt Maßnahmen zur Realisierung der gewählten Prioritäten. Ob Themen wie z.B. die Zusammenarbeit im Gesundheitswesen in die Programme aufgenommen werden, bleibt somit den an der Programmerstellung Betei-

<sup>17</sup> Weitere Informationen zum Thema „Strukturfonds und Gesundheit“ sind dem Kapitel 4.4 zu entnehmen.

## 2. Rahmenbedingungen der grenzübergreifenden Zusammenarbeit

---

ligten überlassen. Ein Beispiel für mögliche Prioritäten und Maßnahmen ist Box 2 zu entnehmen.

### **Box 2: Prioritäten und Maßnahmen des Interreg IVA-Programms „Deutschland – Niederlande 2007-2013“**

#### Priorität 1: Wirtschaft, Technologie und Innovation

- Maßnahme 1a: Förderung des Technologie- und Wissenstransfers zwischen Forschungseinrichtungen und der Wirtschaft
- Maßnahme 1b: Förderung von wirtschaftlichen Netzwerken sowie Förderung der grenzübergreifenden Zusammenarbeit von Unternehmen
- Maßnahme 1c: Förderung der Qualifizierung zur Verbesserung des innovativen Potenzials der Unternehmen.

#### Priorität 2: Nachhaltige regionale Entwicklung

- Maßnahme 2a: Förderung erneuerbarer Energien sowie der Entwicklung energiesparender Technologien
- Maßnahme 2b: Förderung der grenzübergreifenden Entwicklung infrastruktureller Angebote
- Maßnahme 2c: Förderung des grenzübergreifenden Natur- und Landschaftsschutzes sowie des Umweltschutzes.

#### Priorität 3: Integration und Gesellschaft

- Maßnahme 3a: Förderung von grenzübergreifendem Gesundheitswesen und Verbraucherschutz
- Maßnahme 3b: Förderung des grenzübergreifenden Arbeitsmarkts / Grenzpendler
- Maßnahme 3c: Förderung von Integration insbesondere durch Bildung und Kultur
- Maßnahme 3d: Förderung der grenzübergreifenden Zusammenarbeit im Aufgabenfeld der "inneren Sicherheit"

#### Priorität 4: Technische Hilfe

Quelle: OP Interreg IVA Deutschland – Niederlande: 57, Layout modifiziert

Zudem sind für jedes der Interreg-Programme bestimmte organisatorische Strukturen zur Verwaltung, Begleitung und Kontrolle der Programme einzurichten. Auch hierzu gibt es entsprechende EU-Vorgaben. Für die einzelnen Interreg IVA-Programme sind folgende Strukturen obligatorisch:

- eine Verwaltungsbehörde, die das Programm verwaltet,
- eine Bescheinigungsbehörde, die Ausgabenerklärungen und Zahlungsanträge bescheinigt,
- eine von den vorhergehend genannten Behörden unabhängige Prüfbehörde, welche die effektive Funktion der Verwaltungs- und Kontrollsysteme prüft,
- ein Begleitausschuss, der die effektive und ordnungsgemäße Durchführung des Programms überwacht und unter anderem Projektauswahlkriterien festlegt,
- ein gemeinsames technisches Sekretariat, das die Verwaltungsbehörde, den Begleitausschuss und ggf. die Prüfbehörde unterstützt.

Die Aufgaben dieser Stellen sind in der Verordnung (EG) Nr. 1080/2006 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 5. Juli 2006 sowie der Verordnung (EG) Nr. 1083/2006 des Rates vom 11. Juli 2006 näher ausgeführt.

### 2.3.3 Besonderheiten der Förderperiode Interreg IVA

Nach den drei vorangegangenen Förderperioden befindet sich das Programm mit Interreg IV (2007-2013) nun in seiner vierten Phase. Für die Projekte bringt die neue Förderperiode einige Änderungen mit sich. So werden Projekte zukünftig neue Kriterien erfüllen müssen, um Fördermittel zu erhalten. Hierzu gehören Kriterien, die auf eine echte grenzübergreifende Partnerschaft hinweisen. So müssen Projekte in der neuen Förderperiode nach Artikel 19 der Verordnung (EG) Nr. 1080/2006 mindestens zwei der vier folgenden Kriterien erfüllen:

- gemeinsame Projektentwicklung,
- gemeinsame Projektumsetzung,
- gemeinsames Personal,
- gemeinsame Projektfinanzierung.

Auch soll zukünftig das „Lead partner Prinzip“ umgesetzt werden. So ist für jedes Projekt ein hauptverantwortlicher Partner („Lead Partner“) zu bestimmen, der die Verantwortung für die Durchführung des Gesamtprojektes trägt. Durch die Einführung des „Lead partner Prinzip“ sollen so genannte Spiegelprojekte<sup>18</sup> vermieden, der zusätzliche Gewinn („added value“) für die gesamte grenzübergreifende Region stärker ins Blickfeld gerückt und die Projektqualität insgesamt verbessert werden (INTERACT Point Qualification and Transfer 2005: 29ff.).

Für die Förderperiode 2007-2013 haben sich zudem weitere Neuerungen ergeben (Verschelde 2007):

- Es findet nun eine höhere EU-Kofinanzierung in Interreg IV (bis zu 75 bzw. 85 Prozent) gegenüber Interreg III (50 bzw. 75 Prozent) statt.
- Durch das neue Rechtsinstrument zur Einrichtung eines Europäischen Verbunds für territoriale Zusammenarbeit (EVTZ) wurde eine verbesserte rechtliche Basis geschaffen (näheres hierzu s. Kapitel 2.4.4).
- Durch die Neudefinition der „Seegrenzen“ können nun auch Gebiete mit innergemeinschaftlichen Seegrenzen, die nicht mehr als 150 km voneinander entfernt sind, gefördert werden. Somit sind neue Programme wie das Interreg IVA-Programm „Südliche Ostsee“ entstanden, an dem neben Deutschland auch Polen, Schweden, Dänemark und Litauen beteiligt sind.

## 2.4 Rechtliche Rahmenbedingungen der grenzübergreifenden Zusammenarbeit

Unterschiedliche nationale Kompetenzen, Verwaltungsstrukturen und Rechtssysteme stellen wesentliche Hindernisse der grenzübergreifenden Zusammenarbeit dar (AGEG 2004b: 3).

---

<sup>18</sup> Bei Spiegelprojekten handelt es sich um zwei getrennte Projekte, die in benachbarten Staaten umgesetzt werden, aber gleiche Inhalte haben. Projektmanagement und Finanzierung sind hier jeweils getrennt. Solche Spiegelprojekte wurden in vorangegangenen Förderperioden z.B. an den Grenzen Deutschlands zu Polen und der Tschechischen Republik durchgeführt (Böttger 2006: 103).

## 2. Rahmenbedingungen der grenzübergreifenden Zusammenarbeit

---

Abkommen können diese Hindernisse nicht ausräumen sie können jedoch diese Kooperationen erleichtern und langfristig sicherstellen.

Es wurden bereits verschiedene rechtliche Vereinbarungen (einschließlich Protokollen und Verträgen) zur grenzübergreifenden Zusammenarbeit auf verschiedenen Ebenen geschlossen. Hierbei kann unterschieden werden zwischen (AGEG 2000: A3-31ff.):

- (a) multilateralen Abkommen wie die Madrider Rahmenkonvention, die Rahmenbedingungen für Abkommen auf zwischenstaatlicher sowie regionaler und lokaler Ebene festlegen,
- (b) zwischenstaatlichen Abkommen wie dem Karlsruher Abkommen, die sich allgemein auf die Zusammenarbeit zwischen Nachbarländern oder auf spezielle Regelungsgebiete wie den Katastrophenschutz beziehen und
- (c) Abkommen auf regionaler und lokaler Ebene, die z.B. zur Gründung von Arbeitsgemeinschaften beigetragen haben.

Diese Abkommen werden in den folgenden Abschnitten vertiefend behandelt. Zudem können Partner grenzübergreifender Projekte Kooperationsvereinbarungen im Rahmen der Projektarbeit abschließen (AGEG 2006a: 2).

### 2.4.1 Die Madrider Rahmenkonvention und ihre Zusatzprotokolle

#### Die Madrider Rahmenkonvention

Der Grundstein für die Entwicklung bi- und trilateraler Abkommen wurde mit der Ratifizierung der „Madrider Rahmenkonvention über grenzübergreifende Zusammenarbeit zwischen territorialen Gebietskörperschaften oder Behörden“ im Jahre 1980 durch den Europarat gelegt.<sup>19</sup> Mehr als 30 Staaten haben die Madrider Konvention inzwischen ratifiziert (van der Goot 2006). Die Staaten verpflichteten sich hierin, die grenzübergreifende Zusammenarbeit zu erleichtern und zu fördern sowie rechtliche, administrative und technische Schwierigkeiten der grenzübergreifenden Zusammenarbeit zu lösen. Ziel dieser Rahmenkonvention war es, den Abschluss von Abkommen zwischen Regionen und Gemeinden beiderseits der Grenze zu erleichtern und zu fördern und somit zur grenzübergreifenden Zusammenarbeit sowie zur Erschließung und Entwicklung der Grenzgebiete beizutragen.

Der Anhang der Rahmenkonvention enthält elf zwischenstaatliche und lokale Vertragsmodelle, die Möglichkeiten zu ihrer Konkretisierung bieten. Diese Modelle bildeten Ausgangspunkte für zwischenstaatliche Verträge wie das Anholter und das Karlsruher Abkommen (Malchus 2006: 23f.).

---

<sup>19</sup> Die Entstehung der Rahmenkonvention sowie der Zusatzprotokolle ist umfassend in der Publikation „Report on the current state of the administrative and legal framework of transfrontier co-operation in Europe“ (CoE 2006) dargestellt.

Nach Blatter (2000: 27f.) hatte dieses Rahmenübereinkommen „allerdings kaum Initiierungswirkung, und der Beginn der 80er Jahre war von einem Stillstand im Bereich der grenzüberschreitenden Kooperation gekennzeichnet.“ Die Schwäche des Abkommens wurde unter anderem in der sehr allgemein formulierten rechtlichen Verpflichtung der Unterzeichnerstaaten, der ausdrücklichen Anerkennung des innerstaatlichen Verfassungsrechts sowie dem Fehlen von Bestimmungen oder konkreten Ermächtigungen, aus denen regionale oder kommunale Gebietskörperschaften völkerrechtliche oder öffentlich-rechtliche Kompetenz zum grenzüberschreitenden Handeln ableiten können, gesehen (Breuer 2001: 66, Euroregion Elbe/Labe 1999: 17, Malchus 2006: 23).

### **Zusatzprotokolle zur Rahmenkonvention**

Die Madrider Rahmenkonvention wurde durch zwei Zusatzprotokolle ergänzt. Diese sollen dazu beitragen, die Defizite der Madrider Rahmenkonvention zu beheben. Lediglich das erste Zusatzprotokoll, das im November 1995 verabschiedet wurde, bezieht sich auf die grenzübergreifende Zusammenarbeit. In dem Protokoll wurden unter anderem folgende Festlegungen getroffen:

- Die Vertragsparteien erkennen das Recht der Gebietskörperschaften an, Vereinbarungen zur grenzüberschreitenden Zusammenarbeit mit Gebietskörperschaften anderer Staaten abzuschließen (Artikel 1).
- Die im Rahmen einer Vereinbarung über grenzüberschreitende Zusammenarbeit gemeinsam gefassten Beschlüsse haben dieselbe Rechtskraft und die gleichen rechtlichen Auswirkungen wie Maßnahmen, die von diesen Körperschaften innerhalb ihrer nationalen Rechtssysteme getroffen werden (Artikel 2).
- Für die grenzüberschreitende Zusammenarbeit kann ein Organ mit oder ohne Rechtspersönlichkeit eingesetzt werden. Bei Organen mit Rechtspersönlichkeit wird in der Vereinbarung festgelegt, ob dieses Organ als Einrichtung des öffentlichen oder des privaten Rechts angesehen werden soll; die Rechtspersönlichkeit wird nach dem Recht der Vertragspartei bestimmt, in der das Organ seinen Sitz hat (Absatz 3 und 4).
- Die Aktivitäten des Organs unterliegen seiner Satzung und dem Recht des Sitzstaats, wobei allgemein anwendbare Maßnahmen sowie Maßnahmen, die Rechte und Freiheiten von Individuen betreffen können, ausgeschlossen sind (Absatz 4)
- Die Vertragsparteien können öffentlich-rechtliche Verbände beschließen, deren Maßnahmen dieselbe Rechtskraft und die gleichen rechtlichen Auswirkungen haben wie die von den Gebietskörperschaften selbst getroffenen Maßnahmen (Absatz 5).

Zudem erarbeitet der Europarat derzeit ein drittes Protokoll (CoE 2007: 3f.). Dieses soll die Einrichtung von Euregios erleichtern und ermöglichen, dass Euregios mit einem einheitlichen Rechtsstatus ausgestattet werden können (a.a.O.).

### 2.4.2 Deutschland: Rechtsgrundlage auf nationaler Ebene

Im deutschen Grundgesetz ist an verschiedenen Stellen das Recht der Länder zur Zusammenarbeit mit anderen Staaten festgeschrieben. So haben die Länder gemäß Artikel 32 Absatz 3 des Grundgesetzes (GG) das Recht, mit anderen Staaten Verträge abzuschließen, sofern sie für die Gesetzgebung zuständig sind. Hierfür ist allerdings die Zustimmung des Bundes notwendig. Artikel 28 Absatz 2 GG erlaubt Kreisen und Gemeinden, auch grenzübergreifend aktiv zu werden: „Den Gemeinden muß das Recht gewährleistet sein, alle Angelegenheiten der örtlichen Gemeinschaft im Rahmen der Gesetze in eigener Verantwortung zu regeln. Auch die Gemeindeverbände haben im Rahmen ihres gesetzlichen Aufgabenbereiches nach Maßgabe der Gesetze das Recht der Selbstverwaltung.“

Hinsichtlich der grenzübergreifenden Zusammenarbeit ist insbesondere der im Jahr 1992 in Artikel 24 GG aufgenommene Absatz 1a zu nennen, durch den die Länderkompetenzen im Bereich der Außenpolitik deutlich erweitert wurden (Malchus 2006: 21). Hiernach können die Länder eigene Hoheitsrechte auf „grenznachbarschaftliche Einrichtungen“ übertragen. Auch hierfür ist die Zustimmung des Bundes notwendig. Als Aufgaben dieser so genannten grenznachbarschaftlichen Einrichtungen wurde vom Deutschen Bundestag (1992: 10) exemplarisch die Zusammenarbeit auf dem Gebiet des Schul- und Hochschulwesens, des Polizeirechts sowie der Abfall- und Abwasserbeseitigung genannt. Der Absatz 1a wurde unter anderem als Rechtsgrundlage für den Karlsruher Vertrag genutzt, der im Jahr 1996 zwischen Deutschland, Frankreich, der Schweiz und Luxemburg abgeschlossen wurde (Sturm 2001: 135).

Des Weiteren haben verschiedene Länder wie Mecklenburg-Vorpommern (Artikel 11), Baden-Württemberg (Vorspruch), Saarland (Artikel 60 Absatz 2) und der Freistaat Sachsen (Artikel 12) die Förderung der grenzübergreifenden Zusammenarbeit als Ziel in ihre Landesverfassungen aufgenommen.

### 2.4.3 Zwischenstaatliche Übereinkommen

Die Madrider Rahmenkonvention stellt keine eigene Vertragsgrundlage dar. Basierend auf dieser Rahmenvereinbarung wurde jedoch eine Reihe zwischenstaatlicher Abkommen getroffen, von denen die ersten Anfang der 1990er Jahre in Kraft traten. Hierbei handelt es sich um Verträge, die zwischen einzelnen Staaten geschlossen wurden und die grenzübergreifende Zusammenarbeit zwischen diesen regeln sollen. Exemplarisch werden im folgenden Abkommen, die zwischen Deutschland und seinen Nachbarstaaten geschlossen wurden, aufgeführt:

- Die Regierungen der Bundesrepublik Deutschland, der Französischen Republik und der Schweizerischen Eidgenossenschaft schlossen im Jahr 1975 das so genannte „Bonner Abkommen“ über die Bildung einer Kommission zur Prüfung und Lösung von nachbarschaftlichen Fragen. Das Abkommen gab der grenzübergreifenden Zusammenarbeit im Oberrheingebiet einen institutionellen Rahmen und legte die Gebiete für

## 2. Rahmenbedingungen der grenzübergreifenden Zusammenarbeit

---

die grenzübergreifende Zusammenarbeit fest. Im September 2000 wurde im Oberrhein-Raum eine neue Vereinbarung über die grenzüberschreitende Zusammenarbeit geschlossen, welche die vorangegangene Vereinbarung ersetzt (Baseler Vereinbarung).

- Im Jahr 1991 schlossen die Bundesrepublik Deutschland, die Bundesländer Nordrhein-Westfalen und Niedersachsen und das Königreich Niederlande das Isselburger-Anholter Abkommen über grenzüberschreitende Zusammenarbeit (in Kraft seit 1993). Das Abkommen bildet die Basis für eine grenzüberschreitende Zusammenarbeit auf öffentlich-rechtlicher Ebene, und erlaubt lokalen und regionalen Behörden gemeinsame Einrichtungen zu gründen. Das Anholter Abkommen bildet z.B. die Grundlage für den öffentlich-rechtlichen Zweckverband Rhein-Waal. Da die Einrichtungen jedoch keine hoheitlichen Rechte ausüben können, wird das Abkommen als unzulänglich bewertet (CoE 2006: 73).
- Die Regierungen der Französischen Republik, des Großherzogtums Luxemburg und der Bundesrepublik Deutschland sowie der Schweizerische Bundesrat schlossen im Januar 1996 das Karlsruher Abkommen über die grenzüberschreitende Zusammenarbeit zwischen Gebietskörperschaften und örtlichen öffentlichen Stellen. Auf Grundlage dieses Abkommens, das 1997 in Kraft trat, wurde beispielsweise die Arbeitsgemeinschaft „Regio Pamina“ in einen Zweckverband überführt.
- Im März 1996 wurde das Mainzer Abkommen über grenzüberschreitende Zusammenarbeit zwischen Gebietskörperschaften und anderen Öffentlichen Stellen zwischen dem Land Nordrhein-Westfalen, dem Land Rheinland Pfalz, der Wallonischen Region und der Deutschsprachigen Gemeinschaft Belgiens geschlossen. Hierbei handelt es sich um ein Abkommen zwischen Regionen, an dem Staaten nicht beteiligt sind.

Entsprechende Verträge für die grenzübergreifende deutsch-polnische sowie die deutsch-tschechische Zusammenarbeit existieren bisher nicht (Czarnecka-Zawada & Janssen 2005: 28, Schöne 2006: 73). Dies erschwert die grenzübergreifende Zusammenarbeit der in diesen Gebieten angesiedelten Euroregionen (Schöne 2006: 73). Auch wenn entsprechende „Dachverträge“ zur grenzübergreifenden Zusammenarbeit bisher nicht bestehen, finden sich jedoch entsprechende Aktivitäten in diese Richtung. So ist nach Malchus (2006: 30) seit dem Jahr 2003 ein Abkommen zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Republik Polen in Verhandlung. Zudem hat das Projekt ENLARGE-NET<sup>20</sup> einen entsprechenden Entwurf für eine Rahmenvereinbarung über die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Raum Sachsen-Niederschlesien-Nordböhmen entwickelt (URL 13).

Daneben existieren Verträge, Abkommen etc., die sich zwar auf die grenzübergreifende Zusammenarbeit beziehen, aber keine Entscheidungsbefugnisse an grenzübergreifende Struk-

---

<sup>20</sup> Ziel des zweijährigen Projektes (2003-2005) war es, eine „dauerhafte Verbindungen zwischen lokalen und regionalen Gebietskörperschaften sowie weiteren Akteuren in Sachsen, Niederschlesien und Nordböhmen [...] und eine über die fünf Euroregionen hinausreichende Plattform für grenzüberschreitende Projekte“ herzustellen (URL 12).



turen übertragen. Dies ist z.B. in der Zusammenarbeit zwischen der Republik Polen und der Bundesrepublik Deutschland der Fall. Hier wurden in den 1990er Jahren verschiedene Verträge zur grenzübergreifenden Zusammenarbeit zur Lösung spezifischer Problemfelder zwischen Deutschland und Polen geschlossen. Diese Verträge beschränken sich auf bestimmte Themenbereiche wie z.B. den Katastrophenschutz, sie sind jedoch nicht auf die Funktionsweise der Kooperation zwischen Gebietskörperschaften abgestellt (Czarnecka-Zawada & Janssen 2005: 28).

Speziell im Gesundheitsbereich wurde im Juli 2005 ein nationales Rahmenabkommen zwischen Deutschland und Frankreich geschlossen. Das Rahmenabkommen über die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich (Regierung der Bundesrepublik Deutschland und Regierung der Französischen Republik 2005) ist für die deutschen Bundesländer Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz und Saarland sowie die französischen Regionen Elsass und Lothringen gültig. Es bildet den rechtlichen Rahmen für den grenzüberschreitenden Rettungsdienst sowie regionale Kooperationsvereinbarungen in anderen Bereichen des Gesundheitswesens. Eine entsprechende Verwaltungsvereinbarung bestimmt die Einzelheiten der Anwendung. Das Rahmenabkommen zielt darauf ab (Artikel 1):

- den Bewohnern der Region eine durchgehende Gesundheitsversorgung zu garantieren, eine schnellstmögliche Notfallmedizinische Versorgung zu gewährleisten und einen besseren Zugang zu einer qualitativ guten Gesundheitsversorgung sicherzustellen,
- die Organisation des Gesundheitsversorgungsangebotes zu optimieren und
- die gegenseitige Nutzung vorhandener Kenntnisse und Praktiken zu fördern.

Am 24. November 2006 wurde das deutsch-französische Rahmenabkommen und die dazugehörige Verwaltungsvereinbarung in Deutschland in nationales Recht umgesetzt. Die Länder Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz und Saarland können seither mit ihren französischen Nachbarn regionale Vereinbarungen z.B. im Bereich des Rettungswesens oder zur gegenseitigen Nutzung von Gesundheitseinrichtungen schließen. Ein entsprechendes Abkommen wurde auch zwischen Frankreich und Belgien unterzeichnet (Harant 2007). Weitere bilaterale Abkommen zwischen Frankreich und seinen Nachbarstaaten (Spanien, Italien und Schweiz) über die grenzübergreifende Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich sind in Vorbereitung (a.a.O.).

### **2.4.4 Rechtsgrundlagen zur grenzübergreifenden lokalen, regionalen und kommunalen Zusammenarbeit**

Bisher existieren unterschiedlichste Formen der Zusammenarbeit lokaler und regionaler Gebietskörperschaften. Im Wesentlichen werden drei Arten unterschieden (Denters et al. 1998: 139f.):

- (a) Zusammenschlüsse ohne Rechtspersönlichkeit (Arbeits- oder Interessensgemeinschaften),

- (b) Zusammenschlüsse, die auf dem Privatrecht basieren sowie
- (c) Zusammenschlüsse, die auf öffentlichem Recht basieren.

Solche auf öffentlichem Recht basierende öffentlich-rechtliche Zweckverbände stellen die weitgehendste Form der Zusammenarbeit dar (AGEG 2004b). Diese Form existiert jedoch bisher entlang der deutschen Grenze nur in vier Fällen: im Fall der Euregio Rhein-Waal, der Ems Dollart Region, der euregio rhein-maas-nord und der PAMINA (Malchus 2006: 20). Zumeist erfolgen die Kooperationen auf privatrechtlicher Basis (a.a.O.). Im Gegensatz zu den auf Privatrecht basierenden Zusammenschlüssen bringen Zusammenschlüsse auf öffentlich-rechtlicher Grundlage eine Vielzahl von Vorteilen mit sich. Sie ermöglichen unter anderem eine Delegation von Aufgaben und Verantwortlichkeiten an regionale/lokale Kooperationsformen, eine dauerhafte strategische Kooperation und eine demokratische Kontrolle durch regionale und lokale Gebietskörperschaften sowie bindende Entscheidungen (AGEG 2004b: 4). Entlang der deutsch-polnischen und deutsch-tschechischen Grenze sind hingegen ausschließlich Zusammenschlüsse ohne Rechtspersönlichkeit anzutreffen (Schöne 2006: 73).

An den westlichen Grenzen Deutschlands ist die rechtliche Situation durch die bestehenden nationalen Verträge zur grenzübergreifenden Zusammenarbeit (Vertrag von Anholt, Karlsruhe und Mainz) deutlich verbessert worden. Ein einheitliches Europäisches Rechtsinstrument kann zur Lösung der rechtlichen Problematik, wie sie sich zum Teil noch an den Nord-, Süd- und Ostgrenzen Deutschlands zeigt, beitragen (Malchus 2006: 40). Mit der Verordnung (EG) Nr. 1082/2006 wurde Mitte 2006 ein neues Rechtsinstrument der EU geschaffen, das die grenzüberschreitende, interregionale sowie die transnationale Zusammenarbeit erleichtert: der Europäische Verbund für territoriale Zusammenarbeit (EVTZ). Der EVTZ stellt ein öffentlich-rechtliches Instrument dar, das europaweit auf alle dezentralisierten Kooperationsformen angewandt werden kann. Seit dem 1. August 2007 können nun zwischen Mitgliedstaaten, regionalen und kommunalen Gebietskörperschaften, Verbänden sowie Einrichtungen des öffentlichen Rechts Verbände mit eigener Rechtspersönlichkeit (EVTZ's) gegründet werden. Die Mitglieder müssen hierbei aus mindestens zwei Staaten kommen. Die Besonderheit ist, dass zur Gründung eines EVTZ kein entsprechendes zwischenstaatliches Abkommen vorliegen muss und – wie auch bei anderen Verordnung – keine Ratifizierung notwendig ist, jedoch bedürfen Übereinkunft und Satzung der Zustimmung der Mitgliedstaaten. Das Instrument bietet somit unter anderem Euregios ohne Rechtspersönlichkeit die Chance, sich zu Strukturen mit eigener Rechtspersönlichkeit weiter zu entwickeln (AdR 2007, Europäische Kommission – Generaldirektion Regionalpolitik 2007).

Der EVTZ soll in erster Linie dazu dienen, Programme und Projekte der territorialen Zusammenarbeit (d.h. Interreg-Programme und -Projekte), die durch die Gemeinschaft gefördert werden, umzusetzen.<sup>21</sup> Die Aufgaben und Befugnisse eines EVTZ sind im Einzelnen in einer

---

<sup>21</sup> In der Verordnung werden insgesamt vier Formen der Zusammenarbeit unterschieden. So kann das EVTZ genutzt werden: (a) territoriale Zusammenarbeitsprogramme umzusetzen, (b) Projekte durchzuführen, die über Strukturfonds und den Kohäsionsfond kofinanziert werden (c) spezifische Aktionen der territorialen Zusammenarbeit durchzuführen, (d) territoriale Aktivitäten ohne EU-Kofinanzierung zu realisieren.

## 2. Rahmenbedingungen der grenzübergreifenden Zusammenarbeit

---

Übereinkunft festzulegen. Um diese Aufgaben zu erfüllen, werden entsprechende Organisationsstrukturen eingerichtet (mindestens ein Direktor und eine Versammlung). Nach Einschätzung der AGEG (2006b: 88) wird der EVTZ insbesondere auf Projektebene Anwendung finden und von grenzübergreifenden Strukturen wie Euregios zur Kooperation genutzt werden. Auf Ebene der Interreg A-Programme hingegen wird das Instrument nach Ansicht der AGEG (a.a.O.) kaum genutzt werden.

Wie erwähnt, ist der Europarat derzeit damit befasst, ein drittes Protokoll zur Madrider Rahmenkonvention zu entwickeln. Dieses nicht fakultative Protokoll, das auch für die grenzübergreifende Kooperation zwischen Nicht-EU-Mitgliedstaaten anwendbar ist, und die EVTZ-Verordnung sollen einander ergänzen (van der Goot 2006).

## Kapitel 3

# Euregios: Motoren der grenzübergreifenden Zusammenarbeit

Der Begriff „Euregio“ steht für „**Europäische Region**“. Er leitet sich aus den ersten an der deutsch-niederländischen Grenze etablierten Euregios ab. An den Innen- und Außengrenzen der neuen EU-Mitgliedstaaten sowie in der englischsprachigen Literatur wird hingegen überwiegend der Begriff „Euroregion“ verwandt. Es handelt es sich hierbei um dauerhafte grenzübergreifende Strukturen, die der grenzübergreifenden Zusammenarbeit zwischen direkt benachbarten regionalen und lokalen Gebietskörperschaften auf verschiedenen Seiten einer Staatsgrenze dienen. Euregios verfügen zumeist – wie bereits erwähnt – über eine eigene rechtliche Identität, umfassende Kapazitäten und übernehmen vielfältige Aufgaben in der grenzübergreifenden Zusammenarbeit (AGEG 2000: B2-12).

Euregios erstrecken sich häufig über zwei Staaten, jedoch sind auch drei Staaten übergreifende Euregios wie z.B. die Euregio Maas-Rhein an der deutsch-niederländisch-belgischen Grenze oder die im Jahr 1991 gegründete deutsch-polnisch-tschechische Euroregion Neisse-Nisa-Nysa entstanden. In einigen Fällen, wie im Fall der Euroregion Baltica, zu der die Ostseeanliegerstaaten Polen, Dänemark, Schweden, Litauen, Lettland und das Kaliningrader Gebiet als Teil der Russischen Föderation gehören, sind sogar mehr als drei Staaten beteiligt.

Die Bezeichnung „Euregio“ bzw. „Euroregion“ stellt keinen rechtlich geschützten Begriff dar (Europäisches Parlament 2005a: 7). Die Arbeitsgemeinschaft Europäischer Grenzregionen legte folgende organisatorische Kriterien zur Identifizierung von Euregios fest (AGEG 2000: B2-37):

- „Zusammenschluss regionaler und lokaler Körperschaften beiderseits der Staatsgrenze, manchmal mit einer parlamentarischen Versammlung;
- grenzübergreifende Organisationen mit einem ständigen Sekretariat und mit Fach- und Verwaltungspersonal;
- nach dem Privatrecht, basierend auf nationalen Zweckverbänden oder Stiftungen beiderseits der Grenze nach jeweils geltendem öffentlichen Recht;
- nach dem öffentlichen Recht, basierend auf Staatsverträgen, die auch die Mitgliedschaft der Gebietskörperschaften regeln.“

Einen Sonderfall stellen die grenzübergreifenden Strukturen dar, die in Skandinavien geschaffen wurden. Diese decken im Vergleich zu den „klassischen“ Euregios weit größere Gebiete ab. Sie werden auch als „euregioähnliche Strukturen“ (AGEG 2000: B2-39) oder „Skandinavian Groupings“ (Perkmann 2003a: 8) bezeichnet.

Das Konstrukt der Euregios ist jedoch nicht in allen EU-Mitgliedstaaten zu finden. An der Grenze zwischen Irland und Nordirland z.B. wird die grenzübergreifende Zusammenarbeit im Wesentlichen durch so genannte „informelle Arbeitsgemeinschaften“ getragen, zu denen das

Irish Central Border Area Network, das East Border Regions Committee und die North West Region Cross-Border Group gehören (AGEG 2000: B2-24). Speziell im Bereich Soziales und Gesundheit ist in dieser Grenzregion seit dem Jahr 1992 die Organisation „Cooperation and Working Together (CAWT)“ tätig. Die formelle Kooperationsform der Arbeitsgemeinschaften ist zudem häufig entlang der französisch-schweizerischen und der spanisch-portugiesischen Grenze zu finden (Krenek 2005: 37). Im Gegensatz zu Euregios verfügen Arbeitsgemeinschaften in der Regel – wie in Kapitel 2.1.3 erwähnt – über beschränkte Kapazitäten und sind nur gelegentlich am Management grenzübergreifender Interreg-Programme beteiligt (AGEG 2000: B2-12).

Bisher liegt keine allgemein verbindliche Definition für Euregios vor. Eine solche scheint aufgrund der Unterschiede der Euregios hinsichtlich Struktur, Organisation und Entstehungsweise kaum möglich (Böttger 2006: 12). Auch kann aus der Bezeichnung der Strukturen selbst nicht ohne weiteres geschlossen werden, ob es sich um eine Euregio handelt, da auch Bezeichnungen wie beispielsweise „Regio“ und „Europaregion“ verwandt werden. Dieser Umstand erschwert zusätzlich die Identifikation dieser Strukturen. Ein Beispiel hierfür ist die Ems Dollart Region, die von Dritten als Euregio klassifiziert wurde (AGEG 2000: B2-38, Perkmann 2003a: 16), selbst jedoch den Begriff Euregio oder Euroregion nicht verwendet. Eine allgemeingültige Liste aller bestehenden Euregios existiert aus den genannten Gründen nicht. Dies hat zur Folge, dass in Publikationen unterschiedliche grenzübergreifende Strukturen der Kategorie „Euregio“ zugeordnet werden.

### 3.1 Entwicklung von Euregios

Die erste Euregio „EUREGIO“ entstand bereits im Jahr 1958 an der deutsch-niederländischen Grenze. Nach dem Vorbild der EUREGIO entstanden in den 1970er Jahren weitere deutsch-niederländische Euregios: die Ems Dollart Region (Gründung: 1977), die Euregio Rhein-Waal (Gründung: 1978), die euregio rhein-maas-nord (1978) sowie die deutsch-niederländisch-belgische Euregio Maas-Rhein (1976). Nach Perkmann (2005a: 161ff.) lagen im deutsch-niederländischen Grenzgebiet Rahmenbedingungen vor, welche die frühzeitige Entstehung der Euregios in diesem Gebiet begünstigten. Hierzu gehören nach Perkmann (a.a.O.) unter anderem:

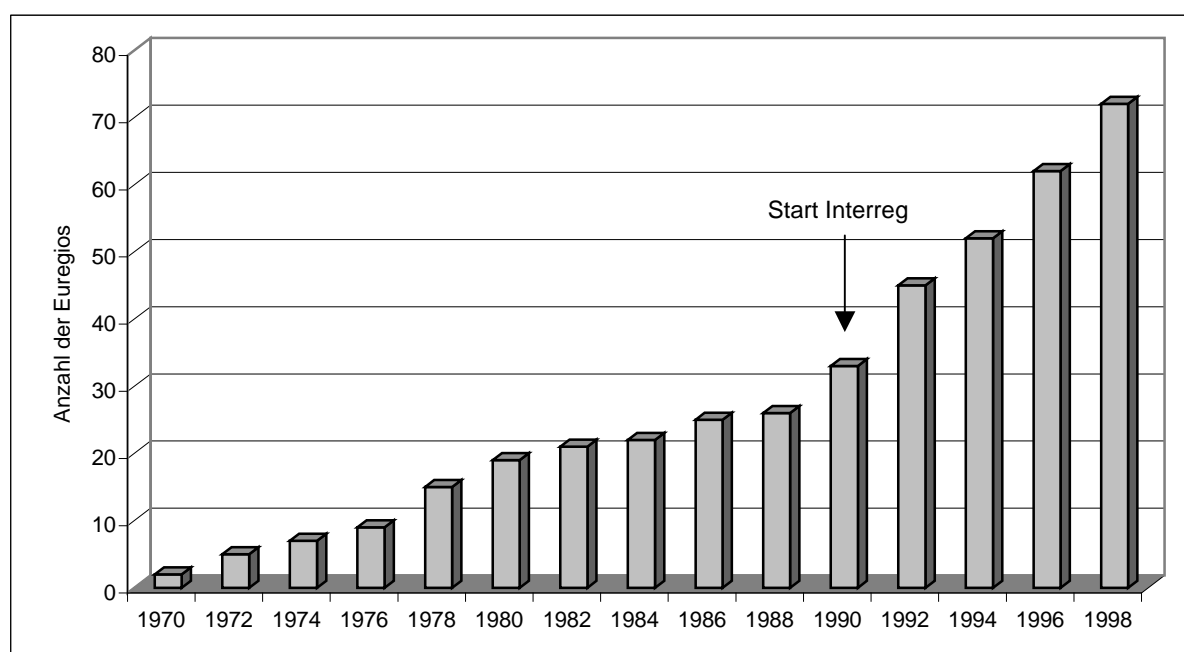
- die positive Haltung der Regierung auf deutscher (nordrhein-westfälischer) und niederländischer Seite, die ihren Ausdruck beispielsweise in dem Anholter Abkommen sowie der Einrichtung der Mozer-Kommission<sup>22</sup> finden, sowie
- die starke Position der lokalen Ebene (Städte und Kreise) in Deutschland, welche die Entstehung von Euregios an den deutschen Außengrenzen insgesamt begünstigt hat.

---

<sup>22</sup> Die Mozer-Kommission, die 1971 als Arbeitskreis gegründet wurde, hat die Aufgabe, die sozial-kulturellen Aktivitäten in der EUREGIO abzustimmen. Nähere Informationen enthält das EUREGIO Mozer-Programm (EUREGIO 2002a).

### 3. Euregios: Motoren der grenzübergreifenden Zusammenarbeit

Eine zweite so genannte „Euregionalisierungswelle“ in den 1990er Jahren führte zur Entstehung weiterer Euregios in der EU (Abbildung 4). Inzwischen ist an den Innen- und Außen Grenzen der alten sowie neuen EU-Mitgliedstaaten eine Vielzahl von Euregios entstanden. Das EU-Projekt EUREGIO identifizierte im Jahr 2006 bereits 100 Euregios in Europa. (Wolf et al. 2006: 670). Einige Grenzgebiete wurden von einem regelrechten „Euregio-Boom“ erfasst. So entstanden z.B. an der Ostgrenze der Bundesrepublik Deutschland zur Republik Polen sowie zur Tschechischen Republik in den 1990er Jahren acht Euroregionen.<sup>23</sup> In einigen Grenzgebieten wie beispielsweise an der deutsch-polnischen Grenze gehört mittlerweile jede grenznah angesiedelte Kommune einer Euroregion an. Zum Teil überschneiden sich die Euregio-Gebiete sogar (Haase 2004: 485).



**Abbildung 4:** Entwicklung grenzübergreifender Strukturen in Europa (Quelle: eigene Darstellung nach Perkmann 2003a: 16 ff.)

Verschiedene Entwicklungen auf europäischer Ebene haben die grenzübergreifende Zusammenarbeit und die Entstehung von Euregios seit den 1990er Jahren begünstigt. Hierzu gehören (Europäisches Parlament 2005a: 9, EWSA 2007):

- die zunehmende Beachtung der Regionen als wichtiger Akteur im EU-Politikprozess (Stichwort „Europa der Regionen“) seit den 1990er Jahren, deren Anerkennung sich auch in Beschlüssen europäischer Institutionen widerspiegelt (vgl. z.B. Europäisches Parlament 2005a),
- die zunehmend geringere Bedeutung der Grenzen (Stichwort Grundfreiheiten des gemeinsamen Marktes),

<sup>23</sup> Hierbei handelt es sich um die Euroregionen Pomerania, Pro Europa Viadrina, Spree-Neisse-Bober, Neisse-Nisa-Nysa, Elbe/Labe, Erzgebirge/Krusnohori sowie die Euregios Egrensis und Bayerischer Wald-Böhmerwald-Unterer Inn.

### 3. Euregios: Motoren der grenzübergreifenden Zusammenarbeit

---

- die Gründung verschiedener regionaler Interessenvertretungen auf europäischer Ebene wie dem Ausschuss der Regionen (AdR) oder der Arbeitsgemeinschaft Europäischer Grenzregionen (AGEG) sowie
- die Fortschritte der europäischen Integration unter anderem durch Erweiterung der EU und Errichtung des Binnenmarktes.

Ein besonders großer Einfluss wird der finanziellen Unterstützung, die Regionen seit den 1990er Jahren durch die Interreg-Programme der EU erfahren, beigemessen. So wird davon ausgegangen, dass die Einführung von EU-Förderprogrammen zur grenzübergreifenden Zusammenarbeit (Interreg, PHARE CBC), wesentlich zur Gründung von Euregios beigetragen hat (Böttger 2006: 91, Europäisches Parlament 2005a: 9, Perkmann 2003a: 12). Der sprunghafte Anstieg der Anzahl grenzübergreifender Strukturen seit Beginn der 1990er Jahre spricht hierfür.

Einheitliche Zahlen, wie viele Euregios existieren, liegen nicht vor, da zum einen häufig auch andere Formen grenzübergreifender Kooperationen wie Arbeitsgemeinschaften oder für Interreg geschaffene Strukturen hinzugerechnet werden, zum anderen im Laufe der Zeit neue Strukturen entstehen und „alte“ aufgelöst werden. In der Literatur wird häufig von mehr als 70 Euregios und Arbeitsgemeinschaften ausgegangen, in denen mehr oder weniger formalisiert grenzübergreifende Zusammenarbeit stattfindet (z.B. Ellrich 2004, Europäisches Parlament 2005a: 9, Perkmann 2003a: 3). Andere Quellen gehen hingegen von größeren Zahlen aus. So sind der AGEG zufolge seit 1958 mehr als 100 Euregios und ähnliche Strukturen entstanden (AGEG 2006b: 42). Der Europäische Wirtschaftsausschuss geht in seiner Stellungnahmen zum Thema „Euregios“ sogar von über 168 Euregios und ähnlichen Strukturen aus (EWSA 2007: 132). Zumeist werden diese Angaben aber nicht näher erläutert, so dass in der Regel unklar bleibt, auf welchen Informationen diese Angaben beruhen bzw. welche Strukturen hier einberechnet wurden.<sup>24</sup>

## 3.2 Typologien der Euregios

Euregios unterscheiden sich hinsichtlich einer Vielzahl von Determinanten. Hierbei kann unterschieden werden zwischen (AGEG 2006b: 93):

- (a) allgemeinen Rahmenbedingungen wie Bevölkerungsdichte, Infrastrukturausstattung und sozioökonomische Bedingungen sowie
- (b) Aspekten, die insbesondere die grenzübergreifende Zusammenarbeit charakterisieren wie rechtliche Rahmenbedingungen der grenzübergreifenden Zusammenarbeit, an der Zusammenarbeit beteiligte Akteure etc.

Schöne (2006: 38) stellt als Forschungsdefizit fest, dass es bisher an wissenschaftlich fundierten Typologien euregionaler Strukturen in Europa mangelt. Auch die AGEG merkt in ih-

---

<sup>24</sup> Listen, die einen Überblick über grenzübergreifende Strukturen in Europa bieten wurden unter anderem von der AGEG (2000: B-2 38ff., 2006b: 42ff.), Perkmann (2003a: 16ff.) und dem EU-Projekt „EUREGIO“ (URL 14) publiziert.

rem „Weißbuch Europäischer Grenzregionen“ (AGEG 2006b: 94) an, dass „[...] Bedarf besteht, Fortschritte bei der Ausarbeitung einer einheitlicheren und umfassenderen Typologie der europäischen Grenz- / grenzübergreifenden Regionen zu erreichen.“ Zudem sind nicht alle Typologien der Grenzregionen auch auf Euregios übertragbar. So haben zum Beispiel Toupaloglou und Kollegen (2005) eine Typologie für die Grenzregionen der EU auf NUTS III Ebene erstellt, in der verschiedene Kriterien wie ökonomische Merkmale, das Wirtschaftspotenzial oder kulturelle Bedingungen kombiniert wurden. Diese ist jedoch als Typologie für Euregios ungeeignet, da Aspekte der grenzübergreifenden Zusammenarbeit unberücksichtigt bleiben und Euregios nicht der NUTS III Ebene entsprechen. Von Interesse ist daher das von der AGEG neu entwickelte theoretische Konzept für eine Typologie der Grenz- und grenzübergreifenden Regionen, bei der die grenzübergreifende Zusammenarbeit im Mittelpunkt steht (AGEG 2006b: 94ff.). Das Konzept basiert auf drei Faktoren, die unter dem Aspekt „sozio-kulturelle und wirtschaftliche Kohäsion“<sup>25</sup> und vier Faktoren, die unter dem Aspekt „Grad der Intensität der grenzübergreifenden Zusammenarbeit“<sup>26</sup> zusammengefasst werden. Für eine Klassifizierung der Grenz- und grenzübergreifenden Regionen sind diese Faktoren zu gewichten (hoch, mittel, gering) und die Gewichtungsergebnisse anschließend zusammen zu führen.<sup>27</sup> Je nach Ergebnis lassen sich Euregios dann einem der folgenden fünf Typen zuordnen:

- Typ 1: Vorreiter der Integration (hoher Grad an allgemeiner grenzübergreifender Integration),
- Typ 2: Gebiete, die sich zu Vorreitern der Integration entwickeln (mittelhoher Grad an allgemeiner grenzübergreifender Integration),
- Typ 3: Integrationskandidaten (mittlerer Grad an grenzübergreifender Integration),
- Typ 4: Gebiete, die sich zu Integrationskandidaten entwickeln (mittelgeringer Grad an grenzübergreifender Integration)
- Typ 5: Gebiete, die noch nach Perspektiven zur Integration suchen (geringer Grad an grenzübergreifender Integration).

Zur Überprüfung dieser Typologie wurde seitens der AGEG eine Umfrage bei Grenz- und grenzübergreifenden Regionen durchgeführt. Das Ergebnis ist eine Liste von 31 Grenz- bzw. grenzübergreifenden Regionen, die sich einem der fünf oben genannten Typen zuordnen lassen (a.a.O.: 102f.). Längst nicht alle bestehenden europäischen Euregios sind in dieser Liste erfasst bzw. entsprechend typisiert.

---

<sup>25</sup> Diese Faktoren sind: (a) die soziokulturelle Kohäsion, (b) die wirtschaftliche Kohäsion und (c) Durchlässigkeit der Grenze.

<sup>26</sup> Diese Faktoren sind: (a) Der Grad der Institutionalisierung der grenzübergreifenden Kooperation zwischen lokalen / regionalen Gebietskörperschaften und die rechtliche Kapazität der Arbeitsmethoden / Kooperationsstrukturen, (b) die Bandbreite der Akteure, die an der grenzübergreifenden Zusammenarbeit beteiligt sind, (c) die Bandbreite der Themen, die von den allgemeinen grenzübergreifenden Aktivitäten abgedeckt werden sowie (d) die Beteiligung dauerhafter grenzübergreifender Strukturen an der Umsetzung und dem Management von EU-Programmen und die Qualität der grenzübergreifenden Zusammenarbeit im Zusammenhang mit Projekten bei den EU-Programmen.

<sup>27</sup> Detaillierte Ausführungen zu den Kriterien und dem Verfahren enthält die Publikation „Weißbuch Europäischer Grenzregionen“ (AGEG 2006b: 94ff.).



Das Typologie-Konzept der AGEG kann als Benchmarking-Instrument und Bezugsrahmen für Studien genutzt werden (a.a.O.: 100f.). Zukünftige Studien können – wie auch von der AGEG festgestellt (a.a.O.: 101) – zudem dazu beitragen, das bestehende Konzept zu verbessern und weiterzuentwickeln.

### **3.3 Aufgaben und Aktivitäten der Euregios**

Bei genauerer Betrachtung zeigen sich hinsichtlich Rechtsform, Organisation und Zusammensetzung der Akteure Unterschiede zwischen den Euregios. Neben regionalen und lokalen Gebietskörperschaften können auch Industrie- und Handelskammern, Universitäten, Landschaftsverbände und andere Organisationen in Euregios vertreten sein. Häufig anzutreffende Organisationsstrukturen sind ein Euregio-Rat als höchstes Organ, ein Vorstand oder Präsidium als oberstes Entscheidungsgremium, eine Geschäftsstelle zur Koordination der täglichen Arbeit, sowie Arbeitskreise, die sich spezifischen Fachthemen wie beispielsweise Gesundheit, Umwelt oder Wirtschaft widmen. Die unterschiedlichen Rechtsformen und rechtlichen Grundlagen der grenzübergreifenden Zusammenarbeit wurden bereits in Abschnitt 2.4 vorgestellt.

#### **3.3.1 Allgemeine Aufgaben zur Förderung der grenzübergreifenden Zusammenarbeit**

Euregios stellen – wie unter anderem auch von der AGEG verschiedentlich betont (z.B. AGEG 2006a: 7) – keine neue Verwaltungsebene dar. Die Aufgabe von Euregios besteht im Wesentlichen darin, die grenzübergreifende Zusammenarbeit zu fördern und zu koordinieren. Dies kann unter anderem durch politische Lobbyarbeit, das Ausloten rechtlicher Möglichkeiten, die Entwicklung grenzübergreifender Netzwerke, die Akquise von Projekt-Fördermitteln, die Verbreitung von Informationen oder die Beratung und Unterstützung von Projektträgern bei der Vorbereitung und Umsetzung von Projekten geschehen (z.B. AGEG 2006a: 8f., Jurczek 2002: 5f., Schaffer 2000: 36).

In der Regel wählen Euregios aus der Vielzahl möglicher Themenfelder (z.B. Soziales, Verkehr, Tourismus, Umwelt, Gesundheit) eine begrenzte Anzahl von Themen, denen sie sich verstärkt widmen. Häufig werden zu diesen Themenfeldern entsprechende Arbeitskreise, Arbeitsgruppen, Foren oder ähnliche Gremien als Bestandteil der euregionalen Organisationsstrukturen eingerichtet (näheres hierzu s. Kapitel 7.2.3).

Im Rahmen von Projekten werden in Euregios praktische Lösungen der grenzübergreifenden Zusammenarbeit in den verschiedensten Bereichen erprobt. Euregios werden daher auch als „Versuchslabors der europäischen Integration“ (Schaub 2001: 79), „Laboratorien der europäischen Integration“ (Haase 2004: 485) oder – bezogen auf den Gesundheitssektor – „Praxislabor zur Schaffung einer realen Versorgungslandschaft“ (Anonymus 2001) bezeichnet. Auch im Gesundheitsbereich wurden bereits verschiedenste grenzübergreifende Projekte entlang der deutschen Grenze sowie in Europa insgesamt realisiert (z.B. Drespe & Thorn

2005, HOPE 2003). Euregios unterstützen, wie oben erwähnt, durch vielfältige Aufgaben Projektakteure bei der Umsetzung von Projekten. Die Umsetzung grenzübergreifender Projekte selbst ist hingegen nicht in erster Linie Aufgabe der Euregios (Malchus 2007: 39).

Euregios liefern durch ihre Aktivitäten wichtige Beiträge zur Umsetzung grundlegender Ziele der EU. Sie tragen unter anderem zur Förderung des wirtschaftlichen, sozialen und territorialen Zusammenhalts in der EU, zur Schaffung von Synergieeffekten durch gemeinsame Projekte sowie zur Integration der Europäischen Union bei (EWSA 2007). Das Europäische Parlament forderte daher die Mitgliedstaaten und die Europäische Kommission in seiner Entschließung vom Dezember 2005 zur Rolle der „Euroregionen“ bei der Entwicklung der Regionalpolitik auf, den Einsatz von Euregios zu fördern (Europäisches Parlament 2005a: 4). Auch der Europäische Wirtschafts- und Sozialausschuss äußerte sich im Juli 2007 in einer Initiativstellungnahme zum Thema „Euregios“ und empfahl „eine stärkere Beteiligung der Mitgliedstaaten und ihrer nachgeordneten Gebietskörperschaften an der Entwicklung der Euregios“ (EWSA 2007: 136).

#### **3.3.2 Die Rolle der Euregios bei der Entwicklung und Umsetzung von Interreg-Programmen**

An der Entwicklung und Umsetzung grenzübergreifender Interreg-Programme ist eine Reihe von Institutionen und Organisationen beteiligt. Die wesentliche Aufgabe der Euregios besteht in der Förderung der grenzübergreifenden Kooperation. Hierdurch unterscheiden sich Euregios von den übrigen Akteuren.

In grenzübergreifenden Interreg-Programmen können Euregios bzw. deren Vertreter/innen unter anderem folgende Aufgaben innehaben bzw. an diesen beteiligt sein (Groß 2004: 12, IfS 2003b: 75ff., Perkmann 2005b):

- Entwicklung der operationellen Programme,
- Beratung der Projektträger bei der Formulierung von Projektanträgen,
- Unterstützung bei der Suche nach Projektpartnern,
- Verwaltung und Vergabe der Interregmittel,
- Unterstützung bei der Mobilisierung der Mittel zur Kofinanzierung,
- Mitwirkung bei der Projektauswahl und
- Mitwirkung an der Öffentlichkeitsarbeit für das Programm.

In so genannten operationellen Programmen, die für die einzelnen Interreg-Programmegebiete als Grundlage für die Programmumsetzung erstellt werden, wird festgelegt, an welchen Interreg-Strukturen die Euregios beteiligt sind und für welche Aufgaben sie bei der Umsetzung „ihrer“ Interreg-Programme zuständig sind.

Die Rolle der Euregios bei Erstellung und Umsetzung grenzübergreifender Interreg-Programme wird unterschiedlich gesehen. Nach Ansicht einiger Autoren spielen sie – zumindest

überwiegend – eine wichtige oder sogar zentrale Rolle (AGEG 2000: B2-12, Landeszentralbank NRW 2000: 56). Dies wird jedoch von Verantwortlichen in der Euregio nicht immer bestätigt (Böttger 2006: 88). Eine Studie von Perkmann (2005b) zeigt, dass hierzu keine allgemeingültigen Aussagen getroffen werden können, sondern Euregios in unterschiedlichem Maße in die Erstellung und Umsetzung der Interreg-Programme eingebunden sind. In der Studie von Perkmann wurden drei ausgewählte Euregios (die deutsch-niederländische „EUREGIO“, die deutsch-polnische Euroregion Pro Europa Viadrina und die österreichisch-italienische Europaregion Tyrol) miteinander verglichen. Hiernach ist die „EUREGIO“ wesentlich an der Umsetzung von Interreg involviert, während sich die Rolle der Euroregion Viadrina im Wesentlichen auf die Interreg-Verwaltung beschränkt (a.a.O.: 24).

Umfassende Untersuchungen der Rolle von Euregios bei Interreg liegen bisher kaum vor. Eine entsprechende vertiefende Analyse erfolgte im Rahmen der Halbzeitbewertungen der Interreg IIIA-Programme Freistaat Sachsen – Woiwodschaft Niederschlesien sowie Freistaat Sachsen – Tschechische Republik für die in diesem Gebiet angesiedelten Euroregionen (IfS 2003a, IfS 2003b). Die Autoren stellten in ihren Evaluationsberichten fest, dass in den einschlägigen Interreg-Dokumenten zwar die Aufgaben der Euroregionen festgelegt, jedoch die von den Euroregionen erwartete Rolle (Legitimation vs. funktionalem Beitrag) nicht genau definiert wurde. Da „Euroregionen eigentlich nur als Repräsentanten der kommunalen Akteure der Euroregion agieren können“ (IfS 2003a: 74), kann sich die Legitimationsfunktion nach Ansicht der Evaluatoren „nur auf eine Vertretung der regionalen Gebietskörperschaften beziehen. Ein gesamtregionaler Vertretungsanspruch, der über die Mitglieder der Euroregionen hinausgeht, ist nicht hinreichend begründbar, da eine vollständige Repräsentanz der nicht kommunalen Akteure kaum geleistet werden kann.“ (a.a.O.: 76). Die Bedeutung der Euroregionen wird daher vielmehr in ihrem funktionalen Beitrag, der insbesondere in der Unterstützung und Förderung bei der Projektentwicklung sowie der Entwicklung grenzüberschreitender Initiativen und Netzwerke liegt, gesehen (a.a.O.: 78).

Insgesamt kann festgestellt werden, dass zwischen Euregios und dem Förderprogramm Interreg, die beide auf die Förderung der grenzübergreifenden Zusammenarbeit abzielen, ein Wechselspiel besteht. So können einerseits Euregios zum Erfolg der Interreg-Programme beitragen, andererseits unterstützt das Programm Interreg die euregionale Arbeit.

#### **3.4 Darstellung ausgewählter Modellregionen**

Die vorliegende Arbeit befasst sich insbesondere mit der grenzübergreifenden Zusammenarbeit zwischen Deutschland und seinen Nachbarstaaten. Im Rahmen dieser Arbeit werden drei Modellregionen vertiefend analysiert:

- (a) die deutsch-niederländische Euregio „EUREGIO“,
- (b) die deutsch-niederländisch-belgische Euregio Maas-Rhein und
- (c) die deutsch-polnisch-schwedische Euroregion Pomerania.

Die folgenden Abschnitte behandeln Basisdaten, Organisationsstrukturen und Interreg-Programme dieser drei Modellregionen. Diese Darstellung bietet wichtige Hintergrundinformationen für das Kapitel 9, welches sich mit den Gesundheitsaktivitäten dieser drei Modellregionen und der Entwicklungen des Themas „Gesundheit“ in diesen Euregios befasst.

#### **3.4.1 Die „EUREGIO“**

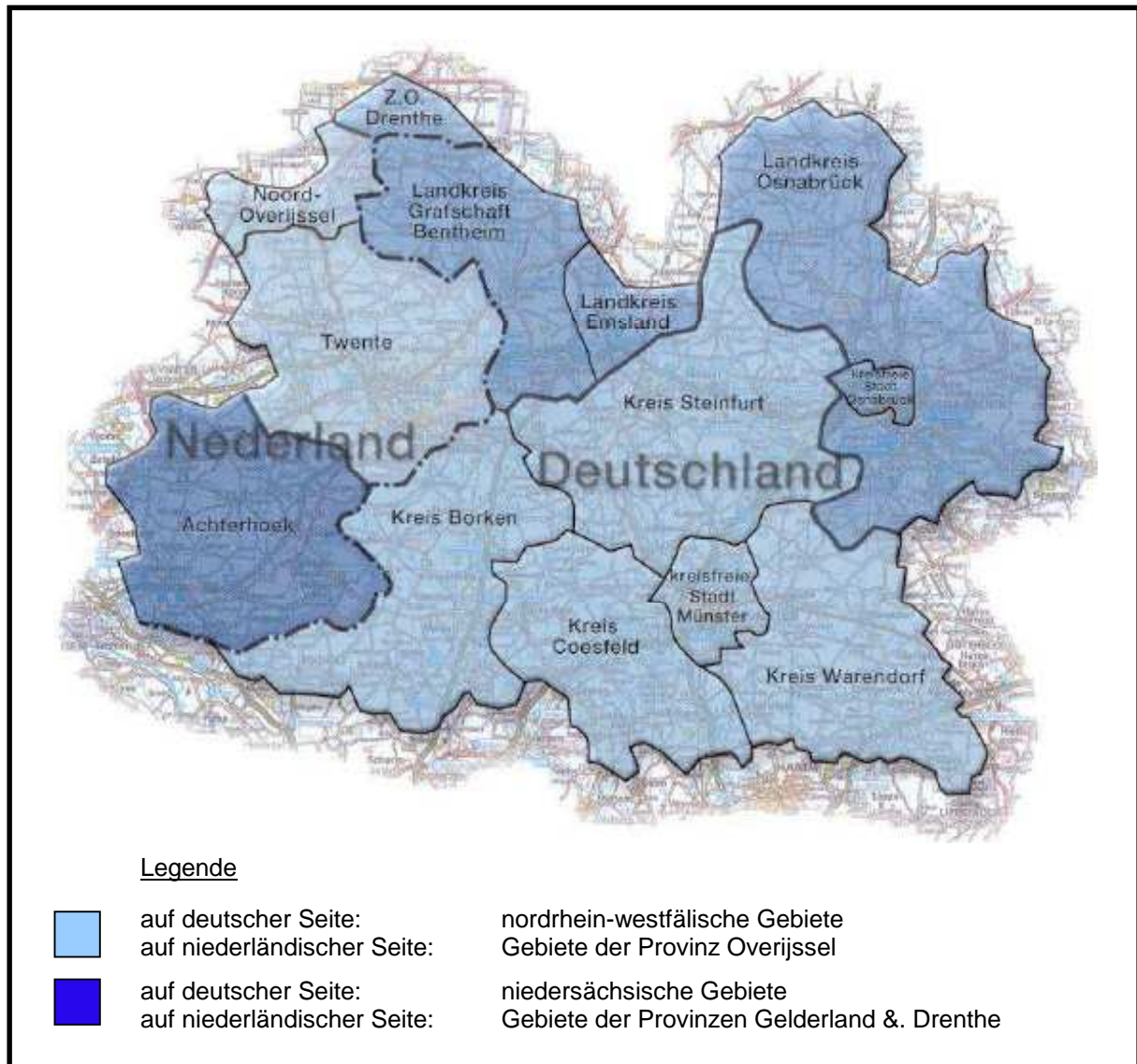
##### **Basisdaten der EUREGIO**

Die im Jahr 1958 gegründete deutsch-niederländische Euregio „EUREGIO“ stellt die älteste grenzübergreifende Struktur in Europa dar. Die AGEG klassifizierte die EUREGIO aufgrund ihres hohen soziokulturellen/ökonomischen Kohäsionsgrades sowie ihres hohen Niveaus hinsichtlich der Intensität der grenzübergreifenden Kooperation als Vorreiter der europäischen Integration (AGEG 2006b: 102, s. Kapitel 3.2).

Das Gebiet der EUREGIO (Abbildung 5) umfasst die früheren niederländischen kommunalen Zusammenschlüsse Regio Achterhoek und Regio Twente auf niederländischer Seite sowie der Kommunalgemeinschaft Rhein-Ems e.V. (jetzt EUREGIO e.V.) auf deutscher Seite. Der EUREGIO gehören 130 nordrhein-westfälische, niedersächsische sowie niederländische Städte, Gemeinden und Kreise an (URL 15).

In der EUREGIO leben auf einer Fläche von rund 13.000 Quadratkilometern – von denen etwa zwei Drittel zu Deutschland gehören – rund 3,4 Millionen Menschen (URL 15). Die Bevölkerungsdichte des Gebietes beträgt 245 Einwohnern pro Quadratkilometer, die damit deutlich unter der Bevölkerungsdichte des Landes Nordrhein-Westfalen und den Niederlanden mit 527 bzw. 462 Einwohnern pro Quadratkilometer liegt (EUREGIO 2005: 2). Mit Ausnahme einiger großer Städte wie Enschede, Münster und Osnabrück mit über 100.000 Einwohnern ist das Gebiet eher ländlich geprägt. Insbesondere die nördlichen EUREGIO-Gebiete, zu denen die Grafschaft Bentheim, Teile des südlichen Emsland sowie die Region Zuidwest-Drenthe gehören, zeichnen sich durch eine sehr dünne Besiedlungsdichte aus (OP Interreg IVA Deutschland – Niederlande 2007: 17f.).

Seit dem Jahr 1999 ist die EUREGIO als eingetragener Verein (e.V.) tätig. Sie ist damit eine Rechtsperson nach dem deutschen Privatrecht. Die Gründung eines öffentlich-rechtlichen Zweckverbandes ist angestrebt, konnte jedoch bisher nicht realisiert werden, „da sich die steuerliche Behandlung der bei der EUREGIO tätigen niederländischen Beamten nach niederländischem Recht als ein Problem herausstellte“ (EUREGIO 2003: 8). Die EUREGIO konnte somit bisher von dem in Kapitel 2.4.3 erwähnten „Vertrag von Anholt“, durch den eine juristische Basis für die Zusammenarbeit entlang der deutsch-niederländischen Grenze geschaffen wurde, keinen Gebrauch machen. Im Jahr 2006 wurde als Tochtergesellschaft die „EUREGIO Crossborder Consultancy“ in Form einer Stiftung nach niederländischem Recht errichtet. Die EUREGIO kann somit leichter Dienste für Dritte erbringen und beispielsweise Grenzregionen in den neuen EU- Mitgliedstaaten beraten (URL 16).



**Abbildung 5:** Gebiet der EUREGIO (Quelle: Drespe & Thorn 2005: 29, Legende ergänzt)

Die Grundlage für die Arbeit der EUREGIO bildet die gemeinsame deutsch-niederländische Satzung (EUREGIO e.V. 2006). Sie trat erstmals 1972 in Kraft und hat seither mehrfach Änderungen erfahren. In der Satzung sind unter anderem Ziele und Aufgaben der EUREGIO, Pflichten der Mitglieder sowie Zusammensetzung und Aufgaben der verschiedenen EUREGIO-Organen festgelegt.

#### **Organisationsstruktur der EUREGIO**

Es dauerte einige Zeit, bis in dieser Euregio erste gemeinsame Organe zur Vertretung der euregionalen Interessen eingerichtet wurden. So entstand zunächst die EUREGIO-Arbeitsgruppe, der Vertreter der Verwaltungsspitzen angehörten. Sie trat erstmals 1965 zusammen. Ihr folgte die Einrichtung von Euregio-Sekretariaten in Gronau (DE), Enschede (NL) und Doetinchen (NL) Anfang der 1970er Jahre, die später zu einem gemeinsamen Geschäftsstelle in Gronau zusammengeführt wurden. Einen weiteren Meilenstein in der Geschichte der EUREGIO stellt die Gründung des EUREGIO-Rates im Jahr 1978 dar. Der Rat, dessen Mit-

glieder von den Mitgliedskommunen gewählt werden, dient als „politisches Sprachrohr“ der EUREGIO (Goinga 1995: 26). Er verfügt jedoch über keine politische Legitimation.

In der EUREGIO lassen sich folgende Organisationsstrukturen unterscheiden (URL 16):

- der EUREGIO-Rat als höchstes Beratungs- und Beschlussorgan mit insgesamt 82 stimmberechtigten Mitgliedern (41 deutsche und 41 niederländische Mitglieder),
- ein EUREGIO-Vorstand mit insgesamt 12 stimmberechtigten Mitgliedern, in dem insbesondere Hauptverwaltungsbeamte bzw. leitende Beamte der EUREGIO vertreten sind (vormals EUREGIO-Arbeitsgruppe),
- die EUREGIO-Geschäftsstelle in Gronau mit 36 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, welche die tägliche Arbeit koordiniert und die Beschlüsse des Rates, der Mitgliederversammlung, des Vorstandes und des Interreg-Lenkungsausschusses vorbereitet und umsetzt, sowie
- neun Arbeitskreise, in denen ausgewählte Themen wie Gesundheitswesen, öffentliche Sicherheit, Tourismus und Wirtschaft vertiefend bearbeitet werden.

Daneben finden regelmäßig Mitgliederversammlungen statt, an denen Vertreter der Mitgliedskommunen teilnehmen. Des Weiteren wurden verschiedene Interreg-Strukturen gegründet, die im Folgenden näher beschrieben werden.

#### **Die Interreg-Programme in der EUREGIO**

Die EUREGIO ist seit Anfang der 1990er Jahre am Interreg-Programm beteiligt. Sie verfügt somit über eine mehr als 15-jährige Erfahrung in der Planung und Umsetzung dieses Förderprogramms. In den ersten beiden Interreg-Förderperioden (Interreg I und IIA) gab es insgesamt vier Interreg-Programme im deutsch-niederländischen Grenzraum: die deutsch-niederländischen Programme „EUREGIO“, „Euregio Rhein-Waal“, „euregio rhein-maas-nord“ und „Ems Dollart Region“ sowie das deutsch-niederländisch-belgische Programm „Euregio Maas-Rhein“. Im Rahmen von Interreg IIIA schloss sich die EUREGIO mit den benachbarten Euregios Rhein-Waal und rhein-maas-nord zu einem gemeinsamen Programm zusammen. Für die aktuelle Förderphase 2007-2013 hat sich auf Empfehlung der EU-Kommission auch die im Norden der EUREGIO angrenzende Ems Dollart Region (Niedersachsen-Niederlande) dem Verbund angeschlossen. Die vier deutsch-niederländischen Euregios bilden nun das Interreg IVA-Programm „Deutschland-Niederlande“.

Seit der ersten Förderperiode haben sich die insgesamt zur Verfügung stehenden Finanzmittel sowie der EU-Beitrag etwa vervierfacht. Während der EU-Anteil an den insgesamt zur Verfügung stehenden Mitteln in den ersten drei Förderperioden ein Drittel betrug, stieg er in der Förderperiode Interreg IVA auf 50 Prozent an. Im Vergleich zur vorangegangenen Förderperiode Interreg IIIA stehen der EUREGIO für die Förderperiode 2007-2013 sowohl insgesamt als auch hinsichtlich des EU-finanzierten Anteils weniger Mittel zur Verfügung. Die Anzahl der Projekte hat sich in Interreg IIIA im Vergleich zur ersten Förderperiode knapp verdoppelt. Zugleich stieg im Laufe der Förderperioden die durchschnittlich pro Projekt zur

### 3. Euregios: Motoren der grenzübergreifenden Zusammenarbeit

Verfügung stehende Investitionssumme von rund 0,4 (Interreg I) auf 1,2 Millionen Euro (Interreg III) an. Die Finanzmittel wurden somit im Laufe der Förderperioden konzentrierter eingesetzt (Tabelle 4).

**Tabelle 4:** Finanzmittel, durchschnittliche Projektkosten und Anzahl der Projekte und Einzelmaßnahmen der EUREGIO in den Förderperioden Interreg I bis IVA (eigene Darstellung nach EUREGIO 1996: 12ff., EUREGIO 2002b: 26ff., Landesregierung NRW 2007, URL 17)

	Interreg I	Interreg II	Interreg III <sup>3</sup>	Interreg IV <sup>3</sup>
Programmlaufzeit	1991-1993	1994-1999	2000-2006	2007-2013
Finanzmittel insgesamt (in Mio. Euro)	26,1	63,9	130,6	Ca. 90,0
EU-finanzierter Anteil (in Mio. Euro)	10,3	22,0	48,7	Ca. 42,6
Anzahl der Projekte insgesamt	59	80	109 <sup>4</sup>	k.A.
Anzahl der Einzelmaßnahmen <sup>1</sup> insgesamt	145	174	186	k.A.
Durchschnittliche Gesamtkosten pro Projekt <sup>2</sup> (in Mio. Euro)	0,4	0,8	1,2	---

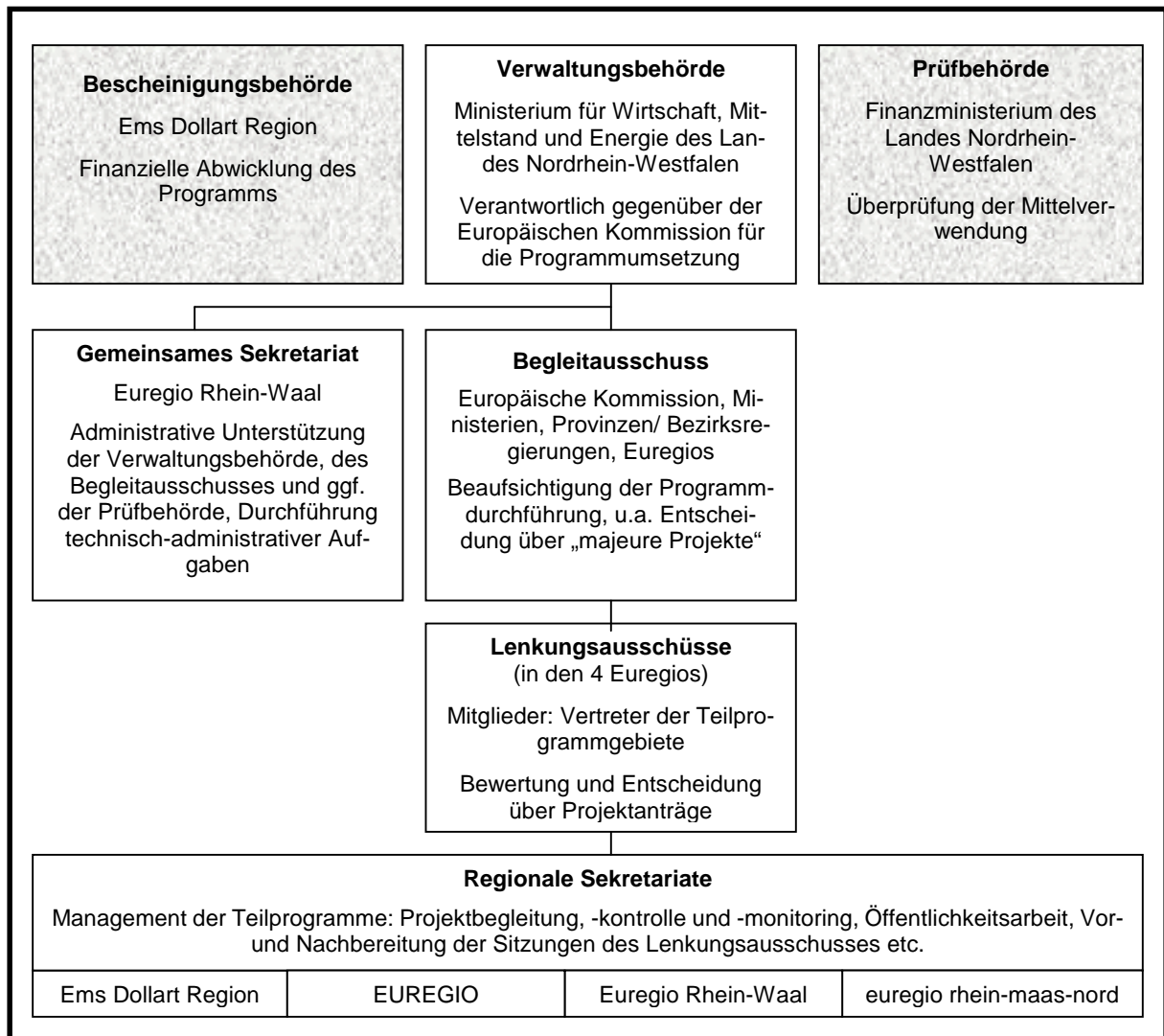
<sup>1</sup> Zum Teil wurden verschiedene Einzelmaßnahmen (z.B. People-to-People Einzelmaßnahmen) zu einem Projekt zusammengefasst. <sup>2</sup> eigene Berechnung, <sup>3</sup> Angaben nur für die EUREGIO, <sup>4</sup> Gesamtzahl der Einzelmaßnahmen abzüglich der 77 People-to-People Einzelmaßnahmen, die im Rahmen von drei Sammelprojekten durchgeführt wurden (eigene Berechnung)

Während in Interreg I die Projektschwerpunkte noch auf dem Kennenlernen der Partner und der Beseitigung von Infrastrukturlücken lagen, ging es in Interreg IIIA bereits um den Aufbau projektbezogener Netzwerke und die verstärkte Zusammenarbeit zwischen Forschung und Wirtschaft (OP Interreg IVA Deutschland – Niederlande 2007: 45). In der aktuellen Förderperiode Interreg IV A gilt den „majeure Projekten“ besonderes Augenmerk. Hierbei handelt es sich um Projekte, die sich über große Teile des Programmgebietes erstrecken, langfristig angelegt sind und sich durch vergleichsweise große Finanzvolumina auszeichnen (a.a.O.: 76). Entsprechende Großprojekte wurden bereits in der Förderperiode Interreg IIIA gestartet (a.a.O.: 45).

Zur Verwaltung und Umsetzung der Interreg-Programme wurden verschiedene Strukturen geschaffen. Abbildung 6 gibt eine Übersicht über die Strukturen des aktuellen Interreg IVA-Programms „Deutschland-Niederlande“. Hierbei handelt es sich um Strukturen, die – mit Ausnahme der regionalen Sekretariate – zusätzlich zu den eigentlichen euregionalen Strukturen bestehen. Die EUREGIO spielt eine zentrale Rolle bei der Planung und Umsetzung der Programme. So war sie z.B. in Interreg IVA in der Planungsgruppe des Programms vertreten und erstellte ein entsprechendes Konzeptionspapier (EUREGIO 2006) zur Vorbereitung des Programms. Des Weiteren ist sie an Strukturen beteiligt, die für die Programmumsetzung wesentlich sind. So ist die EUREGIO in Interreg IV stimmberechtigtes Mitglied im Begleitausschuss. Zudem sind in Interreg IV jeweils einer der vier regionalen Lenkungsausschüsse sowie ein regionales Sekretariat in der EUREGIO angesiedelt (OP Interreg IVA Deutschland – Niederlande 2007: 88ff.). Die EUREGIO ist somit an der Beaufsichtigung der Programm-

### 3. Euregios: Motoren der grenzübergreifenden Zusammenarbeit

durchführung und -begleitung sowie der Abwicklung und Bewertung der Projekte beteiligt bzw. für diese Aufgaben zuständig.



**Abbildung 6:** Strukturen zur Verwaltung und Umsetzung des Interreg IVA-Programms Deutschland – Niederlande (Quelle: eigene Darstellung nach OP Interreg IVA Deutschland – Niederlande 2007: 86ff.)

#### 3.4.2 Die „Euregio Maas-Rhein“ (EMR)

##### Basisdaten der EMR

Die Euregio Maas-Rhein (EMR) im deutsch-niederländisch-belgischen Grenzraum stellt eine der ältesten grenzübergreifenden Strukturen in Europa dar. Bereits 1974 beschlossen die Gouverneure der belgischen und niederländischen Provinz Limburg sowie der Regierungspräsident von Köln die Gründung einer Euregio. Als Vorbild sollte hierbei die bereits Ende der 1950er Jahre gegründete deutsch-niederländische EUREGIO dienen. Zwei Jahre später (1976) erfolgte die Gründung der Arbeitsgemeinschaft Euregio Maas-Rhein, die im Jahr 1991 in eine „Stichting“ (Stiftung) nach niederländischem Privatrecht umgewandelt wurde.





Abbildung 7: Gebiet der Euregio Maas-Rhein (Quelle: persönliche Zusendung durch die Euregio Maas-Rhein am 4.8.2008)<sup>28</sup>

<sup>28</sup> Eine ältere Karte ist unter URL 18 zu finden.

### 3. Euregios: Motoren der grenzübergreifenden Zusammenarbeit

Zu den Mitgliedern der Stichting gehören die belgischen und niederländischen Provinzen Limburg, die belgische Provinz Lüttich, die Deutschsprachige Gemeinschaft Belgiens sowie die Regio Aachen<sup>29</sup> auf deutscher Seite (Abbildung 7). Mitglieder der EMR sind somit regionale Gebietskörperschaften, d.h. die kommunale Ebene ist hier – im Gegensatz zu anderen Euregios – nicht beteiligt.

**Tabelle 5:** Ausgewählte Kennzahlen der Partnerregionen der Euregio Maas-Rhein (Quelle: eigene Darstellung nach Projektgruppe EIS 2008: 16 ff., OP Interreg IVA Euregio Maas-Rhein 2007: 21)

	Süd Limburg (NL)	Provinz Limburg (BE)	Provinz Lüttich (BE)	DG Belgiens (BE)	Regio Aachen (DE)
Fläche in km <sup>2</sup> (Stand: 1.1.2007)	983	2.422	3.009	854	3.525
Bevölkerung (Stand: 1.1.2007)	747.252	820.272	973.739	73.675	1.290.253
Bevölkerungsdichte (Einwohner pro km <sup>2</sup> ) (Stand: 1.1.2007)	760	339	324	86	366
Arbeitslosenquote (in %)* (Stand: 2007)	7,1	5,4	12,6	5,3	7,1
Bruttoinlandsprodukt pro Kopf in Euro (Stand: 2003)	27.528	22.096	19.594**	20.206***	21.859

\* Prozentsatz der Arbeitslosen pro Einwohner 15-65 Jahre (entspricht nicht der amtlichen Arbeitslosenquote), \*\* ohne die deutschsprachige Gemeinschaft (DG) Belgiens, \*\*\* Schätzung in den Jahren 2000-2003

Die fünf Städte Maastricht (NL), Heerlen (NL), Aachen (DE), Hasselt (BE) und Lüttich (BE) bilden die Oberzentren der Region. Insgesamt leben in der EMR auf einer Fläche von 10.793 Quadratkilometern rund 3,91 Millionen Menschen (Stand 1.1.2007, Projektgruppe EIS 2008: 16, 34).<sup>30</sup> Dies entspricht einer Bevölkerungsdichte von 362 Einwohnern pro Quadratkilometer. Der größte Teil der Gebietsfläche (58 Prozent) gehört zu Belgien, ein Drittel zu Deutschland und nur neun Prozent der Gebietsfläche gehören zum Gebiet der Niederlande. In der grenzübergreifenden Region ist das Wirtschaftswachstum im Vergleich zu nationalen Zahlen sowie im Vergleich zum EU-15 relativ gering (OP Interreg IVA Euregio Maas-Rhein 2007: 21). Die höchste Arbeitslosigkeit weist die Provinz Lüttich auf; dies kann auf den Rückgang der Industrie in dieser Region zurückgeführt werden (a.a.O.: 24). Ausgewählte Kennzahlen der einzelnen Partnerregionen sind in Tabelle 5 dargestellt.

Die Vielfalt an Traditionen, Kulturen, Sprachen und Dialekten stellt ein Kennzeichen der EMR dar. Allein in den belgischen Partnerregionen werden drei Sprachen gesprochen: Französisch in der Provinz Lüttich, Flämisch in der Provinz Belgisch-Limburg und Deutsch in der deutschsprachigen Gemeinschaft. Hinzu kommen niederländisch bzw. ein eigener niederländischer Dialekt.

<sup>29</sup> Der eingetragene Verein „REGIO Aachen“ stellt keine Gebietskörperschaft, sondern einen freiwilligen Zusammenschluss der kreisfreien Stadt Aachen und der Kreise Aachen, Düren, Euskirchen und Heinsberg dar.

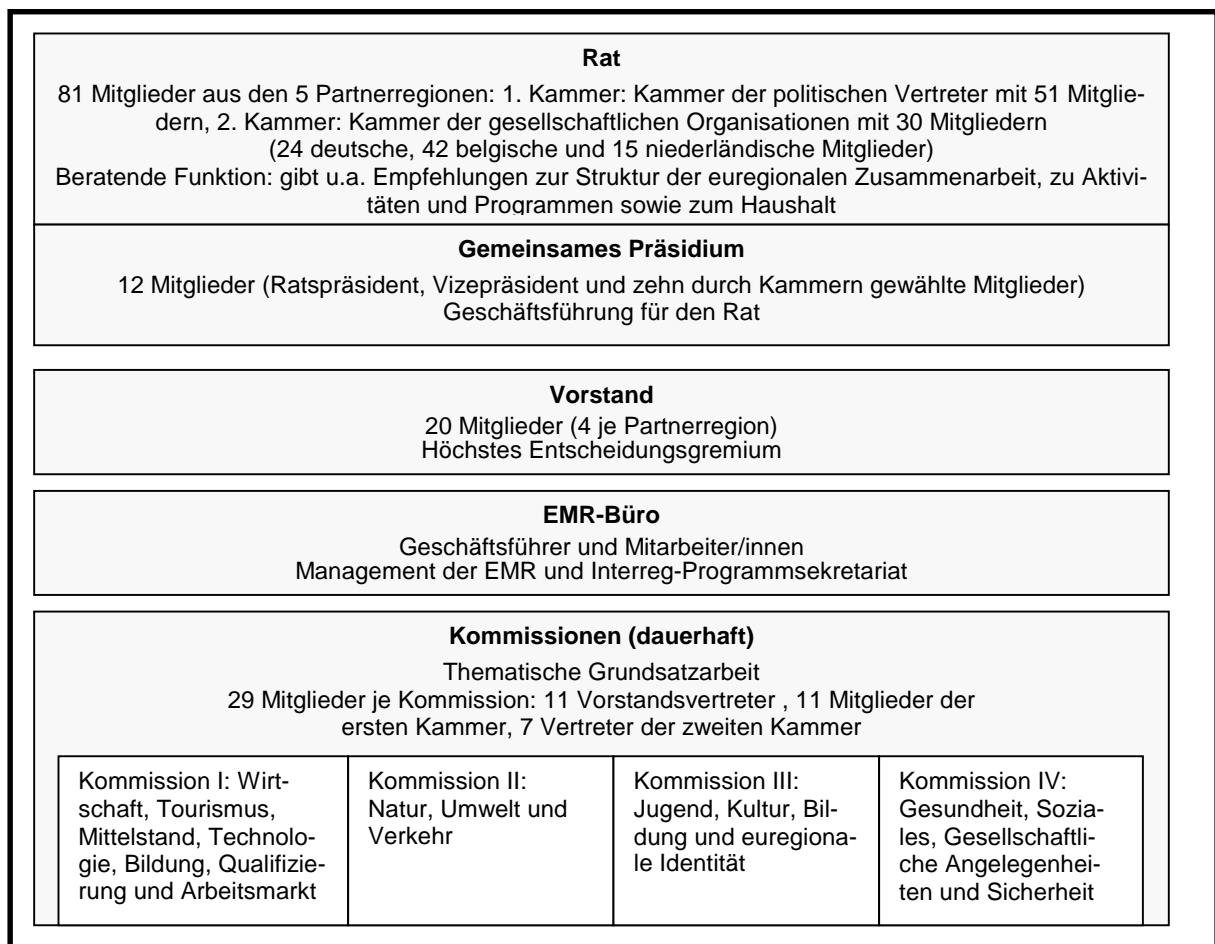
<sup>30</sup> Die Deutschsprachige Gemeinschaft (DG) Belgiens ist Teil der Provinz Lüttich. Daten der DG Belgiens sind daher in denen der Provinz enthalten, so dass sich die Bevölkerung sowie die Fläche der EMR insgesamt sich durch Aufsummierung der Werte der Partnerregionen ohne Einberechnung der DG Belgiens errechnet.

### 3. Euregios: Motoren der grenzübergreifenden Zusammenarbeit

discher Dialekt in der niederländischen Provinz Limburg. Zudem treffen in der EMR vier Kulturkreise zusammen: deutsch, niederländisch, flämisch und wallonisch.

Die AGEG klassifizierte die EMR aufgrund ihres mittleren soziokulturellen/ökonomischen Kohäsionsgrades sowie ihres hohen Niveaus hinsichtlich der Intensität der grenzübergreifenden Kooperation als Gebiet, dass sich zu einem Vorreiter der Integration entwickelt (AGEG 2006b: 102, s. Kapitel 3.2). Die Grundlage für die Arbeit der EMR bilden die Statuten der Stichting der EMR (Stichting EMR 2000). In den Statuten sind unter anderem Arbeitsgebiet, Mitglieder und Arbeitsweise der EMR festgelegt.

#### Organisationsstruktur der EMR



**Abbildung 8:** Organisationsstruktur der Euregio Maas-Rhein (Quelle: eigene Darstellung nach URL 19)

In der EMR lassen sich folgende Organisationsstrukturen unterscheiden: Der im Jahr 1995 gegründete Rat, das gemeinsame Präsidium, der Vorstand der Stichting, das EMR-Büro mit Sitz in Eupen sowie vier ständige Fachkommissionen, in denen die Partnerregionen paritätisch vertreten sind (Abbildung 8). Bei Bedarf können zudem themengebundene, zeitlich befristete Arbeitsgruppen eingerichtet werden (Stichting EMR 2005: 3).

Daneben bestehen weitere für Interreg geschaffenen Strukturen, die den folgenden Abschnitten vertiefend dargestellt werden.

### Die Interreg-Programme in der EMR

Im Jahr 1986 wurde auf der Konferenz der Gouverneure das erste grenzüberschreitende Aktionsprogramm (GAP) für die EMR unterzeichnet, das den Handlungsrahmen für die grenzübergreifende Kooperation der nächsten Jahre bildete. Erste grenzübergreifende von der EU-geförderte Pilotprojekte starteten in der EMR bereits Ende der 1980er Jahre. Wie auch die deutsch-niederländische EUREGIO ist die EMR seit Anfang der 1990er am Interreg-Programm beteiligt. Seither bildet sie ein eigenes Interreg-Programm, dessen Gebiet mit dem der EMR nahezu identisch ist.<sup>31</sup> Die EMR verfügt somit über eine mehr als 15-jährige Erfahrung mit dem Programm und seinem Management.

Seit der ersten Förderperiode haben sich die insgesamt zur Verfügung stehenden Mittel verdoppelt. Während der EU-Anteil an den insgesamt zur Verfügung stehenden Mitteln in den ersten drei Förderperioden ein Drittel betrug, stieg er in der Förderperiode Interreg IVA auf 50 Prozent an. Die Anzahl der geförderten Maßnahmen hingegen sank von 125 Projekten in Interreg I auf 79 Projekte in Interreg IIIA. Pro Maßnahme stieg entsprechend die durchschnittlich pro Maßnahme zur Verfügung stehende Investitionssumme im Laufe der Förderperioden. Die Interreg-Finanzmittel wurden somit – wie auch in der EUREGIO – im Laufe der Förderperioden konzentrierter eingesetzt (Tabelle 6).

**Tabelle 6:** Übersicht über die Finanzmittel insgesamt, EU-Finanzmittel sowie Anzahl der Interreg-Projekte für die Förderperioden Interreg I bis IVA in der EMR (Quelle: eigene Darstellung nach EMR o.J./a: 25ff., EMR o.J./d, EMR 2002a: 41ff., ERAC 2005: 31, OP Interreg IVA Euregio Maas-Rhein 2007: 98, URL 20)

	Interreg I	Interreg II	Interreg III	Interreg IV
Programmlaufzeit	1991-1993	1994-1999	2000-2006	2007-2013
Finanzmittel insgesamt (in Mio. Euro)	> 67	92,9 <sup>1</sup>	110,3 <sup>2</sup>	144,1
EU-finanzierter Anteil (in Mio. Euro)	23,2	37,1	53,6 <sup>2</sup>	72,0
Anzahl der Projekte insgesamt	125	120	79 <sup>3</sup>	k.A.
Durchschnittliche Gesamtkosten pro Projekt (in Mio. Euro) <sup>1</sup>	>0,54	0,77	<1.40 <sup>4</sup>	---

<sup>1</sup> eigene Berechnung, <sup>2</sup> Stand 31.12.2005, <sup>3</sup> ohne Projekte technische Hilfe, <sup>4</sup> Kosten pro Projekt fallen geringer aus, wenn die Projekte der technischen Hilfe mit berücksichtigt werden

Zur Vorbereitung des Interreg IIIA-Programms entwickelten die Partnerregionen eigene regionale Pläne, in denen Perspektiven und Prioritäten der grenzübergreifenden Zusammenarbeit für die nächsten Jahre festgelegt wurden. Diese bildeten Grundlage für das Interreg IIIA-Programm (Spinnewyn 2002: 175). Auch zur Vorbereitung des Interreg IVA-Programms erstellten die Partner entsprechende grenzüberschreitende Aktionspläne (OP Interreg IVA Euregio Maas-Rhein 2007: 10).

<sup>31</sup> An den Interreg-Programmen der Euregio Maas-Rhein sind neben den Gebieten der EMR zudem Teile des Bundeslandes Rheinland-Pfalz beteiligt (Kreise Bitburg-Prüm und Daun).

Für die Durchführung der Interreg-Programme wurden verschiedene Organisationsstrukturen geschaffen. In der Förderperiode Interreg IV gehören hierzu (OP Interreg IVA Euregio Maas-Rhein 2007: 83ff.):

- (a) eine Verwaltungsbehörde (Stichting Euregio Maas-Rhein), die für Programmdurchführung und das Management verantwortlich ist,
- (b) eine Bescheinigungsbehörde (Stichting Euregio Maas-Rhein), welche die Korrektheit, Rechtmäßigkeit und Vollständigkeit der Zahlungsabrufe überwacht,
- (c) eine Prüfbehörde (niederländisches Wirtschaftsministerium),
- (d) ein Begleitausschuss, bestehend aus Vertretern der nationalen und regionalen Ministerien, der Stichting der EMR sowie der Europäischen Kommission (in beratender Funktion), der unter anderem die Programmdurchführung überwacht und die letztendliche Entscheidung über die Annahme der Projektanträge trifft, sowie
- (e) ein gemeinsames technisches Sekretariat, bestehend aus dem Interreg-Management der Stichting Euregio Maas-Rhein sowie regionalen Interreg-Managern in den fünf Partnerregionen der EMR, das unter anderem für die Projektentwicklung, -beratung und -begleitung zuständig ist.

Die EMR ist eng in die Umsetzung des Programms eingebunden. Bereits in der ersten Förderperiode wurden verschiedene Aufgaben wie die der Zahlstelle und der Verwaltungsbehörde auf die Stichting der EMR übertragen (INTERACT Point Tool Box 2005: 9f.). In der aktuellen Förderperiode Interreg IV ist die EMR mit den Aufgaben der Verwaltungs- sowie der Bescheinigungsbehörde betraut, im Begleitausschuss als stimmberechtigtes Mitglied vertreten und in der Funktion des Programmsekretariats für das Interreg-Management zuständig (OP Interreg IVA Euregio Maas-Rhein 2007: 83ff.). Zudem sind die vier Fachkommissionen der EMR (s. Abbildung 8) an der Projektauswahl beteiligt (WSR 2005: 34).<sup>32</sup>

#### **3.4.3 Die „Euroregion Pomerania“**

##### **Basisdaten der Euroregion Pomerania**

An der deutsch-polnischen Grenze sind seit Anfang der 1990er Jahre insgesamt vier Euregios entstanden, die in diesem Grenzgebiet als Euroregionen bezeichnet werden.<sup>33</sup> Die Euroregion Pomerania (Abbildung 9) stellt die jüngste dieser Euroregionen dar. Bereits Anfang der 1990er Jahre fanden erste Gespräche zur Gründung der Euroregion Pomerania statt, an denen neben deutschen und polnischen Vertretern auch Vertreter aus Schweden und Dänemark beteiligt waren. Im Jahr 1995 erfolgte die Gründung der Euroregion Pomerania, der zunächst deutsche und polnische grenznahe Kommunen und Kommunalverbände angehörten. Im Februar 1998 trat auch der Gemeindeverband Skåne bei. In der Euroregion Pomerania

---

<sup>32</sup> Die Interreg-Projektvorschläge werden nach einer ersten Vorauswahl einer der vier Fachkommissionen zur fachlichen Stellungnahme vorgelegt. Die Endentscheidung über die Projekte wird vom oben genannten Interreg-Begleitausschuss getroffen.

<sup>33</sup> Hierzu gehören neben der Euroregion Pomerania die Euroregionen Pro Europa Viadrina (1993), Spree-Neiße-Bober (1993) sowie Neisse-Nisa-Nysa (1991). An letztgenannter ist auch die Tschechische Republik beteiligt.

### 3. Euregios: Motoren der grenzübergreifenden Zusammenarbeit

nia kooperierten somit bis zum Beitritt Polens in die EU, EU-Mitgliedstaaten und Polen als EU-Drittland. Zudem weist die Euroregion mit der Ostsee, welche die Teilregion Skåne von den beiden anderen Teilregionen trennt, eine geographische Besonderheit auf.



**Abbildung 9:** Gebiet der Euroregion Pomerania (Quelle: Kommunalgemeinschaft Euroregion Pomerania e.V. 2006: 8)

Die AGEG klassifizierte die Euroregion Pomerania aufgrund ihres soziokulturellen/ökonomischen Kohäsionsgrades auf mittlerem Niveau sowie ihres hohen Niveaus hinsichtlich der Intensität der grenzübergreifenden Kooperation als Gebiet, das sich zu einem Vorreiter der europäischen Integration entwickelt (AGEG 2006b: 102f., s. Kapitel 3.2).

Mitglieder der Euroregion sind (URL 21):

- der Verein der polnischen Gemeinden der Euroregion Pomerania (früher kommunaler Zweckverband der Gemeinden Westpommerns „Pomerania“), dem 114 Gemeinden und Städte aus den Wojewodschaften Westpommern, Pommern und Großpolen angehören,

### 3. Euregios: Motoren der grenzübergreifenden Zusammenarbeit

---

- die deutsche Kommunalgemeinschaft Europaregion POMERANIA e.V., der drei kreisfreie Städte und acht Landkreise aus Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg sowie Gemeinden, Kammern etc. angehören,
- die Stadt Stettin und
- der schwedische Gemeindeverband Skåne mit 33 Gemeinden.

Die Euroregion Pomerania stellt einen freiwilligen Zusammenschluss dar, der jedoch grenzübergreifend nicht rechtsfähig ist. Wie in Kapitel 2.4.3 erwähnt, fehlt den Euroregionen sowohl an der deutsch-polnischen als auch an der deutsch-tschechischen Grenze der entsprechende Rechtsrahmen, der es den Kommunen ermöglicht, entsprechende öffentlich-rechtliche Vereinbarungen abzuschließen (Schöne 2006: 73). Das Fehlen solcher Vereinbarungen stellt aus Sicht der Akteure ein wesentliches Hindernis der grenzübergreifenden Zusammenarbeit dar (a.a.O.).

Mit knapp 50.000 Quadratkilometern, von denen der polnische Teilraum den größten Anteil hat, gehört die Euroregion Pomerania zu den flächengrößten Euregios in der EU. Sowohl die Euroregion mit einer Bevölkerungsdichte von 78 Einwohnern pro Quadratkilometer als auch ihre Teilregionen weisen eine sehr geringe Bevölkerungsdichte auf (Tabelle 7). Die größten Städte der Euroregion sind Stettin auf polnischer und Malmö auf schwedischer Seite.

**Tabelle 7:** Bevölkerung und Fläche der Euroregion Pomerania und ihrer Teilräume (Quelle: eigene Darstellung nach Kommunalgemeinschaft Europaregion Pomerania e.V. 2006: 9)

	Einwohner	Fläche (km <sup>2</sup> )	Bevölkerungsdichte (Einwohner/km <sup>2</sup> )
Polnischer Teilraum	1.696.000	22.900	74
Schwedischer Teilraum	1.160.000	11.400	102
Deutscher Teilraum	1.045.979	15.447	68
Euroregion Pomerania gesamt	3.901.979*	49.747	78

\* eigene Berechnung

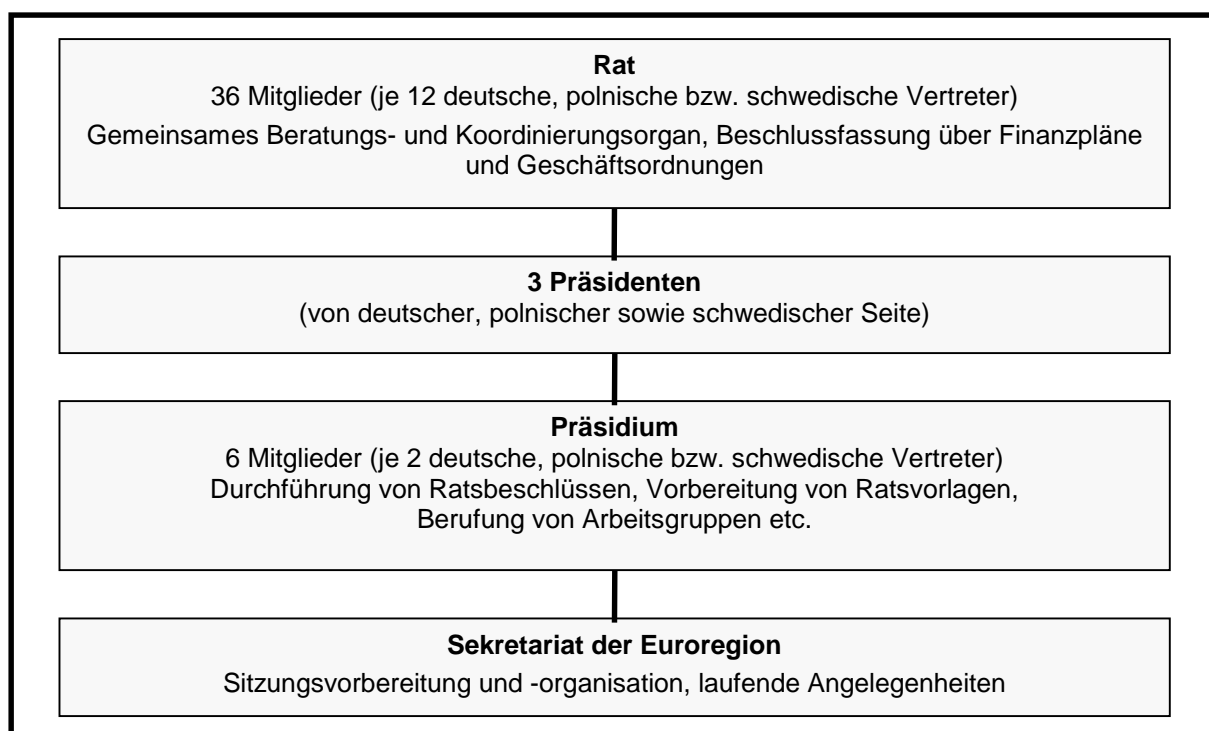
Ein besonderes Problem stellt die hohe Arbeitslosigkeit im deutschen und polnischen Teil der Euroregion dar. Diese lag in einigen deutschen Gebieten über 20 Prozent, in einigen polnischen Gebieten sogar über 30 Prozent (Februar 2006, Kommunalgemeinschaft Europaregion Pomerania e.V. 2006: 40f.). Zudem ist die Infrastruktur in vielen Bereichen noch unzureichend ausgebaut. Die Infrastrukturentwicklung stellt daher einen der Aufgabenschwerpunkte der Euroregion dar (a.a.O.: 14).

Eine zukünftige Herausforderung für die Euroregion Pomerania stellt – wie auch in anderen Regionen – der demographische Wandel dar. Bevölkerungsprognosen zeigen in den polnischen und insbesondere ländlich geprägten Regionen des deutschen Teils der Pomerania einen Bevölkerungsrückgang (Abwanderungen, niedrige Geburtenraten). Zudem wird sowohl für den deutschen, polnischen sowie den schwedischen Teil der Euroregion eine Alterung

der Bevölkerung prognostiziert. So wird z.B. im Jahr 2020 in einigen deutschen Teilräumen jeder vierte Einwohner 65 Jahre alt oder älter sein (a.a.O.: 17).

#### Organisationsstruktur

In der Euroregion Pomerania lassen sich folgende Organisationsstrukturen unterscheiden (s. Abbildung 10): der Rat der Euroregion als gemeinsames Beratungs- und Koordinierungsorgan, das paritätisch mit polnischen, deutschen und schwedischen Vertretern besetzte Präsidium, das auch die Präsidenten der Euroregion beruft, sowie das Sekretariat der Euroregion mit Sitz in Stettin.



**Abbildung 10:** Organisationsstruktur der Euroregion Pomerania (Quelle: eigene Darstellung nach URL 22)

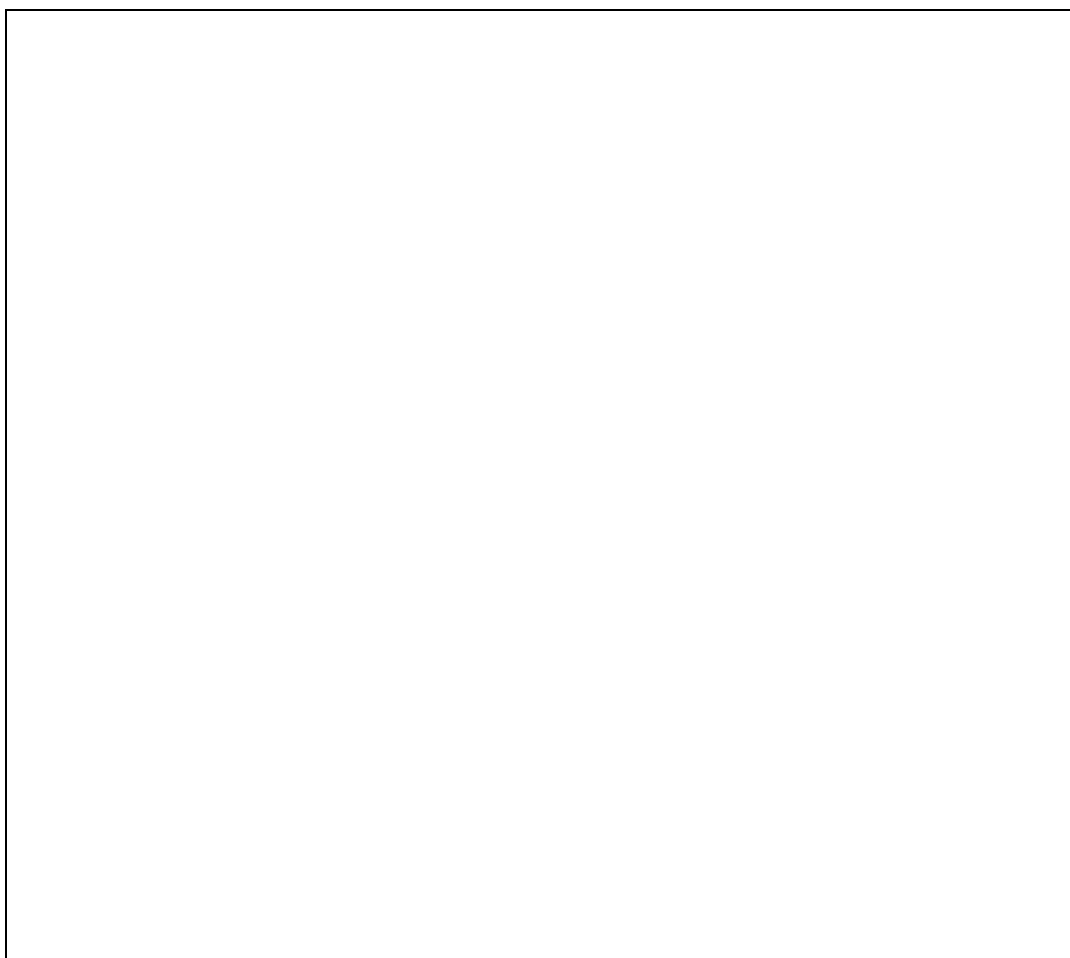
Im Vertrag über den Beitritt des Gemeindeverbandes Skåne zur Euroregion Pomerania (Euroregion Pomerania o.J.) werden zudem Arbeitsgruppen als weitere Organe der Euroregion genannt. Diese Arbeitsgruppen, die laut Vertrag allen Interessierten offen stehen und der Erarbeitung von Projektvorschlägen dienen, bestehen in der Praxis nicht. Jedoch existieren in der Euroregion für einige Projekte projektbezogene Arbeitsgruppen (Schöne 2006: 81). Daneben bestehen weitere für Interreg geschaffene Strukturen, die im Folgenden vertiefend dargestellt werden.

#### Das Interreg-Programm

Das Interreg-Programm ist EU-Mitgliedstaaten vorbehalten. Da das Programm Interreg I vor der deutschen Einheit verabschiedet wurde, waren die neuen Bundesländer an diesem nicht beteiligt. Erst mit der Förderperiode Interreg II (1994-1999) konnten die deutschen Teilge-



biere der Euroregion Pomerania erstmals Interreg-Förderung in Anspruch nehmen. Für die polnischen Teilgebiete hingegen war eine Interreg-Förderung lange Zeit nicht möglich. Bis zum Beitritt Polens zur EU im Mai 2004 wurden Projekte an der deutsch-polnischen Grenze auf deutscher Seite daher über Interreg gefördert, auf polnischer Seite hingegen über das Komplementärprogramm Phare CBC (näheres hierzu siehe Kapitel 8.1). Seit dem EU-Beitritt nimmt auch die polnische Seite am Interreg-Programm teil. Es kam somit in der Förderperiode Interreg IIIA (2000-2006) zu einer Ausweitung des Fördergebietes (Abbildung 11). Der EU-Beitritt Polens und die damit verbundene Öffnung von Interreg für die gesamte deutsch-polnische Grenzregion trug dazu bei, die Zusammenarbeit innerhalb der Euroregion Pomerania zu verstärken (Infrastruktur & Umwelt, Professor Böhm und Partner 2005: 30).



**Abbildung 11** Fördergebiet des Interreg IIIA-Programms „Mecklenburg-Vorpommern/Brandenburg und Polen (Wojewodschaft Zachodniopomorskie)“ (Quelle: URL 23 – Kommunalgemeinschaft Pomerania e.V.)

Einen Sonderstatus nehmen hingegen die schwedischen Gebiete der Euroregion Pomerania ein. Während die deutsch-polnischen Gebiete der Euroregion Pomerania seit 2004 gemeinsam ein Interreg-Programmgebiet bilden, war und ist die schwedische Teilregion der Euroregion an einem anderen Interreg-Programm beteiligt. Die nachfolgende Darstellung beschränkt sich daher auf die Interreg-Programme, die der Förderung der grenzübergreifenden Zusammenarbeit der deutsch-polnischen Grenzgebiete in der Euroregion-Pomerania dienen. Hierzu gehören:

### 3. Euregios: Motoren der grenzübergreifenden Zusammenarbeit

- das Interreg IIA-Programm „Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg (Gebiet der Kommunalgemeinschaft POMERANIA)“,
- das Interreg IIIA-Programm „Mecklenburg-Vorpommern / Brandenburg und Polen (Wojewodschaft Zachodniopomorskie)“ sowie
- das Interreg IVA-Programm „Mecklenburg-Vorpommern / Brandenburg und Republik Polen (Wojewodschaft Zachodniopomorskie)“.

Tabelle 8 gibt eine Übersicht über die Finanzmittel sowie die Anzahl der geförderten Projekte in den Förderperioden Interreg IIA bis IVA. Hiernach sind die von der EU zur Verfügung gestellten Mittel im Laufe der Förderperioden angestiegen.<sup>34</sup> Dieser positive Trend hat sich jedoch bei den insgesamt zur Verfügung stehenden Mitteln in Interreg IVA nicht fortgesetzt.

**Tabelle 8:** Finanzmittel, durchschnittliche Projektkosten, Anzahl der Projekte und Einzelmaßnahmen der deutsch-polnischen Interreg-Programme im Gebiet der Euroregion Pomerania (Quelle: eigene Darstellung nach Löchter 2007, OP Interreg IVA Mecklenburg-Vorpommern/Brandenburg - Wojewodschaft Zachodniopomorskie 2007: 43ff., URL 24 und 25)

	Interreg IIA	Interreg IIIA	Interreg IVA (Zielwerte)
Programmlaufzeit	1994-1999	2000-2006	2007-2013
Finanzmittel insgesamt (in Mio. Euro)	100,98	157,54 <sup>2</sup>	156,25
EU-finanzierter Anteil (in Mio. Euro)	63,53	118,16 <sup>2</sup>	132,81
Anzahl der Projekte insgesamt	192	336 <sup>2,3</sup>	170 <sup>4</sup>
Durchschnittliche Gesamtkosten pro Projekt (in Mio. Euro) <sup>1</sup>	0,52	0,45 <sup>5</sup>	0,92

<sup>1</sup>eigene Berechnung, <sup>2</sup> Stand September 2007, <sup>3</sup> ohne Projekte aus dem „Fond für Kleine Projekte“ (so genannte SPF-Projekte mit einer verhältnismäßig geringen finanziellen Ausstattung) und Projekte aus dem Handlungsfeld „Technische Hilfe“, <sup>4</sup> ohne SPF-Projekte, <sup>5</sup> Kosten für technische Hilfe wurden in Interreg IIIA nicht berücksichtigt, da entsprechende Projekte auch bei der Projektanzahl unberücksichtigt blieben.

Auch bei der Anzahl der Projekte insgesamt zeigt sich von Interreg IIA zu Interreg IIIA ein deutlicher Anstieg (Tabelle 8). Mit 170 geplanten Projekten sinkt die Zahl der Projekte in der aktuellen Förderperiode Interreg IVA jedoch sogar unter den Wert der Förderperiode Interreg IIA, in der insgesamt 192 Projekte realisiert wurden. Hierbei ist jedoch anzumerken, dass es sich bei dem in der Förderperiode Interreg IVA aufgeführten Wert lediglich um einen Zielwert handelt. So wurde auch in der Förderperiode Interreg IIIA der Zielwert von 238 Projekten (Gemeinsame Verwaltungsbehörde Interreg IIIA im Wirtschaftsministerium des Landes Mecklenburg Vorpommern 2006: 55) mit insgesamt 336 realisierten Projekten deutlich überschritten, so dass bis Ende 2013 möglicherweise auch in Interreg IVA mehr Projekte als geplant durchgeführt werden. Die durchschnittlichen Projektkosten sanken von rund 0,52 (Inter-

<sup>34</sup> Interreg-Programme an den Grenzen zu den neuen Beitrittsländern werden stärker von der EU kofinanziert als Programme an den Innengrenzen der EU-15 (z.B. Interreg-Programme entlang der deutsch-niederländischen Grenze). In der Euroregion Pomerania betrug die EU-Förderung in Interreg IIA und IIIA bis zu 75 Prozent. In Interreg IVA wird sie sogar bis zu 85 Prozent betragen.

reg IIA) auf 0,47 Millionen Euro (Interreg IIIA). Sie werden sich jedoch – nach dem derzeitigen Planungsstand – in der aktuellen Förderperiode Interreg IVA im Vergleich zur vorangegangenen Förderperiode verdoppeln (Tabelle 8).

Für die Durchführung des Interreg-Programms wurden verschiedene Organisationsstrukturen geschaffen. In der Förderperiode Interreg IVA gehören hierzu (OP Interreg IVA Mecklenburg-Vorpommern/Brandenburg - Wojewodschaft Zachodniopomorskie 2007: 66ff.):

- eine Verwaltungsbehörde, die für Programmdurchführung und das Management verantwortlich ist und in Fragen der Programmumsetzung durch Programmkoordinatoren in den Programmgebieten Polens (angesiedelt beim Ministerium für Regionalentwicklung), Brandenburgs (Ministerium für Wirtschaft) sowie Mecklenburg-Vorpommerns (Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Tourismus) unterstützt wird,
- ein gemeinsames technisches Sekretariat (GTS), das unter anderem für die Projektentwicklung, -beratung und -begleitung sowie die Öffentlichkeitsarbeit zuständig ist,
- eine Bescheinigungsbehörde, welche die Korrektheit, Rechtmäßigkeit und Vollständigkeit der Zahlungsabrufe überwacht,
- eine Prüfbehörde, die unter anderem die wirksame Funktionsweise des Verwaltungs- und Kontrollsystems prüft und von einer Gruppe von Finanzprüfern unterstützt wird,
- ein Begleitausschuss als oberstes Entscheidungsgremium des Programms, in dem die beteiligten Mitgliedsstaaten und die drei Regionen jeweils paritätisch vertreten sind und der unter anderem für die Projektauswahl zuständig ist, sowie
- eine regionale Kontaktstelle auf polnischer Seite, die unter anderem Antragssteller berät und als Informationsstelle fungiert.

Ein Großteil der Funktionen, wie die der Verwaltungs-, Bescheinigungs- und Prüfbehörde sowie des GTS, nimmt das Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Tourismus Mecklenburg-Vorpommern wahr. Aber auch die Euroregion Pomerania (die Kommunalgemeinschaft Europa-region Pomerania e.V. und der Verein der Polnischen Gemeinden der Euroregion Pomerania) ist innerhalb des Programms für verschiedene Aufgaben (mit)verantwortlich. Hierzu gehören in der aktuellen Förderperiode Interreg IVA die Durchführung von Informations- und Publikationsmaßnahmen, die Beratung der Antragssteller, die Projektakquise, die Zusammenführung potenzieller Projektpartner sowie die Stellungnahme zu Projektanträgen. Eine besondere Rolle spielt der Fond für kleine Projekte, für den die Euroregion antragsannahmende, -bearbeitende und -bewilligende Stelle ist (OP Interreg IVA Mecklenburg-Vorpommern/Brandenburg - Wojewodschaft Zachodniopomorskie 2007: 65).

### Kapitel 4

# Europäische Gesundheitspolitik

Das Europäische Gemeinschaftsrecht und die gesundheitspolitischen Entwicklungen auf Europäischer Ebene haben einen Einfluss auf die Gesundheitspolitiken der EU-Mitgliedstaaten. Auch die grenzübergreifende Zusammenarbeit benachbarter Staaten im Gesundheitssektor wird hiervon beeinflusst. Der frühere EU-Kommissar für Gesundheit und Verbraucherschutz Byrne stellte die Rolle der EU in der grenzübergreifenden Zusammenarbeit wie folgt dar (Byrne 2003, eigene Übersetzung): „[...] praktische Kooperationen zwischen Systemen, insbesondere in Grenzregionen, werden durch Kontakte auf regionaler und lokaler Ebene zunehmen und sich weiter entwickeln. Die Rolle der Europäischen Union besteht darin, diese Kooperationen zu fördern und dazu beizutragen, Hindernisse, die möglicherweise noch bestehen, zu überwinden.“<sup>35</sup>

Die folgenden Abschnitte geben eine kurze Übersicht über Grundlagen des Europäischen Gesundheitsrechts, Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofes (EuGH) sowie aktuelle Diskussionsprozesse und Aktivitäten auf europapolitischer Ebene.

## 4.1 Vertragliche Grundlagen

### 4.1.1 Verträge von Maastricht und Amsterdam

Ziel des 1957 in Rom geschlossenen EWG-Vertrages war die Schaffung einer gemeinsamen Marktwirtschaft, einer Zollunion und die Entwicklung gemeinsamer Politiken. Der EWG-Vertrag enthielt keine formelle Rechtsgrundlage für das Gesundheitswesen. Erst mit den Verträgen von Maastricht (in Kraft seit 1993) und Amsterdam (in Kraft seit 1999) hat die Gesundheitspolitik auf europäischer Ebene eine rechtliche Grundlage erhalten.<sup>36</sup> Hervorzuheben ist im Vertrag von Amsterdam – neben einer Vielzahl weiterer Artikel, die den Gesundheitssektor betreffen – insbesondere der Artikel 152 (vgl. Box 3). Die Gesundheitspolitik stellt hier nach eine Querschnittsaufgabe aller Politikbereiche dar (Absatz 1). Gemäß Absatz 5 sind die Mitgliedstaaten für die Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung verantwortlich. In die nationalen Zuständigkeiten fallen unter anderem die Finanzierungsweise der Gesundheitssysteme, interne Ressourcenzuweisungen, Festsetzungen übergeordneter Prioritäten für die Ausgaben im Gesundheitsbereiches sowie Fragen der Qualität, Wirksamkeit und Effizienz der Gesundheitsversorgung. Nur für einen eingeschränkten Bereich sind laut Artikel 152 des EG-Vertrages ergänzende Tätigkeiten der Gemeinschaft zulässig. Eine Harmonisierung nationaler Rechte und Regulationen ist explizit ausgeschlossen (Absatz 4c).

---

<sup>35</sup> Das Zitat im Original lautet: „[...] practical co-operation between the systems, especially in border regions, will grow and develop through contacts at regional and local level. The role of the European Union is to facilitate this co-operation and to help to overcome obstacles which may remain.“

<sup>36</sup> Der Vertrag von Maastricht wurde durch den Vertrag von Amsterdam revidiert. Struktur und Reihenfolge der Artikel wurden geändert.

**Box 3: Artikel 152 des Vertrags von Amsterdam – Beitrag der Gemeinschaft zur Krankheitsverhütung**

(1) Bei der Festlegung und Durchführung aller Gemeinschaftspolitiken und -maßnahmen wird ein hohes Gesundheitsschutzniveau sichergestellt. Die Tätigkeit der Gemeinschaften ergänzt die Politik der Mitgliedsstaaten und ist auf die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung, die Verhütung von Humankrankheiten und die Beseitigung von Ursachen für die Gefährdung der menschlichen Gesundheit gerichtet. Sie umfaßt die Bekämpfung der weitverbreiteten schweren Krankheiten; dabei werden die Erforschung der Ursachen, der Übertragung und der Verhütung dieser Krankheiten sowie die Gesundheitsinformation und -erziehung gefördert. Die Gemeinschaft ergänzt die Maßnahmen der Mitgliedsstaaten zur Verringerung drogenkonsumbedingter Gesundheitsschäden einschließlich der Informations- und Vorbeugungsmaßnahmen.

(2) Die Gemeinschaft fördert die Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedsstaaten in den in diesem Artikel genannten Bereichen und unterstützt erforderlichenfalls deren Tätigkeit. Die Mitgliedsstaaten koordinieren untereinander im Benehmen mit der Kommission ihre Politiken und Programme in den in Absatz 1 genannten Bereichen. Die Kommission kann in enger Verbindung mit den Mitgliedsstaaten alle Initiativen ergreifen, die dieser Koordinierung förderlich sind.

(3) Die Gemeinschaft und die Mitgliedsstaaten fördern die Zusammenarbeit mit dritten Ländern und den für das Gesundheitswesen zuständigen internationalen Organisationen.

(4) Der Rat trägt gemäß dem Verfahren des Artikels 251 und nach Anhörung des Wirtschafts- und Sozialausschusses sowie des Ausschusses der Regionen mit folgenden Maßnahmen zur Verwirklichung der Ziele dieses Artikels bei:

a) Maßnahmen zur Festlegung hoher Qualitäts- und Sicherheitsstandards für Organe und Substanzen menschlichen Ursprungs sowie für Blut und Blutderivate; diese Maßnahmen hindern die Mitgliedsstaaten nicht daran, strengere Schutzmaßnahmen beizubehalten oder einzuführen;

b) abweichend von Artikel 27 Maßnahmen in den Bereichen Veterinärwesen und Pflanzenschutz, die unmittelbar den Schutz der Gesundheit der Bevölkerung zum Ziel haben;

c) Fördermaßnahmen, die den Schutz und die Verbesserung der menschlichen Gesundheit zum Ziel haben, unter Ausschluß jeglicher Harmonisierung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedsstaaten. Der Rat kann ferner mit qualifizierter Mehrheit auf Vorschlag der Kommission für die in diesem Artikel genannten Zwecke Empfehlungen erlassen.

(5) Bei der Tätigkeit der Gemeinschaft im Bereich der Gesundheit der Bevölkerung wird die Verantwortung der Mitgliedsstaaten für die Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung in vollem Umfang gewahrt. Insbesondere lassen die Maßnahmen nach Absatz 4 Buchstabe a die einzelstaatlichen Regelungen über die Spende oder die medizinische Verwendung von Organen und Blut unberührt.

Auch der im Dezember 2007 unterzeichnete Vertrag von Lissabon, der nun von den Mitgliedsstaaten zu ratifizieren ist, bestärkt die Verantwortlichkeit der nationalen Regierungen im Gesundheits- und Sozialbereich. In der konsolidierten Fassung des Vertrages über die Europäische Union und des Vertrages über die Arbeitsweise der Europäischen Union (Artikel 168 Absatz 7) heißt es hierzu „Bei der Tätigkeit der Union wird die Verantwortung der Mitgliedsstaaten für die Festlegung ihrer Gesundheitspolitik sowie für die Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung gewahrt. Die Verantwortung der Mitgliedsstaaten umfasst die Verwaltung des Gesundheitswesens und der medizinischen Versorgung sowie die Zuweisung der dafür bereitgestellten Mittel.“

Im Maastricht-Vertrag sowie im Vertrag von Amsterdam sind auch die vier so genannten Grundfreiheiten des Europäischen Binnenmarktes (Freizügigkeit für Personen, Waren, Dienstleistungen und Kapital) verankert. Für das Gesundheitswesen bedeutet die vier Grundfreiheiten unter anderem (Wismar 1998: 29):

- den freien Verkehr von Arznei- und Hilfsmitteln sowie von Apparaturen (freier Güterverkehr),
- den freien Verkehr von (Zahn)Ärzten und Pflegekräften auf dem Arbeitsmarkt (freier Personenverkehr),
- den freien Dienstleistungsverkehr privater und gesetzlicher Krankenversicherungen sowie
- den freien Kapitalverkehr bei Krankenhausinvestitionen.

Die vier Grundfreiheiten des Europäischen Binnenmarktes können die nationalen Kompetenzen der Mitgliedstaaten im Gesundheitsbereich direkt und indirekt beeinflussen. Im Rahmen einer Studie identifizierten Wismar und Busse (1999) für den Zeitraum 1958 bis Mitte 1998 insgesamt 233 Gesetze und Rechtsakte der EG, die einen Einfluss auf die Gesundheitswesen der Mitgliedstaaten haben können. Mehr als ein Drittel (35 Prozent) dieser Interventionen geht auf die Rechtsprechungen des Europäischen Gerichtshofes (EuGH) zurück (a.a.O.: 87). Die Entscheidungen des EuGH haben somit einen sehr großen Einfluss auf die nationalen Gesundheitssysteme.

### 4.2 Urteile des Europäischen Gerichtshofes

Um Menschen zu ermöglichen, in einem anderen Mitgliedstaat zu leben und zu arbeiten und die Freizügigkeit von Arbeitnehmern sicherzustellen, muss gewährleistet sein, dass bereits erworbene sozialrechtliche Ansprüche bei Aufenthalt bzw. Arbeitsaufnahme in einem anderen Mitgliedstaat bestehen bleiben. Die EWG-Verordnung 1408/71<sup>37</sup> aus dem Jahr 1971 stellt hierzu ein wesentliches Instrument dar. Sie erlaubt Versicherten der EU-Mitgliedstaaten, in dringenden Fällen bzw. nach vorheriger Genehmigung durch die Kasse in einem anderen Mitgliedstaat medizinische Leistungen in Anspruch zu nehmen.

Seit Ende der 1990er Jahre hat der EuGH verschiedene Grundsatzurteile zur Nutzung von Gesundheitsleistungen im Ausland gefällt. Durch diese Urteile entstanden neue Wege, grenzübergreifende Leistungen in anderen Staaten in Anspruch zu nehmen. Die ersten Urteile stellen die Entscheidungen in den Fällen Kohll und Decker vom 28.4.1998 dar. Hierbei wurde die Kostenerstattung von Heil- und Hilfsmitteln (einer kieferorthopädische Behandlung im Fall Kohll sowie einer Brille im Fall Decker), die in einem anderen Mitgliedstaat ohne vorherige Genehmigung durch die Versicherungsträger in Anspruch genommen wurden, verhandelt. In beiden Fällen entschied der EuGH zugunsten der Versicherten. Seither wurde eine Reihe weiterer Fälle vor dem EuGH geklärt (z.B. Vanbraekel, C-368/98 vom 12.07.2001; Smits-Geraets und Peerbooms, C-157/99 vom 12.07.2001; Müller-Fauré und van Riet, C-385/99 vom 13.05.2003; Inizan, C-56/01 vom 23.10.2003; Leichtle, C-8/02 vom

---

<sup>37</sup> Die Verordnung 1408/71/EWG über die Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern, wurde mehrfach geändert und aktualisiert (u.a. erfolgten Anpassungen an die Rechtsprechungen des EuGH). Eine vereinfachte und modernisierte Verordnung 883/2004/EG soll sie ersetzen. Diese wird jedoch erst nach Verabschiedung der entsprechenden Durchführungsverordnung in Kraft treten, welche derzeit (Juli 2008) noch aussteht.

18.03.2004). Während die Entscheidungen im Fall Kohll und Decker den ambulanten Bereich betrafen, ergingen in nachfolgenden Fällen – wie in den Fällen Smits-Geraets und Peerbooms – auch Entscheidungen zur stationären Behandlung. Mit der Rechtssache Watts (C-372/04 vom 16.05.2006) wurde entschieden, dass die Dienstleistungsfreiheit unabhängig von der Funktionsweise des nationalen Gesundheitssystems gilt.<sup>38</sup>

Entsprechend den Rechtssprechungen des EuGH gilt (Kommission der Europäischen Gemeinschaften 2004: 3):

- „Jegliche ambulante Versorgung, zu der der Bürger in seinem Mitgliedstaat berechtigt ist, kann er auch ohne vorherige Genehmigung in einem anderen Mitgliedstaat in Anspruch nehmen. Die Kosten dieser Versorgung müssen bis zu der Höhe erstattet werden, die auch für die Versorgung im eigenen Land erstattet würde.
- Jegliche stationäre Versorgung, zu der der Bürger in seinem Mitgliedstaat berechtigt ist, kann er mit vorheriger Genehmigung auch in einem anderen Mitgliedstaat in Anspruch nehmen. Diese Genehmigung muss erteilt werden, wenn das eigene Gesundheitssystem die Versorgung nicht innerhalb der entsprechend der Erkrankung medizinisch notwendigen Frist sicherstellen kann. Auch hier müssen die Kosten dieser Versorgung mindestens bis zu der Höhe erstattet werden, die auch für die Versorgung im eigenen Land erstattet würde.“

Die Urteile des EuGH zeigen, dass die Grundfreiheiten des Europäischen Binnenmarktes (Freizügigkeit für Personen, Waren, Dienstleistungen und Kapital) auch auf die nationalen Gesundheitssysteme anzuwenden sind. Die Mitgliedstaaten verfügen somit einerseits über die in EG-Verträgen verankerte Kompetenz zur Gestaltung ihrer nationalen Systeme, müssen jedoch andererseits die Grundfreiheiten des Europäischen Binnenmarktes gewährleisten.

Die Entscheidungen des EuGH haben in den Mitgliedstaaten zu umfangreichen Diskussionen geführt, die bis heute fort dauern. So wird unter anderem befürchtet, dass:

- die EuGH-Entscheidungen allgemein zu einem Verlust der nationalen Kompetenzen führen (Hamilton 2003: 106),
- es nicht länger möglich sei, (private) Versicherungsträger aus dem System der sozialen Sicherung auszuschließen (Palm et al. 2000: 10),
- es zu einer Nivellierung des Gesundheitsschutzes auf niedrigem Niveau kommen könne (Schmucker 2003: 31) und
- die EuGH-Urteile die Regelungen zur Kosteneindämmung im Gesundheitssektor, die in den jeweiligen Staaten getroffen wurden, beeinflussen könnten (Palm et al. 2000: 10).

---

<sup>38</sup> Eine Zusammenfassung relevanter Urteile liefert die Publikation „EuGH-Urteile zur grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen“ (Englaender 2006b).

Neben den befürchteten negativen Effekten der Entscheidungen des EuGH werden auch positive Effekte erwartet. Hierzu gehören eine verbesserte Effizienz der Gesundheitssysteme sowie umfassendere Leistungsangebote (Palm et al. 2000: 11).

Im Jahr 2004 wurde in Deutschland mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz die EuGH-Rechtsprechung im SGB V berücksichtigt, indem Kostenerstattungsregeln für Behandlungen im EU-Ausland in § 13 SGB V übernommen wurden. Zudem können Krankenkassen entsprechend § 140e SGB V Verträge mit Leistungserbringern in anderen Mitgliedstaaten der EU abschließen.

### **4.3 Aktivitäten der Europäischen Kommission zur Weiterentwicklung der Gesundheitspolitik**

Die grenzübergreifende gesundheitliche Versorgung und die damit verbundene Patientenmobilität werden derzeit in Europa kontrovers diskutiert. Die Rechtsprechungen des EuGH zur grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen haben auf EU-Ebene einen Prozess in Gang gebracht, der sich mit den Auswirkungen dieser Entscheidungen und den hiermit verbundenen gesundheitspolitischen Fragen befasst. Hierzu gehören Fragen, die den Informationsbedarf z.B. von Patienten und Anbietern von Gesundheitsleistungen betreffen, Fragen zur Qualität der im Nachbarstaat angebotenen Leistungen sowie Fragen zur Vereinbarkeit der Rechtsprechungen des EuGH mit nationalen Gesundheitspolitiken (Aloss 2005: 9, Bertinato et al. 2005).

#### **Box 4: Exkurs zum Thema „Grenzübergreifende Gesundheitsversorgung“**

Patienten suchen in der Regel (von Notfällen während eines Aufenthaltes in anderen Staaten abgesehen) Gesundheitsdienste in der Nähe ihres Wohnortes auf (Europäisches Parlament 2005b: 547). Gründe des Einzelnen, die Gesundheitsversorgung im Nachbarland in Anspruch zu nehmen, sind unter anderem: die Verkürzung der Wartezeiten auf eine Behandlung, geringere Wegezeiten zu entsprechenden Einrichtungen im Nachbarland oder eine qualitativ höherwertige Versorgung z.B. bei seltenen Erkrankungen (Weihrauch 2003, Greß et al. 2003: 86). Bisherig liegt jedoch nur wenig valides und aktuelles Datenmaterial über die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im Ausland vor (Europäische Kommission – Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz 2006: 1, Rosenmöller et al. 2006: 5f.). Die Aufwendungen für die grenzübergreifende Versorgung werden auf etwa ein Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben geschätzt, können jedoch in Grenzregionen höher liegen (European Commission - Health and Consumer Protection Directorate-General 2007: 12). Auch die Zahl der Personen, die medizinische Dienstleistungen in anderen Staaten in Anspruch nehmen, ist bisher vorliegenden Zahlen zufolge eher gering. So schätzt Rosenmöller, dass sich lediglich zwei Prozent aller Patienten im Ausland behandeln lassen und es sich hierbei überwiegend um die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch Bewohner aus Grenzregionen handelt (Spiegelberg 2005).



Auch auf der politischen Agenda hat das Thema „grenzübergreifende Zusammenarbeit im Gesundheitssektor“ in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen, wobei sich die Zusammenarbeit sowohl auf die Kooperationen zwischen direkt benachbarten Staaten, als auch auf die Zusammenarbeit geografisch entfernter Staaten (z.B. zwischen Malta und dem Vereinigten Königreich) beziehen kann. So startete im Jahr 2001 ein Diskussionsprozess, der sich insbesondere mit den Konsequenzen der Rechtssprechungen des EuGH, der zunehmenden Patientenmobilität sowie mit den Auswirkungen des gemeinsamen Marktes auf die Gesundheitssysteme der einzelnen Mitgliedstaaten befasste. Eine Konferenz in Ghent (Dezember 2001) sowie Treffen der Gesundheitsminister in Malaga (Februar 2002) und Menorca (Mai/Juni 2002) führten zum „Reflexionsprozess auf hoher Ebene zur Patientenmobilität und der Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung in der Europäischen Union“. Ein Exkurs zur grenzübergreifenden Gesundheitsversorgung ist Box 4 zu entnehmen.

### **4.3.1 Reflexionsprozess auf hoher Ebene zur Patientenmobilität und der Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung in der Europäischen Union**

Der Reflexionsprozess auf hoher Ebene zur Patientenmobilität und der Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung in der Europäischen Union startete im Jahr 2003. Er sollte dazu beitragen, ein Leitbild für die Zusammenarbeit der Mitgliedstaaten im Gesundheitswesen zu entwerfen. In ihrem Abschlussbericht Ende 2003 legten die am Reflexionsprozess beteiligten hochrangigen Akteure insgesamt 19 Empfehlungen in den folgenden fünf Themenbereichen vor (Europäische Kommission – Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz 2003):

- Europäische Zusammenarbeit zur besseren Nutzung von Ressourcen: Empfohlen wurden unter anderem Maßnahmen, um größere Klarheit über die Rechte, Ansprüche und Pflichten von Patienten auf europäischer Ebene zu schaffen, Aktivitäten zur Erleichterung der gemeinsamen Nutzung freier Kapazitäten und der grenzübergreifenden Gesundheitsversorgung sowie die Bildung von Referenzzentren.
- Informationen für Patienten, Leistungserbringer im Gesundheitswesen und politische Entscheidungsträger: Empfohlen wurde unter anderem die Entwicklung einer Rahmenstrategie für Informationsinitiativen auf EU-Ebene, in der auch Fragen der Qualitätssicherung, des Datenschutzes und des Zugangs zu Informationen geklärt werden sollen.
- Zugang zur Gesundheitsversorgung und Qualität der Gesundheitsversorgung: Unter anderem wurde angeregt, Kenntnisse über Umfang, Art und Beweggründe der grenzübergreifenden Gesundheitsversorgung und deren Qualität zu verbessern, Informationen über bestehende Probleme der Mitgliedstaaten zusammenzutragen und die Auswirkungen von EU-Aktivitäten auf den Zugang zur Gesundheitsversorgung und ihre Qualitäten zu analysieren.
- Abstimmung der innerstaatlichen Gesundheitspolitik mit den europäischen Vorschriften: Unter anderem wurde empfohlen, die Rechtssicherheit über die Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgungsleistungen in einem anderen Mitgliedstaat zu ver-

bessern und ein ständiges Forum auf EU-Ebene zur Unterstützung der europäischen Zusammenarbeit auf dem Gebiet der Gesundheitsversorgung einzurichten.

- Gesundheitsfragen und Kohäsions- und Strukturfonds der Union: Es wurde angeregt, Wege zu finden, wie Investitionen in das Gesundheitswesen, die Entwicklung der Infrastruktur des Gesundheitswesens und der Ausbau von Kenntnissen und Fähigkeiten als Förderschwerpunkte in bestehende Finanzierungsinstrumente der Gemeinschaft aufgenommen werden können.

Die grenzübergreifende Zusammenarbeit in den so genannten Euregios fand in einer der 19 Empfehlungen gesonderte Beachtung. Empfohlen wurde hier die „Evaluierung von bestehenden grenzüberschreitenden Projekten im Gesundheitsbereich, insbesondere EUREGIO-Projekten, und Vernetzung von Projekten mit dem Ziel, Beispiele bewährter Praktiken auszutauschen“ (Europäische Kommission – Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz 2003: 6).<sup>39</sup>

Die in dem Abschlussbericht formulierten Empfehlungen stellten weniger konkrete Handlungsempfehlungen dar. Hierin wurden vielmehr Problemstellungen herausgearbeitet, die von den in den Berichtsempfehlungen angesprochenen Akteuren (insbesondere die Europäische Kommission) weiter zu bearbeiten sind. In dem Bericht heißt es hierzu (Europäische Kommission – Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz 2003: 4): „Die in den Empfehlungen des Reflexionsprozesses angesprochenen Akteure werden prüfen müssen, welche Reaktion am besten ist.“ Wesentliche Fragen, wie die Anwendungen und Interpretation des Gemeinschaftsrechtes auf die Ausgestaltung der nationalen Gesundheitssysteme, blieben – wie auch von Erbrich (2004: 151) festgestellt – unbeantwortet oder wurden an die Kommission zurückverwiesen.

#### **4.3.2 Hochrangige Gruppe für das Gesundheitswesen und die medizinische Versorgung**

Ein Großteil dieser Empfehlungen floss in die Reaktion der Kommission auf den Reflexionsprozess im April 2004 ein. Um die hierin angekündigte Arbeit voranzutreiben entschied die Kommission den „Einsatz der hochrangigen Gruppe für das Gesundheitswesen und die medizinische Versorgung, um die für die Gesundheitssysteme Verantwortlichen bei der Zusammenarbeit auf europäischer Ebene zu unterstützen.“ (Kommission der Europäischen Gemeinschaften 2004: 3). Diese auch als Madelin-Gruppe bezeichnete Gruppe nahm im Juli 2004 ihre Arbeit auf. Die hochrangige Gruppe widmete sich in verschiedenen Arbeitsgruppen den praktischen Aspekten der Zusammenarbeit.

Mit der grenzübergreifenden Gesundheitsversorgung befasst sich insbesondere die Arbeitsgruppe „Cross-border healthcare purchasing and provision“. Diese konzentrierte sich im Jahr 2006 auf folgende Arbeitsschwerpunkte:

---

<sup>39</sup> Von Mitte 2004 bis 2007 förderte die EU das Projekt „EUREGIO – Evaluation der Grenzregionen in der Europäische Union“ (Iögd NRW 2007), dass zur Umsetzung dieser Empfehlung beitrug.

- Bestandsaufnahme im Bereich der Patienteninformation über Qualität, Sicherheit und Kontinuität der Versorgung sowie über Patientenrechte und -pflichten
- Sammlung von Daten über Trends und Auswirkungen der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung.

Die Bestandsaufnahme ergab, dass „in den Mitgliedstaaten recht unterschiedliche Mechanismen bestehen und Handlungsspielraum für die Zusammenarbeit auf EU-Ebene gegeben ist, damit diese Informationen auch Patienten aus anderen Mitgliedstaaten zur Verfügung gestellt werden können.“ (Europäische Kommission – Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz 2006: 1). Die Datensammlung über Trends und Auswirkungen der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung zeigte – wie auch in anderen Publikationen wiederholt festgestellt (z.B. Bertinato et al. 2005: 12ff., Hermans & Brouwer 2003: 42, Rosenmöller et al. 2006: 5f.) – einen erheblichen Mangel an entsprechenden Daten. Eine geplante Analyse der finanziellen Folgen der Patientenmobilität konnte aufgrund fehlender Daten nicht durchgeführt werden (Europäische Kommission – Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz 2006: 1).

Im Oktober 2007 legte die EU-Kommission das Weißbuch „Gemeinsam für die Gesundheit: Ein strategischer Ansatz der EU für 2008-2013“ vor (Kommission der Europäischen Gemeinschaften 2007). Hiermit will die Kommission den Herausforderungen im Gesundheitswesen begegnen.<sup>40</sup> Zur Umsetzung des strategischen Ansatzes ist die Entwicklung eines neuen Mechanismus für eine strukturierte Zusammenarbeit vorgesehen, der die Beteiligung der Mitgliedstaaten sowie der regionalen und lokalen Ebene fördern soll. Das Weißbuch sieht im Gegenzug vor, einige bestehende Strukturen wie die „Hochrangige Gruppe für das Gesundheitswesen und die medizinische Versorgung“ aufzulösen (a.a.O: 12).

#### **4.3.3 Klarheit und Sicherheit in der Anwendung des Gemeinschaftsrechts auf Gesundheitsdienste und Gesundheitsversorgung**

Sowohl bei Patienten, Dienstleistungserbringern, Leistungsträgern und anderen relevanten Akteuren besteht nach wie vor noch (Rechts)Unsicherheiten und Informationsbedarf hinsichtlich der Anwendung der Vertragsbestimmungen über den freien Verkehr auf die Gesundheitsdienstleistungen. Der von der Kommission Anfang 2004 vorgelegte Vorschlag über Dienstleistungen im Binnenmarkt (KOM(2004) 2) enthielt unter anderem Vorschriften, um die Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofes zur Anwendung der Grundsätze des freien Warenverkehrs festzuschreiben. Die Einbeziehung der Gesundheitsdienstleistungen in die Dienstleistungsrichtlinie wurde jedoch vom Europäischen Rat und dem Europäischen Parlament abgelehnt. Gesundheitsdienstleistungen wurden somit nicht in die Endfassung der Richtlinie 2006/123/EG über Dienstleistungen im Binnenmarkt aufgenommen. Die Kommis-

---

<sup>40</sup> Die Strategie verfolgt folgende drei Ziele: 1. Förderung der Gesundheit in einem alternden Europa, 2. Schutz der Bürger vor Gesundheitsgefahren und 3. Förderung dynamischer Gesundheitssysteme und neuer Technologien.

sion wurde stattdessen vom Europäischen Rat und Parlament aufgefordert, für diesen Bereich spezifische Vorschläge zu erarbeiten.

In ihrer jährlichen Strategieplanung für das Jahr 2007 legte die Kommission als eine zentrale Maßnahme im Bereich Gesundheit den „Aufbau eines Gemeinschaftsrahmens für sichere, hochwertige und effiziente Gesundheitsdienste durch Stärkung der Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten und Herstellung von Klarheit und Sicherheit in der Anwendung des Gemeinschaftsrechts auf Gesundheitsdienste und Gesundheitsversorgung“ fest (Kommission der Europäischen Gemeinschaften 2006a: 12). Zur Vorbereitung dieses Gemeinschaftsrahmens leitete die Europäische Kommission im September 2006 mit ihrer Mitteilung „Konsultation zu Gemeinschaftsmaßnahmen im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen“ eine öffentliche Anhörung ein. Diese wurde Anfang 2007 abgeschlossen. Insgesamt trafen über 270 Reaktion unter anderem von nationalen Regierungen, regionalen Behörden, internationalen und nationalen Organisationen auf den Konsultationsprozess ein (European Commission – Health and Consumer Protection Directorate-General 2007: 6).<sup>41</sup> Wie von Erbrich (2007: 33) festgestellt, wurden die Politikprozesse in den Bereichen Gesundheit und Soziales mit der Konsultation zu Gemeinschaftsmaßnahmen im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen und der Mitteilung vom 26.04.06 zu Sozialdienstleistungen von allgemeinem Interesse in der Europäischen Union zum ersten Mal getrennt voneinander behandelt.

Auf Basis dieser Konsultation sollte ursprünglich ein Kommissionsvorschlag für Gemeinschaftsmaßnahmen bis Ende 2007 vorgelegt werden. Im Dezember 2007 wurde der Vorschlag für eine Rahmenrichtlinie nochmals aufgeschoben. Grund hierfür waren kritische Äußerungen seitens einiger Europaabgeordneter sowie von EU-Kommissaren (Spiegelberg 2008). Nach monatelangen Diskussionen nahm die EU-Kommission schließlich Anfang Juli 2008 einen entsprechenden Richtlinien-Vorschlag an. Dieser trägt den Titel „Über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung“ vor (Kommission der Europäischen Gemeinschaften 2008). Hierin werden Themen wie Haftungsrecht, Patienteninformationen und der Zugang zu Gesundheitsleistungen in einem anderen EU-Mitgliedstaat behandelt. Der Vorschlag soll zur Klärung der Regelungen über grenzübergreifende Gesundheitsversorgung, zur Schaffung von Synergien sowie zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung in der EU beitragen. Der Vorschlag ist noch von Rat und Europäischem Parlament zu verabschieden.

Zudem finden neben den oben dargestellten Aktivitäten auf europäischer Ebene weitere Aktivitäten statt, welche die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in anderen EU-Staaten erleichtern sollen. Hierzu gehören z.B. Aktivitäten zur besseren Information der Bürgerinnen und Bürger wie die Einrichtung des europäischen Gesundheitsportals (URL 26) und die Erleichterung der Freizügigkeit der Bürger durch Vereinfachung der Verfahren und die Einführung der europäischen Krankenversicherungskarte (URL 27).

---

<sup>41</sup> Die einzelnen Antworten und ein zusammenfassender Bericht der Kommission wurden im Internet unter [http://ec.europa.eu/health/ph\\_overview/co\\_operation/mobility/community\\_framework\\_de.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/community_framework_de.htm) veröffentlicht.

## 4.4 Strukturfonds und Gesundheit

Um den wirtschaftlichen und sozialen Zusammenhalt der Mitgliedstaaten zu stärken, sollen laut Artikel 158 des EG-Vertrages Unterschiede im Entwicklungsstand der verschiedenen Regionen und der Rückstand der am stärksten benachteiligten Gebiete oder Inseln, einschließlich der ländlichen Gebiete, verringert werden. Strukturfonds stellen hierbei wesentliche Instrumente dar. Insgesamt gibt es in der neuen Förderperiode 2007-2013 drei Instrumente:

- den Kohäsionsfond primär für die Bereiche Umwelt und Transport (Ausbau der Verkehrsnetze und der Umweltinfrastruktur),
- den Europäischen Fonds für regionale Entwicklung (EFRE), der darauf abzielt, die regionalen Ungleichgewichte zu vermindern und weniger entwickelte Regionen durch lokale Entwicklungen zu unterstützen (gefördert werden unter anderem die Schaffung und Sicherung von Arbeitsplätzen sowie Infrastrukturmaßnahmen),
- den Europäischen Sozialfonds (ESF), der unter anderem darauf abzielt, Humanressourcen in der Region zu stärken und die berufliche und soziale Eingliederung zu verbessern.

Strukturfonds bilden die Basis der EU-Regionalpolitik. Sie tragen dazu bei, Entwicklungsunterschiede zwischen den EU-Regionen durch Investitionen in Infrastruktur, innovative Kapazitäten und das Humankapital zu mindern und die ökonomische und soziale Kohäsion zwischen den Mitgliedstaaten zu stärken (EFPIA o.J.: 2.). Im Jahr 2007 startete die neue Strukturfondperiode 2007-2013, die auch mit einer Reform der Strukturfonds und einer Neuorientierung der Kohäsionspolitik verbunden ist. Die Kohäsionspolitik konzentriert sich auf die folgenden in Kapitel 2.3.1 genannten Ziele:

- Ziel 1: Konvergenz der Mitgliedstaaten und Regionen
- Ziel 2: Regionale Wettbewerbsfähigkeit und Beschäftigung
- Ziel 3: Europäische territoriale Zusammenarbeit.

Maßnahmen die durch die Fonds EFRE, ESF und den Kohäsionsfond kofinanziert werden, sollen zur Umsetzung dieser Ziele beitragen (s. Tabelle 9).

**Tabelle 9:** Übersicht über Strukturfonds der Periode 2007-2013 (Quelle: EFPIA o.J.: 3, modifiziert)

Ziel 1: Konvergenz der Mitgliedstaaten und Regionen	Ziel 2: Regionale Wettbewerbsfähigkeit und Beschäftigung	Ziel 3: Europäische territoriale Zusammen- arbeit
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Europäischer Fonds für regionale Entwicklung (EFRE)</li> <li>- Europäischer Sozialfonds (ESF)</li> <li>- Kohäsionsfond</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Europäischer Fonds für regionale Entwicklung (EFRE)</li> <li>- Europäischer Sozialfonds (ESF)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Europäische Fonds für regionale Entwicklung (EFRE)</li> </ul>

In der vorangegangenen Programmperiode 2000 bis 2006 waren drei Prozent des Strukturfondsbudgets zur Kofinanzierung von Maßnahmen im Bereich der Sozial- und Gesundheitsinfrastruktur vorgesehen. In der neuen Förderperiode (2007-2013) sind allein 1,5 Prozent des Budgets für den Bereich „Gesundheitsinfrastruktur“ vorgesehen; zusätzliche Finanzmittel stehen für weitere Gesundheitsaktivitäten wie z.B. Ausbildungsmaßnahmen im Gesundheitsbereich zur Verfügung (Commission of the European Communities 2007: 4).

Während die EU-Förderung in der vorangegangenen Förderperiode im Wesentlichen auf die Gesundheitsinfrastruktur fokussierte, wurden in der Förderperiode 2007-2013 die Felder möglicher zu fördernder Maßnahmen ausgeweitet (GVG 2005: 27). So werden in den strategischen Kohäsionsleitlinien der Gemeinschaft (2006/702/EG), die einen indikativen Rahmen für Interventionen des Europäischen Fonds für regionale Entwicklung, des Europäischen Sozialfonds und des Kohäsionsfonds bilden, weitere Maßnahmen benannt. Hierzu gehören: Gesundheitsinformationskampagnen, Technologie- und Wissenstransfer sowie die Förderung effizienter Dienstleistungen durch Investitionen in Wissen, Innovation und Informations- und Kommunikationstechnologien. In den strategischen Kohäsionsleitlinien der Gemeinschaft werden zudem die Zusammenhänge zwischen Gesundheit, Produktivität und Wettbewerb hervorgehoben und Mitgliedstaaten sowie Regionen ermutigt, Strukturfonds für Investitionen im Gesundheitsbereich einzusetzen.

Auch in der Verordnung (EG) 1080/2006 des europäischen Parlaments und des Rates vom 5. Juli 2006 über den Europäischen Fonds für regionale Entwicklung (EFRE) für den Programmzeitraum 2007-2013 wurde das Thema „Gesundheit“ stärker hervorgehoben. So stellen „Investitionen in das Gesundheitswesen und in die soziale Infrastruktur“ eine von elf Prioritäten dar, die von der EU unter dem Ziel 2 „Konvergenz“ im Rahmen des EFRE kofinanziert wird (vgl. Artikel 4 der Verordnung (EG) 1080/2006). Zudem werden im Rahmen des Ziels 3 „Europäische territoriale Zusammenarbeit“ Aktivitäten gefördert, die zum Ausbau der Zusammenarbeit, der Kapazitäten und der gemeinsamen Nutzung von Infrastrukturen im Gesundheitsbereich beitragen (vgl. Artikel 6 der Verordnung (EG) 1080/2006).

Wie in Kapitel 2.3.1 bereits aufgeführt, wird die Gemeinschaftsinitiative Interreg im Rahmen des Ziels 3 „Europäische territoriale Zusammenarbeit“ fortgeführt. Bereits in der vorangegangenen Förderperiode stellte die gemeinsame Nutzung von Humanressourcen und Einrichtungen einen der prioritären Interreg-Förderschwerpunkte dar. Für das Förderprogramm Interreg selbst haben sich somit in der neuen Förderperiode 2007-2013 hinsichtlich der Schwerpunktsetzung keine wesentlichen Änderungen ergeben. Die insgesamt stärkere Fokussierung auf „Gesundheit“ in der neuen Förderperiode kann jedoch nach Ansicht der Autorin dazu beitragen, dass das Thema auch in Interreg-Programmen zur grenzübergreifenden Zusammenarbeit (Ausrichtung A) stärkere Beachtung findet. Ob und in welchem Umfang das Thema in die jeweiligen operationellen Interreg-Programme zur grenzübergreifenden Zusammenarbeit einfließt, bestimmen – wie in Kapitel 2.3.2 erwähnt – die an der Programmerstellung beteiligten Akteure auf nationaler und regionaler Ebene.

## Kapitel 5

# Grenzübergreifende Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich

Insbesondere in den Gebieten der Euregios wurde bereits eine Vielzahl grenzübergreifender gesundheitsrelevanter Projekte initiiert und umgesetzt (z.B. Drespe & Thorn 2005, HOPE 2003, Merten 2003). Die im Rahmen dieser Projekte gewonnenen Erfahrungen und Ergebnisse tragen zur Weiterentwicklung der grenzübergreifenden Zusammenarbeit bei. Allein in den vier nordrhein-westfälischen Euregios Rhein-Waal, rhein-maas-nord, Maas-Rhein sowie der Euregio „EUREGIO“ identifizierte das EU-Projekt „EUREGIO“ über 50 grenzübergreifende Gesundheitsprojekte (Iögd NRW 2007: 186ff.).

Die besondere Bedeutung der Grenzregionen und ihrer Modellprojekte wurde auch auf politischer Ebene anerkannt. So stellte die deutsche Gesundheitsministerkonferenz (GMK) in ihrem Beschluss vom 20.6.2002 zum Thema „Grundlinien einer europäischen Gesundheitspolitik: Die Position der Länder“ fest (GMK 2002, TOP 7.3): „Besondere Bedeutung im Hinblick auf die Weiterentwicklung der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im Bereich der Gesundheitsversorgung kommt den Regionen entlang der Grenzen zu. Der Mehrwert des europäischen Integrationsprozesses wird für die Bürgerinnen und Bürger gerade hier erfahrbar. Die GMK hält es für notwendig, dass die hiervon betroffenen Länder Modelle in den grenznahen Regionen unterstützen, die Verfahren zur besseren grenzüberschreitenden Nutzung von Angeboten, Entwicklungen bei der grenzüberschreitenden Qualitätssicherung, Nachbarschaftsplanung von Einrichtungen, Gesundheitsberichterstattung und Informationsaustausch durch die Anwendung von Telematik fördern.“<sup>42</sup> In ihrem Beschluss im Jahr 2005 (TOP 5.1) bekräftigte die GMK ihre Unterstützung der Modellvorhaben sowie des Informations- und Erfahrungsaustausches (GMK 2005).

Auch auf europäischer Ebene wurden Empfehlungen und Beschlüsse zur Unterstützung der Grenzregionen und ihrer Modellprojekte im Gesundheitswesen gefasst. So empfahl der „Reflexionsprozess auf hoher Ebene zur Patientenmobilität und der Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung in der Europäischen Union“ – wie im vorangegangenen Kapitel erwähnt – die Evaluation und Vernetzung bestehender grenzübergreifender (Euregio)-Projekte (Europäische Kommission - Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz 2003: 6), um erfolgreiche Regionen und Projekte zu identifizieren und die aus den Projekten gezogenen Lehren auf europäischer Ebene bekannt zu machen. In ihrer Antwort auf den Reflexionsprozess vom April 2004 beschloss die Kommission, die Arbeiten zur Evaluierung im Rahmen des EU-Programms „Öffentliche Gesundheit“ zu unterstützen und zu prüfen, wie die Vernetzung der Projekte zukünftig zu fördern ist (Kommission der Europäischen Gemeinschaften 2004: 23).

Das Europäische Parlament hob in seiner Entschließung vom Juni 2005 zur Patientenmobilität und den Entwicklungen der gesundheitlichen Versorgung ebenfalls die Bedeutung der

---

<sup>42</sup> Hierbei handelt es sich um eine Technologie, welche die beiden Bereiche Telekommunikation und Informatik verknüpft. Telematik findet z.B. in der Telemedizin Anwendung.

Grenzregionen hervor. Das Europäische Parlament ist hiernach der Auffassung, dass „die in den Grenzregionen gesammelten Erfahrungen in geeigneter Weise berücksichtigt werden sollten, so dass den Bedürfnissen der Bevölkerung entsprechende regional angepasste Lösungen gesucht werden und konkrete Erfahrungen in Form von Modellen für optimale Verfahren eingebracht werden können“ (Europäisches Parlament 2005b: 544).

Die Triopräsidentschaft (Deutschland, Portugal, Slowenien) legte zum informellen Treffen der Gesundheitsminister und -ministerinnen in Aachen am 19./20. April 2007 das Diskussionspapier „Gesundheitsversorgung in ganz Europa: Streben nach Mehrwert“ vor (Anonymus 2007), welches als Grundlage weiterer Diskussionsprozesse dienen soll. Hierin wird die Förderung der grenzübergreifenden Zusammenarbeit in Grenzregionen bzw. Euregios zum Thema „Gesundheit“ als Mittel gesehen, direkte und sichtbare Vorteile für Bürger zu schaffen (a.a.O.: 5).

Die folgenden Abschnitte bieten eine Übersicht über bestehende Informationsquellen grenzübergreifender Modellprojekte im Gesundheitsbereich, Aktivitäten, die von der Kommission und anderen europäischen Organisationen zur Förderung der grenzübergreifenden Zusammenarbeit initiiert wurden sowie über bisherige Befunde zu fördernden und hemmenden Faktoren.

### **5.1 Grenzübergreifende Aktivitäten und Projekte im Gesundheitsbereich**

Wie bereits erwähnt, wurden in den letzten Jahren in Europa sowie speziell in Euregios mit deutscher Beteiligung bereits einige grenzübergreifende Gesundheitsprojekte initiiert und umgesetzt. Ziele solcher Projekte sind unter anderem die Sicherstellung eines raschen Zugangs zu Notfallmedizin und Rettungswesen, eine effizientere Nutzung vorhandener Ressourcen z.B. durch die gemeinsame Nutzung von Großgeräten, die Bildung von Akteursnetzwerken, der Austausch von Erfahrungen und Fachkräften sowie die Optimierung von Präventionsangeboten (z.B. AGE 2006a: 4, Greß et al. 2003: 86, Harant 2003: 35f.). Entsprechend vielfältig sind die Themen dieser Projekte.<sup>43</sup>

Von solchen Projekten profitieren sowohl die Einwohner der Grenzregionen, Tätige im Gesundheitssektor, Einrichtungen des Gesundheitswesens als auch die Gesundheitssysteme in ihrer Gesamtheit (Harant 2003: 36). Sei es durch die Zusammenführung von Ressourcen, den Erfahrungs- und Informationsaustausch, das Füllen von Lücken im Dienstleistungsangebot durch Nutzung von Angeboten jenseits der Grenze oder die Stärkung von Marktpositionen (z.B. bei kooperierenden Krankenhäusern). Dennoch sind solche Kooperationen häufig mit Schwierigkeiten verbunden, die sich unter anderem durch Systemunterschiede, Sprachbarrieren oder kulturelle Unterschiede ergeben (näheres hierzu s. Abschnitt 5.3).

---

<sup>43</sup> Beschreibungen entsprechender Projekte enthalten u.a. die Publikationen von Drespe & Thorn (2005), HOPE (2003) sowie der Abschlussbericht des EU-Projektes „EUREGIO“ (Iögd NRW 2007).



Verschiedene Institutionen und Organisationen haben Übersichten über grenzübergreifende gesundheitsrelevante Aktivitäten auf regionaler, nationaler oder europäischer Ebene erstellt. Nach Palm und Kollegen (2000: 20) lassen sich bei gesundheitspolitischen Aktivitäten in Grenzregionen folgende drei Ebenen unterscheiden:

1. Mikroebene: Kooperation und Austausch zwischen spezifischen Institutionen bzw. Organisationen, mit dem Ziel, die ungenügenden Leistungen auf der einen Seite der Grenze durch komplementäre Dienste auf der anderen Seite der Grenze zu kompensieren
2. Mesoebene: Maßnahmen zur Reorganisation von Ressourcen; hierzu gehören z.B. bilaterale Verträge und die Einrichtung grenzübergreifender Gesundheitsobservatorien
3. Makroebene: Förderung und Unterstützung europäischer Projekte, um den Zugang zu Gesundheitsdiensten und die Effektivität von Gesundheitsversorgungssystemen in den Grenzregionen zu verbessern.

Bei den in Grenzregionen durchgeführten Aktivitäten handelt es sich überwiegend um Aktivitäten der Mikroebene, in einigen Fällen auch der Mesoebene. Aktivitäten auf Makroebene beziehen sich hingegen auf Maßnahmen auf europäischer Ebene. Diese werden in Kapitel 5.2 dargestellt.

Bei der Untersuchung bzw. Darstellung grenzübergreifender Aktivitäten im Gesundheitssektor kann im Wesentlichen unterschieden werden zwischen:

- Informationsquellen, die einen europäischen oder nationalen Überblick geben,
- Informationsquellen mit (eu)regionalem Fokus und
- Informationsquellen zu Einzelprojekten.

Diese werden in den folgenden Abschnitten ausführlicher dargestellt.

### **5.1.1 Informationen auf europäischer und nationaler Ebene**

Bisher liegen nur wenige Publikationen vor, die eine europaweite Übersicht über grenzübergreifende gesundheitsrelevante Aktivitäten und Projekte bieten. Erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang die Broschüre „EUREGIOsocial – Euregionale Zusammenarbeit im Gesundheitswesen“ (Drespe & Thorn 2005). Diese Publikation enthält Kurzdarstellungen von Projekten zur grenzübergreifenden Zusammenarbeit im Gesundheitswesen im deutschen Grenzraum. Zur Darstellung der regionalen Bezüge wurden die Projekte den jeweiligen Euregios zugeordnet. Insgesamt identifizierten Drespe und Thorn 23 Euregios mit deutscher Beteiligung, die Projekte im Gesundheitswesen planen, durchführen oder daran beteiligt sind sowie drei Euregios, in denen dies nicht der Fall ist.

Eine gesamteuropäische Übersicht über grenzübergreifende Gesundheitsprojekte bietet die Studie des ehemaligen „Standing Committee of the Hospitals of the European Union“ (HO-

PE).<sup>44</sup> Insgesamt wurden 169 Projekte identifiziert (Harant 2003: 35). Diese Studie beschränkte sich auf Aktivitäten zwischen Partner aus zwei oder mehr Staaten entlang einer gemeinsamen Grenze, an denen ein oder mehr Krankenhäuser beteiligt waren.<sup>45</sup>

Weitere Übersichten über gesundheitsrelevante Euregio-Aktivitäten bietet der Abschlussbericht des EU-Projektes „EUREGIO – Evaluation der Grenzregionen in der Europäischen Union“. Das Projekt identifizierte über 300 grenzübergreifende Gesundheitsprojekte, von denen ein Großteil über das EU-Förderprogramm Interreg gefördert wurde (Iögd NRW 2007: 48ff.). Zudem bietet der Projektabschlussbericht (Iögd NRW 2007) auch Übersichten über andere gesundheitsrelevante Aktivitäten wie Arbeitskreise und Veranstaltungen. Diese Studie beschränkte sich im Gegensatz zur oben genannten HOPE-Studie nicht nur auf Aktivitäten, an denen ein oder mehr Krankenhäuser beteiligt waren, jedoch wurden – im Gegensatz zur HOPE-Studie – lediglich Aktivitäten entlang der Innen- und Außengrenzen der bis Ende April 2004 bestehenden 15 EU-Mitgliedstaaten berücksichtigt.

Die genannten Publikationen stellen naturgemäß eine „Momentaufnahme“ dar. Da fortlaufend neue Projekte initiiert werden, entsprechen solche Publikationen bereits nach kurzer Zeit nicht mehr dem aktuellen Sachstand. Insbesondere Studien, die eine Bestandsaufnahme in größeren Gebieten (z.B. Deutschland, Europa) durchführen, können aufgrund der Vielzahl von Aktivitäten und Akteuren sowie der Tatsache, dass keine zentrale Stelle existiert, an der all diese Aktivitäten registriert werden, kaum vollständig sein. Die Studien von HOPE (2003: 8), Drespe und Thorn (2005: 20) sowie des Projektes „EUREGIO“ (Iögd NRW 2007: 63) erheben daher auch nicht den Anspruch auf Vollständigkeit.

Neben Publikationen bieten inzwischen auch einige internetbasierte Datenbanken einen Einblick über grenzübergreifende Gesundheitsaktivitäten in Europa. Die umfangreichste Übersicht über europäische Kooperationen im Gesundheitsbereich bietet die „European Health Cooperation Database“ (URL 28). Sie enthält neben grenzübergreifenden Projekten auch Projekte, die zwischen nicht direkt benachbarten Staaten durchgeführt werden. Projektträger oder andere Projektbeteiligte können hier ihre Projekte selbst einstellen. Die Aktualisierung der Datenbank hängt somit allein von der Initiative der Projektakteure ab. Weitere Übersichten bietet das „Projektportal“ des EU-Projektes „EUREGIO“. Die hierin eingestellten Projektbeschreibungen basieren auf einer im Jahr 2005 im Rahmen des EUREGIO-Projektes durchgeführten schriftlichen Befragung von Projektträgern. Die Datenbank enthält Beschreibungen von über 130 Projekten (URL 29). Eine Fortführung der Datenbank ist nach Kenntnis der Autorin nach Abschluss des Projektes (Mitte 2007) jedoch nicht vorgesehen. Zudem entsteht eine Datenbank, die einen Überblick über Interreg-Projekte in Europa bieten soll (URL 30). Diese enthält derzeit (Juli 2008) siebzehn grenzübergreifende Interreg IIIA-Projekte bzw. Aktivitäten im Themenfeld „Gesundheit“. Die Datenbank befindet sich noch im Aufbau. Da

---

<sup>44</sup> Am 1. September 2005 wurde die Organisation umbenannt in „European Hospital and Healthcare Federation“ (HOPE).

<sup>45</sup> Grenzübergreifende Zusammenarbeit wurde hier im Originatext definiert als: „A formal cooperation between partners of two/more countries, along a common border, in which at least one hospital is involved.“ (HOPE 2003: 8).

sie lediglich eine Auswahl laufender und abgeschlossener Projekte enthält, wird sie auch zukünftig keinen vollständigen Überblick über Interreg-Gesundheitsprojekte in Europa bieten.

### 5.1.2 Informationen auf (eu)regionaler Ebene

Zur grenzübergreifenden Zusammenarbeit zwischen Deutschland und seinen Nachbarstaaten sind in den letzten Jahren verschiedene Dokumente erschienen, die einen Überblick über gesundheitsrelevante Aktivitäten in einzelnen Grenzregionen bzw. Euregios geben (z.B. EMR o.J./b, Euregio Rhein-Waal 2001, MGSFF NRW 2001, Schleswig-Holsteinischer Landtag 2002, Sozialministerium des Landes Baden-Württemberg 2003). Auch aus anderen europäischen Grenzregionen liegen Berichte zur grenzübergreifenden Zusammenarbeit im Gesundheitssektor vor. Hierzu gehört z.B. der Bericht „Health care without borders in the Öresund Region“ aus dem Jahr 2003 (Öresundskomiteen & Øresunddirekt 2003). Dieser enthält Beispiele grenzübergreifender Aktivitäten im Gesundheitswesen, die in der Øresund Region in Kooperation zwischen Dänemark und Schweden durchgeführt wurden. Zudem werden Hindernisse der grenzübergreifenden Zusammenarbeit sowie Vorschläge für die zukünftige Zusammenarbeit aufgeführt. Auch an der Grenze zwischen Irland und Nordirland wird seit über einem Jahrzehnt eine Vielzahl grenzübergreifender Projekte im Bereich Gesundheit und Soziales durchgeführt. Federführend hierfür ist die im Jahr 1992 gegründete Organisation „Cooperation and Working Together“ (CAWT). Ziel dieser Organisation ist die Verbesserung des gesundheitlichen und sozialen Wohlbefindens der Bevölkerung in dieser Grenzregion. Über seine Aktivitäten berichtet CAWT regelmäßig in Form von Newslettern und Jahresberichten (URL 31). Solche „regionalen Berichte“ liegen jedoch nicht für alle Grenzregionen vor.

Neben schriftlichen Berichten liefert auch das Internet Informationen über grenzübergreifende Gesundheitsaktivitäten. Die einzelnen Programme verfügen häufig über eigene Internetseiten. Diese bieten oft auch eine Übersicht über die jeweiligen im Programmgebiet initiierten Interreg-Projekte. Nicht über Interreg-geförderte Projekte und Aktivitäten sind auf diesen Internetseiten nicht enthalten.<sup>46</sup> Auch Euregios verfügen zumeist über eigene Internetauftritte. Diese können ebenfalls Übersichten über Aktivitäten bzw. Projekte enthalten, die im Euregio-Gebiet durchgeführt wurden oder aktuell durchgeführt werden. Überwiegend handelt es sich auch hierbei um Interreg-geförderte Aktivitäten.

### 5.1.3 Informationen auf Projektebene

In der Regel beschränken sich die Publikationen zu Aktivitäten auf europäischer sowie regionaler Ebene auf Beschreibungen der Einzelaktivitäten, d.h. sie werden keiner näheren Analyse unterzogen. Vertiefende Untersuchung dieser Aktivitäten sowie der hieraus gewonnen Erfahrungen erfolgen eher für Einzelprojekte. Entsprechende Informationsquellen hierfür stellen Projektabschluss- oder Projektevaluationsberichte dar (z.B. Bruns & Schrul 2004, Euregio Rhein-Waal 2001, Euregio Rhein-Waal 2006, Kreis Heinsberg o.J., Risikogedrag Adoles-

---

<sup>46</sup> Informationen über die in den jeweiligen Programmgebieten durchgeführten Projekte sind zudem Jahres- und Evaluationsberichten der einzelnen Programme zu entnehmen.

centen 2004). Jedoch werden bisher noch längst nicht für alle Projekte entsprechende Berichte erstellt und veröffentlicht (Iögd NRW 2007: 61). Kurzbeschreibungen oder Hinweise auf grenzübergreifende gesundheitsrelevante Projekte stehen – wie bereits erwähnt – häufig auch auf Internetseiten der Euregios oder der Interreg-Programme zur Verfügung. Auch verfügen einige Projekte über Internetauftritte, welche eine ausführliche Projektdarstellung und in einigen Fällen auch Projektpublikationen enthalten (z.B. URL 32, 33, 54).

### **5.2 Aktivitäten zur Förderung der grenzübergreifenden Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich auf europäischer Ebene**

Auf europäischer Ebene wurden bereits verschiedene Maßnahmen ergriffen, um die grenzübergreifende Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich zu unterstützen. Einige dieser Aktivitäten werden im Folgenden dargestellt.

#### **5.2.1 Projekte zur grenzübergreifenden Gesundheitsversorgung**

Wie in Kapitel 4.3.2 erwähnt, wurde von der für den Reflexionsprozess zuständigen Arbeitsgruppe im Dezember 2003 die Evaluation grenzübergreifender Gesundheitsprojekte empfohlen (Europäische Kommission - Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz 2003). Entsprechend dieser Empfehlung startete im Juni 2004 das dreijährige Projekt „EUREGIO - Evaluation der Grenzregionen in der Europäischen Union“, das im Rahmen des Programms „Öffentliche Gesundheit“ von der EU gefördert wurde. Ziel des Projektes war es unter anderem, einen Überblick über grenzübergreifende Aktivitäten im Gesundheitsbereich an den Grenzen der EU-15 zu geben, bereits bestehende Projekte insbesondere in den Euregios zu evaluieren, Modelle guter Praxis zu identifizieren und den Informations- und Erfahrungsaustausch zu stärken (Iögd NRW 2007: 7). Geplant ist zudem ein Folgeprojekt mit dem Titel „Solutions for improving health care cooperation in border regions“, das ebenfalls im Rahmen des Programms „Öffentliche Gesundheit“ gefördert werden soll.

Die EU förderte in den letzten Jahren auch weitere Projekte, die sich mit Aspekten der grenzübergreifenden Gesundheitsversorgung befassten (s. Tabelle 10). Hierbei handelt es sich mit Ausnahme Projektes „EUREGIO“ und des Projektes „BORDERNET“ zwar um Projekte, die sich nicht explizit der Zusammenarbeit direkt benachbarter Regionen widmeten, von deren Ergebnissen und Empfehlungen jedoch auch die grenzübergreifende Zusammenarbeit zwischen Nachbarländern im Gesundheitsbereich profitieren kann.

## 5. Grenzübergreifende Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich

**Tabelle 10:** EU-Projekte zur grenzübergreifenden Gesundheitsversorgung im Zeitraum 2004 bis 2007 (Quelle: eigene Darstellung nach URL 34, URL 35, URL 36, URL 37, URL 38, URL 39, URL 40)

Projekttitle (Kurzform)	Projektlaufzeit (Monat/Jahr)	Projektziel
<u>Gefördert im Rahmen des Programms „Öffentliche Gesundheit“</u>		
Mapping Health Services Access: National and Cross-Border Issues (HealthAccess)	01/2005-12/2006	Abbildung (a) des Zugangs zur gesundheitlichen Versorgung sowie (b) von Strukturen, Prozeduren und Verträgen zur Sicherung des Zugangs zu Gesundheitsdienstleistungen in zehn ausgewählten Staaten
Evaluation der Grenzregionen in der Europäischen Union (EUREGIO)	06/2004-05/2007	Evaluation grenzübergreifender Aktivitäten im Gesundheitssektor (insbes. Euregios, Details s. Text)
Safety Improvement for Patients in Europe (S.IM.PAT.IE)	02/2005-01/2007	Festlegung eines gemeinsamen europäischen Sets von Begrifflichkeiten, Indikatoren sowie internen und externen Instrumenten zur Verbesserung der Patientensicherheit in der gesundheitlichen Versorgung
BORDERNET	01/2005-12/2007	Verbesserung der Situation im Bereich HIV/AIDS/STIs unter anderem durch Entwicklung regionaler Surveillance-Systeme, Ausbau regionaler Netzwerke und Verbesserung der Diagnosestandards
<u>Gefördert im Rahmen des 6. Rahmenprogramms</u>		
Europe für Patients (E4P)	02/2004-01/2007	Liefern von Evidenzen, die es Entscheidungsträgern auf EU- und nationaler Ebene ermöglichen, koordinierte und abgestimmte Maßnahmen zu ergreifen, damit Patienten bzw. Bürger in Europa aus der erweiterten Patientenmobilität Nutzen ziehen können.
Health Benefits and Service costs in Europe (HealthBASKET)	04/2004-03/2007	Entwicklung einer Methode zum Vergleich von individuellen Gesundheitsleistungen auf internationaler bzw. europäischer Ebene, Evaluation von Gründen für eventuelle Kostenunterschiede
Methods of Assessing Response to Quality Improvement Strategies (MARQuIS)	01/2005-12/2007	Bewertung verschiedener Qualitätsstrategien, Vorlage erforderlicher Informationen für Länder bei der vertraglichen Regelung gesundheitlicher Leistungen für Patienten aus dem angrenzenden Ausland und für einzelne Krankenhäuser bei der Überprüfung ihrer Qualitätsstrategien, Beitrag zur (Weiter)Entwicklung von Qualitätsprozessen auf EU-Ebene

AIDS = Acquired Immune Deficiency Syndrome (erworbenes Immundefektsyndrom), HIV = Human immunodeficiency virus (Humanes Immundefizienz-Virus), STI = sexually transmitted infections (sexuell übertragbare Infektionen)

### 5.2.2 Internationale Veranstaltungen und Bildung eines europäischen Netzwerkes

Zudem haben verschiedene internationale Veranstaltungen stattgefunden, auf denen Aktivitäten aus verschiedensten Grenzregionen Europas sowie aktuelle Entwicklungen vorgestellt und diskutiert wurden. Hierzu gehören auch Abschlussveranstaltungen der in Kapitel 5.2.1

dargestellten EU-Projekte. Die Zahl entsprechender Veranstaltungen scheint aufgrund der aktuellen Entwicklungen und des verstärkten Interesses seitens der EU gegenüber Themen wie „Patientenmobilität“ in den letzten Jahren zugenommen zu haben. Exemplarisch zu nennen sind hier:

- die Veranstaltung „Europäische Gesundheitskooperationen – Mehrwert für Menschen, Wirtschaft und Regionen“ (27. September 2005, Basel), die von der AGEG gemeinsam mit der Regio Basiliensis und der Euregio TriRhena durchgeführt (URL 3) und mit einer Folgeveranstaltung am 22. Februar 2008 fortgesetzt wurde (URL 4),
- der Workshop „Healthcare cross-border co-operation in border regions“ sowie die anschließende Konferenz zur grenzübergreifenden Gesundheitsversorgung (25.-27. Oktober 2005, Venedig) (URL 41)
- die Abschlusskonferenz des oben genannten Projektes „Europe for Patients“, die vom 25. bis zum 27. Oktober 2006 in Gent stattfand (URL 42),
- der im Rahmen des Projektes „EUREGIO“ durchgeführte internationale Workshop „Cross-Border Activities – Good Practice for Better Health“ (20./21. Januar 2006, Bielefeld) sowie die Projekt-Abschlusskonferenz im März 2007 in Düsseldorf (Brand et al. 2006, Iögd NRW 2007),
- die europäische Konferenz „Cross-border territories: Day-to-day Europe“ (8./9. November 2007, Lille, Frankreich), auf der Experten im Rahmen des Workshops „Health: local access to healthcare“ Empfehlungen für die zukünftige Zusammenarbeit erarbeiteten (MOT 2008: 87ff.).

Zudem zeichnen sich neue Entwicklungen im Bereich der Netzwerkbildung ab. So initiierte die AGEG im März 2007 ein „große Gesundheitsbündnis“. Dieses soll dazu beitragen, die Zusammenarbeit und den Erfahrungsaustausch der Grenz- und grenzübergreifenden Regionen im Gesundheitsbereich zu fördern (AGEG 2007a: 10). Aus dem Bündnis kann sich zukünftig ein dauerhaftes europäisches Netzwerk entwickeln, welches in dieser Form bisher nicht existiert.

### **5.3 Fördernde und hemmende Faktoren der grenzübergreifenden Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich**

Bei der grenzübergreifenden Zusammenarbeit treffen Akteure aus verschiedenen Kulturen mit unterschiedlichen Erfahrungshintergründen und Erwartungen zusammen. Dies bringt ein gewisses Maß an Schwierigkeiten und Konflikten mit sich. Unterschiedliche Rahmen- und Ausgangsbedingungen in den direkt benachbarten Grenzregionen wie beispielsweise ökonomische und demographische Unterschiede sowie Unterschiede in Organisation und Verwaltung erschweren zusätzlich die Zusammenarbeit.

In grenzübergreifenden Projekten werden Erfahrungen gesammelt und Lösungen zur Überwindung von Hindernissen entwickelt. Die Erfahrungen und Lehren, die aus diesen Projekten gezogen werden, können die Initiierung und Umsetzung neuer grenzübergreifender Aktivitä-

ten erleichtern und zu einer erfolgreichen Umsetzung beitragen. Es ist daher von großem Interesse, zu erfahren, welche Faktoren die grenzübergreifende Zusammenarbeit im Gesundheitssektor fördern bzw. hemmen und welche Möglichkeiten bestehen, erstere zu stärken und letztere zu vermindern oder gar abzubauen.

Die Europäischen Kommission hat bereits einige Aktivitäten durchgeführt (oder plant diese), die zum Abbau von Hemmnissen und Unsicherheiten in der grenzübergreifenden Zusammenarbeit im Gesundheitssektor beitragen sollen. Hierzu gehören Aktivitäten zur besseren Information der Bürgerinnen und Bürger z.B. durch Einrichtung eines Europäischen Gesundheitsportals (URL 26), die Erleichterung der Freizügigkeit der Bürger durch Vereinfachung der Verfahren und die Einführung der europäischen Krankenversicherungskarte (URL 27), die Förderung der Zusammenarbeit auf europäischer Ebene durch die Einrichtung der in Kapitel 4.3.2 dargestellten „Hochrangigen Gruppe für Gesundheitsdienste und medizinische Versorgung“ sowie die in Kapitel 4.3.3 dargestellten Initiativen der Kommission zur Schaffung von Klarheit und Sicherheit in der Anwendung des Gemeinschaftsrechts auf die Gesundheitsversorgung und Gesundheitsdienste. Diese Aktivitäten können ebenfalls die grenzübergreifende Zusammenarbeit im Gesundheitssektor in den Euregios erleichtern. Daneben wurden Rahmenbedingungen wie das EU-Programm Interreg und die Madrider Rahmenvereinbarung geschaffen, welche die grenzübergreifende Zusammenarbeit insgesamt erleichtern sollen (näheres hierzu siehe Kapitel 2.3 und Kapitel 2.4.1). Diese Aktivitäten fördern ebenfalls die euregionale Zusammenarbeit im Gesundheitssektor.

Im Folgenden werden wesentliche Befunde zu fördernden und hemmenden Faktoren vorgestellt, welche die grenzübergreifende Zusammenarbeit der Akteure in den Grenzregionen beeinflussen. Häufig werden in diesem Zusammenhang auch Faktoren untersucht, die einen Einfluss auf die Entscheidung der Patienten, Gesundheitsdienstleistungen im Nachbarland in Anspruch zu nehmen, haben. Diese sind jedoch nicht Gegenstand der vorliegenden Arbeit und werden daher im Folgenden nicht behandelt.

Bassi und Kollegen (o.J.) untersuchten in ihrer Studie „An assessment of cross-border cooperation between hospitals“ Hindernisse, die bei der grenzübergreifenden Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern in verschiedenen EU-Staaten auftreten. Zu den hemmenden Faktoren gehören hiernach unter anderem kulturelle und sprachliche Barrieren, strukturelle Unterschiede, Unterschiede in der Kompetenz regionaler Körperschaften, rechtliche und regulatorische Barrieren, mangelnde Kenntnisse über bestehende Förderprogramme sowie die aufwendige Antragsstellung auf Interreg-Förderung. Insbesondere Sprachprobleme und Probleme aufgrund unterschiedlicher Gesetzgebungen werden auch von anderen Experten vielfach als Hindernisse einer grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im Gesundheitssektor genannt (Coheur 2003: 101, Holzheimer & Schiffmann 2001: 16, Schölkopf 2003).

Das erwähnte EU-Projekt „Europe for Patients“ (s. Tabelle 11) erforschte unter anderem begünstigende und hemmende Faktoren speziell im Hinblick auf die Patientenmobilität. Als hemmende Faktoren wurden unter anderem identifiziert: rechtliche Unsicherheit seitens der Leistungsanbieter, unterschiedliche klinische Standards, bestehende Finanzierungs- und Er-

stattungsmechanismen, Sprachbarrieren oder die zum Teil ablehnende Haltung der Leistungsanbieter. Faktoren wie bestehende Vereinbarungen zwischen Leistungsanbietern, nationale Rahmenabkommen und bestehende persönliche oder institutionelle Kontakte hingegen begünstigen der Studie zufolge die zwischenstaatliche Zusammenarbeit (Rosenmöller et al. 2006).

Auch das erwähnte EU-Projekt „EUREGIO“ hat sich mit fördernden und hemmenden Faktoren der grenzübergreifenden Zusammenarbeit im Gesundheitssektor auseinandergesetzt und entsprechende Faktoren identifiziert (Iögd NRW 2007: 31ff.). Zu den wesentlichen Hindernissen gehören hiernach unter anderem: finanzielle Probleme, Unterschiede der Gesundheits- und Sozialsysteme, bürokratische Probleme in Zusammenhang mit der Interreg-Förderung, der Mangel an validen und adäquaten Informationen sowie rechtliche Unsicherheiten. Hierbei handelte es sich überwiegend um Probleme, die nicht von Projektakteuren selbst gelöst werden können, sondern Aktivitäten auf nationaler und europäischer Ebene bedürfen. Faktoren wie gemeinsame Interessen der Projektakteure, bestehende Kontakte und Netzwerke oder das Engagement der Akteure hingegen fördern den Ergebnissen des EUREGIO-Projektes zufolge die grenzübergreifende Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich. Hierbei handelt es sich um Faktoren, auf die – im Gegensatz zu hindernden Faktoren – Projektakteure zumeist selbst einen Einfluss haben.

Aus Sicht der AGEG sind das Wissen bzw. die Verbreitung des Wissens über Einrichtungen, Verwaltungsverfahren und andere Bedingungen im Nachbarland grundlegend für eine erfolgreiche grenzübergreifende Zusammenarbeit im Gesundheitssektor (AGEG 2000: C7-154).

Bei einigen der oben genannten Faktoren scheint es sich um generelle Probleme der grenzübergreifenden Zusammenarbeit zu handeln, welche nicht nur im Gesundheitssektor auftreten. Dies belegt eine in der Regio Rhein-Waal im Jahr 1988 durchgeführte Meinungsumfrage, die sich allgemein mit Problemen der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit befasste. Hiernach wurden Unterschiede in der Organisation und Verwaltung zwischen den Niederlanden und Deutschland, rechtliche sowie finanzielle Probleme besonders häufig als Probleme der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit genannt (ILS 1989: 52).

Auch die Evaluation der grenzübergreifenden Zusammenarbeit im Rahmen des Programms LEADER II<sup>47</sup> (1994 bis 1999), bei der es um die Evaluation grenzübergreifender Projekte zur Förderung der ländlichen Gebiete ging, zeigt eine Reihe von Problemen. Zu den wesentlichsten Problemen gehören hiernach Finanzierungsprobleme, Probleme in der grenzübergreifenden Partnerschaft – die aus sprachlichen Barrieren, kulturellen Unterschieden und der räumliche Entfernung der Partner resultieren können – sowie bürokratische Probleme. Als weitere Problemfelder wurden unter anderem unterschiedliche Erwartungen, das unterschiedliche Engagement der Beteiligten, Unterschiede in Kompetenz und Erfahrungen der

---

<sup>47</sup> LEADER steht für *Liaison entre actions de développement de l'économie rurale* (deutsch: Verbindung zwischen Aktionen zur Entwicklung der ländlichen Wirtschaft). Die im Jahr 1991 gestartete Gemeinschaftsinitiative für die ländliche Entwicklung wird in der neuen Programmperiode 2007-2013 im Rahmen des EU finanzierten Europäischen Landwirtschaftsfonds für die Entwicklung des ländlichen Raums (ELER) als Schwerpunkt 4 fortgeführt (URL 43).



Partner, zu ungenaue oder zu ehrgeizige Ziele sowie rechtliche und administrative Schwierigkeiten genannt (Europäische Beobachtungsstelle LEADER/AEIDL 2001: 31ff.). Bei den genannten Hindernissen handelt es sich um allgemeine, themenfeld-unspezifische Probleme der grenzübergreifenden Zusammenarbeit, die auch bei Kooperationen im Gesundheitsbereich auftreten können.

Insgesamt lässt sich feststellen, dass bereits eine Reihe von Erkenntnissen zu fördernden und hemmenden Faktoren vorliegt, wobei Erkenntnisse zu hindernden Faktoren überwiegen. Die bisher vorliegenden Erkenntnisse beziehen sich nur in Teilen speziell auf den Gesundheitssektor. Jedoch scheinen Erkenntnisse zur grenzübergreifenden Zusammenarbeit in anderen Themenfeldern in weiten Teilen auch auf die Zusammenarbeit im Gesundheitssektor zuzutreffen.

## Kapitel 6

# Material und Methoden

Zur Untersuchung der in der Einleitung genannten Fragestellungen wurden Ergebnisse schriftlicher Befragungen, die bei Interreg IIIA-Sekretariaten, Euregio-Geschäftsstellen und Projektträgern durchgeführt worden waren, herangezogen. Die für die vorliegende Arbeit genutzten Daten stammen aus dem erwähnten EU-Projekt „EUREGIO“, das Ende Mai 2007 abgeschlossen wurde (URL 35). Die Autorin der vorliegenden Arbeit war während der gesamten Laufzeit als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Projekt tätig und somit wesentlich an der Konzipierung und Durchführung der Befragungen beteiligt. Die im EUREGIO-Projekt gewonnenen Daten wurden für die vorliegende Arbeit speziell unter dem Aspekt der deutschen Grenzregionen ausgewertet. Zur Gewinnung ergänzender Informationen und Aktualisierung des Datenmaterials wurden zudem sekundäranalytische Verfahren in Form von Dokumenten- und Internetanalysen durchgeführt.

In Kapitel 7 und 8 der vorliegenden Arbeit werden die empirischen Ergebnisse der schriftlichen Befragungen sowie die Ergebnisse der Dokumenten- und Internetanalysen verflochten. Die Darstellung der Modellregionen (Kapitel 9) basiert auf Ergebnissen von Dokumenten- und Internetanalysen, die Analyse der Projektlandschaft (Kapitel 10) sowie der fördernden und hemmenden Faktoren der grenzübergreifenden Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich (Kapitel 11) hingegen auf den Ergebnissen der Projektträgerbefragung (s. Tabelle 11). Die einzelnen Methoden und ihre Anwendung im hiesigen Kontext werden im Folgenden vertiefend dargestellt.

**Tabelle 11:** Übersicht über den Einsatz verschiedener Methoden im Ergebnisteil der Arbeit

Kapitel der Arbeit (empirischer Teil)	Schriftliche Befragung der ...			Dokumentenanalyse*
	... Euregio-Geschäftsstellen	... Interreg IIIA-Sekretariate	... Projektträger	
<b>Kapitel 7:</b> Euregios als Instrumente der grenzübergreifenden Zusammenarbeit im Gesundheitswesen	X			X
<b>Kapitel 8:</b> Das EU-Förderprogramm Interreg als Instrument der grenzübergreifenden Zusammenarbeit im Gesundheitswesen	X	X		X
<b>Kapitel 9:</b> Grenzübergreifende Gesundheitsaktivitäten in Modellregionen				X
<b>Kapitel 10:</b> Grenzübergreifende Gesundheitsaktivitäten: eine Analyse der Projektlandschaft			X	
<b>Kapitel 11:</b> Fördernde und hemmende Faktoren der grenzübergreifenden Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich			X	

\* = inkl. der Analyse internetbasierter Projektlisten bzw. Projektdatenbanken, X = Methode in Kapitel verwandt

## 6.1 Schriftliche Befragung

In zwei aufeinander folgenden Erhebungswellen wurden im Rahmen des EU-Projektes „EU-REGIO“ schriftliche Befragungen durchgeführt (s. Abbildung 12). Zielgruppen der Befragungen waren:

- gemeinsame technische Sekretariate der Interreg IIIA-Programme (1. Erhebungswelle),
- Geschäftsstellen von Euregios und ähnlichen grenzübergreifenden Strukturen (1. Erhebungswelle) sowie
- Projektträger grenzübergreifender Gesundheitsprojekte (2. Erhebungswelle).

Für jeder der Zielgruppen wurde ein Fragebogen entwickelt (Anlage 8-10). Die beiden Erhebungswellen werden nachfolgend dargestellt.

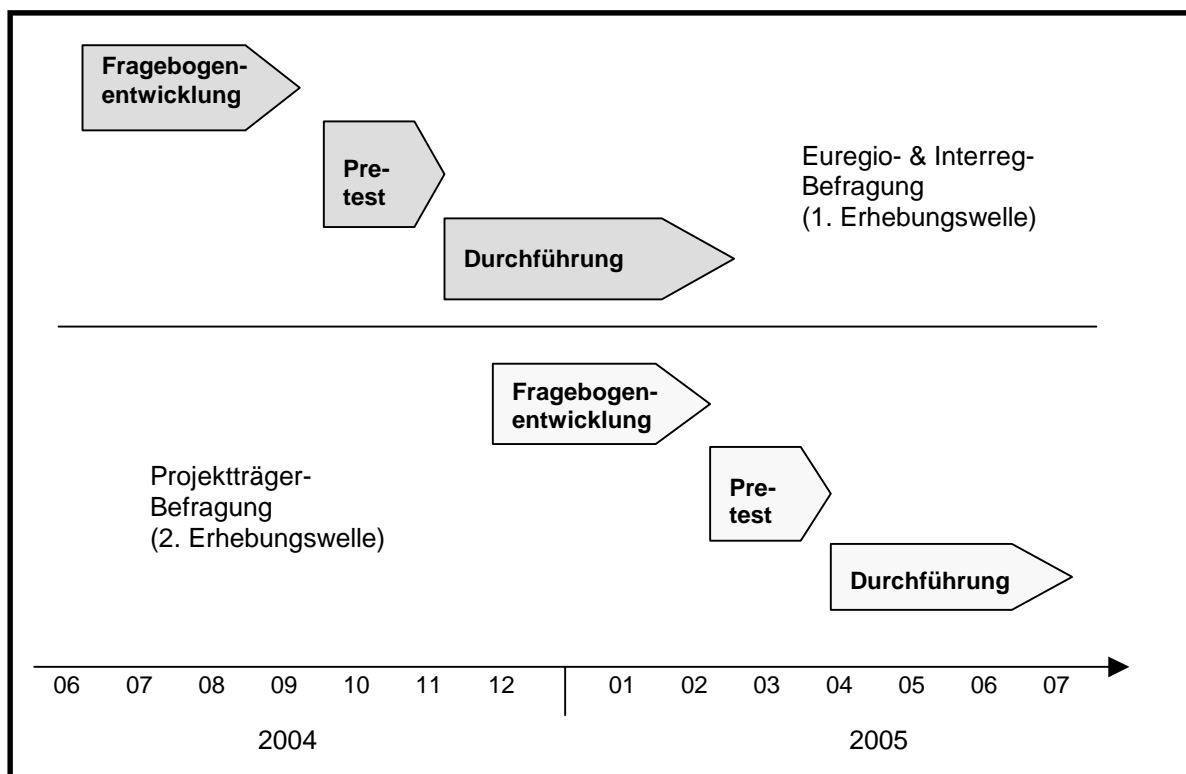


Abbildung 12: Zeitlicher Verlauf der Befragungswellen im EU-Projekt EUREGIO

### 6.1.1 Erste Erhebungswelle: Interreg- und Euregio-Befragung

Die erste Befragung fand im Zeitraum November 2004 bis März 2005 statt. Hier wurden Euregios und ähnliche Strukturen befragt. Ergänzend fand eine schriftliche Befragung bei den gemeinsamen technischen Sekretariaten bzw. der diese Funktion wahrnehmenden Institutionen der Interreg IIIA-Programme statt. Die Befragungen wurden wie erwähnt im Rahmen des EU-Projektes EUREGIO durchgeführt, dessen Untersuchungsgebiet die bis Ende April 2004 bestehenden 15 EU-Mitgliedstaaten (EU-15) waren. Das Projekt „EUREGIO“ be-

schränkte sich somit nicht auf die grenzübergreifende Zusammenarbeit zwischen Deutschland und seinen Nachbarstaaten.

### Identifikation der Interreg IIIA-Sekretariate

Zu Identifikation der Interreg IIIA-Programme wurde eine entsprechende von der Europäischen Kommission publizierte Liste genutzt (Europäische Kommission – Generaldirektion Regionalpolitik 2002: 9). In einem nächsten Schritt galt es, mittels Internetrecherche die Adressen der einzelnen Interreg IIIA-Sekretariate zu identifizieren. Fehlende Adressen wurden bei der Europäischen Kommission erfragt.

Im Rahmen des EU-Projektes „EUREGIO“ wurden alle 53 bis dato bestehende Interreg IIIA-Programme an den Innen- und Außengrenzen der EU-15 befragt (Iögd NRW 2007: 160ff.), hierunter 17 Interreg IIIA-Programme mit deutscher Beteiligung (s. Tabelle 12).<sup>48</sup> Es handelte sich somit um eine Vollerhebung.

**Tabelle 12:** Interreg IIIA-Sekretariate mit deutscher Beteiligung

Programme	beteiligte Staaten
1. Brandenburg – Lubuskie	DE/PL
2. Mecklenburg-Vorpommern / Brandenburg – Wojewodschaft Zachodniopomorskie	DE/PL
3. Freistaat Sachsen – Polen	DE/PL
4. Freistaat Sachsen – Tschechische Republik	DE/CZ
5. Freistaat Bayern – Tschechische Republik	DE/CZ
6. Fyn – K.E.R.N.	DE/DK
7. Sønderjylland – Schleswig	DE/DK
8. Storstrøm /Ostholstein – Lübeck	DE/DK
9. Euregio Maas-Rhein	DE/NL/BE
10. Ems Dollart Region	DE/NL
11. EUREGIO, Euregio Rhein-Waal, euregio rhein-maas-nord	DE/NL
12. Deutschland – Luxemburg – Deutschsprachige Gemeinschaft Belgiens	DE/LU/BE
13. Saarland-Mosel/Lothringen – Westpfalz	DE/FR
14. Pamina	DE/FR
15. Oberrhein Mitte-Süd	DE/FR/CH
16. Deutschland/Bayern – Österreich	AT/DE
17. Alpenrhein – Bodensee – Hochrhein	AT/DE/CH/LI

AT = Österreich, BE = Belgien, CH = Schweiz, CZ = Tschechische Republik, DE = Deutschland, DK = Dänemark, FR = Frankreich, LI = Liechtenstein, LU = Luxemburg, NL = Niederlande, PL = Polen

### Identifikation der Euregio-Geschäftsstellen

Schwieriger gestaltete sich die Identifikation der Euregios, da bisher für Euregios keine einheitliche Definition und somit keine allgemein verbindliche Zusammenstellung euregionaler Strukturen vorliegt (vgl. Kapitel 3). Bei der Auswahl der zu befragenden grenzübergreifenden Strukturen wurde daher wie folgt vorgegangen: Als Basis für die Auswahl der Euregios wurde die von der Arbeitsgemeinschaft für Europäische Grenzregionen publizierte Zusammen-

<sup>48</sup> Durch die Erweiterung der EU im Mai 2004 kamen nach und nach weitere Interreg IIIA-Programme hinzu. Im April 2006 existierten bereits 64 Interreg IIIA-Programme (INTERACT Point Qualification and Transfer 2006).

## 6. Material und Methoden

stellung von Euroregionen und euregioähnlichen Strukturen gewählt (AGEG 2000: B2-38ff.). Diese Liste wurde mit anderen Informationsquellen abgeglichen (z.B. Perkmann 2003a, URL 44) und entsprechend ergänzt bzw. aktualisiert.

Im EUREGIO-Projekt waren insgesamt 67 grenzübergreifende Strukturen an den Innen- und Außengrenzen der EU-15 befragt worden, hierunter 26 Strukturen mit deutscher Beteiligung (Iögd NRW 2007: 174ff.). In die Auswertung der vorliegenden Arbeit wurden 23 dieser 26 Strukturen mit deutscher Beteiligung einbezogen (s. Tabelle 13). Von der AGEG (AGEG & IfL o.J.) der Gruppe „Großräumige grenzübergreifende Zusammenarbeit“ zugeordnete Strukturen wie die deutsch-französisch-schweizerische „Oberrheinkonferenz“ und die „Internationale Bodenseekonferenz“, an der Österreich, Schweiz, Deutschland und Liechtenstein beteiligt sind, wurden in der Analyse nicht berücksichtigt. Hierbei handelt es sich um Strukturen, die im Vergleich zu den untersuchten Euregios (s. Anlage 1) vergleichsweise große Gebiete umfassen (Oberrheinkonferenz: 21.500 km<sup>2</sup>, Internationale Bodenseekonferenz: 114.500 km<sup>2</sup>). Unberücksichtigt blieb auch die deutsch-französische Arbeitsgemeinschaft „CENTRE“, die im Mai 2006 aufgelöst wurde.

**Tabelle 13:** Untersuchte Euregios mit deutscher Beteiligung und ihre Klassifikation (Quelle: eigene Darstellung nach AGEG 2000: B2-38ff., Perkmann 2003a: 16ff., URL 44)

Lfd. Nr.	Euregio	beteiligte Staaten	Klassifizierung nach ...		
			AGEG	Perkmann	Europarat
1.	Region Sønderjylland/Schleswig	DE/DK	E	E1	--
2.	EUREGION POMERANIA	DE/PL/SE	E/Eä	E1	E
3.	Euroregion PRO EUROPA VIADRIENA	DE/PL	E/Eä	E1	E
4.	Euroregion Spree-Neiße-Bober	DE/PL	E/Eä	E1	E
5.	Euroregion Neiße – Nisa – Nysa	DE/PL/CZ	E/Eä	E2	E
6.	Euroregion ELBE/LABE	DE/CZ	E/Eä	E1	E
7.	Euroregion Erzgebirge – Krušnohoří	DE/CZ	E/Eä	E1	E
8.	Euregio Egrensis	DE/CZ	E/Eä	E1	E
9.	EUREGIO Bayerischer Wald – Šumava – Mühlviertel	DE/CZ/AT	E/Eä	E2	E
10.	Ems – Dollart – Region	DE/NL	E	E1	E
11.	EUREGIO	DE/NL	E	E1	E
12.	Euregio Rein – Waal	DE/NL	E	E1	E
13.	euregio rhein-maas-nord	DE/NL	E	E1	E
14.	Euregio Maas-Rhein	DE/NL/BE	E	E1	E
15.	Regio PAMINA	DE/FR	I	E2	--
16.	RegioTriRhena	DE/FR/CH	E	E1	E
17.	EuRegio SaarLorLuxRhin	DE/FR/LU	E	E1	E
18.	Zukunft Saar Moselle Avenir	DE/FR	E	---	---
19.	EUREGIO via Salina	DE/AT	E	E1	E
20.	EuRegio Inntal	DE/AT	E	E2	E
21.	EUREGIO Zugspitze-Wetterstein-Karwendel	DE/AT	E	E1	E
22.	EuRegio Salzburg-Berchtesgardener Land-Traunstein	DE/AT	E	E1	E
23.	Inn-Salzach	DE/AT	---	--	E

E = Euregio/Euroregion, Eä = Euroregionähnliche Struktur, E1 = „integrierte Euregio“ („integrated Euroregion“), E2 = Euregio in Entstehung („emerging Euroregion“), I = für Interreg geschaffene Struktur, --- = nicht in der Quelle aufgeführt

AT = Österreich, BE = Belgien, CH = Schweiz, CZ = Tschechische Republik, DE = Deutschland, DK = Dänemark, FR = Frankreich, LI = Liechtenstein, LU = Luxemburg, NL = Niederlande, PL = Polen, SE = Schweden

Die Anschriften der Euregio-Sekretariate wurden so weit möglich per Internetrecherche erhoben. Fehlende Anschriften wurden durch Anfragen bei der AGEK ergänzt. In Fällen, in denen für eine Euregio mehr als ein Sekretariat bzw. eine Geschäftsstelle existierte, wurde ein Sekretariat als Adressat ausgewählt und gebeten, sich ggf. mit den anderen Sekretariaten in Verbindung zu setzen, um so vollständige Informationen für das gesamte Euregio-Gebiet zu erhalten.

### **Fragebogenentwicklung und Durchführung des Surveys**

Im Projekt „EUREGIO“ wurden zunächst gemeinsam mit einigen Mitgliedern der Steuerungsgruppe des EU-Projektes „EUREGIO“ die groben Inhalte des Euregio- sowie des Interreg-Fragebogens festgelegt und anschließend entsprechende Fragebogenentwürfe ausgearbeitet. Diese Entwürfe wurden dann im Rahmen eines Pretests einer kleinen Gruppe bestehend aus Mitgliedern der Steuerungsgruppe des Projektes „EUREGIO“ sowie externen Experten zugesandt. In anschließenden Telefonaten wurde die Verständlichkeit der einzelnen Fragen geprüft und Änderungs- und Ergänzungsvorschläge eingeholt. Die Kommentare und Anmerkungen von insgesamt neun Experten, von denen fünf zugleich auch in der Projekt-Steuerungsgruppe mitwirkten, flossen in die Endfassung der Bögen ein.

Der 8-seitige Interreg-Fragebogen umfasst 37 Fragen, der umfangreichere Euregio-Fragebogen 45 Fragen. Beide Bögen enthalten sowohl geschlossene als auch offene Fragen. Im „Euregio-Fragebogen“ sowie im „Interreg-Fragebogen“ wurden neben allgemeinen Informationen (wie z.B. Gebietsgröße) insbesondere Daten zu gesundheitsrelevanten Projekten wie Laufzeit, Kosten und Ansprechpartner abgefragt. Beide Bögen beinhalten außerdem Fragen zu fördernden und hemmenden Faktoren. Der umfangreichere „Euregio-Fragebogen“ enthält zudem Fragen zu verschiedenen grenzübergreifenden Gesundheitsaktivitäten wie Kooperationsvereinbarungen, Arbeitskreisen, Veranstaltungen und zu Gesundheitszielen (s. Anlagen 8 und 9). Da die Bögen an Adressaten verschiedenster EU-Staaten versandt wurden, wurde neben einer deutschsprachigen Fassung von einer Übersetzerin auch eine englischsprachige Fassung erstellt.<sup>49</sup> Diese wurde nochmals von der Autorin geprüft.

Die Bögen wurden Anfang November 2004 per Post mit einem Begleitschreiben versandt. In dem Begleitschreiben wurde das Vorhaben vorgestellt und methodische Hinweise gegeben. Alle in Deutschland oder Österreich ansässigen Adressaten erhielten Fragebogen und Begleitschreiben in Deutsch, alle übrigen Adressaten in Englisch. Von den für die vorliegende Arbeit relevanten 23 Euregios erhielten zwei eine englische Fassung des Fragebogens; eine englische Fassung des Interreg-Fragebogens wurde an vier der 17 Interreg IIIA-Programmsekretariate mit deutscher Beteiligung ausgesandt.

---

<sup>49</sup> Sowohl aus Kosten- und Zeitgründen als auch aus methodischen Gründen entschied man sich im EUREGIO-Projekt gegen eine Übersetzung in weitere EU-Sprachen. So hätten z.B. Antworten der Befragten zu offenen Fragen ggf. wieder rückübersetzt werden müssen. Es wurde zudem davon ausgegangen, dass die Verantwortlichen in Euregio- und Interreg-Sekretariaten der deutschen und/oder englischen Sprache mächtig sind.

### **Rücklaufquote**

Um den Rücklauf zu erhöhen, wurde eine Woche nach Ablauf der Rücksendefrist ein Erinnerungsschreiben per E-Mail verschickt und ergänzend in einer zweiten Welle eine telefonische Nachfassaktion gestartet.

Von den insgesamt 23 angeschriebenen Euregios mit deutscher Beteiligung, die im Rahmen der vorliegenden Arbeit vertiefend untersucht wurden, sandten 22 einen ausgefüllten Fragebogen zurück. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 96 Prozent. Von den 17 angeschriebenen Interreg IIIA-Programmsekretariaten mit deutscher Beteiligung füllten insgesamt zehn Sekretariate den Interreg-Fragebogen aus. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 59 Prozent. Zwei weitere Programmsekretariate meldeten zurück, dass keine Gesundheitsprojekte durchgeführt wurden bzw. aktuell durchgeführt werden. Ein weiteres Sekretariat sandte eine Liste von Gesundheitsprojekten zurück. Der vergleichsweise geringe Rücklauf beruht nach telefonischen Mitteilungen der Interreg-Sekretariate insbesondere auf Kapazitätsproblemen bei diesen Stellen.

### **6.1.2 Zweite Erhebungswelle: Projektträger-Befragung**

Im Anschluss an die erste Erhebungswelle wurde im Zeitraum Ende März bis Ende Juni 2005 im Rahmen des EU-Projektes „EUREGIO“ eine ergänzende Befragung bei Projektträgern grenzübergreifender Projekte durchgeführt. Ziel dieser Befragung war es, eine Übersicht über die Projektlandschaft zu erhalten und Bereiche, in denen Handlungs- bzw. Unterstützungsbedarf besteht, zu identifizieren.

#### **Identifikation der Projektträger**

Ein Ziel der Ende 2004 bei Interreg-Sekretariaten sowie Euregios, Euroregionen und Arbeitsgemeinschaften gestarteten Befragung war es, Ansprechpartner laufender und abgeschlossener grenzübergreifender gesundheitsrelevanter Projekte zu identifizieren. Im Sinne der Erhebung waren mit „grenzübergreifenden gesundheitsbezogenen Projekte“ alle jene Aktivitäten im Gesundheitsbereich gemeint, bei denen Partner aus zwei oder mehr Staaten entlang einer gemeinsamen Grenze zusammenarbeiten. Als gesundheitsrelevant wurden z.B. Aktivitäten aus den Bereichen Gesundheitsversorgung, Rettungsdienst, Katastrophenschutz, Gesundheitsberichterstattung, Epidemiologie, Gesundheitsmonitoring, Gesundheitsförderung, Prävention sowie Aktivitäten zur Aus-, Fort- und Weiterbildung von im Gesundheitssektor Tätigen (z.B. Ärzte) erachtet.<sup>50</sup>

---

<sup>50</sup> Im Begleitschreiben hieß es hierzu: „Im Sinne unserer Erhebung sind mit „grenzübergreifenden gesundheitsbezogenen Aktivitäten“ alle jene Aktivitäten im Gesundheitsbereich gemeint, bei denen Partner aus zwei oder mehr Ländern entlang einer gemeinsamen Grenze zusammenarbeiten. Zu den Aktivitäten im Gesundheitsbereich gehören z.B. Aktivitäten aus den Bereichen Gesundheitsversorgung, Rettungsdienst, Katastrophenschutz, Gesundheitsberichterstattung, Epidemiologie, Gesundheitsmonitoring, Gesundheitsförderung, Prävention sowie Aktivitäten zur Aus-, Fort- und Weiterbildung von Tätigen im Gesundheitssektor.“

Die Erhebung beschränkte sich auf Projekte der letzten zehn Jahre. Projekte, die vor 1994 begonnen worden waren, wurden somit nicht erhoben. Erfasst wurden auch Aktivitäten, bei denen zum Zeitpunkt der Befragung noch kein Enddatum feststand bzw. kein Ende absehbar war und die demnach nicht im eigentlichen Sinne als „Projekte“ gelten. Hierbei handelte es sich in der Regel um Aktivitäten, die bereits als dauerhafte Aktivität implementiert worden waren.

Da grenzübergreifende Strukturen in den Gebieten der Interreg-Programme angesiedelt bzw. zum Teil sogar mit diesen weitgehend gebietsidentisch sind (z.B. Euregio Maas-Rhein), wurden in einigen Fällen aus verschiedenen Quellen die gleichen Projekte rückgemeldet. Insgesamt lagen zum Ende der ersten Erhebungswelle Anschriften von über 300 grenzübergreifenden Projekten vor (Iögd NRW 2007: 49). Hierbei handelte es nur zu einem Teil um Projekte mit deutscher Beteiligung.

Alle Projekte, die im Rahmen der ersten Erhebungswelle gemeldet worden waren, wurden vor Beginn der zweiten Befragung geprüft. Von der Befragung ausgeschlossen wurden:

- Geplante Projekte,
- „Kleinprojekte“, d.h. Projekte mit einem Finanzvolumen unter 5.000 €,
- Aktivitäten, die von den Befragten als „Projekte“ rückgemeldet wurden, bei denen es sich aber – soweit bei Nachrecherchen erkennbar – nicht um Projekte, sondern um Veranstaltungen oder Arbeitskreise handelte,
- Projekte, die lediglich auf einer Seite der Grenze durchgeführt wurden und somit nicht dem Kriterium „grenzübergreifend“ entsprachen, sowie
- Projekte, in denen Gesundheit lediglich ein Randthema darstellte.<sup>51</sup>

### **Fragebogenentwicklung und Durchführung des Surveys**

Ebenso wie der Interreg- und der Euregio-Fragebogen wurde auch der Projektträger-Fragebogen im Projekt „EUREGIO“ entwickelt und einem Pretest unterzogen. Hierbei wurde der Fragebogen zunächst allen Mitgliedern der Steuerungsgruppe des EU-Projektes „EUREGIO“ zur Kommentierung zugesandt.<sup>52</sup> Sechs Projektmitglieder gaben hierzu entsprechende schriftliche oder telefonische Rückmeldungen (Änderungs- und Ergänzungsvorschläge) ab. Zudem füllten sechs in der Projektarbeit tätige Personen sowie ein Mitglied der Steuerungsgruppe den Fragebogen im Pretest aus. In anschließenden Telefonaten mit den Pretestern wurde die Verständlichkeit der einzelnen Fragen geprüft und Anregungsvorschläge eingeholt. Die Kommentare und Anmerkungen der Experten flossen in eine überarbeitete Fassung

---

<sup>51</sup> Weitere Detailinformationen zu den Ausschlusskriterien sind Kapitel 10 zu entnehmen.

<sup>52</sup> In der Projektsteuerungsgruppe waren Vertreter folgender neun Institutionen bzw. Organisationen vertreten: Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (Iögd NRW), Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS NRW), AOK Rheinland, Gesundheitsamt Heinsberg, FH Bielefeld, Arbeitsgemeinschaft Europäischer Grenzregionen (AGEG), Ständige Ausschuss der Krankenhäuser in Europa (HOPE), Europäisches Public Health Zentrum (EPHZ) und Deutsch-Polnische Gesundheitsakademie (Iögd NRW 2006: 14).



ein, die auf einem Treffen mit einigen Mitgliedern der Steuerungsgruppe diskutiert und abschließend nochmals geringfügig modifiziert wurde.

Der „Projektträger-Fragebogen“ enthielt offene und geschlossene Fragen unter anderem zu folgenden Themen (s. Anlage 10): Allgemeine Informationen (Projekttitle, -laufzeit etc.), Zielgruppen, Themenschwerpunkte, Projektziele, Projektergebnisse, Öffentlichkeitsarbeit, Projektevaluation, Nachhaltigkeit der Projekte sowie fördernde und hemmende Faktoren. Die Bögen standen den Adressaten wahlweise in Deutsch oder Englisch zur Verfügung. Auch hier wurde die englischsprachige Fassung von einer Übersetzerin auf Basis der deutschsprachigen Fassung erstellt. Die Übersetzung wurde nochmals von der Autorin geprüft.

Der Fragebogen wurde Ende März 2005 mit einem Begleitschreiben per Post an die Projektträger ausgesandt. Alternativ stand der Bogen auch Online (wahlweise in Deutsch oder Englisch) in einem passwortgeschützten Bereich zur Verfügung. Die Befragung wurde Ende Juni 2005 abgeschlossen.

### **Response Rate**

Um den Rücklauf zu erhöhen, wurde nach Ablauf der ersten Abgabefrist ein Erinnerungsschreiben an all jene ausgesandt, die den Fragebogen bis zu diesem Zeitpunkt nicht ausgefüllt hatten.

Im Rahmen des EU-Projektes „EUREGIO“ wurden 328 Fragebögen an Träger unterschiedlicher Projekte ausgesandt (Iögd NRW 2007: 49). Die entsprechenden Adressaten waren von Euregio-Geschäftsstellen und Interreg-Programmsekretariaten im Rahmen der ersten Erhebungswelle rückgemeldet worden. Hierbei wurden lediglich die Anschriften der Projektträger, nicht jedoch die beteiligten Staaten benannt. Da sich die Träger von Projekten mit deutscher Beteiligung nicht auf deutscher Seite befinden müssen, ist es nicht möglich, die exakte Anzahl insgesamt angeschriebener grenzübergreifender Projekte mit deutscher Beteiligung zu bestimmen. Im Rahmen des EUREGIO-Projektes wurden insgesamt 149 Fragebögen zurückgesandt (a.a.O.).<sup>53</sup> Hierunter 71 Bögen von Projekten mit deutscher Beteiligung, wobei ein Fragebogen für drei Projekte ausgefüllt worden war, die eng miteinander verknüpft waren. Zum Abschluss der Befragung lagen somit zu 151 der 328 befragten Projekte schriftliche Informationen vor. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 46 Prozent (a.a.O.). Über die Rücklaufquote der Projekte mit deutscher Beteiligung lässt sich aus oben genannten Gründen keine Aussage treffen.

---

<sup>53</sup> Des Weiteren hatten sich im EUREGIO-Projekt zwölf Projektträger gemeldet, um u.a. mitzuteilen, dass das von uns angefragte Projekte kein oder kaum Gesundheitsbezüge aufweist, Ansprechpartner nicht mehr auffindbar sind oder das angefragte Projekt nicht grenzübergreifend ist. Der Fragebogen wurden von diesen Projekten nicht ausgefüllt (Iögd NRW 2007: 49).

### 6.1.3 Aufbereitung der Daten

Die Angaben aus den Euregio- und Interreg-Fragebögen wurden von Mitarbeitern im Projekt EUREGIO in eine Datenbank (Access) übertragen. Um Übertragungs- bzw. Eingabefehler zu minimieren, wurde von einem Mitarbeiter aus dem Bereich Informations- und Kommunikationstechnik am Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (Iögd NRW)<sup>54</sup> ein entsprechendes Access-Eingabeformular erstellt.

Da für die nachfolgende Befragung der Projektträger alternativ ein Online-Fragebogen zur Verfügung stand, wurde für die Eingabe bzw. Verarbeitung dieser Daten ein anderes Verfahren gewählt. Auch hier wurden die entsprechenden Arbeiten (Erstellung der Online-Fragebögen, Sicherung der Datenübertragung, technische Betreuung der Befragten bei Bedarf etc.) von einem erfahrenen Mitarbeiter des ehemaligen Iögd NRW durchgeführt. Etwa die Hälfte der Projekte, die im Rahmen des EUREGIO-Projektes Angaben zu ihren Projekten lieferten, nutzte die Möglichkeit des Online-Fragebogens. Die übrigen Projekte gaben Informationen zu ihren Projekten in schriftlicher Form ab. Die Angaben aus diesen Bögen wurden von Mitarbeitern im Projekt EUREGIO in den Online-Fragebogen übertragen. Nach Abschluss der Befragung wurden die Daten in eine Excel-Datenbank überführt.

Die Eingaben in ACCESS bzw. Excel wurden stichprobenartig von der Autorin als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Projekt „EUREGIO“ überprüft und einer Plausibilitätsprüfung unterzogen. Inhaltlich nicht plausible Angaben wurden auf „keine Angabe“ gesetzt. Die für die vorliegende Arbeit relevanten Daten wurden von der Autorin in Excel ausgewertet und grafisch aufbereitet.

## 6.2 Dokumentenanalysen

Ein wesentlicher Vorteil der Methode der Dokumentenanalyse wird in der häufig für den Untersuchungsgegenstand zur Verfügung stehenden Vielfalt der Materialien gesehen. Zudem eröffnet die Methode Zugänge, die mit anderen Erhebungsmethoden nicht oder nur mit großem Aufwand möglich sind. Ein weiterer Vorteil besteht darin, dass die Informationen jederzeit abgerufen werden können (Mayring 1999: 33). Jedoch kann die Methode auch Nachteile aufweisen. So können Dokumentensammlungen unvollständig und einzelne Dokumente nicht zugänglich sein (Yin 1994: 80). Zudem werden Dokumente für ein bestimmtes Ziel und eine bestimmte Zielgruppe verfasst, welche bei der kritischen Reflexion der Dokumente zu berücksichtigen sind (a.a.O.:82). Für die Arbeit wurden im Wesentlichen zwei Arten von Dokumenten genutzt:

- im Rahmen des EU-Programms Interreg erstellte Dokumente (Interreg-Dokumente)
- von Euregios selbst erstellte bzw. publizierte Dokumente (Euregio-Dokumente).<sup>55</sup>

---

<sup>54</sup> Anfang 2008 schlossen sich das Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (Iögd NRW) und die nordrhein-westfälische Landesanstalt für Arbeitsschutz zum „Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit NRW (LIGA.NRW)“ zusammen.

<sup>55</sup> In einigen Fällen, wie z.B. im Fall der deutsch-niederländisch-belgischen Euregio Maas-Rhein, sind Euregios eng in die Erstellung und Umsetzung der Interreg-Programme eingebunden. In diesen Fällen lassen sich Euregio- und Interreg-Dokumente nicht klar voneinander abgrenzen.

Im Rahmen des Forschungsvorhabens wurde auch eine kritische Reflexion der Dokumente in Bezug auf die Aussagekraft und auf deren Wert bezüglich der Beantwortung der Forschungsfragen nach Mayring (1999: 34) vorgenommen. Hierbei wurden folgende sechs Kriterien berücksichtigt: (a) Art der Dokumente, (b) Äußere Merkmale der Dokumente, (c) Innere Merkmale der Dokumente, (d) Intendiertheit der Dokumente, (e) Nähe der Dokumente und (f) Herkunft der Dokumente. Die Dokumente und die Ergebnisse dieser Reflexionen werden im Folgenden vertiefend dargestellt.

### 6.2.1 Interreg-Dokumente

Zu den Interreg-Dokumenten gehören die so genannten operationellen Programme (s. Tabelle 14). Wie in Kapitel 2.3.2 dargestellt, werden diese für jedes Interreg-Programmgebiet erstellt und müssen zunächst der EU-Kommission zur Genehmigung vorgelegt werden, bevor mit der Programmumsetzung begonnen werden kann. Die Dokumente liefern unter anderem einen Überblick über die Situation in den Programmgebieten zu verschiedensten Themenfeldern. Zudem werden hierin Handlungsfelder festgelegt. Die Dokumente bieten die Basis für die Umsetzung der jeweiligen Programme und sind über das Internet auf entsprechenden Interreg-Programmseiten leicht zugänglich.<sup>56</sup> Neben der guten Zugänglichkeit liefern diese Dokumente umfassende Informationen über die grenzübergreifenden Regionen entlang der deutschen Grenze.

Bei Bedarf wurden weitere Interreg-Dokumente herangezogen. Hierzu gehören:

- Interreg-Jahresberichte, die einen Überblick über den Stand der Programmumsetzung geben, und
- Interreg-Evaluationsberichte, die z.B. in der Förderperiode Interreg IIIA (2000-2006) einige Jahre nach Programmstart zum Zweck der Zwischenevaluation für die einzelnen Programme erstellt wurden.

Einschränkend ist hierzu jedoch anzumerken, dass in Interreg-Dokumenten in der Regel lediglich Themenfelder angesprochen werden, die aus Sicht der Programmgestalter prioritär sind. Es ist daher davon auszugehen, dass „Gesundheit“ nicht in allen Dokumenten thematisiert wird und Umfang und Tiefe, mit der das Thema in den Dokumenten behandelt wird, variiert. Da alle Dokumente der Interreg-Programme mit deutscher Beteiligung auch in deutscher Sprache vorliegen, stellt „Sprache“ kein Hindernis für umfassende Dokumentenanalysen dar.

Interreg-Dokumente wurden sowohl in Kapitel 7 als auch in Kapitel 8 und 9 genutzt. Als ergänzende Informationsquellen wurden in Kapitel 8 und 9 auch die Internetseiten der Interreg IIIA- und Interreg IV-Programme mit deutscher Beteiligung herangezogen. Weiterführende Informationen zum methodischen Vorgehen sowie Detailinformationen zu den genutzten Datenquellen sind Kapitel 7, 8 und 9 zu entnehmen.

---

<sup>56</sup> Diese Aussage trifft zumeist nur auf Dokumente der Förderperiode Interreg IIIA (2000-2006) und Interreg IVA (2007-2013) zu.

**Tabelle 14:** Reflexion operationeller Interreg-Programme nach Kriterien von Mayring (1999: 34)

Art der Dokumente	Es handelt sich um Schriftstücke, die in gedruckter Form zur Verfügung stehen. Aktuelle Dokumente der Förderperioden Interreg IIIA (2000-2006) und IVA (2007-2013) sind auch in elektronischer Form im Internet öffentlich zugänglich.
Äußere Merkmale der Dokumente	Der Umfang der Dokumente beträgt zum Teil 100 Seiten und mehr. Sie sind in der Regel farbig gestaltet mit Deckblatt.
Innere Merkmale der Dokumente	Die wesentlichen Inhalte der Programme werden von der EU vorgegeben (vgl. z.B. Verordnung (EG) Nr. 1083/2006, Artikel 37). So sollen die Dokumente unter anderem eine Beschreibung der Region, einen Überblick über die vorgesehenen Maßnahmen-schwerpunkte, einen Finanzierungsplan und Bestimmungen zur Durchführung des Programms enthalten.
Intendiertheit der Dokumente	Die Dokumente bilden die Grundlage für die Umsetzung der Programme und dienen somit allen Akteuren als Orientierungsrahmen und Arbeitsgrundlage. Sie sind notwendig zur Beantragung der Interreg-Mittel bei der EU und werden dort zur Genehmigung vorgelegt.
Nähe der Dokumente (zur Thematik)	Für jedes Interreg-Programm der Ausrichtung A und für jede neue Interreg-Förderperiode ist ein gesondertes operationelles Programmdokument zu erstellen. Somit können anhand verschiedener Dokumente auch zeitliche Entwicklungen nachvollzogen werden. In den Dokumenten werden verschiedene prioritäre Themen behandelt. Die Auswahl der Themen obliegt den an der Erstellung der Dokumente beteiligten Experten. Ob und in wie in den Dokumenten auf das Thema „Gesundheit“ eingegangen wird, ist unter anderem Gegenstand der vorliegenden Arbeit.
Herkunft der Dokumente	Die Dokumente werden von einer Gruppe von Experten erstellt. Diese setzt sich aus nationalen und regionalen Vertretern der am Programm beteiligten Staaten zusammen.

### 6.2.2 Euregio-Dokumente

Um einen Einblick in Umfang und Art der euregionalen Aktivitäten im Bereich „Gesundheit“ zu erhalten, wurden verschiedene Dokumente analysiert, die von Euregios erstellt bzw. herausgegeben wurden. Dieses sind im Wesentlichen:

- Euregio-Gründungsdokumente,
- Euregio-Jahresberichte und
- euregionale Handlungskonzepte.

Bei „Euregio-Gründungsdokumenten“ handelt es sich um Satzungen, Kooperationsverträge oder -vereinbarungen, die hier unter dem Begriff „Gründungsdokumente“ zusammengefasst werden. Diese Dokumente bilden die Grundlage der euregionalen Zusammenarbeit. Sie werden in den ersten Jahren nach Gründung einer Euregio erstellt und bei Bedarf aktualisiert. In Jahresberichten bzw. Geschäftsberichte berichten Euregios über ihre wesentlichen Aktivitäten und Erfolge im Berichtszeitraum. Acht der insgesamt 23 untersuchten Euregios haben entsprechende Berichte auf ihren Websites veröffentlicht. Weitere Informationen zu den Gründungsdokumenten und Jahresberichten enthält Tabelle 15.

**Tabelle 15:** Reflexion von euregionalen Gründungsdokumenten, Jahresberichten und Handlungskonzepten nach Kriterien von Mayring (1999: 34)

	Gründungsdokumente	Jahresberichte	Handlungskonzepte
Art der Dokumente	Hierbei handelt es sich um Satzungen, Kooperationsverträge oder -vereinbarungen der Euregios. Häufig sind diese über die Website der jeweiligen Euregio öffentlich zugänglich oder werden in Form von amtlichen Veröffentlichungen publiziert.	Es handelt sich hierbei um Jahres- bzw. Geschäftsberichte, die häufig auch auf Euregio-Websites in elektronischer Form zur Verfügung stehen.	Es handelt sich hierbei um Entwicklungs- und Handlungskonzepte oder Positionspapiere, die zum Teil auch auf Euregio-Websites in elektronischer Form zur Verfügung stehen.
Äußere Merkmale der Dokumente	Geringer Seitenumfang (maximal 16 Seiten) ohne Deckblatt und Abbildungen	Zum Teil farbig gestaltete Dokumente mit Deckblatt und Abbildungen, zum Teil reine Textdokumente, deren Seitenumfang variiert. <sup>57</sup>	Farbig gestaltete Dokumente mit Deckblatt und Abbildungen, deren Seitenumfang deutlich variiert. <sup>58</sup>
Innere Merkmale der Dokumente	Die Dokumente regeln die grenzübergreifende Zusammenarbeit in den Euregios. Hierin werden u.a. Ziele und Aufgaben der Zusammenarbeit benannt, Zusammensetzung und Verfahrenswege gemeinsamer Organisationsstrukturen erläutert und die Mitgliedschaft geregelt.	Die Euregios berichten hier über ihre Aktivitäten im Berichtsjahr. Berichtet wird z.B. über Aktivitäten des Vorstandes, der Arbeitsgruppen sowie über im Berichtszeitraum begonnene oder abgeschlossene Projekte.	Hierin werden Strategien und Ziele der zukünftigen grenzübergreifenden Zusammenarbeit dargestellt.
Intendiertheit der Dokumente	Die Dokumente bilden die Grundlage der grenzübergreifenden euregionalen Zusammenarbeit. Sie werden bei Bedarf aktualisiert.	Die Dokumente dienen der Information von Euregio-Mitgliedern, Entscheidungsträgern, Einwohnern der Region und anderen Interessenten über die Aktivitäten der Euregio.	Die Dokumente bilden den Orientierungsrahmen für die zukünftige Arbeit der Euregio.
Nähe der Dokumente (zur Thematik)	Häufig werden in den Dokumenten auch Themenschwerpunkte der Zusammenarbeit aufgeführt. Hierzu kann auch das Thema Gesundheit (inkl. Rettungswesen und Katastrophenschutz) gehören.	In den Dokumenten berichten die Euregios über ihre jährlichen Aktivitäten. Werden Gesundheitsprojekte oder andere gesundheitsrelevante Aktivitäten in der Euregio durchgeführt, wird über diese berichtet.	In den Dokumenten werden von der Euregio als prioritär erachtete Themenfelder vertiefend behandelt. Hierzu kann auch das Thema Gesundheit (inkl. Rettungswesen und Katastrophenschutz) gehören.
Herkunft der Dokumente	Die Dokumente werden gemeinschaftlich von den beteiligten Partnern erstellt und abschließend unterzeichnet.	Die Dokumente werden von den entsprechenden Euregios herausgegeben.	Die Dokumente werden von Euregio-Akteuren erstellt (z.B. EUREGIO 2006) oder von der Euregio als Auftrag vergeben (z.B. Kommunalgemeinschaft Europaregion Pomerania e.V. 2006).

<sup>57</sup> So umfasst beispielsweise der Geschäftsbericht 2006 der EuRegio SaarLorLuxRhin (2007) sieben Seiten, der Jahresbericht 2006 der Region Sonderjylland/Schleswig (o.J.) 83 Seiten.

<sup>58</sup> So umfasst das Entwicklungskonzept der EuRegio Salzburg-Berchtesgardener Land-Traunstein (2001) beispielsweise 32 Seiten, das grenzüberschreitende Entwicklungs- und Handlungskonzept der Euroregion Pomerania für den Zeitraum 2007-2013 (Kommunalgemeinschaft Europaregion Pomerania e.V. 2006) insgesamt 262 Seiten.

Zudem haben einige Euregios Handlungskonzepte erstellt. Hierin werden Strategien und Ziele der zukünftigen grenzübergreifenden Zusammenarbeit dargestellt. Zum Teil sind diese Dokumente auch in die operationellen Interreg-Programme eingeflossen (Tabelle 15). Exemplarisch zu nennen sind hier:

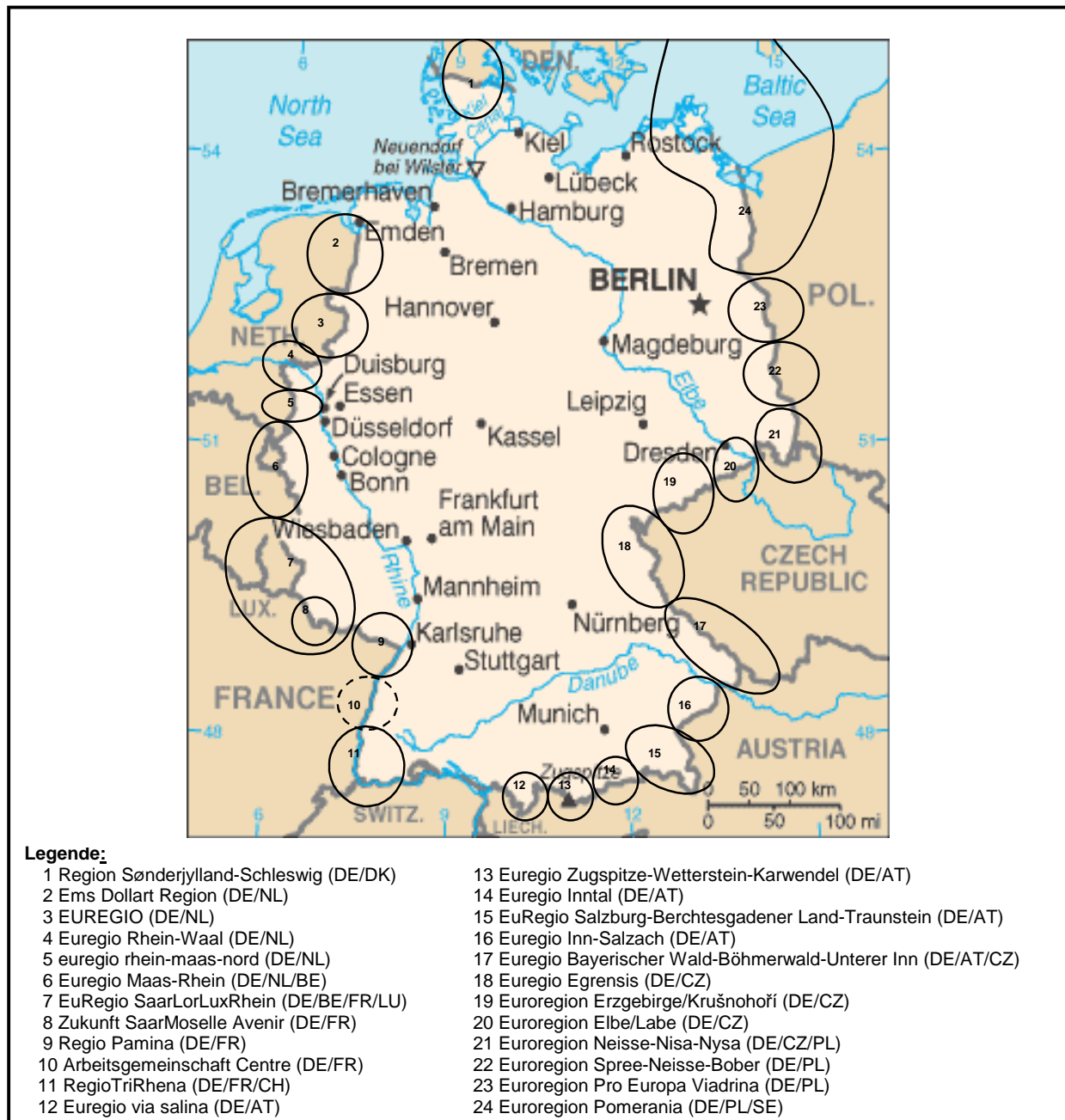
- das Positionspapier „ETZ in der EUREGIO“ (EUREGIO 2006),
- das „EuRegio Entwicklungskonzept“ der EuRegio Salzburg-Berchtesgadener Land-Traunstein (2001),
- das Entwicklungs- und Handlungskonzept der Euroregion Spree-Neiße-Bober (Regionomica 1999),
- das Entwicklungs- und Handlungskonzept „Viadrina 2007“ (Euroregion Pro Europa Viadrina 2006) sowie
- das grenzüberschreitende Entwicklungs- und Handlungskonzept der Euroregion Pomerania für den Zeitraum 2007-2013 (Kommunalgemeinschaft Europaregion Pomerania e.V. 2006).

Die Ergebnisse dieser Analysen sind in die Kapitel 7, 8 und 9 eingeflossen (s. Tabelle 11). Weiterführende Informationen zum Vorgehen sowie Detailinformationen zu den genutzten Datenquellen sind diesen Kapiteln zu entnehmen.

## Kapitel 7

# Euregios: Instrumente der grenzübergreifenden Zusammenarbeit im Gesundheitswesen

Euregios fördern durch vielfältige Aktivitäten die grenzübergreifende Zusammenarbeit. Auch in der grenzübergreifenden Kooperation im Gesundheitswesen können sie eine wichtige Rolle spielen (AGEG 2006a). In diesem Kapitel werden 23 Euregios mit deutscher Beteiligung näher betrachtet (siehe Abbildung 13).<sup>59</sup>



**Abbildung 13:** Karte der Euregios mit deutscher Beteiligung

<sup>59</sup> Die in Abbildung 13 dargestellte Arbeitsgemeinschaft CENTRE wurden im Mai 2006 aufgelöst. Sie wird daher nicht in die Untersuchung mit einbezogen.

In dem vorliegenden Kapitel geht es nicht darum, die einzelnen 23 Euregios vertiefend zu untersuchen und vergleichend gegenüberzustellen, als vielmehr darum, einen umfassenden Überblick über Euregios mit deutscher Beteiligung zu bieten. Als Informationsquellen dienten hierbei die Ergebnisse der bei Euregios mit deutscher Beteiligung durchgeführten schriftlichen Befragungen („Euregio-Befragung“) sowie Gründungsdokumente und Internetseiten der Euregios. Für eine vertiefende Analyse einzelner Euregios wird hier auf Kapitel 9 verwiesen, in dem ausgewählte Modellregionen untersucht und miteinander verglichen werden.

### 7.1 Beschreibung der Euregios

Bei den untersuchten Euregios mit deutscher Beteiligung lassen sich zunächst „alte“ und relativ „junge“ Strukturen unterscheiden. Zu ersteren gehören die Euregios entlang der deutsch-niederländischen Grenze: In diesem Grenzgebiet bildeten sich nach der bereits in den 1950er Jahren gegründeten „EUREGIO“ in den 1970er Jahren die Euregios Ems Dollart Region, Rhein-Waal, rhein-maas-nord und die Euregio Maas-Rhein, an der auch Belgien beteiligt ist. Die übrigen untersuchten Strukturen hingegen entstanden – mit Ausnahme der im Jahr 2003 gegründeten Regio Pamina – im Rahmen einer Euroregionalisierungswelle in den 1990er Jahren.<sup>60</sup> Insbesondere die „alten“ Strukturen verfügen über ausgeprägte grenzübergreifende Netzwerkstrukturen, einen hohen Integrationsgrad und sind umfassend in das Management und die Umsetzung von EU-Programmen involviert (AGEG 2006b: 102f., Schöne 2006: 149).

Eine besondere Gruppe innerhalb der betrachteten 23 grenzübergreifenden Strukturen stellen Euregios dar, an denen die neuen EU-Mitgliedstaaten Polen bzw. die Tschechische Republik beteiligt sind. Die Zusammenarbeit in diesen Euregios war historisch bedingt lange Zeit durch eine geringe Durchlässigkeit der Grenze geprägt, welche die grenzübergreifende Zusammenarbeit erschwerte. Zudem lagen in diesen Grenzregionen bis 2004 Förderasymmetrien vor<sup>61</sup>, die ebenfalls die grenzübergreifende Zusammenarbeit behinderten (Europäischer Rechnungshof 2000: 11). Die Gebiete der deutsch-polnischen und deutsch-tschechischen Euroregionen sind zudem durch eine hohe Arbeitslosenquote gekennzeichnet (Schöne 2006: 174).

Die 23 Euregios mit deutscher Beteiligung lassen sich anhand dieser Merkmale in folgende drei Untergruppen unterteilen (s. Tabelle 16):

- Gruppe 1 - „Alte“ Euregios (Gründung zwischen 1958 und 1978), an denen keine neuen EU-Mitgliedstaaten beteiligt sind: Dieser Gruppe gehören die fünf Euregios

---

<sup>60</sup> Hierbei ist zu beachten, dass die Strukturen häufig auf einer „älteren Vorgeschichte“ der grenzübergreifenden Kooperation beruhen.

<sup>61</sup> So konnten die EU-Beitrittsstaaten Polen sowie die Tschechische Republik bis zu ihrem EU-Beitritt im Jahr 2004 lediglich Mittel aus dem Programm PHARE CBC für die grenzübergreifende Zusammenarbeit in Anspruch nehmen, welche jedoch anderen Bestimmungen als die Mittel aus dem Interreg-Programm unterlagen. Erst ab 2004 konnten die beiden Staaten Interreg-Förderungen in Anspruch nehmen.



## 7. Euregios: Instrumente der grenzübergreifenden Zusammenarbeit im Gesundheitswesen

entlang der deutsch-niederländischen bzw. deutsch-niederländisch-belgischen Grenze an.

- Gruppe 2 - „Junge“ Euregios (Gründung zwischen 1994 und 2003), an denen keine neuen EU-Mitgliedstaaten beteiligt sind: Dieser Gruppe lassen sich zehn der untersuchten Euregios zuordnen. Sie liegen, mit Ausnahme der Region Sønderjylland/Schleswig, im Süden Deutschlands.
- Gruppe 3 - „Junge“ Euregios (Gründung zwischen 1991 und 1995) mit Beteiligung der neuen EU-Mitgliedstaaten Polen bzw. Tschechische Republik: Dieser Gruppe lassen sich acht der 23 untersuchten Euregios zuordnen.

**Tabelle 16:** Typologisierung der 23 untersuchten Euregios mit deutscher Beteiligung

	alt	jung	Summe
ohne Beteiligung neuer EU-Mitgliedstaaten	<u>Gruppe 1:</u> Ems Dollart Region, EUREGIO, Euregio Rein-Waal, euregio rhein-maas-nord, Euregio Maas-Rhein	<u>Gruppe 2:</u> Region Sønderjylland/Schleswig, Zukunft SaarMoselle Avenir, Regio Pamina, Euregio via salina, Euregio Zugspitze-Wetterstein-Karwendel, EuRegio Salzburg-Berchtesgardener Land-Traunstein, Euregio Inn-Salzach, EuRegio SaarLuxRhein, Regio TriRhena, Euregio Inntal.	<b>15</b>
mit Beteiligung neuer EU-Mitgliedstaaten	nicht vorhanden	<u>Gruppe 3:</u> Euroregion Pomerania, Euroregion Pro Europa Viadrina, Euroregion Spree-Neiße-Bober, Euroregion Neiße-Nisa-Nysa, Euroregion Elbe/Labe, Euroregion Erzgebirge-Krušnohoří, Euregio Egrensis, Euregio Bayerischer Wald – Böhmerwald – Unterer Inn	<b>8</b>
Summe	<b>5</b>	<b>18</b>	<b>23</b>

Die Bildung von Untergruppen erleichtert zum einen die Übersichtlichkeit, bietet zum anderen aber auch die Möglichkeit, zwischen den Gruppen sowie innerhalb der Gruppen Vergleiche durchzuführen. Im Folgenden werden einige Merkmale der 23 betrachteten Strukturen mit deutscher Beteiligung vertiefend dargestellt. Hierbei werden weitere Unterschiede zwischen den oben genannten Untergruppen deutlich. Eine Übersicht bietet Tabelle 17. Entsprechende Informationen zu den einzelnen Euregios sind Anlage 1 zu entnehmen.

Während die Euregios an der deutsch-niederländisch-belgischen sowie der deutsch-polnisch-tschechischen Grenze (Euregios der Gruppe 1 und 3) überwiegend Gebiete über 10.000 km<sup>2</sup> umfassen, handelt es sich bei den Euregios der Gruppe 2 um vergleichsweise kleine Strukturen. Die größte Gebietsfläche weist die deutsch-polnisch-schwedische Euroregion Pomerania mit 42.000 Quadratkilometer auf. Die deutsch-österreichische Inn-Salzach Euregio mit 570 Quadratkilometer stellt hingegen die kleinste Euregio dar.

**Tabelle 17:** Ausgewählte Merkmale der 23 untersuchten Euregios mit deutscher Beteiligung (Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Anlage 1)

Merkmale		Gruppe 1 – „Alte“ Eu- regios ohne neue EU-Mit- gliedstaaten (N = 5)	Gruppe 2 – „Junge“ Eu- regios ohne neue EU-Mit- gliedstaaten (N = 10)	Gruppe 3 – „Junge“ Eu- regios mit neuen EU- Mitgliedstaa- ten (N = 8)	Summe (N = 23)
Bevölkerungsdichte	< 150 Einwohner/km <sup>2</sup>	1	3	6	10
	> 150 Einwohner/km <sup>2</sup>	4	4	2	10
	keine Angabe	0	3	0	3
Gebietsgröße	< 10.000 km <sup>2</sup>	2	7	3	12
	> 10.000 km <sup>2</sup>	3	0	5	8
	keine Angabe	0	3	0	3
Anzahl der beteiligten Staaten	2	4	8	5	17
	3	1	1	3	5
	4	0	1	0	1
Rechtsform	privatrechtlich	2	4	0	6
	öffentlich-rechtlich	3	1	0	4
	ohne Rechtspersönlichkeit	0	5	8	13

N = Anzahl der untersuchten Euregios

Zudem kann zwischen dicht und vergleichsweise dünn besiedelten Euregio-Gebieten unterschieden werden. So variiert die Bevölkerungsdichte in den untersuchten Euregios zwischen 864 (Region Sønderjylland/Schleswig) und 80 Einwohnern pro Quadratkilometer (Euroregion Pro Europa Viadrina). Dünnbesiedelte Euregios mit einer Einwohnerdichte unter 150 Einwohnern pro Quadratkilometer sind insbesondere an der deutsch-polnisch-tschechischen Grenze anzutreffen (Gruppe 3).

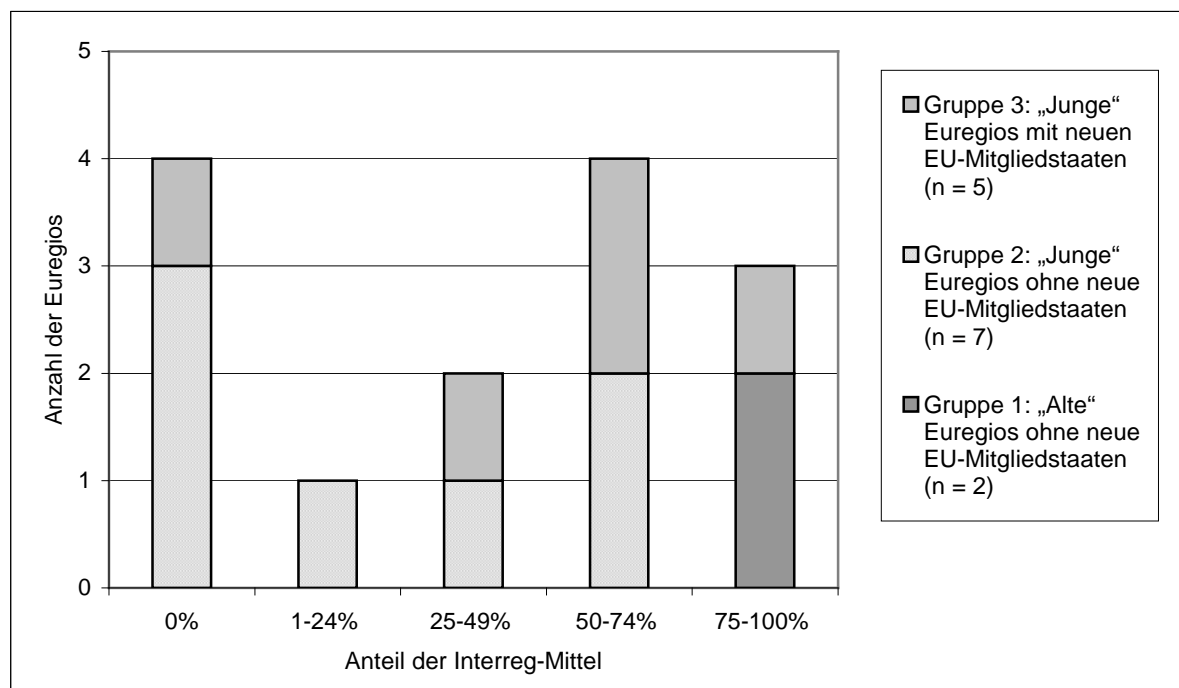
Ein weiteres Unterscheidungsmerkmal stellt die Anzahl der beteiligten Staaten dar. In der Mehrzahl der untersuchten Fälle kooperieren Akteure aus zwei Staaten miteinander. Kooperationen zwischen drei Staaten treten lediglich in fünf der 23 untersuchten Fälle auf. Einen Sonderfall stellt die EuRegio SaarLorLuxRhein dar, an der die vier Staaten Deutschland, Frankreich, Belgien und Luxemburg beteiligt sind.

Des Weiteren zeigen sich bei Euregios mit deutscher Beteiligung verschiedene Rechtsformen. Die höchste Form der Institutionalisierung stellen öffentlich-rechtliche Zweckverbände dar, zu welchen sich die Mitglieder der Euregios Rhein-Waal, Ems Dollart und rhein-maas-nord sowie die deutsch-französische Regio Pamina zusammengeschlossen haben. Diese Form ist in drei der vier Fälle entlang deutsch-niederländischen Grenze anzutreffen (Euregios der Gruppe 1). In den meisten Fällen beruhen die Zusammenschlüsse jedoch auf Vereinbarungen ohne Rechtscharakter. An der deutsch-polnisch-tschechischen Grenze basiert die grenzübergreifende Zusammenarbeit ausschließlich auf solchen Vereinbarungen (Gruppe 3), während im Süden Deutschlands (Gruppe 2) sowohl auf öffentlich-rechtlichen oder privatrechtlichen Vereinbarungen beruhende Zusammenschlüsse als auch Zusammenschlüsse ohne Rechtspersönlichkeit anzutreffen sind.

Zudem unterscheiden sich die Euregios hinsichtlich ihrer personellen und finanziellen Ressourcen. Euregios mit deutscher Beteiligung verfügen über ein eigenes Budget, das sich aus verschiedenen Einkunftsquellen zusammensetzen kann (Beiträge der Mitgliedskommunen,

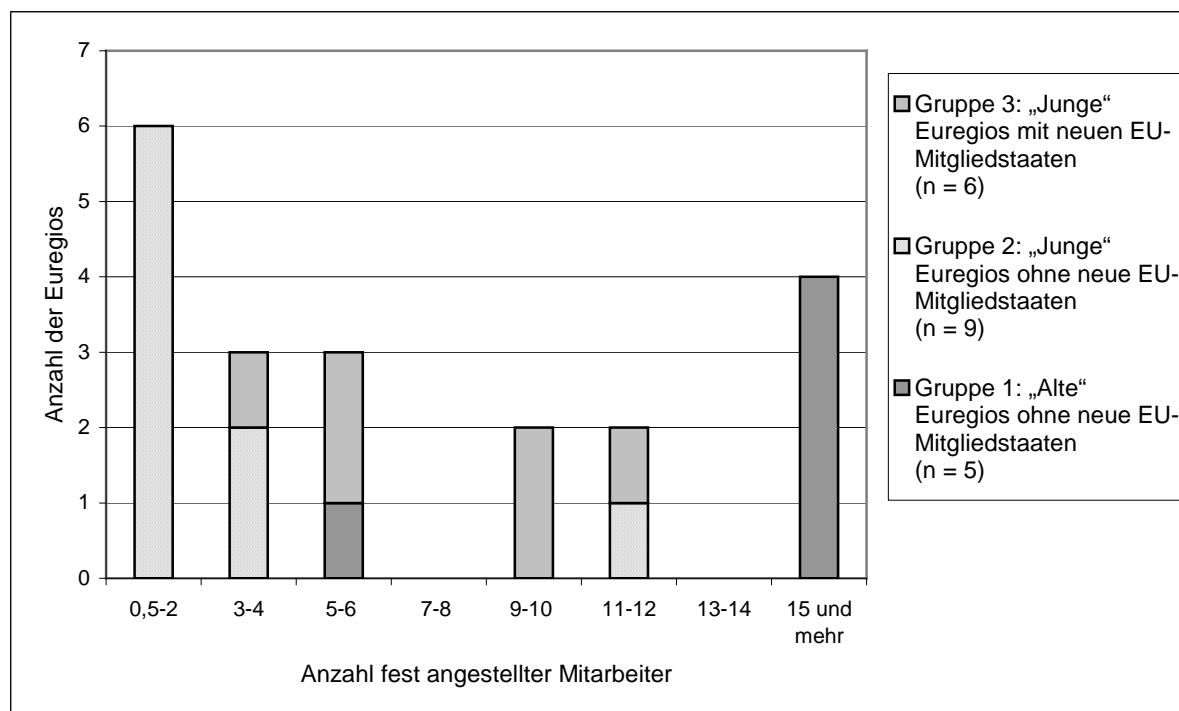
## 7. Euregios: Instrumente der grenzübergreifenden Zusammenarbeit im Gesundheitswesen

nationale Mittel, EU-Mittel wie Interreg-Mittel). Hinsichtlich des Anteils der Interreg-Mittel am Gesamtbudget zeigen sich Unterschiede zwischen den Euregios (Abbildung 14). Während einige Euregios über keinerlei Interreg-Mittel verfügen, stammen in anderen Euregios über zwei Drittel des Budgets aus Interreg-Mitteln. Da lediglich für 61 Prozent der untersuchten Euregios entsprechende Angaben vorliegen, kann keine abschließende Aussage für die einzelnen Untergruppen getroffen werden. Jedoch scheint es so, als ob Euregios der Gruppe 1 sich überwiegend aus Interreg-Mitteln finanzieren, während sich bei den anderen beiden Gruppen ein sehr heterogenes Bild zeigt.



**Abbildung 14:** Euregios mit deutscher Beteiligung – Prozentualer Anteil der Interreg-Mittel am Gesamtbudget (Quelle: eigene Darstellung auf Basis der „Euregio-Befragung“ des Projektes „EUREGIO“, n = Anzahl der Angaben)

Auch hinsichtlich der personellen Ressourcen zeigen sich Unterschiede zwischen den drei Untergruppen (Abbildung 15). Insbesondere den Euregios entlang der deutsch-niederländisch-belgischen Grenze (Gruppe 1) stehen vergleichsweise hohe personelle Kapazitäten zur Verfügung. In vier der fünf Fälle arbeiten hier elf und mehr fest angestellte Mitarbeiter in der Euregio-Geschäftsstelle (MW: 18 Mitarbeiter). An zweiter Stelle stehen die deutsch-tschechischen und deutsch-polnischen Euregios (Gruppe 3), die nach eigenen Angaben im Mittel über acht feste Mitarbeiter verfügen (Min.: drei Mitarbeiter, Max.: zwölf Mitarbeiter). Über die geringsten personellen Kapazitäten verfügen Euregios der Gruppe 2. In acht von neun dieser Euregios (89 Prozent) sind weniger als fünf fest angestellte Mitarbeiter in der Geschäftsstelle beschäftigt (MW: drei fest angestellte Mitarbeiter).



**Abbildung 15:** Euregios mit deutscher Beteiligung – Anzahl fest angestellter Mitarbeiter in den Euregio-Geschäftsstellen (Quelle: eigene Darstellung auf Basis der „Euregio-Befragung“ des Projektes „EUREGIO“, n = Anzahl der Angaben)

Bereits anhand der dargestellten Merkmale lässt sich die Heterogenität der Euregios erkennen. Es kann somit nicht von „der“ Euregio gesprochen werden. Die drei Euregio-Untergruppen weisen einige spezifische Merkmale auf.

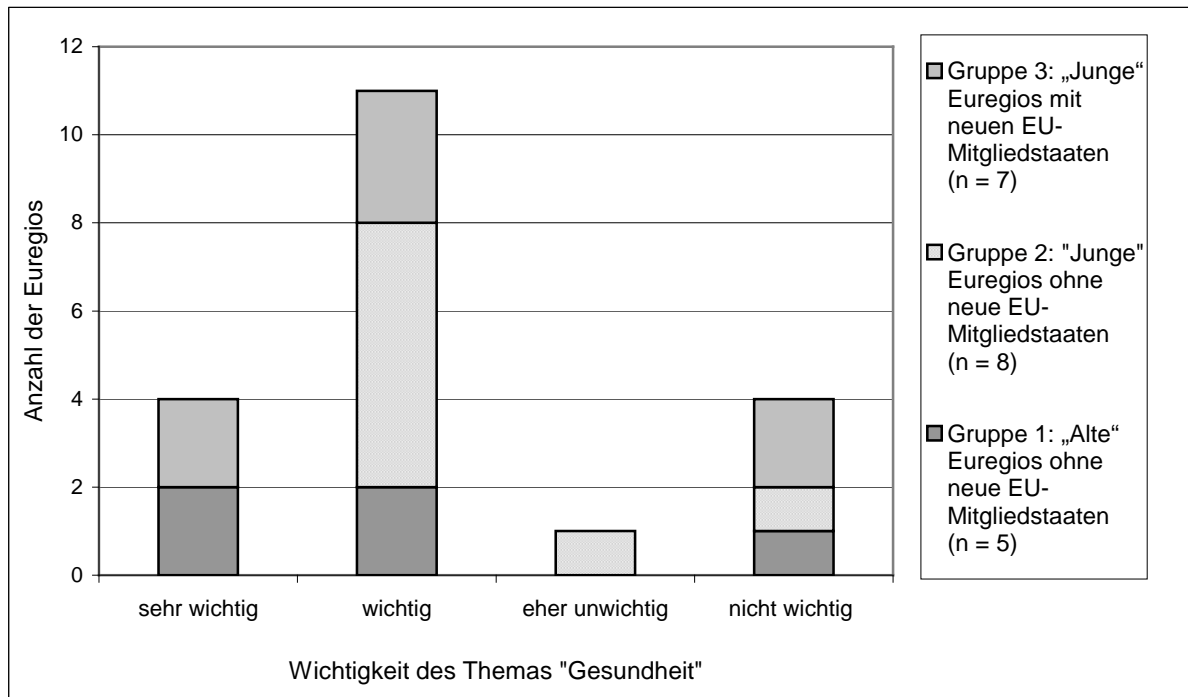
## 7.2 Stellenwert des Themas Gesundheit

In den folgenden Abschnitten wird untersucht, welcher Stellenwert dem Thema „Gesundheit“ in Euregios beigemessen wird. Neben Angaben der Geschäftsstellen zur Wichtigkeit des Themas werden euregionale Gründungsdokumente sowie euregionale Arbeitsgruppen vertiefend untersucht. Als Informationsquellen für die nachfolgenden Kapitel wurden Resultate der im Zeitraum November 2004 bis März 2005 durchgeführten Euregio-Befragung sowie euregionale Gründungsdokumente herangezogen.

### 7.2.1 Wichtigkeit des Themas Gesundheit

Im so genannten Euregio-Fragebogen bewerteten Vertreterinnen und Vertreter der Geschäftsstellen auf einer 4er-Skala von „sehr wichtig“ bis „unwichtig“ die Bedeutung des Themas Gesundheit in ihrer Euregio.<sup>62</sup> Insgesamt 20 der 23 untersuchten Euregios mit deutscher Beteiligung beantworteten diese Frage. Für drei Viertel dieser Euregios (75 Prozent) stellt „Gesundheit“ ein sehr wichtiges oder wichtiges Thema dar. Nur für einen kleinen Teil der Euregios (25 Prozent) ist hingegen „Gesundheit“ eher unwichtig oder sogar kein Thema (Abbildung 16).

<sup>62</sup> Die Frage im Fragebogen lautete: „Wie wichtig ist das Thema Gesundheit bei der grenzübergreifenden Zusammenarbeit in Ihrer Euregio/Euroregion/Arbeitsgemeinschaft?“



**Abbildung 16:** Euregios mit deutscher Beteiligung – Wichtigkeit des Themas „Gesundheit“ (Quelle: eigene Darstellung auf Basis der „Euregio-Befragung“ des Projektes „EUREGIO“, n = Anzahl der Angaben)

Folgende Gründe wurden genannt, warum das Thema „Gesundheit“ als eher unwichtig oder nicht wichtig erachtet wird:

- Grenzübergreifende Probleme sind in dem Bereich vorhanden, es handelt sich hierbei aber um ein zu schwieriges Tätigkeitsfeld (2 Nennungen).
- Das Thema war bislang nicht aktuell (1 Nennung).
- Andere Probleme sind dringlicher (1 Nennung).

Fasst man die Antwortkategorien „sehr wichtig“ und „wichtig“ sowie „eher unwichtig“ und „nicht wichtig“ zusammen, lassen sich zwischen den drei Gruppen keine wesentlichen Unterschiede im Antwortverhalten erkennen (Tabelle 18).

**Tabelle 18:** Euregios mit deutscher Beteiligung – Wichtigkeit des Themas „Gesundheit“ auf einer 4er-Skala von sehr wichtig (1) bis nicht wichtig (4) (Quelle: eigene Darstellung auf Basis der „Euregio-Befragung“ des Projektes „EUREGIO“)

	Sehr wichtig/ wichtig	Eher unwichtig/ nicht wichtig	Mittelwert
Gruppe 1: „Alte“ Euregios ohne neue EU-Mitgliedstaaten (N = 5)	4 (80%)	1 (20%)	2,0
Gruppe 2: „Junge“ Euregios ohne neue EU-Mitgliedstaaten (N = 8)	6 (75%)	2 (25%)	2,4
Gruppe 3: „Junge“ Euregios mit neuen EU-Mitgliedstaaten (N = 7)	5 (71%)	2 (19%)	2,3

N = Anzahl der untersuchten Euregios

Bei den Angaben handelt es sich möglicherweise um (eher) subjektive Einschätzungen der Befragten. Es soll daher geprüft werden, ob sich die „Wichtigkeit“ des Themas Gesundheit auch an anderer Stelle widerspiegelt. Daher werden im Folgenden euregionale Gründungsdokumente sowie euregionale Arbeitskreise näher betrachtet.

### 7.2.2 Gesundheit als Thema in Gründungsdokumenten

Satzungen, Kooperationsverträge oder -vereinbarungen, die hier unter dem Begriff „Gründungsdokumente“ zusammengefasst werden, bilden die Grundlage der grenzübergreifenden euregionalen Zusammenarbeit (Detailinformationen zu diesen Dokumenten enthält Kapitel 6.2.2). In den Gründungsdokumenten werden Ziele benannt, die auch als Leitlinien für die grenzübergreifende Zusammenarbeit verstanden werden können. Diese Zielstellungen sind in einigen Dokumenten sehr allgemein formuliert. In der Mehrzahl der Gründungsdokumente werden jedoch konkrete Themenschwerpunkte benannt. Ein Beispiel für eine eher allgemein formulierte Vereinbarung stellt der Gründungsvertrag der Euroregion Pro Europa Viadrina dar (2001: 39), der darauf abzielt: „[...] 1. ein gutnachbarschaftliches Verhältnis zwischen Deutschen und Polen zu gewährleisten, 2. die regionale Identität der im Grenzraum lebenden Deutschen und Polen durch Gestaltung einer gemeinsamen Zukunftsperspektive zu festigen, 3. den Wohlstand der in der Region lebenden Deutschen und Polen durch die Schaffung einer zukünftigen grenzüberschreitenden integrierten deutsch-polnischen Wirtschaftsregion zu heben, 4. die Idee der europäischen Einheit und der internationalen Verständigung zu fördern, 5. gemeinsame Vorhaben festzulegen und die dafür notwendigen Mittel für ihre Realisierung zu gewinnen“. Auch die Zielstellung in der Rahmenvereinbarung der deutsch-tschechisch-polnischen Euroregion Neisse-Nisa-Nysa, die Statuten der deutsch-niederländisch-belgischen Stichting Euregio Maas-Rhein und der deutsch-französisch-luxemburgerischen EuRegio SaarLorLux sowie die Kooperationsvereinbarung der deutsch-tschechischen Euregio Egrensis sind eher allgemein gehalten. In den Dokumenten dieser Euregios sind keine konkreten Themenfelder aufgeführt. Für die Euregio Inn-Salzach sowie die Euregio Bayerischer Wald-Böhmerwald-Unterer Inn hingegen existiert ein solches Dokument nicht (Tabelle 19).

Die einzelnen Euregios unterscheiden sich jedoch nicht nur in der Zielpräzisierung, sondern auch in der Schwerpunktsetzung voneinander. Die Auswahl der Themen wird nach Schöne (2006: 85) sowohl durch die Situation in den grenzübergreifenden Regionen als auch durch das Engagement der Vertreter der verschiedenen Themenfelder bestimmt. Wie Tabelle 19 zeigt, werden in den Dokumenten unterschiedlichste Themenschwerpunkte benannt. Insgesamt liegen für 16 der 23 Euregios Gründungsdokumente vor, in denen konkrete Themenschwerpunkte aufgeführt werden. Bei diesen Euregios kann unterschieden werden zwischen:

- (a) Euregios, die in ihren Gründungsdokumenten auf wenige Themen fokussieren (z.B. Regio TriRhena) und
- (b) Euregios, die in ihren Gründungsdokumenten eine Vielzahl von Themenfelder nennen (z.B. euregio rhein-maas-nord).

**Tabelle 19:** Euregios mit deutscher Beteiligung - Übersicht über die in Gründungsdokumenten genannten Themenschwerpunkte (Quelle: eigene Darstellung basierend auf den Angaben in Euregio-Gründungsdokumenten<sup>63</sup>)

	„Alte“ Euregios ohne neue EU-Mitgliedstaaten					„Junge“ Euregios ohne neue EU-Mitgliedstaaten										„Junge“ Euregios mit neuen EU-Mitgliedstaaten							
	Ems Dollart Region	Euregio Rhein-Waal	EUREGIO	euregio rhein-maas-nord	Euregio Maas-Rhein	Region Sønderjylland/Schleswig	Zukunft SaarMoselle Avenir	REGIO PAMINA	Euregio via salina	Euregio Zugspitze-Wetterstein-Karwendel	Euregio Salzburg-Berchtesgadener Land-Traunstein	Euregio Inn-Salzach	Euregio Inntal	Regio TriRhena	Euregio SaarLotharingen	Euroregion Pomerania	Euroregion Pro Europa Viadrina	Euroregion Spree-Neisse-Bober	Euroregion Neisse-Nisa-Nysa	Euroregion Elbe/Labe	Euroregion Erzgebirge-Krušnohoří	Euroregion Egreensis	Euregio Bayer. Wald-Böhmer Wald-Unterer Inn
Gesundheitswesen	X	X	X	X	k.A.	X	0	X	X	X	X	---	X	0	k.A.	0	k.A.	0	k.A.	0	X	k.A.	---
Rettungswesen/Katastrophenschutz	X	X	X	X	k.A.	X	0	0	X	X	X	---	X	0	k.A.	X	k.A.	X	k.A.	X	X	k.A.	---
Soziales	X	X	X	X	k.A.	X	0	X	X	X	X	---	X	0	k.A.	0	k.A.	0	k.A.	X	0	k.A.	---
Wirtschaft/wirtschaftliche Entwicklung	X	X	X	X	k.A.	X	X	0	X	X	X	---	X	0	k.A.	0	k.A.	0	k.A.	0	X	k.A.	---
Arbeitsmarkt	0	0	0	X	k.A.	X	0	0	X	X		---	0	0	k.A.	0	k.A.	0	k.A.	0	0	k.A.	---
Verkehr/Transport	X	X	X	X	k.A.	0	0	0	X	X	X	---	X	X	k.A.	X	k.A.	X	k.A.	X	X	k.A.	---
Raumordnung/Planung	X	X	X	X	k.A.	X	X	0	X	X	X	---	X	0	k.A.	X	k.A.	X	k.A.	X	0	k.A.	---
Entwicklung ländl. Räume / Regionalentw.	0	0	0	0	k.A.	X	0	0	0	X	0	---	0	0	k.A.	X	k.A.	0	k.A.	0	X	k.A.	---
Agrarentwicklung/-wirtschaft/Land- & Forstwirtschaft	X	0	X	0	k.A.	0	0	0	X	X	X	---	X	0	k.A.	0	k.A.	0	k.A.	0	0	k.A.	---
Umwelt-/Naturschutz	X	X	X	X	k.A.	X	X	X	X	X	X	---	X	0	k.A.	X	k.A.	X	k.A.	X	X	k.A.	---
Natürliche und technologische Risiken	0	0	0	0	k.A.	0	0	X	X	0	0	---	0	0	k.A.	0	k.A.	0	k.A.	0	0	k.A.	---
Energie	0	0	X	0	k.A.	0	0	0	X	0	0	---	X	0	k.A.	0	k.A.	0	k.A.	0	0	k.A.	---
Abfallwirtschaft	X	X	X	X	k.A.	0	0	0	X	X	X	---	X	0	k.A.	0	k.A.	0	k.A.	0	0	k.A.	---
Kultur	X	X	X	0	k.A.	X	X	X	X	X	X	---	X	X	k.A.	0	k.A.	X	k.A.	X	X	k.A.	---
Sport	X	X	X	0	k.A.	0	0	X	X	X	X	---	X	0	k.A.	0	k.A.	0	k.A.	X	X	k.A.	---
Tourismus/Erholung	X	X	X	X	k.A.	0	X	X	X	X	X	---	X	X	k.A.	0	k.A.	X	k.A.	X	X	k.A.	---
Wissenschaft/Forschung	0	0	0	0	k.A.	0	0	0	X	X	X	---	0	X	k.A.	0	k.A.	0	k.A.	0	X	k.A.	---
Innovation/Technologietransfer	0	0	X	X	k.A.	X	0	0	X	X	X	---	X	0	k.A.	X	k.A.	0	k.A.	0	0	k.A.	---
Schule/Bildung	X	X	X	X	k.A.	0	X	0	X	X	X	---	X	0	k.A.	0	k.A.	X	k.A.	X	X	k.A.	---
Öffentliche Sicherheit	0	X	X	X	k.A.	0	0	0	X	0	X	---	X	0	k.A.	0	k.A.	0	k.A.	0	0	k.A.	---
Infrastruktur	0	0	0	0	k.A.	X	X	0	X	0	0	---	0	0	k.A.	0	k.A.	X	k.A.	X	0	k.A.	---
Kommunikation	X	X	X	X	k.A.	0	0	0	X	0	0	---	X	0	k.A.	0	k.A.	0	k.A.	0	0	k.A.	---
Sprache	0	0	0	0	k.A.	X	0	X	0	0	0	---	0	0	k.A.	0	k.A.	0	k.A.	0	0	k.A.	---

X = Themenfeld im Gründungsdokument aufgeführt  
k.A.= keine Nennung konkreter Themenfelder im Dokument

0 = Themenfeld nicht im Gründungsdokument aufgeführt  
--- = kein entsprechendes Dokument vorhanden

<sup>63</sup> Die einzelnen für die Darstellung genutzten euregionalen Gründungsdokumente sind in der Literaturliste aufgeführt.

Zu den am häufigsten in den Dokumenten genannten Themen (14 und mehr Nennungen) gehören die Themen Umwelt-/Naturschutz, Kultur sowie Tourismus/Erholung (Tabelle 19). Zusätzlich enthalten die Dokumente Querschnittsziele wie z.B. die Erhöhung des Lebensstandards der in der Region lebenden Bevölkerung, die Förderung der nachhaltigen Entwicklung oder die Unterstützung grenzübergreifender Vorhaben.

In 14 der 16 Dokumente (88 Prozent), in denen konkrete Themenschwerpunkte aufgeführt sind, wird das Thema „Gesundheitswesen“ und/oder „Rettungswesen/Katastrophenschutz“ explizit genannt; zehn Euregios führen sogar beide Themen auf. Das Thema „Gesundheit“ spielt demnach in vielen Euregios mit deutscher Beteiligung eine wesentliche Rolle. Eine Ausnahme bilden hier die Strukturen „RegioTriRhena“ und „Zukunft SaarMoselle Avenir“, die andere Themenschwerpunkte nennen. Zudem lässt sich feststellen, dass drei der vier Euregios der Gruppe 3 (deutsch-polnische bzw. deutsch-tschechische Euregios), deren Gründungsdokumente Themenschwerpunkte enthalten, das Thema „Rettungswesen/Katastrophenschutz“, nicht jedoch das Thema „Gesundheitswesen“ aufführen (Tabelle 19).

Es kann erwartet werden, dass Euregios, die das Thema Gesundheit als (eher) unwichtig bewerten, die Themen „Gesundheitswesen“ und oder „Rettungswesen/Katastrophenschutz“ nicht oder zumindest seltener in ihren Gründungsdokumenten benennen als Euregios, für die Gesundheit ein (sehr) wichtiges Thema darstellt. Ein Vergleich dieser beiden Gruppen führt jedoch zu keinem aussagekräftigen Ergebnis, da rund ein Drittel der untersuchten Euregios in seinen Gründungsdokumenten keine Schwerpunkte benennt oder entsprechende Dokumente nicht existieren. Zu diesen Euregios kann keine Aussage getroffen werden. Die oben aufgestellte Vermutung lässt sich daher anhand der Daten weder betätigen noch widerlegen. Es lässt sich lediglich feststellen, dass ein Großteil der Euregios (73 Prozent), für die Gesundheit ein (sehr) wichtiges Thema darstellt, die Themen „Gesundheitswesen“ und/oder „Rettungswesen/Katastrophenschutz“ auch in Gründungsdokumenten aufführt.

### **7.2.3 Arbeitskreise zum Thema Gesundheit**

In Euregios werden verschiedene Organe gegründet, deren Aufgaben und Zusammensetzung zumeist in den Satzungen bzw. Gründungsverträgen der Euregios festgelegt werden. Arbeitsgruppen, die in einigen Euregios auch als Arbeitskreise, Ausschüsse oder Expertengruppen bezeichnet werden, stellen in der Regel die letzte Stufe der euregionalen Organisationsmodelle dar. Diese bi-, tri- bzw. multilateralen Arbeitsgruppen befassen sich mit den fachlichen Belangen und Anliegen des Euregio-Gebietes. Entsprechend dem Bedarf können bereits bestehende Arbeitsgruppen aufgelöst und neue Arbeitsgruppen gegründet werden. Im Laufe der Jahre kann es somit auf Ebene der Arbeitsgruppen zu Veränderungen kommen. Häufig bestehen diese Arbeitsgruppen jedoch über mehrere Jahre oder werden sogar als dauerhafte Strukturen eingerichtet. Wie in Tabelle 20 exemplarisch dargestellt, unterscheiden sich die Euregios sowohl hinsichtlich der Anzahl der Arbeitsgruppen als auch ihrer Themenschwerpunkte. Auch lässt sich bei den Arbeitsgruppen eine große Themenvielfalt erkennen.



**Tabelle 20:** Euregionale Arbeitsgruppen der Euroregionen entlang der deutsch-tschechischen und deutsch-polnischen Grenze (Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Euregio-Websites\*, Euroregion Pro Europa Viadrina 2006: 41, Schöne 2006: 82, Vereinbarung der Euroregion Egrensis)

Name der Euroregion	Titel der (Fach)Arbeitsgruppen/Fachgruppen/Arbeitskreise/Expertengruppen
Euroregion Pomerania	Keine <sup>64</sup>
Euroregion Pro Europa Viadrina	1. Arbeitsgruppe (AG) Projektmanagement, 2. AG Tourismus, 3. AG Wirtschaft
Euroregion Egrensis	1. Ausschuss Wirtschaft, Verkehr, 2. Ausschuss Kultur, 3. Ausschuss Fremdenverkehr, Tourismus, 4. Ausschuss Umweltschutz
Euroregion Erzgebirge-Krušnohoří	1. Arbeitsgruppe (AG) Brandschutz/Katastrophenschutz/Rettungswesen, 2. AG Jugend, Schule, Kultur, 3. AG Museen und Kulturdenkmale, 4. AG Landwirtschaft, 5. AG Soziales, 6. AG Umwelt/Regionalplanung, 7. AG Verkehr, 8. AG Wirtschaft/Tourismus
Euroregion Elbe/Labe	1. Fachgruppe (FG) Tourismus/Wirtschaftsförderung, 2. FG Umweltschutz, 3. FG Kultur, Sport, Bildung, Soziales, 4. FG Raumentwicklung, 5. FG Verkehr; 6. FG Katastrophenschutz
Euroregion Spree-Neisse-Bober	1. Facharbeitsgruppe (FAG) Wirtschaft, Verkehr, Tourismus, 2. FAG Landwirtschaft, Forstwirtschaft, Umwelt, 3. FAG Jugend, Sport, Bildung, Kultur
Euroregion Neisse-Nisa-Nysa	1. Euregionale Arbeitsgruppe (EUREX) Straßenverkehr, 2. EUREX Bahn/ÖPNV, 3. EUREX Wirtschaft, 4. EUREX Radtouristik, 5. EUREX Tourismus, 6. EUREX Saubere Neiße, 7. EUREX Wald, 8. EUREX Krisenmanagement, 9. EUREX Gesundheitsrettungsdienst, 10. EUREX Öffentliche Gesundheit, 11. EUREX Denkmalschutz, 12. EUREX Statistik, 13. EUREX Bibliotheken, 14. EUREX Geschichte, 15. EUREX Bildung, 16. EUREX Chancengleichheit
Euregio Bayerischer Wald-Böhmerwald-Unterer Inn	1. Ausschuss Wirtschaft und Verkehr, 2. Ausschuss Arbeit und Soziales, 3. Ausschuss Tourismus, 4. Ausschuss Land- und Forstwirtschaft

\* <http://www.euroregion-erzgebirge.de>, <http://www.euroregion-elbe-labe.eu/de>, <http://www.euroregion-snb.de/de/>, <http://www.euroregion-neisse.de> (Zugriff: 30.06.2008)

Es gibt jedoch auch Euregios, in denen solche Arbeitsgruppen nicht existieren. So bestehen z.B. in der Euroregion Pomerania in der Praxis ausschließlich grenzübergreifende projektbezogene Arbeitsgruppen (s. Tabelle 20). Auch in einigen anderen Euregios mit deutscher Beteiligung existieren keine euregionalen Arbeitsgruppen (s. Tabelle 21). Einen Sonderfall stellt die Euregio „Zukunft SaarMoselle Avenir“ dar. Die hier bestehende ständige Arbeitsgruppe ist laut Vereinssatzung für allgemeine Aufgaben wie die Koordination und Realisierung von Projekten und Veranstaltungen zuständig. Es handelt sich hierbei somit nicht um eine fachspezifische Arbeitsgruppe. Ein weiterer Sonderfall ist die deutsch-französisch-schweizerische Regio TriRhena. Diese hat keine eigenen Arbeitsgruppen gebildet. Vertreter der Regio TriRhena wirken hingegen in den Arbeitsgruppen der großräumigen Oberrheinkonferenz mit.

Bei der im Zeitraum Dezember 2004 bis März 2005 bei Euregios und ähnlichen grenzübergreifenden Strukturen durchgeführten Befragung wurden auch Informationen zu gesundheitsrelevanten Arbeitsgruppen, Arbeitskreisen und ähnlichen Gremien erhoben. Diese werden im Folgenden unter dem Begriff „Arbeitsgruppen“ zusammengefasst. Die Ergebnisse

<sup>64</sup> In der Euroregion Pomerania existieren keine grenzübergreifenden Arbeitsgruppen als Bestandteil der euregionalen Organisationsstruktur. Jedoch wurden für einige grenzübergreifende Projekte projektbezogene Arbeitsgruppen eingerichtet (Schöne 2006: 81).

sind in Tabelle 21 zusammenfassend dargestellt. Hierbei lassen sich folgende Arten unterscheiden:

- (a) Arbeitsgruppen, die über einen längeren Zeitraum bestehen bzw. sogar fest implementiert und Bestandteil der euregionalen Organisationsstrukturen sind (Kategorie 1)
- (b) Arbeitsgruppen, die im Gebiet der Euregio tätig sind, jedoch nicht Bestandteil der euregionalen Organisationsstrukturen sind (Kategorie 2).<sup>65</sup>

Die Ergebnisse zeigen, dass in vielen Grenzregionen grenzübergreifende Arbeitsgruppen, bestehen, die sich mit gesundheitsrelevanten Themen wie Gesundheitswesen, Rettungswesen und/oder Katastrophenschutz befassen. Insgesamt konnten 14 Euregios identifiziert werden, in denen zum Zeitpunkt der Befragung entsprechende Arbeitsgruppen existierten (Tabelle 21). Innerhalb dieser Gruppe der 14 Euregios kann nochmals unterschieden werden zwischen:

- Euregios, die zum Zeitpunkt der Befragung Arbeitsgruppen der Kategorie 1 eingerichtet hatten (neun Strukturen) und
- Euregios, die ausschließlich Arbeitsgruppen der Kategorie 2 nannten (fünf Strukturen).

Jedoch wurden nicht in allen Euregios gesundheitsrelevante Arbeitskreise eingesetzt. So wurden 13 Euregios identifiziert, in denen nach Angabe der Euregios keine euregionalen gesundheitsrelevanten Arbeitsgruppen existieren (Kategorie 1).<sup>66</sup> Hierbei handelt es sich überwiegend um „junge“ Euregios ohne Beteiligung der neuen Mitgliedstaaten (Gruppe 2). Fünf dieser Euregios gaben jedoch an, dass gesundheitsrelevante Arbeitsgruppen außerhalb der euregionalen Organisationsstrukturen bestehen (Kategorie 2). Insgesamt wurden acht Euregios identifiziert, die weder über Arbeitsgruppen der Kategorie 1 noch über solche der Kategorie 2 verfügen. Auch hierbei handelt es sich überwiegend um Euregios der Gruppe 2 (Tabelle 21).

Anhand der Titel kann nur in einigen Fällen auf die Arbeitsinhalte der Expertengruppen rückgeschlossen werden. So befassen sich elf Arbeitsgruppen in neun Euregios explizit mit dem Thema „Rettungswesen und/oder Katastrophenschutz“. Zudem existieren Arbeitsgruppen, die sich sehr speziellen Themen wie „Krankenhauskooperation“ oder „Patientenberatung und -vertretung“ widmen. In einigen Euregios wird das Thema „Gesundheit“ unter dem Thema „Soziales“ subsummiert (z.B. Euroregion Erzgebirge-Krušnohoří) oder zusammen mit anderen Themen wie z.B. im „Ausschuss für Finanzen, Wirtschaft und Soziales“ der Regio Pamina bearbeitet (s. Tabelle 21). In diesen Fällen bleibt unklar, welchen Stellenwert das Thema „Gesundheit“ in den Arbeitsgruppen einnimmt.

---

<sup>65</sup> Die Zuordnung zu den Kategorien 1 und 2 erfolgte im Anschluss an die Befragung. Hierbei wurden Arbeitsgruppen, die auch in den Organigrammen der Euregios aufgeführt wurden, der Kategorie 1 zugeordnet. Alle übrigen von den Euregio-Geschäftsstellen genannten Strukturen wurden der Kategorie 2 zugeordnet. Die Zuordnung zu den beiden Kategorien wurden von der Autorin vorgenommen, sie basiert somit nicht auf Selbstangaben der Euregio-Geschäftsstellen.

<sup>66</sup> Einen Sonderfall stellen hier die vier Strukturen dar, in denen generell keine grenzübergreifenden Arbeitsgruppen als Bestandteil der euregionalen Organisationsstrukturen existieren: Regio TriRhena, Euregio via salina, Euregio-Inn-Salzach, Euroregion Pomerania (s. Tabelle 21).

**Tabelle 21:** Euregios mit deutscher Beteiligung – Arbeitsgruppen zum Thema Gesundheit, Rettungswesen und/ oder Katastrophenschutz (Quelle: eigene Darstellung auf Basis der „Euregio-Befragung“ des Projektes „EUREGIO“; ergänzt durch Nachrecherchen)

Titel Euregio	Arbeitsgruppen der Kategorie 1		Arbeitsgruppen der Kategorie 2	
	Generell vorhanden	Zum Thema Gesundheit	Titel Arbeitskreis(e) zum Thema „Gesundheit“	Titel Arbeitskreis(e) zum Thema „Gesundheit“
<b>Gruppe 1: „Alte“ Euregios ohne Beteiligung der neuen Mitgliedstaaten</b>				
Euregio Maas-Rhein	X	X	- Kommission für Gesundheit, Soziales, Gesellschaftliche Angelegenheiten und Sicherheit	- Arbeitsgruppe Euregionales Gesundheitswesen - Arbeitsgruppe Patientenberatung und -vertretung - Arbeitsgruppe Katastrophenschutz
EUREGIO	X	X	- Arbeitskreis Gesundheitswesen - Arbeitskreis Öffentliche Sicherheit	- Netzwerk/ Projekt/Stiftung „Euregionales Servicezentrum Gesundheit (ESG)“ - Nordrhein-Westfalen + niederländische Provinzen + Euregios
Euregio Rhein-Waal	X	--		- Runder Tisch Katastrophenschutz - Runder Tisch Rettungsdienst - Euregionales Forum „Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung“
euregio rhein-maas-nord	X	X	- Ausschuss „Government to Government“	- Gesundheitsforum
Ems Dollart Region	X	--		
<b>Gruppe 2: „Junge“ Euregios ohne Beteiligung der neuen Mitgliedstaaten</b>				
Region Sønderjylland/Schleswig	X	X	- Ausschuss für Soziales, Gesundheit	- Ad-hoc-Arbeitsgruppe zur Einrichtung von Rettungshubschrauberdiensten - Ad-hoc-Arbeitsgruppe zu grenzübergreifenden Rettungsdiensten
Regio Pamina	X	X	- Ausschuss für Finanzen, Wirtschaft und Soziales	
Euregio Salzburg-Berchtesgadener Land-Traunstein	X	X	- Facharbeitsgruppe Gesundheit - Facharbeitsgruppe Sicherheit	
Regio TriRhena	-- <sup>67</sup>	---		
Euregio via salina	---	---		- Gesundheitsregion
Zukunft SaarMoselle Avenir	X	---		

X = vorhanden

--- = nicht vorhanden

k.A. = Fragebogen wurde nicht beantwortet

<sup>67</sup> Mitwirkung bei den Arbeitsgruppen der Oberrheinkonferenz

**Tabelle 21 (Fortsetzung):** Euregios mit deutscher Beteiligung – Arbeitsgruppen zum Thema Gesundheit, Rettungswesen und/ oder Katastrophenschutz (Quelle: eigene Darstellung auf Basis der „Euregio-Befragung“ des Projektes „EUREGIO“; ergänzt durch Nachrecherchen)

Titel Euregio	Arbeitsgruppen der Kategorie 1			Arbeitsgruppen der Kategorie 2
	Generell vorhanden	Zum Thema Gesundheit	Titel Arbeitskreis(e) zum Thema „Gesundheit“	Titel Arbeitskreis(e) zum Thema „Gesundheit“
Euregio Zugspitze-Wetterstein-Karwendel	X	---		
Euregio Inn-Salzach	---	---		
Euregio Inntal <sup>68</sup>	X	k.A.	k.A.	k.A.
Euregio SaarLorLuxRhein	X	---		
<b>Gruppe 3: „Junge“ Euregios mit Beteiligung der neuen Mitgliedstaaten (CZ, PL)</b>				
Euroregion POMERANIA	---	---		- Projektgruppen (ohne Titelangabe)
Euroregion Erzgebirge-Krušnohoří	X	X	- Arbeitsgruppe Brandschutz/Katastrophenschutz/ Rettungswesen - Arbeitsgruppe Soziales	
Euroregion Elbe/Labe	X	X	- Fachgruppe Gesundheitswesen und Sozialwesen - Fachgruppe Katastrophenschutz	
Euroregion Spree-Neisse-Bober	X	---		- Deutsch-polnische Gesundheitsakademie - Arbeitskreis Rettungswesen
Euroregion Neisse-Nisa-Nysa	X	X	- Euregionale Expertengruppe Öffentliche Gesundheit - Euregionale Expertengruppe Rettungswesen, Katastrophenschutz, Feuerwehr	
Euregio Bayerischer Wald-Böhmer Wald-Unterer Inn	X	---		- Arbeitskreis Gesundheitsforum Bayern-Österreich - Arbeitskreis Krankenhauskooperation Bayern- Tschechien - Sonstige kleine Arbeitskreise zur Thematik Katastrophenschutz, Bergrettung etc.
Euroregion Pro Europa Viadrina	X	---		
Euroregion Egrensis	X	---		

X = vorhanden

--- = nicht vorhanden

k.A. = Fragebogen wurde nicht beantwortet

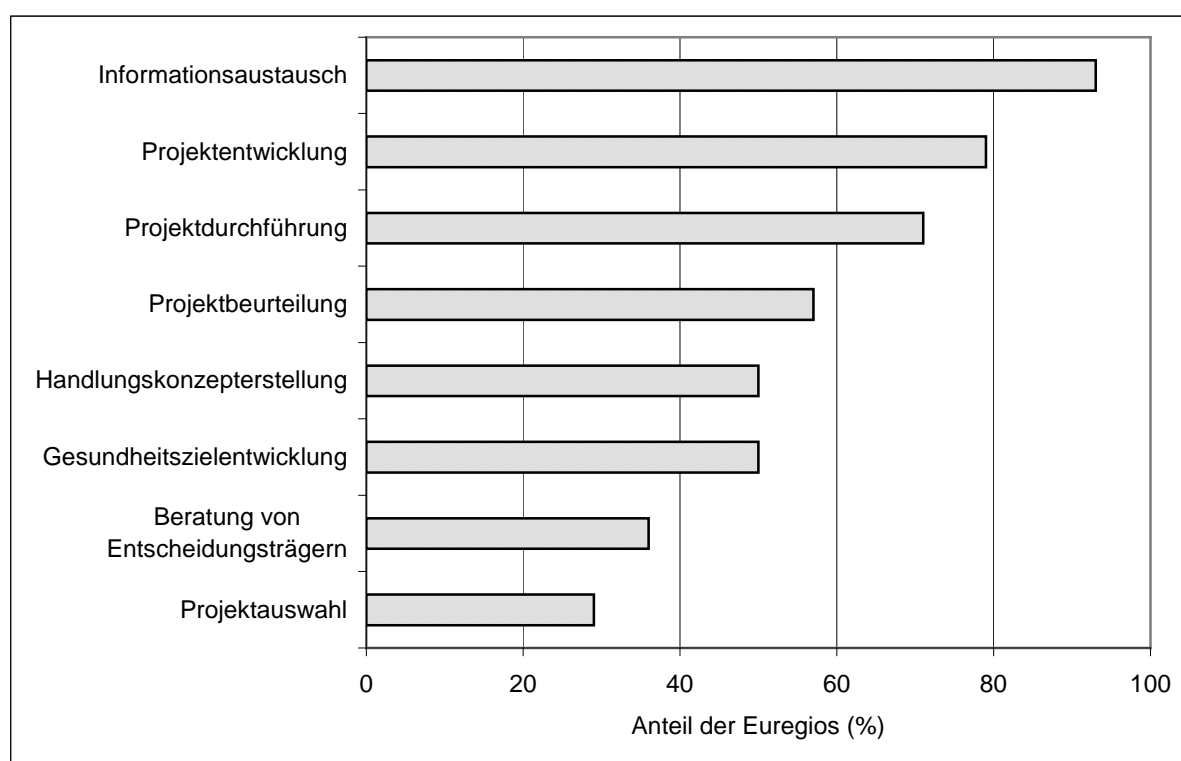
<sup>68</sup> Der Euregio-Fragebogen wurden von der Euregio Inntal nicht beantwortet. Die Euregio hat jedoch laut Satzung zur Bearbeitung von Themen wie Wirtschaft, Tourismus, Katastrophenschutz etc. die Einberufung von Fachbeiräten vorgesehen. Sowohl der Satzung als auch dem Internetauftritt kann nicht entnommen werden, zu welchen Themen entsprechende Facharbeitsgruppen vorgesehen sind.

## 7. Euregios: Instrumente der grenzübergreifenden Zusammenarbeit im Gesundheitswesen

Die Aufgaben grenzübergreifender Arbeitsgruppen, die sich mit dem Thema Gesundheit befassen, sind vielfältig. Zu den am häufigsten genannten Aufgaben gehören (Abbildung 17):

- der Erfahrungs- und Informationsaustausch zwischen Arbeitsgruppenmitgliedern,
- die Entwicklung eigener Projektvorschläge und
- die Durchführung grenzübergreifender Projekte.

Als weitere Aufgaben – nicht in Abbildung 17 dargestellt – wurden von den Euregios unter anderem die Information der Bevölkerung, die Netzwerkbildung sowie der Datenaustausch genannt.



**Abbildung 17:** Euregios mit deutscher Beteiligung – Aufgaben gesundheitsrelevanter Arbeitsgruppen (Angaben von 40 Euregios, Mehrfachnennungen möglich, Quelle: eigene Darstellung auf Basis der „Euregio-Befragung“ des Projektes „EUREGIO“)

Im Folgenden soll untersucht werden, ob sich die Angaben aus den Gründungsdokumenten sowie die Angaben zur Frage nach der Wichtigkeit des Themas Gesundheit in den Arbeitskreisen widerspiegeln.

### Arbeitsgruppen vs. Gründungsdokument

Es kann erwartet werden, dass zu den in Gründungsdokumenten genannten Themenschwerpunkten auch entsprechende euregionale Arbeitsgruppen eingerichtet werden. Vergleicht man die in den Gründungsdokumenten genannten Themenschwerpunkte „Gesundheitswesen“ sowie „Rettungswesen/Katastrophenschutz“ (Tabelle 19) mit den in Tabelle 21 dargestellten euregionalen Arbeitsgruppen, zeigt sich, dass diese Angaben in sechs Fällen

## 7. Euregios: Instrumente der grenzübergreifenden Zusammenarbeit im Gesundheitswesen

nicht deckungsgleich sind. Diese sechs Euregios (Euregio Rhein Waal, Ems Dollart Region, Euregio via salina, Euregio Zugspitze-Wetterstein-Karwendel, Euroregion Pomerania und Euroregion Spree-Neisse-Bober) führten die Themen „Gesundheitswesen“ und/oder „Katastrophenschutz“ in ihren Gründungsdokument auf, verfügten jedoch über keine euregionalen Arbeitsgruppen zum Thema „Gesundheit“ (Tabelle 22).

**Tabelle 22:** Euregios mit deutscher Beteiligung – „Gesundheit“ in euregionalen Gründungsdokumenten und gesundheitsrelevante euregionale Arbeitsgruppen (Darstellung auf Basis der Tabellen 19 und 21)

	Euregionale AG zum Thema „Gesundheit“ vorhanden	Keine euregionale AG zum Thema „Gesundheit“ vorhanden	Keine Angaben vorhanden	Summe
Thema „Gesundheit“ (inkl. Katastrophenschutz/Rettungswesen) im Dokument benannt	7	6	1	14
Thema „Gesundheit“ (inkl. Katastrophenschutz/Rettungswesen) nicht im Dokument benannt	0	2	0	2
Keine Schwerpunkte im Dokument aufgeführt oder Dokument nicht vorhanden	2	5	0	7
Summe	9	13	1	23

Eine Erklärung für diese Abweichung ist, dass die Euregio beschließt, generell keine euregionalen Arbeitskreise einzurichten, weder zum Thema „Gesundheit“ noch zu anderen Themen. Diese Erklärung trifft auf zwei der sechs oben genannten Fälle zu (Euregio via salina, Euroregion Pomerania). Für die übrigen vier „abweichenden“ Fälle gibt es verschiedene mögliche Erklärungen:

1. In der Regel wird nur eine begrenzte Anzahl von Arbeitsgruppen eingerichtet. Euregios wie die Euroregion Neisse-Nisa-Nysa mit insgesamt 16 Arbeitsgruppen (s. Tabelle 20) stellen eine Ausnahme dar. Lediglich zu den wichtigsten Themen werden Arbeitsgruppen eingerichtet. Im Vergleich zu anderen Themen hat „Gesundheit“ nicht oberste Priorität.
2. Die Gründungsdokumente sind zum Teil älteren Datums. Hier genannte Themen spiegeln im Gegensatz zu den Arbeitsgruppen nicht mehr den aktuellen Bedarf wider.
3. Das Thema „Gesundheit“ ist aus Sicht der Euregio ein wichtiges Thema und wird daher als Schwerpunkt im Gründungsdokument aufgeführt. Eine Arbeitsgruppe wird jedoch hierzu nicht gegründet, weil das Thema als zu schwierig erachtet wird.
4. Das Thema „Gesundheit“ ist aus Sicht der Euregio ein wichtiges Thema und wird daher als Schwerpunkt im Gründungsdokument aufgeführt. Es fehlt jedoch seitens der Akteure in der Euregio an Interesse, eine solche Arbeitsgruppe zu gründen.

### Arbeitsgruppen vs. Wichtigkeit des Themas Gesundheit

Die Einrichtung von Arbeitsgruppen zum Thema „Gesundheit“ spiegelt ebenfalls die Bedeutung, die dem Thema seitens der Euregio beigemessen wird, wider. Im Folgenden wird untersucht, ob Euregios, die angaben, dass „Gesundheit“ ein (sehr) wichtiges Thema in ihrer Euregio darstellt, auch entsprechende Arbeitskreise als Bestandteile der euregionalen Organisationsstruktur (Arbeitsgruppen der Kategorie 1) eingerichtet haben. Diese werden im Folgenden als „Euregionale Arbeitsgruppe“ bezeichnet.

Für insgesamt 15 der 20 Euregios, welche die Frage nach der Wichtigkeit des Themas Gesundheit beantworteten, stellt „Gesundheit“ ein sehr wichtiges oder wichtiges Thema dar. Drei dieser 15 Euregios hatten jedoch keine euregionalen Arbeitsgruppen implementiert (weder zu Gesundheit noch zu anderen Themen). Von den übrigen zwölf Strukturen hatten:

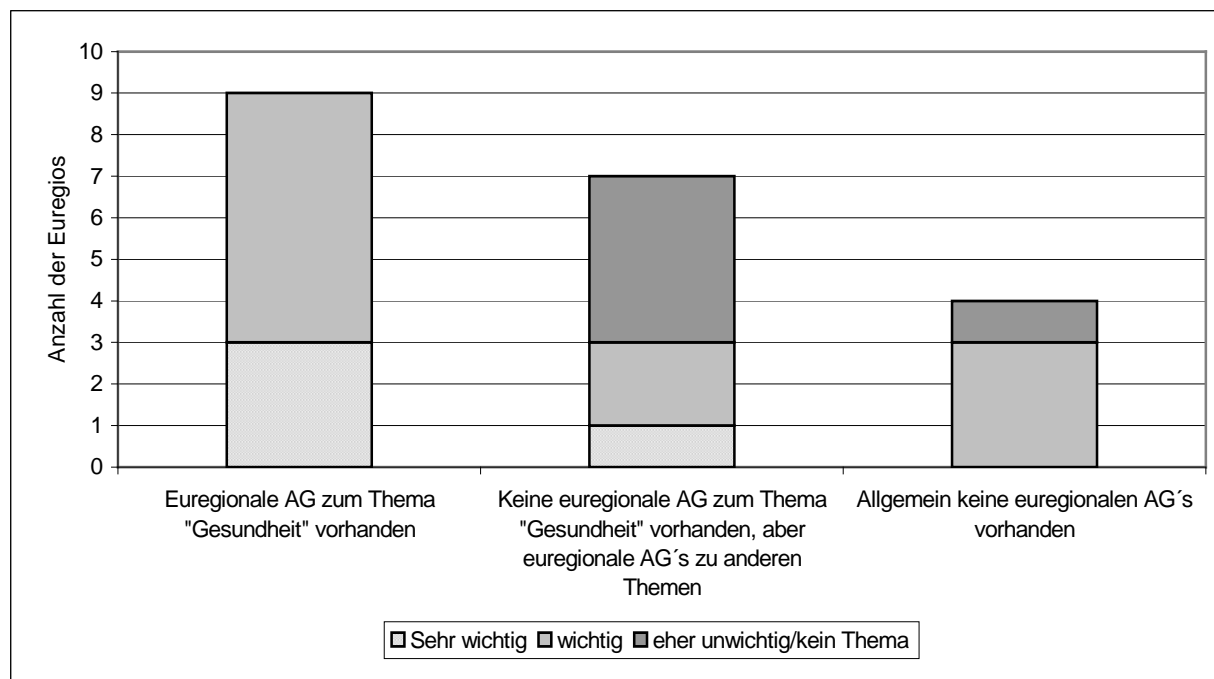
- neun zum Zeitpunkt der Befragung eine Arbeitsgruppe zum Thema „Gesundheit“ als Bestandteil der Euregio-Organisation eingerichtet und
- drei euregionale Arbeitsgruppen zu anderen Themen als Gesundheit implementiert (s. Abbildung 18).

Die Angaben der zuletzt genannten Euregios scheinen auf den ersten Blick widersprüchlich. Sie sollen daher näher untersucht werden. Hierbei handelt es sich um die Euregios Rhein-Waal, Bayerischer Wald – Böhmer Wald – Unterer Inn und Zugspitze – Wetterstein – Karwendel. In der Euregio Rhein-Waal bestehen drei feste Ausschüsse: der Ausschuss für Finanzen und Projekte, der Ausschuss für Wirtschaft sowie der Ausschuss für grenzüberschreitende Verständigung (URL 45). Diese befassen sich eher mit Querschnittsaufgaben. Ergänzend können laut Satzung der Euregio bei Bedarf weitere projektbezogene Arbeitsgruppen eingerichtet werden. Dies ist den Angaben der Euregio zufolge geschehen (s. Tabelle 21). In der Euregio Bayerischer Wald – Böhmer Wald – Unterer Inn arbeiten vier euregionale Ausschüsse zu den Themen Wirtschaft und Verkehr, Arbeit und Soziales, Tourismus sowie Land- und Forstwirtschaft (URL 46). Auch wenn sich diese euregionale Arbeitsgruppen nicht mit dem Thema Gesundheit befassen, haben sich im Gebiet der Euregio Fachleute zu gesundheitsrelevanten Arbeitsgruppen zusammengefunden (s. Tabelle 21). Einzig in der Euregio Zugspitze-Wetterstein-Karwendel gibt es den Angaben der Euregio zufolge auch außerhalb der euregionalen Organisationsstrukturen keine Arbeitsgruppe zum Thema „Gesundheit“. Die Euregio selbst hat sich auf wenige Themen beschränkt, die in gemeinsamen festen Arbeitskreisen bearbeitet werden: Tourismus/Sport, Land- und Forstwirtschaft sowie Euregionale Wirtschaftsplattform (URL 47).

Fünf Euregios bewerteten das Thema „Gesundheit“ als (eher) unwichtig. In keiner dieser Strukturen wurden entsprechende euregionale Arbeitsgruppen zum Thema „Gesundheit“ eingerichtet (s. Abbildung 18).<sup>69</sup>

---

<sup>69</sup> Hierzu ist anzumerken, dass in einem Fall auch zu anderen Themen keine euregionalen Arbeitsgruppen eingerichtet wurden.



**Abbildung 18:** Euregios mit deutscher Beteiligung – Einschätzung der Wichtigkeit des Themas Gesundheit und Einrichtung euregionaler Arbeitsgruppen zum Thema „Gesundheit“ (Angaben von 20 Euregios, Quelle: eigene Darstellung auf Basis der „Euregio-Befragung“ des Projektes „EUREGIO“)

### 7.3 Die Rolle der Euregios bei der Planung und Umsetzung von Interreg-Programmen

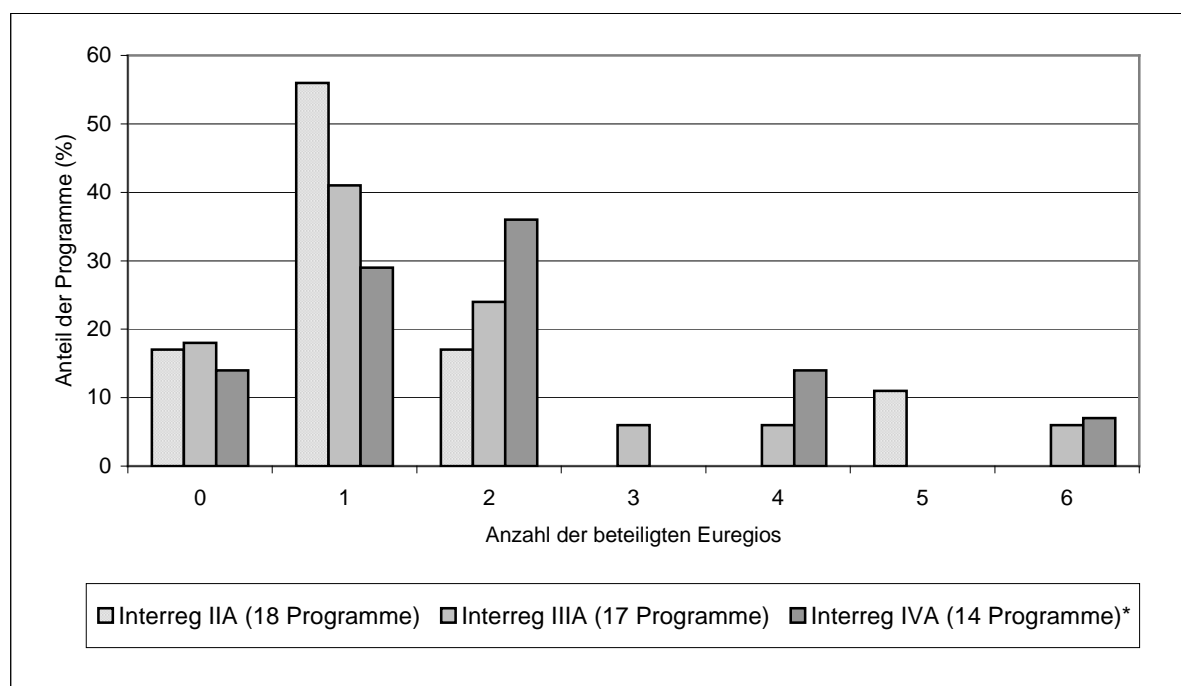
Euregios und Interreg-Programme sind in unterschiedlichster Weise räumlich verflochten. In einigen Fällen, wie im Fall der Euregio Maas-Rhein, sind Interreg- und Euregio-Gebiet nahezu identisch. Es können sich jedoch auch – wie im Fall der deutsch-niederländischen Euregios – mehrere Euregios zu einem Interreg-Programm zusammenschließen. Zudem gibt es Euregios wie die Euregio via salina, die zwei Interreg-Programmgebieten angehören sowie Programmgebiete, in denen keine Euregios angesiedelt sind. Anlage 4 bietet eine Übersicht über die 23 untersuchten Euregios mit deutscher Beteiligung und ihre Zugehörigkeiten zu den Gebieten der einzelnen Interreg IIA-, IIIA- und IVA-Programme.

Die Anzahl der in den einzelnen Interreg-Programmen angesiedelten Euregios ist unterschiedlich. Entlang der deutschen Grenze sind in Interreg-Programmen zwischen Null bis zu maximal sechs Euregios zu finden (Abbildung 19, s.a. Anlage 4). In der Mehrzahl der Programmgebiete existiert eine (Interreg IIA und IIIA) bzw. zwei Euregios (Interreg IVA).<sup>70</sup> Nicht in allen Interreg-Programmgebieten sind Euregios anzutreffen. So ist z.B. im deutsch-dänischen Interreg IVA-Programmgebiet „Fehmarnbeltregion“ keine Euregio angesiedelt. In dem operationellen Interreg IVA-Programm „Fehmarnbeltregion“ wurde daher auch die Etablie-

<sup>70</sup> Aufgrund der Verschmelzung von Interreg-Gebieten in der Förderperiode Interreg IVA wurden Euregios, die zuvor getrennten Programmen angehörten, in einem Programmgebiet zusammengeführt. Somit stieg in einigen Programmgebieten die Anzahl der dort angesiedelten Euregios.



rung einer grenzübergreifenden Struktur nach dem Beispiel bestehender Euregios angeregt.<sup>71</sup>



**Abbildung 19:** Euregios mit deutscher Beteiligung – Anzahl der an Interreg IIA-, IIIA- und IVA-Programmen beteiligten Euregios (Darstellung auf Basis der Anlage 4)

\* An dem Interreg IVA-Programm „Region Südliche Ostsee“ ist neben der Euroregion Pomerania auch die Euroregion Baltic (DK/LT/PL/RU/SE) beteiligt. Die Euroregion Baltic wurde in der Abbildung jedoch nicht berücksichtigt, da Deutschland an dieser nicht mitwirkt.

Im Folgenden wird die Rolle von Euregios mit deutscher Beteiligung an der Erstellung und Umsetzung von Interreg-Programmen untersucht. An der Erstellung solcher Programme ist eine Vielzahl von Akteuren auf lokaler und regionaler Ebene beteiligt (s. hierzu auch Kapitel 2.3.2). Um festzustellen, ob bzw. welche der 23 im vorangegangenen Kapitel untersuchten Euregios an der Entwicklung von Interreg-Programmen beteiligt sind, wurden die 17 operationellen Interreg IIIA- sowie die 14 Interreg IVA-Programme mit deutscher Beteiligung analysiert.<sup>72</sup> In der Regel enthalten diese Dokumente Kapitel oder zumindest Abschnitte, in denen der Prozess der Programmerstellung beschrieben und die an der Programmerstellung beteiligten Akteure benannt werden.

<sup>71</sup> In dem operationellen Interreg IVA-Programm „Fehmarnbeltregion“ (Seite 53) heißt es hierzu: „Das Ziel zur besseren Integration in der Region kann optimaler erreicht werden, wenn neben den reinen Aktivitäten von INTERREG bzw. der Europäischen Territorialen Zusammenarbeit, Strukturen bestehen, die den Integrationsprozess begleiten und alle Fragen der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit bearbeiten können. Eine Form der Institutionalisierung nach dem Beispiel anderer EUREGIOS mit eigenem Gremium, kann eine Begleitung der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit auch über die Förderung der Gemeinschaft hinaus gewährleisten. Dafür müssen geeignete Konzepte mit den politischen und regionalen Akteuren erarbeitet werden.“ Zum Programmgebiet gehören auf deutscher Seite die Kreise Ostholstein und Plön sowie die Hansestadt Lübeck, auf dänischer Seite die Partnerregion Sjælland.

<sup>72</sup> Die Dokumentenanalyse beschränkt sich auf Dokumente der Förderperioden Interreg IIIA und IVA, da Dokumente vorangegangener Förderperioden nur in seltenen Fällen öffentlich zugänglich sind.

Sowohl für die Förderperiode Interreg IIIA als auch IVA konnte für jeweils 18 der 23 untersuchten Euregios eine Beteiligung an der Erstellung „ihrer“ Interreg-Programme nachgewiesen werden (Anlage 5). Der Beitrag der Euregios bzw. ihrer Vertreter bei der Programmentwicklung besteht in:

- der Beteiligung an Expertengruppen, die zur Erstellung der Programmdokumente gegründet werden,
- der Erstellung von Positions-, Strategiepapieren bzw. Handlungskonzepten, die in die Programmdokumente einfließen,<sup>73</sup>
- der Kommentierung der Entwurfss Fassungen und/oder
- der Verabschiedung der Programmdokumente.

In einigen Interreg-Dokumenten sind die am Prozess beteiligten Institutionen jedoch nicht näher aufgeführt. Für diese Strukturen (je vier Euregios in den Förderperioden Interreg IIIA und IVA) kann somit keine Aussage über eine Beteiligung getroffen werden.<sup>74</sup> Lediglich für die deutsch-dänische Region Sønderjylland-Schleswig lässt sich feststellen, dass diese sowohl in der Förderperiode Interreg IIIA als auch Interreg IVA nicht an der Erstellung „ihres“ Interreg-Programms beteiligt war.<sup>75</sup> Eine zusammenfassende Übersicht über die Ergebnisse der Dokumentenanalyse bietet Anlage 5.

**Tabelle 23:** Kooperationseinrichtungen der Förderperiode Interreg IIIA und ihre Aufgaben (Darstellung auf Basis der Interreg IIIA-Leitlinien – Kommissionsmitteilung 2000/C 143/08)

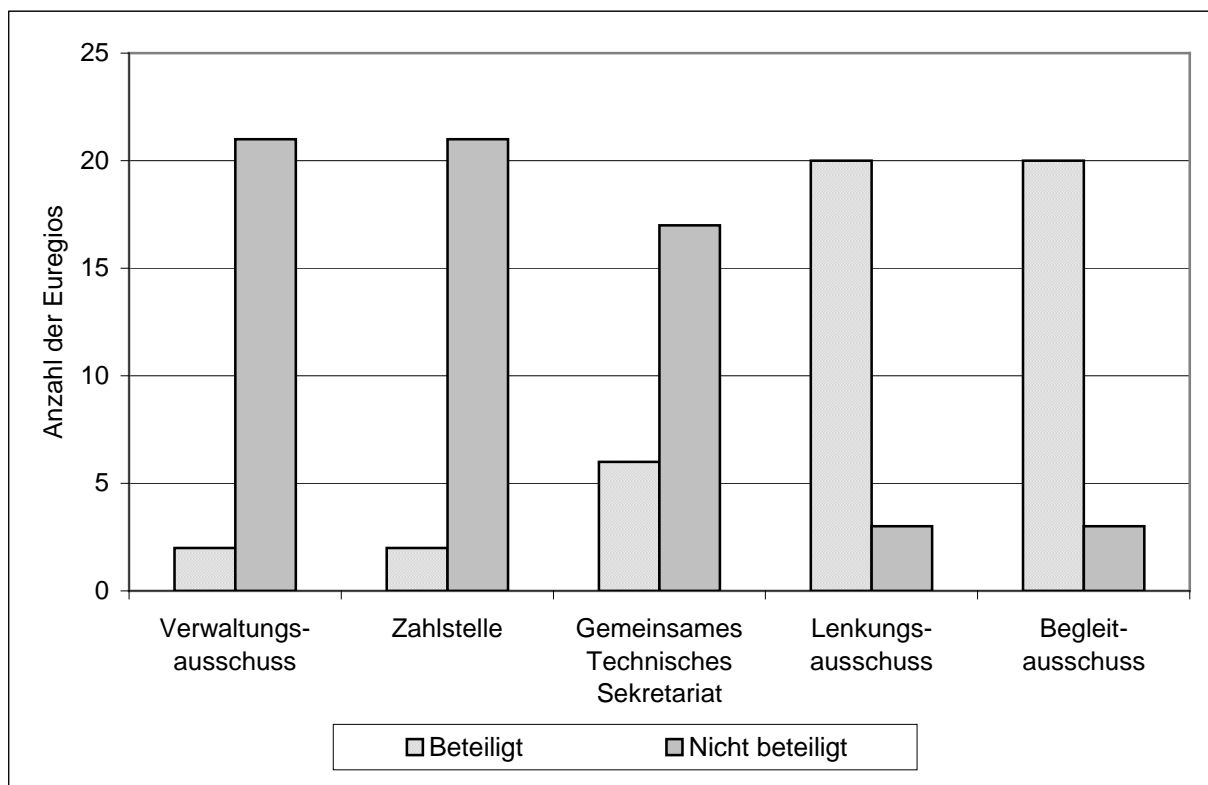
Kooperationseinrichtung	Aufgaben
Gemeinsames technisches Sekretariat	Praktische Abwicklung des Programms und Unterstützung der Verwaltungsbehörde
Verwaltungsbehörde	Vorbereitung der Entscheidungen von Begleitausschuss und Lenkungsausschuss bzw. Lenkungsausschüssen, erste Beurteilung der Projektvorschläge oder Koordinierung der Projektbeurteilung, Koordination der Aktivitäten der gegebenenfalls für die Durchführung der einzelnen Teilprogramme und Maßnahmen benannten Behörden oder Einrichtungen etc.
Begleitausschuss	Unter anderem Festlegung der Projekt-Auswahlkriterien, Begleitung und Bewertung des Gesamtprogramms
Zahlstelle	Unter anderem Anforderung der Fördergelder bei der Kommission und Auszahlungen der Gelder an die Projektträger
Lenkungsausschuss bzw. Lenkungsausschüsse	Unter anderem Auswahl der Projekte und Begleitung der Projektdurchführung

<sup>73</sup> Entsprechende Dokumente wurden z.B. von der Kommunalgemeinschaft Europaregion Pomerania e.V. (2006), der Euroregion Pro Europa Viadrina (2006) und der EUREGIO (2006) erstellt.

<sup>74</sup> War eine Euregio an mehreren Interreg-Programmen beteiligt und lagen zu einem der Programme keine Angaben über die Beteiligung der Euregio vor, wurde diese ebenfalls auf keine Angabe gesetzt.

<sup>75</sup> Die Struktur „Region Sønderjylland-Schleswig“ besteht unabhängig von der INTERREG Programmverwaltung. Zwischen den Interreg-Programmakteuren und der Region Sønderjylland-Schleswig erfolgt jedoch eine laufende gegenseitige Unterrichtung und Abstimmung von Vorhaben (OP Interreg IVA Syddanmark-Schleswig-K.E.R.N. 2007: 5).

Nach Erstellung der Programmdokumente und ihrer Genehmigung durch die EU-Kommission kann die Umsetzung der Programme beginnen. Für jedes Interreg-Programm werden hierfür organisatorische Strukturen eingerichtet. Diese sollen die Durchführung, Begleitung und Verwaltung der Programme gewährleisten. Die Europäische Kommission macht hierzu entsprechende Vorgaben. So waren die einzelnen Programme in der Förderperiode Interreg IIIA entsprechend der Mitteilung (2000/C 143/08) der Kommission an die Mitgliedstaaten vom 28.04.2000 über die Leitlinien INTERREG III gehalten, ein gemeinsames technisches Sekretariat, eine Zahlstelle, eine Verwaltungsbehörde, einen Begleitausschuss sowie einen oder ggf. mehrere Lenkungsausschüsse einzurichten. Die Aufgaben dieser Strukturen sind in Tabelle 23 beschrieben.



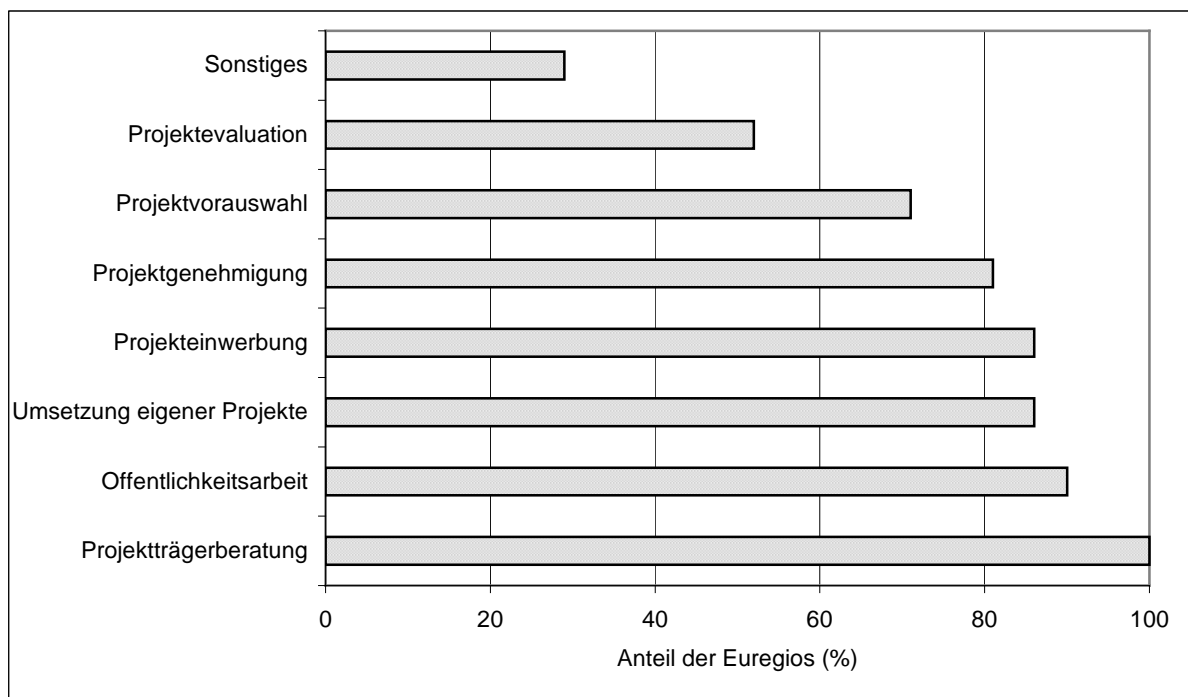
**Abbildung 20:** Euregios mit deutscher Beteiligung – Beteiligung an Interreg IIIA-Kooperationsstrukturen (Darstellung auf Basis der Anlage 5)

Um zu klären, an welchen Interreg IIIA-Strukturen „ihres“ Programms die 23 Euregios mit deutscher Beteiligung mitwirkten, wurden die operationellen Interreg IIIA-Programme mit deutscher Beteiligung analysiert.<sup>76</sup> Die Ergebnisse sind in Anlage 5 zusammengestellt. Für die Durchführung der Programme sind insbesondere der Begleitausschuss, der Lenkungsausschuss sowie das gemeinsame technische Sekretariat (GTS) zuständig. Wie Abbildung 20 zeigt, waren lediglich drei Euregios nicht in den Lenkungs- und Begleitausschüssen ihrer Interreg IIIA-Programme beteiligt. Hierbei handelt es sich um die deutsch-belgisch-französisch-luxemburgerische EuRegio SaarLorLuxRhein, die deutsch-französische Zukunft Saar-

<sup>76</sup> In der aktuellen Förderphase Interreg IVA (2007-2013) kam es zu Änderungen der Namen und Funktionen der Interreg-Strukturen. Ein direkter Vergleich der Förderphasen Interreg IIIA und IVA ist daher nicht möglich. Die vorliegende Analyse beschränkt sich daher auf die Förderphase Interreg IIIA.

Moselle Avenir und die deutsch-dänische Region Sønderjylland-Schleswig. Die gemeinsamen technischen Sekretariate, die im Wesentlichen für das Programmmanagement zuständig sind, waren hingegen nur in einigen Euregios angesiedelt: der Euregio Maas-Rhein, der Euregio Rhein-Waal, der Ems Dollart Region sowie dem Zweckverband Regio Pamina. Zudem waren in der Euregio „EUREGIO“ sowie in der euregio rhein-maas-nord Geschäftsstellen angesiedelt, welche nur für das Teilprogramm des Euregio-Gebietes zuständig waren. Mit Ausnahme der deutsch-französischen Regio Pamina handelt es sich hierbei um Euregios, die bereits in den 1970er Jahren gegründet wurden. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass nahezu alle Euregios über ihre Beteiligung in Interreg-Ausschüssen an der Umsetzung und in einigen Fällen in der Funktion des GTS oder über die Verwaltung so genannter Kleinprojektfonds<sup>77</sup> (nicht in Anlage 5 dargestellt) in das Management der Interreg IIIA-Programme eingebunden sind.

Einen detaillierteren Einblick in die Aufgaben der Euregios bei der Umsetzung von Interreg-Programmen bietet Abbildung 21. Zu den häufigsten Aufgaben gehörten nach Mitteilung der Euregio-Geschäftsstellen in der Förderperiode Interreg IIIA die Beratung der Projektträger, die Öffentlichkeitsarbeit und die Umsetzung eigener Projekte. Neben den in Abbildung 21 dargestellten Aufgaben können Euregios auch an der finanziellen Abwicklung der Programme und der Entwicklung von Interreg-Projekten beteiligt sein.



**Abbildung 21:** Euregios mit deutscher Beteiligung – Aufgaben der Euregios zur Umsetzung der Gemeinschaftsinitiative Interreg IIIA (Angaben von 21 Euregios, Mehrfachnennungen möglich; Quelle: eigene Darstellung auf Basis der „Euregio-Befragung“ des Projektes „EUREGIO“)

<sup>77</sup> Hierbei handelt es sich um Fonds, die gesondert für Projekte mit einem geringen Finanzvolumen zur Verfügung gestellt werden. Diese werden auch als „Small Projekt Fonds“ oder „People-to-People Projekte“ bezeichnet.

## 7.4 Zusammenfassung

Insgesamt wurden 23 Euregios mit deutscher Beteiligung untersucht. Diese unterscheiden sich hinsichtlich der Gebietsgröße, der Bevölkerungsdichte sowie einer Reihe weiterer Merkmale. Es kann somit nicht von der Euregio gesprochen werden.

Den Ergebnissen zufolge hat das Thema „Gesundheit“ in vielen Euregios einen hohen Stellenwert:

- Für 15 Euregios stellt „Gesundheit“ ein sehr wichtiges oder wichtiges Thema dar.
- In 16 Euregios existieren euregionale Gründungsdokumente, in denen Themenschwerpunkte benannt werden. Von diesen führen nahezu alle (88 Prozent) das Thema „Gesundheitswesen“ und/oder „Rettungswesen/Katastrophenschutz“ explizit als Schwerpunkt auf.
- In der themenspezifischen Arbeit nehmen die Arbeitsgruppen in den Euregios eine zentrale Rolle ein. Es wurden insgesamt 14 Euregios mit deutscher Beteiligung identifiziert, in denen grenzübergreifende Arbeitsgruppen bestehen, die sich mit gesundheitsrelevanten Themen wie Gesundheitswesen, Rettungswesen und/oder Katastrophenschutz befassen. Dies entspricht einem Anteil von 61 Prozent der insgesamt untersuchten Euregios. Eine wichtige Rolle nehmen hier die „euregionale Arbeitsgruppen“ ein, bei denen es sich in der Regel um Strukturen handelt, die über viele Jahre bis Jahrzehnte bestehen. Zum Thema Gesundheit richteten neun der 14 Euregios solche euregionale Arbeitsgruppen ein, welche durch eine Vielzahl von Aktivitäten dazu beitragen, das Thema Gesundheit in den Grenzregionen voranzutreiben.

Überwiegend führten Euregios, die das Thema „Gesundheit“ für (sehr) wichtig erachteten, auch in ihren Gründungsdokumenten „Gesundheitswesen“ und/oder „Rettungswesen/Katastrophenschutz“ als Arbeitsschwerpunkte auf und implementierten entsprechende Arbeitsgruppen. Für einige Euregios (25 Prozent) ist Gesundheit jedoch ein (eher) unwichtiges Thema. So haben z.B. in der deutsch-niederländischen Ems Dollart Region und der deutsch-polnischen Euroregion Pro Europa Viadrina andere Themen höhere Priorität. Entsprechende euregionale Arbeitsgruppen zum Thema Gesundheit wurden hier nicht eingerichtet.

Hinsichtlich der Mitwirkung der Euregios an Interreg-Programmen zeigt sich, dass ein Großteil der untersuchten Euregios an der Erstellung „ihrer“ Interreg-Programme beteiligt war. Euregios mit deutscher Beteiligung haben somit einen Einfluss auf die Ausgestaltung der Programme und können dazu beitragen, dass das Thema Gesundheit Beachtung findet und an Stellenwert gewinnt. Des Weiteren konnte nachgewiesen werden, dass die betrachteten Euregios eine Vielzahl von Aufgaben wahrnehmen, die zur Umsetzung der Interreg-Programme beitragen. Über ihre Funktion als Berater für Projektträger und ihre Beteiligung an der Projektauswahl und -genehmigung haben Euregios in gewissen Umfang einen Einfluss auf die Qualität von Gesundheitsprojekten. Durch die Beteiligung an Interreg-Strukturen wird ihnen eine wesentliche Schlüsselrolle bei der Programmumsetzung zuerkannt.

## Kapitel 8

# Das EU-Förderprogramm Interreg als Instrument der grenzübergreifenden Zusammenarbeit im Gesundheitswesen

Neben Euregios stellt das seit den 1990er Jahren bestehende EU-Förderprogramm „Interreg“ ein wichtiges Instrument der grenzübergreifenden Zusammenarbeit dar. Nach den Förderperioden Interreg I (1990-1993), Interreg II (1994-1999) und Interreg III (2000-2006) befindet sich das Programm mit Interreg IV (2007-2013) nun in seiner vierten Förderphase. Über dieses Förderprogramm wurde bereits eine Vielzahl grenzübergreifender Projekte in den verschiedensten Themenfeldern finanziell gefördert, hierunter auch Projekte im Gesundheitswesen. Interreg trägt somit als Finanzierungsinstrument zur grenzübergreifenden Zusammenarbeit im Gesundheitssektor bei.

Wie in Kapitel 2.3 bereits erläutert, werden seit der Förderperiode Interreg II die Ausrichtungen A, B und C unterschieden. Die grenzübergreifende Zusammenarbeit direkt benachbarter Staaten wird über die Ausrichtung A gefördert. Das vorliegende Kapitel befasst sich mit Interreg-Programmen der Ausrichtung A, an denen Deutschland beteiligt ist. Als Informationsquellen dienten die Ergebnisse der bei IIIA-Programmen mit deutscher Beteiligung durchgeführten schriftlichen Befragungen („Interreg-Befragung“) sowie Dokumente und Internetseiten der Interreg-Programme.

### 8.1 Interreg-Programme mit deutscher Beteiligung

Bei grenzübergreifenden Interreg-Programmen lassen folgende „Programmtypen“ unterscheiden (INTERACT Programme Secretariat 2005a: 22):

1. Programme mit ausschließlicher Beteiligung der EU-15-Staaten<sup>78</sup>,
2. Programme an den Außengrenzen der EU-15-Staaten, an den die Nicht-EU-Mitgliedstaaten Schweiz, Liechtenstein und Norwegen mitwirken,
3. Programme an den Außengrenzen der EU-15-Staaten, an denen auch neue EU-Mitgliedstaaten wie z.B. Polen beteiligt sind, und
4. Programme an den EU-Außengrenzen mit Beteiligung von Drittstaaten wie z.B. Marokko oder Russland.

Programme mit deutscher Beteiligung können der Gruppe 1, 2 oder 3 angehören. Bei der Mehrzahl der Interreg-Programme mit deutscher Beteiligung handelt es sich um Programme der Gruppe 1, d.h. um Programme mit ausschließlicher Beteiligung der EU-15-Staaten (s. Anlage 3).

Programme der Gruppe 1 und 2 verfügen in der Regel über langjährige Erfahrungen mit Interreg. So sind z.B. die deutsch-niederländisch-belgische Euregio Maas-Rhein, die deutsch-dänische Region Storstrøm/Ostholstein-Lübeck oder auch das deutsch-französisch-schwei-

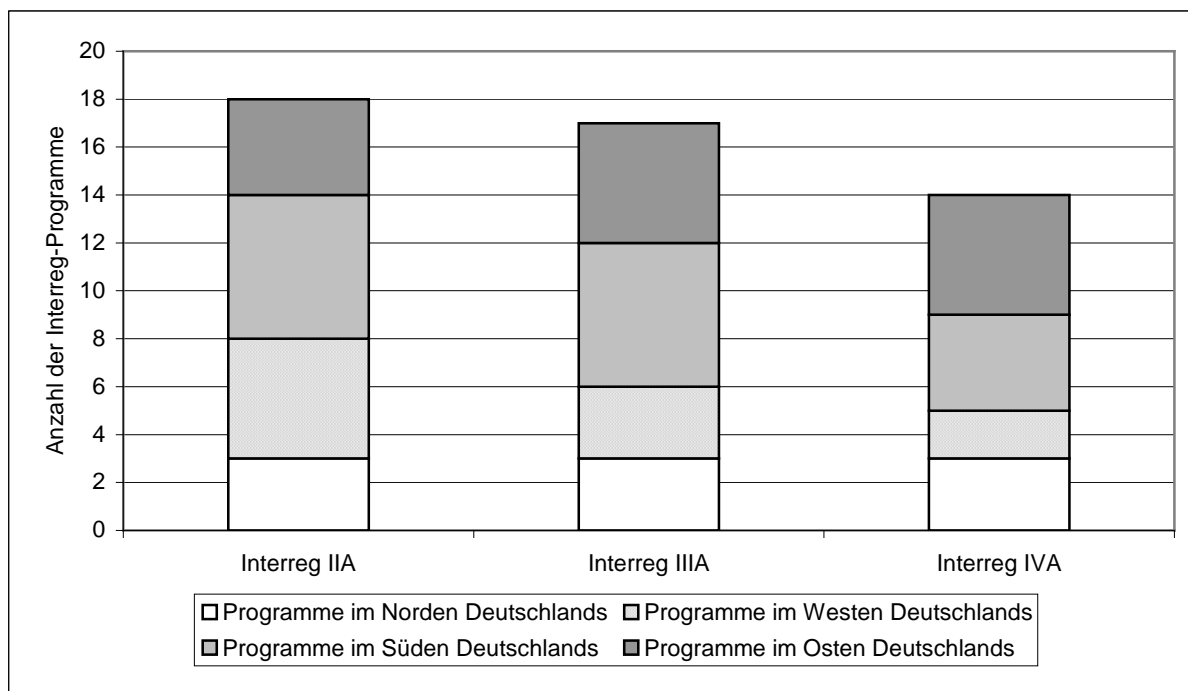
---

<sup>78</sup> Hierzu gehören die 15 Mitgliedstaaten, die bis zum 30. April 2004 die EU bildeten.

## 8. Das EU-Förderprogramm Interreg

zerische Gebiet Oberrhein Mitte-Süd bereits seit Anfang der 1990er Jahre am Förderprogramm Interreg beteiligt. Programme der Gruppe 1 können im Norden, Westen oder Süden Deutschlands liegen, während Programme der Kategorie 2 ausschließlich im Süden Deutschlands anzutreffen sind.

Zur Gruppe 3 gehören Interreg-Programme entlang der deutsch-tschechischen sowie der deutsch-polnischen Grenze, die entsprechend ihrer geographischen Lage auch als „Programme im Osten Deutschlands“ kategorisiert werden können. Den an Polen und Tschechien angrenzenden deutschen Bundesländern stehen seit Interreg I (Bayern) bzw. Interreg II (Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg) Interreg-Mittel zur grenzübergreifenden Zusammenarbeit zur Verfügung. Polen und Tschechien hingegen können Interreg-Mittel erst seit ihrem EU-Beitritt im Jahr 2004 in Anspruch nehmen. Polen und Tschechien standen jedoch seit 1994 Mittel aus dem PHARE-Crossborder-Cooperation-Programm (PHARE CBC) zur Verfügung, welches ein Pendant zum Interreg-Programm darstellte. Trotz verschiedener Versuche, die beiden Programme PHARE CBC und Interreg anzugleichen, behinderten unterschiedliche Verfahren und Strukturen der beiden Programme die grenzübergreifende Zusammenarbeit entlang der deutsch-tschechischen und deutsch-polnischen Grenze.<sup>79</sup>



**Abbildung 22:** Anzahl der Interreg-Programme (Ausrichtung A) mit deutscher Beteiligung in den Förderphasen Interreg IIA, IIIA und IVA (Darstellung nach Anlage 3)

Im Laufe der Förderperioden verminderte sich die Anzahl der Interreg-Programme mit deutscher Beteiligung von 18 Interreg IIA- auf 14 Interreg IVA-Programme (vgl. Abbildung 22).<sup>80</sup> Dies ist insbesondere auf die Verschmelzung von Programmen an den Innengrenzen der

<sup>79</sup> Der Europäische Rechnungshof (2000: 3) stellte in einem Sonderbericht hierzu fest: „Die Auswirkungen des CBC-Programms verringerten sich durch die sehr beschränkte Abstimmung mit dem Interreg-Programm. Nur in sehr wenigen Fällen wurden gemeinsame Vorhaben eingerichtet. Dies beruht hauptsächlich auf der mangelnden Harmonisierung der Interreg- und Phare-Verfahren.“

<sup>80</sup> Angaben für die Förderperiode Interreg I liegen nicht vor.

EU-15 im Laufe der Förderphasen zurückzuführen. So wurden z.B. die drei deutsch-niederländischen Interreg IIA-Programme „EUREGIO“, „Euregio Rhein-Waal“ und „euregio rheinmaas-nord“ in Interreg IIIA zu einem Programm zusammengeführt. Veränderungen der Programmgebiete von einer Förderperiode zur darauffolgenden wurden zudem durch Erweiterungen der Fördergebiete hervorgerufen. So wurden z.B. im Interreg IVA-Programm „Fehmarnbeltregion“ neben den bereits im Vorläuferprogramm Interreg IIIA „Storstrom-Ostholstein-Lübeck“ beteiligten Gebieten weitere Fördergebiete aufgenommen. Die Gebietsgröße des Programmgebietes wuchs somit von rund 5.000 Quadratkilometern in Interreg IIIA auf knapp 10.000 Quadratkilometer in Interreg IVA an (s. Anlage 2).

Mit der durch die Zusammenführung und Erweiterung der Interreg-Programmgebiete hervorgerufenen Veränderungen der Gebietsgröße ändern sich auch andere die Programmgebiete kennzeichnende Parameter wie Anzahl der Einwohner, Bevölkerungsdichte etc. (Tabelle 24). Zudem haben einzelne Grenzregionen seit Implementierung des EU-Förderprogramms Interreg wirtschaftliche, soziale und/oder politische Veränderungen erfahren. Exemplarisch sei hier auf die deutsch-polnischen und deutsch-tschechischen Grenzgebiete verwiesen.

Änderungen von Interreg I zu Interreg IV zeigen sich auch bei den Finanzmitteln. Wie in Kapitel 2.3 dargestellt, stiegen die Mittel, welche die EU insgesamt für die grenzübergreifende Zusammenarbeit zur Verfügung stellte, von 1,1 Milliarden in Interreg I auf 6,4 Milliarden in Interreg IVA an. Auch den einzelnen Interreg-Programmen mit deutscher Beteiligung standen im Laufe der Förderperioden mehr EU-Mittel sowie Finanzmittel insgesamt für die Umsetzung der Programme zur Verfügung (s.a. Tabelle 24 und Anlage 3).

Betrachtet man die einzelnen Förderperioden, so zeigen sich auch zwischen den einzelnen Programmen einer Förderperiode deutliche Unterschiede. Diese betreffen unter anderem die Durchlässigkeit der Grenze, den Grad der sozio-ökonomischen Entwicklung des Gebietes, die historische, soziale und sprachliche Bindung der benachbarten Grenzgebiete, die Gebietsgröße, die Bevölkerungsdichte sowie die Höhe der Finanzmittel, die den Programmen zur Umsetzung zur Verfügung stehen. Diese Faktoren können die grenzübergreifende Zusammenarbeit bzw. die Umsetzung der Interreg-Programme beeinflussen. Eine umfassende vergleichende Darstellung aller dieser Faktoren würde über den Rahmen dieser Arbeit hinausgehen. Anlage 2 und 3 bieten jedoch eine Übersicht über Gebietsgröße, Einwohnerzahlen, Bevölkerungsdichte und über Finanz- und EU-Fördermittel<sup>81</sup> der einzelnen Interreg IIA-, IIIA- und IVA-Programme. Die entsprechenden Minimum- und Maximumwerte sind in Tabelle 24 dargestellt. Es lässt sich erkennen, dass hinsichtlich dieser Faktoren eine große Variationsbreite zwischen den Programmen einer Förderperiode besteht. Sowohl bei Vergleichen

---

<sup>81</sup> Die Grenzregionen haben EU-Fördermittel in unterschiedlicher Höhe erhalten. So spielen bei der Vergabe der Fördermittel die Länge der Grenze bzw. Größe des Programmgebietes eine Rolle. Zudem ist zu berücksichtigen, dass den Programmen mit polnischer oder tschechischer Beteiligung über das Programm PHARE CBC bis zum Jahr 2004 zusätzliche EU-Fördermittel für die grenzübergreifende Zusammenarbeit zur Verfügung standen. Des Weiteren haben im Zeitraum 2000-2006 so genannte Ziel-1-Regionen, die von der EU als wirtschaftlich schwach entwickelte Regionen eingestuft wurden, mehr EU-Fördermittel erhalten. So wurden in ehemaligen Ziel-1-Regionen maximal 75% der Gesamtkosten über Interreg finanziert (in den übrigen Gebieten 50%). Auch in der neuen Förderperiode Interreg IVA erhalten die Programme EU-Fördermittel in unterschiedlicher Höhe.



zwischen den verschiedenen Programmen einer Förderperiode als auch bei Vergleichen verschiedener Förderperioden sind diese Unterschiede zu berücksichtigen.

**Tabelle 24:** Interreg-Programme mit deutscher Beteiligung – Maximum- und Minimumwerte zu Gebietsgröße, Einwohnerzahl, Bevölkerungsdichte und Finanzmitteln der Förderperioden Interreg IIA bis IVA im Vergleich (Darstellung nach Anlage 2 und 3)

	Interreg IIA		Interreg IIIA		Interreg IVA	
	Minimum	Maximum	Minimum	Maximum	Minimum	Maximum
Gebietsgröße (km <sup>2</sup> )	k.A.	k.A.	5.000	39.467	9.962	65.000
Einwohnerzahl (Mio.)	k.A.	k.A.	0,7	7,7	1,4	12,1
Bevölkerungsdichte (Einwohner pro km <sup>2</sup> )	k.A.	k.A.	80	345	71	301
EU-Fördermittel (Mio. Euro)	3	152	9,6	190,4	22,9	207,4
Finanzvolumen gesamt (Mio. Euro)	5	223	19,2	253,9	31,4	293,9

\* Angaben zu Gebietsgröße, Einwohnerzahlen sowie Bevölkerungsdichte lagen für die Förderperiode Interreg IIA nicht vor.

### 8.2 Das Thema „Gesundheit“ in Interreg-Programmen

Die folgenden Abschnitte befassen sich mit der Bedeutung, die dem Thema „Gesundheit“ in Interreg-Programmen beigemessen wird. Untersuchungsgegenstand sind zum einen die operationellen Programme (Programmebene) zum anderen die Projekte, durch die eine konkrete Programmumsetzung erfolgt (Projektebene). Hierzu werden Analyseergebnisse aus den Förderperioden Interreg IIA (1994-1999), IIIA (2000-2006) und der neuen Förderphase Interreg IVA (2007-2013) dargestellt. Über die Förderperiode Interreg I (1990-1993) liegen kaum öffentlich zugängliche Informationen vor, sie wird daher nicht untersucht.

#### 8.2.1 Die Programmebene

Operationelle Interreg-Programme stellen – wie erwähnt – den Handlungsrahmen für grenzübergreifende Interreg-Projekte dar. In diesen Programmen werden unter anderem Programmprioritäten sowie entsprechende Handlungsfelder festgelegt (vgl. Kapitel 2.3.2). Nur Projekte, die sich einem dieser vorab festgelegten Handlungsfelder zuordnen lassen, können im Rahmen der Programme gefördert werden. Es wird daher untersucht, in welchen Programmen entsprechende Handlungsfelder festgelegt wurden, die eine Umsetzung von Gesundheitsprojekten ermöglichen. Zu Gesundheitsprojekten zählen – wie auch im Begleitschreiben des so genannten „Interreg-Fragebogens“ sowie des „Euregio-Fragebogens“ aufgeführt – unter anderem Projekte in den Bereichen ambulante und/oder stationäre Gesundheitsversorgung, Rettungsdienst, Katastrophenschutz, Gesundheitsberichterstattung, Epidemiologie, Gesundheitsmonitoring, Gesundheitsförderung/Prävention sowie Aktivitäten zur Aus-, Fort- und Weiterbildung von Tätigen im Gesundheitssektor.

Die Ergebnisse für die Förderperioden Interreg IIA, IIIA und IVA werden im Folgenden zusammenfassend dargestellt. Eine vollständige Übersicht liefert Anlage 6.

### Die Förderphase Interreg IIA (1994-1999)

Die Ergebnisse der Förderperiode Interreg IIA basieren auf den Ergebnissen des „Interreg-Fragebogens“, der Ende 2004 an die gemeinsamen technischen Sekretariate der Interreg IIIA-Programme ausgesandt worden war (vgl. Kapitel 6.1.1). Da Interreg IIA-Programmdokumente kaum zugänglich sind, wurde eine ergänzende Dokumentenanalyse für diese Förderperiode nicht durchgeführt.

Zwischen Interreg II und III gab es neben den bereits dargestellten Änderungen der Programmgebiete zum Teil auch strukturelle oder personelle Veränderungen der Zuständigkeiten, so dass nur in einigen der befragten Interreg IIIA-Sekretariate Informationen zum Interreg IIA-Programm verfügbar waren. Zum Abschluss der Interreg-Befragung lagen daher lediglich für fünf der insgesamt 18 Interreg IIA-Programme mit deutscher Beteiligung entsprechende Informationen vor (s. Tabelle 25). Anhand der Ergebnisse lässt sich lediglich feststellen, dass diese fünf Programme Handlungsfelder enthielten, die eine Antragstellung und Umsetzung von Gesundheitsprojekten ermöglichte.<sup>82</sup> Zudem zeigte sich, dass in den beiden Programmen mit polnischer Beteiligung lediglich Projekte im Bereich „Katastrophenschutz“ umgesetzt worden waren, während dieses Thema (wie auch das Thema „Rettungswesen“) in den Programmen „Ems Dollart“ und „Pamina“ keine Rolle spielte (Tabelle 25). Ob in den deutsch-polnischen Programmen Interreg-Projekte z.B. zur Kooperation von Krankenhäusern nicht möglich waren und die Programme „Ems Dollart Region“ und „Pamina“ Projekte im Bereich Rettungswesen/Katastrophenschutz nicht zuließen, lässt sich anhand der Befragungsergebnisse nicht erkennen (siehe Fußnote 82). Eine Gesamtaussage für Programme mit deutscher Beteiligung lässt sich aus diesen Ergebnissen für die Förderperiode Interreg IIA nicht ableiten.

**Tabelle 25:** Fünf Interreg IIA-Programme mit deutscher Beteiligung – Zuordnung der genannten Interreg IIA-Projekte zu Themenfeldern (Quelle: eigene Darstellung auf Basis der „Interreg-Befragung“ des Projektes „EUREGIO“)

Programme	Region	Rettungswesen	Katastrophenschutz	Alle übrigen Bereiche <sup>83</sup>
Pomerania (Deutschland – Polen)	DE/PL		X	
Brandenburg (Deutschland – Polen)	DE/PL		X	
Ems Dollart Region	DE/NL			X
Euregio Maas-Rhein	DE/NL/BE	X	X	X
Pamina	DE/FR			X

<sup>82</sup> Lediglich Programme, die angaben, entsprechende Projekte durchgeführt zu haben, beantworteten die Frage nach Handlungsfeldern. Für die übrigen Programme kann keine Aussage darüber getroffen werden, ob die Programme entsprechende Handlungsfelder enthielten. Hierzu zählen Programme, die zum Zeitpunkt der Befragung keine Gesundheitsprojekte realisiert hatten, solche, die angaben, nicht über entsprechende Informationen zu verfügen und Programme, die den Interreg-Fragebogen nicht beantworteten.

<sup>83</sup> Hierzu gehören z.B. die Themenfelder Prävention/Gesundheitsförderung, Kooperation zwischen Krankenhäusern etc.

### **Die Förderphasen Interreg IIIA (2000-2006) und IVA (2007-2013)**

Die im Folgenden dargestellten Ergebnisse der Förderperiode Interreg IIIA basieren in erster Linie auf der im Rahmen des EU-Projektes „EUREGIO“ durchgeführten „Interreg-Befragung“. Zur Vervollständigung der Informationen wurde für jene Programme, die keinen Fragebogen zurückgesandt hatten, eine ergänzende Analyse der operationellen Interreg IIIA-Programmdokumente durchgeführt.<sup>84</sup> Zur Untersuchung der Förderperiode Interreg IVA wurden ausschließlich operationelle Programmdokumente als Informationsquelle genutzt. Für die Dokumentenanalyse wurden die entsprechenden Handlungsfelder mit Hilfe der „Suchefunktion“ über die Begriffe „Gesundheit“, „Rettungs“, „Prävention“ und „Katastrophen“ identifiziert.

Für die Förderphasen Interreg IIIA und IVA kann für alle Programme mit deutscher Beteiligung eine Aussage getroffen werden. Wie Anlage 6 zeigt, beinhalten sowohl alle Programmdokumente der 17 Interreg IIIA-Programme als auch der 14 Interreg IVA-Programme mit deutscher Beteiligung Handlungsfelder, die eine Umsetzung von Projekten im Bereich der Gesundheitsversorgung (inkl. von Projekten im Rettungswesen und/oder Katastrophenschutz) ermöglichen bzw. zukünftig ermöglichen. „Gesundheit“ ist somit sowohl in der Förderperiode Interreg IIIA als auch in der neuen Förderperiode Interreg IVA ein Thema in der grenzübergreifenden Zusammenarbeit.

Anhand der hier dargestellten Ergebnisse ist jedoch nicht erkennbar, welche Bedeutung dem Themenfeld Gesundheit beigemessen wird. Die folgenden Abschnitte sollen hierzu einen vertiefenden Einblick liefern.

#### **8.2.2 Die Projektebene**

Die konkrete Umsetzung der Interreg-Programme erfolgt durch Projekte. Als „Anzeiger“ für die Bedeutung des Themas „Gesundheit“ werden herangezogen:

- (a) die Anzahl der Gesundheitsprojekte,
- (b) die Anzahl der Gesundheitsprojekte im Verhältnis zu allen im Programmgebiet durchgeführten Interreg-Projekten,
- (c) die Höhe der für Gesundheitsprojekte aufgewandten Finanzmittel sowie
- (d) der Anteil der für Gesundheitsprojekte aufgewandten Mittel im Verhältnis zu den im Programmgebiet getätigten Interreg-Gesamtausgaben.

Die in diesem Abschnitt dargestellten Ergebnisse beruhen unter anderem auf den im Rahmen der Interreg-Befragung gewonnenen Angaben der Interreg IIIA-Sekretariate. Die Autorin ist sich bewusst, dass die Abfrage von „Gesundheitsprojekten“ Spielraum lässt, was unter

---

<sup>84</sup> Die Dokumentenanalyse gibt einen Überblick über Maßnahmen, in denen Gesundheitsprojekte durchgeführt werden können. Im Interreg IIIA Fragebogen wurden hingegen lediglich Prioritäten und Maßnahmen benannt, die sich auf bereits bewilligte Projekte bezogen.

„Gesundheitsprojekten“ zu verstehen ist.<sup>85</sup> Bei der Abfrage der Projekte wurde zu Gunsten der Antwortbereitschaft bewusst auf „harte Kriterien“ verzichtet. Da es nicht Ziel der Promotion ist, diese Angaben zu validieren, wurden die rückgemeldeten Projekte hier ausnahmslos übernommen. Zudem wurden ergänzende Informationsquellen wie operationelle Interreg-Programme und Projektlisten genutzt.

Im Folgenden werden die drei Förderphasen Interreg IIA, IIIA und IVA zunächst getrennt betrachtet. Des Weiteren wird der Versuch unternommen, die Förderphasen vergleichend gegenüberzustellen, um mögliche Entwicklungen aufzuzeigen.

### **Die Förderphase Interreg IIA (1994-1999)**

#### Anzahl der Gesundheitsprojekte

Für die Förderperiode Interreg IIA liegen Informationen zu zwölf der 18 Interreg IIA-Programme mit deutscher Beteiligung vor. In diesen zwölf Programmen wurden zwischen null und sieben Gesundheitsprojekte (ohne Teilprojekte) realisiert. Hervorzuheben sind hier zunächst die deutsch-dänischen Programme. Im Vergleich zu anderen Programmen führten diese Programme insgesamt nur sehr wenige Interreg-Projekte durch. Lediglich im Programm „Sønderjylland – Schleswig“ konnte ein Gesundheitsprojekt identifiziert werden. Die anderen beiden deutsch-dänischen Programme weisen hingegen kein Gesundheitsprojekt auf (Tabelle 27). Programme entlang der deutsch-dänischen Grenze stellen somit in der Förderperiode Interreg IIA die im Gesundheitsbereich am wenigsten aktiven Programme dar.

Eine Sonderstellung nehmen das deutsch-niederländische Programm „Euregio Rhein-Waal“ und das benachbarte Programm „Euregio Maas-Rhein“ ein. Diese Programme führten in der Förderperiode Interreg II so genannte Rahmenprojekte im Gesundheitsbereich durch. Hierbei handelt es sich um Projekte mit einem verhältnismäßig großen Finanzvolumen, die aus einer Vielzahl von Teilprojekten bestehen.<sup>86</sup> Entsprechende Interreg-Rahmenprojekte wurden in anderen Grenzgebieten – zumindest im Gesundheitsbereich – nicht durchgeführt. Berücksichtigt man diese Teilprojekte, so stellen die beiden Interreg IIA-Programme „Euregio Maas-Rhein“ und „Euregio Rhein-Waal“ mit zwölf bzw. neun (Teil)Projekten die im Gesundheitsbereich aktivsten Programme in der Förderphase Interreg IIA dar. Bleiben diese Teilprojekte unberücksichtigt, bilden das deutsch-niederländische Interreg-Gebiet Euregio Maas-Rhein mit sieben und das Programm „Oberrhein Mitte-Süd“ mit fünf Gesundheitsprojekten die im Gesundheitsbereich aktivsten Programme (Tabelle 27).<sup>87</sup>

---

<sup>85</sup> Im Begleitschreiben des „Interreg-Fragebogens“ und des „Euregio-Fragebogens“ wurden Beispiele aufgeführt.

<sup>86</sup> Eine ausführliche Darstellungen der Rahmenprojekte „Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung in der Euregio Rhein-Waal“ und „Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung in der Euregio Maas-Rhein“ sind dem entsprechenden Projektabschlussbericht der Euregio Rhein-Waal (2001) bzw. der Publikation „Entwicklung, Chancen, Perspektiven aus Sicht des Landes Nordrhein-Westfalen – Gesundheitspolitik in Europa“ (MGSFF NRW 2001) zu entnehmen.

<sup>87</sup> Projekte mit geringem Finanzvolumen, wie sie im Rahmen von „People-to-People-Action-Sammelprojekten“ oder von so genannten „Kleinprojekte-Fonds“ realisiert wurden, sind nicht berücksichtigt.

## 8. Das EU-Förderprogramm Interreg

Hervorzuheben sind auch die deutsch-polnischen Programme „Brandenburg-Polen (Wojewodschaft Lubuskie)“ und „Deutschland – Polen: Pomerania“. In den Gebieten dieser Programme wurden überwiegend bzw. ausschließlich Projekte durchgeführt, die sich dem Bereich des umweltbezogenen Katastrophenschutzes bzw. des gesundheitsbezogenen Umweltschutzes zuordnen lassen (Tabelle 26). Themen wie Prävention oder Gesundheitsversorgung sind nicht Inhalt dieser Projekte.

**Tabelle 26:** Im Rahmen der Interreg-Befragung genannte Interreg IIA-Gesundheitsprojekte der Interreg-Programme „Pomerania (Deutschland – Polen)“ und „Brandenburg (Deutschland – Polen)“ (Quelle: eigene Darstellung auf Basis der „Interreg-Befragung“ des Projektes „EU-REGIO“)

Titel des Interreg IIA-Programms	Interreg IIA Projekte
Pomerania (Deutschland – Polen)	<ul style="list-style-type: none"><li>- Untersuchung des wasserhygienischen Gesamtstatus in der Odermündung auf Badewassergüte</li><li>- Erarbeitung eines Konzeptes zum gemeinsamen grenzübergreifenden Umwelt- und Katastrophenschutz</li><li>- Umschulung von Arbeitssuchenden zum Ergotherapeuten</li></ul>
Brandenburg (Deutschland – Polen)	<ul style="list-style-type: none"><li>- Umwelt- und Katastrophenschutz (Projekträger Landkreis Märkisch-Oderland)</li><li>- Grenzüberschreitender Umwelt- und Katastrophenschutz (Projekträger Landkreis Spree-Neiße)</li><li>- Grenzüberschreitender Umwelt- und Katastrophenschutz (Projekträger Landkreis Oder-Spree)</li></ul>

\* Über Interreg wurden zudem im Rahmen des Handlungsfeldes „Wirtschaftliche Zusammenarbeit“ die Konferenz „Perspektiven der Beziehungen im Gesundheitswesen zwischen Deutschland und Polen“ mit einem Finanzvolumen von 3.416 Euro gefördert (s. Kapitel 9.3). Dieses Projekt wurde jedoch in der Befragung nicht benannt.

### Anteil der Gesundheitsprojekte an allen Interreg IIA-Projekten

Der Anteil der Gesundheitsprojekte an allen Interreg IIA-Projekten beträgt zwischen Null und rund sechs Prozent. Das deutsch-niederländische Programm „Euregio Maas-Rhein“ liegt hier mit rund sechs Prozent an erster Stelle, gefolgt von dem deutsch-niederländischen Programm „Ems-Dollart-Region“ und dem deutsch-französisch-schweizerischen Programm „Oberrhein Mitte-Süd“ mit jeweils fünf Prozent. Wie das Beispiel des Programms „Ems-Dollart-Region“ zeigt, können bei der Betrachtung des relativen Anteils auch Programme in den Vordergrund rücken, die insgesamt wenige Interreg IIA-Projekte durchgeführt haben (Tabelle 27).

### Ausgaben für Gesundheitsprojekte

Die Ausgaben für Gesundheitsprojekte in der Förderperiode Interreg IIA liegen zwischen 0,1 (Programm „Pamina“) und 4,7 Millionen Euro (Programm „Euregio Maas-Rhein“). Die prozentual höchsten Ausgaben weist das Programm „Oberrhein Mitte-Süd“ mit einem Ausgabenanteil von 6,5 Prozent auf, gefolgt von dem Programm „Euregio Maas-Rhein“ mit 5,0 Prozent. Den dritten und vierten Platz nehmen das Programm „Alpenrhein – Bodensee – Hochrhein“ (4,3 Prozent) und das deutsch-niederländische Programm „EUREGIO“ (4,0 Prozent) ein. Das Programm „Ems-Dollart-Region“ hingegen, das neben dem Programm „Oberrhein-Mitte-Süd“ mit fünf Prozent zwar einen hohen Anteil an Gesundheitsprojekten aufweist, zeigt jedoch mit 0,3 Prozent einen sehr geringen Ausgabenanteil (Tabelle 27).

**Tabelle 27:** Interreg IIA- und IIIA-Programme mit deutscher Beteiligung – Anzahl der Projekte insgesamt, Anzahl und Anteil der Gesundheitsprojekte, Finanzmittel insgesamt sowie Ausgaben und Ausgabenanteil der Gesundheitsprojekte (eigene Darstellung, Quellen s. Fußnoten)<sup>88</sup>

Programmtitel und Region	Interreg IIA						Interreg IIIA					
	Anzahl Projekte insgesamt	Anzahl Gesundheitsprojekte	Anteil Gesundheitsprojekte an allen Projekten <sup>1</sup>	Ausgaben Gesundheitsprojekte (in Euro) <sup>1</sup>	Finanzmittel insgesamt (in Mio. Euro)	Anteil Ausgaben für Gesundheitsprojekte <sup>1</sup>	Anzahl Projekte insgesamt	Anzahl Gesundheitsprojekte	Anteil Gesundheitsprojekte an allen Projekten <sup>1</sup>	Ausgaben Gesundheitsprojekte (in Euro) <sup>1</sup>	Finanzmittel insgesamt (in Euro)	Anteil Ausgaben für Gesundheitsprojekte <sup>1</sup>
<b>Programme im Norden Deutschlands</b>												
Storstrøm – Ostholstein – Lübeck (DE/DK)	27 <sup>4</sup>	0 <sup>3</sup>	0%	0 <sup>3</sup>	10 <sup>2</sup>	0%	27 <sup>11</sup>	2 <sup>11</sup>	7,4%	>613.110 <sup>13</sup>	19.238.198 <sup>12</sup>	>3,2% <sup>13</sup>
Fyn – K.E.R.N. (DE/DK)	18 <sup>5</sup>	0 <sup>3</sup>	0%	0 <sup>3</sup>	5 <sup>2</sup>	0%	24 <sup>11</sup>	2 <sup>11</sup>	8,3%	1.984.116 <sup>11</sup>	19.986.825 <sup>12</sup>	9,9%
Sønderjylland – Schleswig (DE/DK)	31 <sup>3</sup>	1 <sup>3</sup>	3,2%	338.000 <sup>3</sup>	22 <sup>2</sup>	1,5%	49 <sup>11</sup>	2 <sup>11</sup>	4,1%	2.873.617 <sup>11</sup>	28.222.369 <sup>12</sup>	10,2%
<b>Programme im Westen Deutschlands</b>												
Ems-Dollart-Region (DE/NL)	40 <sup>3</sup>	2 <sup>3</sup>	5,0%	177.000 <sup>3</sup>	67 <sup>2</sup>	0,3%	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	95.155.202 <sup>12</sup>	k.A.
EUREGIO (DE/NL)	80 <sup>6</sup>	3 <sup>3</sup>	3,8%	2.567.566 <sup>3</sup>	63,9 <sup>6</sup>	4,0%	109 <sup>15</sup>	14 <sup>11</sup>	12,8%	12.299.645 <sup>25</sup>	130,6 <sup>17</sup>	9,4%
Euregio Rhein-Waal (DE/NL)	63 <sup>3</sup>	1 (9) <sup>3,9</sup>	1,6% <sup>10</sup>	990.000 <sup>20</sup>	28 <sup>2</sup>	3,5%	66 <sup>16</sup>	5 (16) <sup>9,16</sup>	7,5% <sup>10</sup>	4.209.324 <sup>16</sup>	61.062.616 <sup>16</sup>	6,9%
Euregio Maas-Rhein (DE/NL/BE)	120 <sup>24</sup>	7 (12) <sup>7,9</sup>	5,8% <sup>10</sup>	4.681.887 <sup>7</sup>	92,9 <sup>7,1</sup>	5,0%	79 <sup>11</sup>	7(16) <sup>11</sup>	8,9%	5.420.415 <sup>11</sup>	110.302.433 <sup>14</sup>	4,9%
<b>Programme im Osten Deutschlands</b>												
Pomerania (DE/PL)	192 <sup>3</sup>	4 <sup>23</sup>	2,1%	1.492.044 <sup>23</sup>	100,98 <sup>18</sup>	1,5%	336 <sup>22</sup>	5 <sup>11</sup>	1,5%	2.619.889 <sup>11</sup>	157.541.222 <sup>19</sup>	1,7%.

<sup>88</sup> Interreg-Programme, zu denen die Interreg-Befragung keine Angaben zu Interreg IIA lieferte und zu denen auch keine aktuellen Angaben für die Förderperiode Interreg IIIA vorliegen, wurden nicht in die Liste aufgenommen. Hierzu gehören das Programm euregio rhein-maas-nord (in Interreg IIIA Bestandteil des Programms „EUREGIO, Euregio Rhein-Waal und euregio rhein-maas-nord“) sowie die Programme „Mecklenburg-Vorpommern/Brandenburg – Zachodniopomorskie“, „Sachsen – Polen“, „Sachsen – Tschechische Republik“, „Bayern – Tschechische Republik“ und das Programm „Saarland – Mosel / Lothringen – Westpfalz“. In einigen Programmen wurden so genannte „People-to-People-Action-Sammelprojekten“ bzw. „Kleinprojekte-Fonds“ durchgeführt. Hierbei handelt es sich um Rahmenprojekte, die in der Regel eine Vielzahl von Projekten mit einem verhältnismäßig geringen Finanzvolumen in verschiedensten Bereichen umfassen. Sowohl bei den Angaben „Anzahl der Projekte insgesamt“, „Anzahl der Gesundheitsprojekte“ und „Ausgaben für Gesundheitsprojekte“ wurden diese „Kleinprojekte“ nicht berücksichtigt.

**Tabelle 27** (Fortsetzung): Interreg IIA- und IIIA-Programme mit deutscher Beteiligung – Anzahl der Projekte insgesamt, Anzahl und Anteil der Gesundheitsprojekte, Finanzmittel insgesamt sowie Ausgaben und Ausgabenanteil der Gesundheitsprojekte (eigene Darstellung, Quellen s. Fußnoten)

Programmtitel und Region	Interreg IIA						Interreg IIIA					
	Anzahl Projekte insgesamt	Anzahl Gesundheitsprojekte	Anteil Gesundheitsprojekte an allen Projekten <sup>1</sup>	Ausgaben Gesundheitsprojekte (in Euro) <sup>1</sup>	Finanzmittel insgesamt (in Mio. Euro)	Anteil Ausgaben für Gesundheitsprojekte <sup>1</sup>	Anzahl Projekte insgesamt	Anzahl Gesundheitsprojekte	Anteil Gesundheitsprojekte an allen Projekten <sup>1</sup>	Ausgaben Gesundheitsprojekte (in Euro) <sup>1</sup>	Finanzmittel insgesamt (in Euro)	Anteil Ausgaben für Gesundheitsprojekte <sup>1</sup>
Brandenburg – Polen (DE/PL)	245 <sup>8</sup>	3 <sup>3</sup>	1,2%	1.510.455 <sup>3</sup>	137 <sup>2</sup>	1,1%	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	176.891.271 <sup>12</sup>	k.A.
<b>Programme im Süden Deutschlands</b>												
Deutschland – Luxemburg – Deutschsprachige Gemeinschaft Belgiens (DE/LU/BE)	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	30 <sup>2</sup>	k.A.	29 <sup>11</sup>	2 <sup>11</sup>	6,9%	k.A.	19.914.350 <sup>12</sup>	k.A.
Pamina (DE/FR)	51 <sup>3</sup>	1 <sup>3</sup>	2,0%	115.000 <sup>3</sup>	25 <sup>2</sup>	0,5%	67 <sup>11</sup>	2 <sup>11</sup>	3,0%	471.506 <sup>11</sup>	28.210.663 <sup>12</sup>	1,7%
Oberrhein-Mitte-Süd (DE/FR/CH)	99 <sup>3</sup>	5 <sup>21</sup>	5,0%	3.634.219 <sup>21</sup>	56 <sup>2</sup>	6,5%	92 <sup>11</sup>	2 <sup>11</sup>	2,2%	201.670 <sup>11</sup>	64.136.732 <sup>12</sup>	0,3%
Alpenrhein – Bodensee – Hochrhein (DE/AT/CH/LI)	72 <sup>3</sup>	1 <sup>3</sup>	1,4%	641.507 <sup>3</sup>	15 <sup>2</sup>	4,3%	122 <sup>11</sup>	6 <sup>11</sup>	4,9%	>2.507.200 <sup>13</sup>	37.030.985 <sup>12</sup>	>6,8% <sup>13</sup>
Bayern – Österreich (DE/AT)	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	53 <sup>2</sup>	k.A.	k.A.	7 <sup>11</sup>	k.A.	k.A.	94.638.334 <sup>12</sup>	k.A.

k.A. = (aktuelle) Angaben liegen nicht vor oder sind den vorliegenden Informationsquellen in der Form nicht zu entnehmen,

<sup>1</sup> eigene Berechnung, <sup>2</sup> Quelle: LRDP 2003: 9f., <sup>3</sup> Quelle: Interreg- bzw. Euregio-Erhebung des EU-Projektes „EUREGIO“, <sup>4</sup> Quelle: OP Interreg IVA Fehmarnbeltregion 2007: 5, <sup>5</sup> Quelle: Fyns Amt & Technologie-Region K.E.R.N. 2004: 13, <sup>6</sup> Quelle: EUREGIO 2002b: 13ff., <sup>7</sup> Quelle: Stichting EMR o.J., <sup>8</sup> Quelle: Brandenburg / Polen 2004: 37f., Angaben „Anzahl der Projekte insgesamt“ inkl. Projekte im Bereich „Technische Hilfe“, <sup>9</sup> Anzahl der Gesundheitsprojekte sowie (in Klammern) Anzahl der Gesundheitsprojekte bei Berücksichtigung aller im Rahmenprojekt realisierten Teilprojekte (Erläuterung s. Text), <sup>10</sup> Bei der Berechnung wurden die einzelnen Teilprojekte nicht berücksichtigt, da solche auch bei der Anzahl der Projekte insgesamt nicht als Einzelprojekte gewertet werden. Ohne Projekte „Technische Hilfe“ in der EMR, ergibt sich ein Anteil von 6,1 % <sup>11</sup> Quelle: Projektlisten der Programme (Stand der Recherche: 15.3.2008), Projekte „Technische Hilfe“ sind hierin nicht enthalten. <sup>12</sup> Quelle: INTERACT Point Tool Box 2006a, <sup>13</sup> Zu einigen der identifizierten Gesundheitsprojekte lagen keine Angaben zu den Finanzmitteln vor. <sup>14</sup> Quelle: EMR o.J./a: 25 (Stand: 31.12.2005); <sup>15</sup> Quelle: EUREGIO 2007: 2., <sup>16</sup> Quelle: INTERREG-Sekretariat des Interreg IIIA-Programms EUREGIO, Euregio Rhein-Waal und euregio rhein-maas-nord (o.J.): Anlage Projektübersicht, Angaben zur „Anzahl der Projekte insgesamt“ inkl. Projekte „Technische Hilfe“, <sup>17</sup> Quelle: URL 48, <sup>18</sup> Quelle: URL 24 (umgerechnet in Euro), <sup>19</sup> Quelle: URL 25, <sup>20</sup> Euregio Rhein-Waal 2001: 70, <sup>21</sup> Quelle: Interreg III A Oberrhein Mitte-Süd & Regio Pamina o.J., <sup>22</sup> Löchter 2007 (ohne Projekte technische Hilfe und ohne SPF-Projekte), <sup>23</sup> Euregio-Erhebung des EU-Projektes Euregio und URL 49, <sup>24</sup> Quelle: erac 2005: 31, die Angabe zur „Anzahl der Projekte insgesamt“ enthält auch sechs Projekte im Bereich „Technische Hilfe“, <sup>25</sup> Quelle: ULR 50

### **Die Förderphase Interreg IIIA (1999-2006)**

Im Rahmen des so genannten Interreg-Surveys nannten die Interreg-Sekretariate sowohl abgeschlossene als auch laufende Gesundheitsprojekte der Förderperiode Interreg IIIA. Zum Zeitpunkt der Befragung (November 2004 bis März 2005) war das Interreg IIIA-Programm noch nicht abgeschlossen. Weitere Projekte wurden seither initiiert. Die in der Befragung gewonnenen Angaben zu Interreg IIIA-Projekten wurden daher anhand von Projektlisten, die auf nahezu allen Internetseiten der Interreg IIIA-Programme zu finden sind, ergänzt.<sup>89</sup> Entsprechende Projektlisten lagen im März 2008 für 13 der 17 Interreg IIIA-Programme vor.<sup>90</sup> Somit standen auch für Programme, die den Interreg-Fragebogen nicht beantwortet hatten, entsprechende Informationen zur Verfügung.

Die Projektrecherchen wurden im März 2008 abgeschlossen. In einigen Programmen konnten bis Ende 2007 noch Interreg IIIA-Projektanträge eingereicht werden.<sup>91</sup> Die im Folgenden dargestellten Ergebnisse stellen daher – soweit diese auf aktuellen und vollständigen Informationsquellen beruhen – den abschließenden Stand der Förderperiode Interreg IIIA dar.

### Anzahl der Gesundheitsprojekte

Wie Abbildung 23 zeigt, führen alle 17 Interreg IIIA-Programme mit deutscher Beteiligung Gesundheitsprojekte durch. Mit Abstand die meisten Gesundheitsprojekte wurden im deutsch-niederländischen Programmgebiet „EUREGIO, Euregio Rhein-Waal, euregio rhein-maas-nord“ (21 Projekte) und dem deutsch-polnischen Programmgebiet „Brandenburg – Lubuskie“ (14 Projekte) identifiziert, gefolgt von dem deutsch-niederländischen Programm „Euregio Maas-Rhein“ und dem deutsch-österreichischen Programm „Bayern – Österreich“ mit je sieben Gesundheitsprojekten. In etwa der Hälfte der Programme (53 Prozent) wurden maximal zwei Interreg IIIA-Gesundheitsprojekte gefunden. In einigen Programmen wurden auch gesundheitsrelevante Projekte im Rahmen der so genannten „People-to-People Projekte“ bzw. der so genannten „Small Projekt Funds“ durchgeführt. Hierbei handelt es sich um Rahmenprojekte, die eine Vielzahl von Projekten mit einem kleinen Finanzvolumen umfassen. Diese „Kleinprojekte“ wurden bei der Auswertung nicht berücksichtigt, da hierzu häufig keine umfassenden Informationen vorlagen.

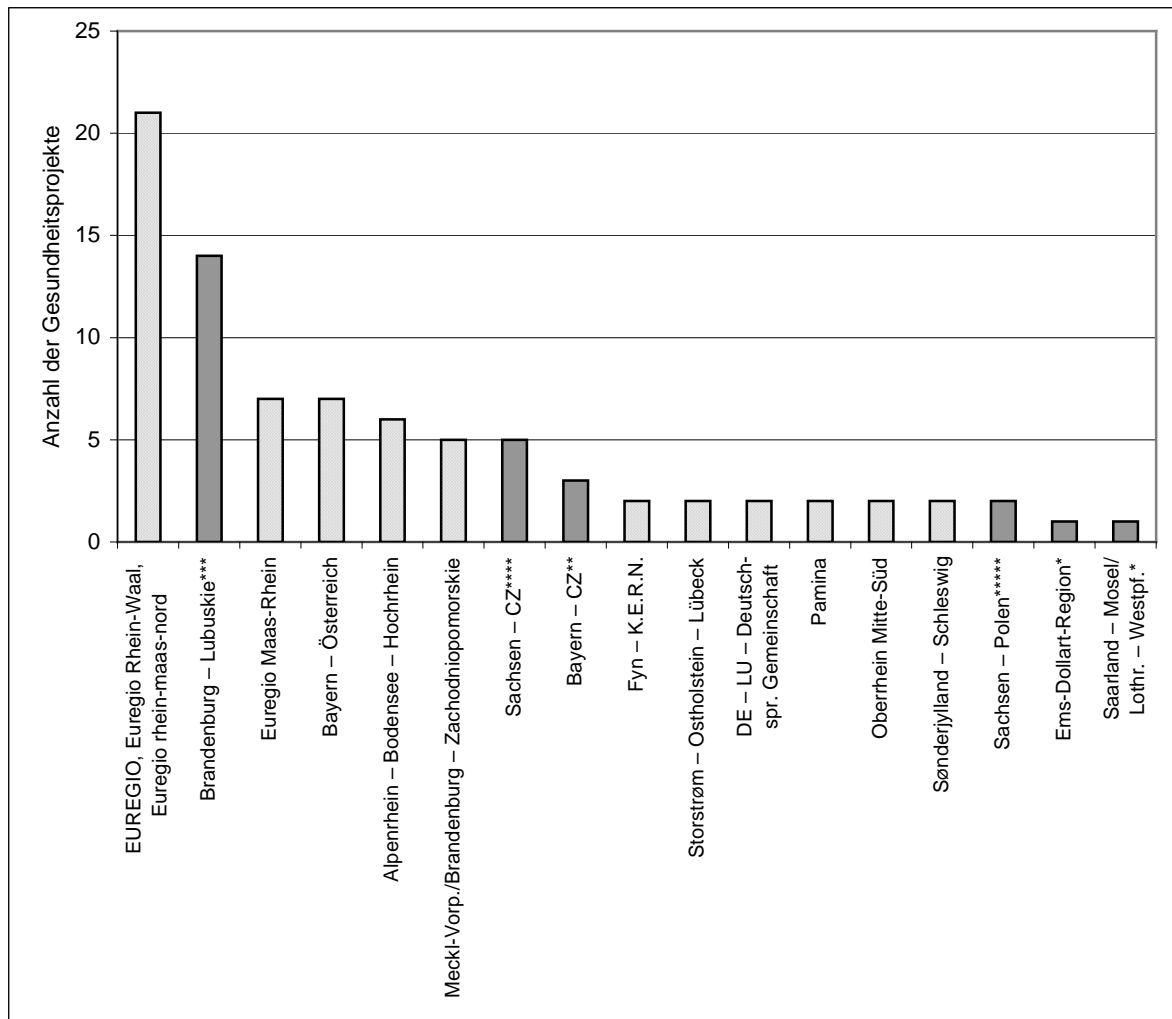
---

<sup>89</sup> Die Internetadressen der entsprechenden Projektlisten bzw. Projektdatenbanken sind der Literaturliste zu entnehmen.

<sup>90</sup> Für vier der 17 Interreg IIIA-Programme mit deutscher Beteiligung standen keine Projektlisten zur Verfügung. Für zwei dieser fünf Programme („Ems Dollart Region“ und „Saarland-Mosel/Lothringen-Westpfalz“) stellten die Befragungsergebnisse der Interreg IIIA-Sekretariate die einzig verfügbare Informationsquelle dar. In den übrigen Fällen („Brandenburg – Lubuskie“, „Bayern – Tschechische Republik“) konnte auf aktuellere Informationsquellen wie Interreg-Jahresberichte oder Projektlisten der im Programmgebiet angesiedelten Euregios zurückgegriffen werden.

<sup>91</sup> Eine Abwicklung der bewilligten Interreg IIIA-Projekte ist noch bis Ende des Jahres 2008 möglich.





**Abbildung 23:** Interreg IIIA-Programme mit deutscher Beteiligung – Anzahl identifizierter Gesundheitsprojekte (Quelle: eigene Darstellung auf Basis – soweit nicht anders angegeben – der Interreg IIIA-Projektlisten, hellgrau: Zahlen auf Basis aktueller Projektlisten, abgerufen am 15.3.2008, dunkelgrau: möglicherweise unterschätzte Zahlen, da Informationsquellen nicht aktuell oder unvollständig)

\* Quelle: Interreg-Befragung des EU-Projektes „EUREGIO“; \*\* Quelle: Projektliste der Euregio Bayerischer Wald-Böhmerwald-Unterer Inn ([www.euregio.bayern.de](http://www.euregio.bayern.de)) und Euregio Egrensis (<http://www.euregio-egrensis.de/foerderung/grossprojektliste.php>); \*\*\* Quelle: Interreg-Befragung des EU-Projektes „EUREGIO“ & Staatskanzlei des Landes Brandenburg 2007; \*\*\*\* Quelle: Sächsisches Staatsministerium für Wirtschaft und Arbeit 2007a und Projektdatenbank unter <http://www.interreg3a.info/> (nur exemplarische Projekte); \*\*\*\*\* Quelle: Projektdatenbank unter <http://www.interreg3a.info/> (nur exemplarische Projekte);

Bei der Interpretation der Daten sind folgende Aspekte zu berücksichtigen:

- In den beiden Interreg IIIA-Programmen „EUREGIO, Euregio Rhein-Waal, euregio rhein-maas-nord“ und „Euregio Maas-Rhein“ wurden – wie auch in der Förderphase IIA – Rahmenprojekte mit einer Reihe verschiedener Teilprojekte durchgeführt.<sup>92</sup> Wertet man diese Teilprojekte jeweils als einzelne Projekte, so stellen diese Programme entlang der deutsch-niederländischen bzw. deutsch-niederländisch-belgischen Grenze –

<sup>92</sup> Eine ausführliche Darstellung des Rahmenprojektes „Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung in der Euregio Rhein-Waal“ ist dem entsprechenden Endbericht (Euregio Rhein-Waal 2006) sowie der Internetseite der Euregio Rhein-Waal (siehe Arbeitsfelder) zu entnehmen. Eine Beschreibung der im Rahmenprojekt „Grenzüberschreitende Gesundheitsfürsorge“ der Euregio Maas-Rhein durchgeführten Aktivitäten enthält die gleichnamige Publikation (EMR o.J./e).

wie bereits in der Förderphase Interreg IIA – die „gesundheitsaktivsten“ Programme dar.

- Es wird davon ausgegangen, dass es sich bei den Projektlisten – soweit nicht anders angegeben – um Informationsquellen handelt, die fortlaufend aktualisiert werden. Für einige der in Abbildung 23 dargestellten Programme lagen jedoch keine entsprechenden Projektlisten vor, so dass hier auf Quellen zurückgegriffen werden musste, die eventuell nicht mehr dem aktuellen Sachstand entsprechen (siehe dunkelgraue Balken). Die für diese Programme dargestellten Ergebnisse stellen daher möglicherweise eine Unterschätzung des tatsächlichen Sachverhaltes dar.

Gesondert sei auch hier auf das deutsch-polnische Programm „Brandenburg-Lubuskie“ hingewiesen. Von den insgesamt 14 identifizierten Projekten wurden 13 Projekte im Maßnahmenbereich 3.2 „Grenzüberschreitender Brand- und Katastrophenschutz“ durchgeführt. Das Programm unterscheidet sich hierin von anderen Programmen.

### Anteil der Gesundheitsprojekte an allen Interreg IIIA-Projekten

Ein anderes Bild zeigt sich, berücksichtigt man den Anteil der Gesundheitsprojekte an allen durchgeführten Interreg IIIA-Projekten. In Tabelle 27 sind entsprechende Angaben für zehn Interreg IIIA-Programme sowie die zwei Unterprogramme „EUREGIO“ und „Euregio Rhein-Waal“ dargestellt, die gemeinsam mit dem Unterprogramm „euregio rhein-maas-nord“ das Interreg IIIA-Programm „EUREGIO, Euregio Rhein-Waal und euregio rhein-maas-nord“ bilden.<sup>93</sup> Der Anteil der Gesundheitsprojekte an allen Projekten beträgt zwischen 1,5 und 12,8 Prozent. An erster Stelle steht hier das Unterprogramm „EUREGIO“ mit einem Anteil von 12,8 Prozent, gefolgt von dem Programm Euregio Maas-Rhein (8,9 Prozent), das in der vorangegangenen Förderperiode mit 5,8 Prozent an erster Stelle stand. In den Vordergrund treten bei dieser Betrachtung mit einem relativen Anteil von rund 8 Prozent auch die beiden deutsch-dänischen Programme „Fyn – K.E.R.N.“ und „Storstrom – Ostholstein – Lübeck“, die insgesamt vergleichsweise wenige Interreg IIIA-Projekte durchführten.

### Ausgaben für Gesundheitsprojekte

Auch hinsichtlich der Ausgaben für Gesundheitsprojekte zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den Programmen (Tabelle 27). Die absoluten Ausgaben liegen zwischen rund 0,2 (Programm „Oberrhein Mitte-Süd“) und rund 12 Millionen Euro (Unterprogramm „EUREGIO“), die relativen Ausgabenwerte zwischen 0,3 (Programm „Oberrhein Mitte-Süd“) und 10,2 Prozent (Programm „Sønderjylland – Schleswig“). Hier stehen die deutsch-dänischen Programme „Sønderjylland – Schleswig“ und „Fyn – K.E.R.N.“, die insgesamt nur je zwei Gesundheitsprojekte realisierten, mit einem relativen Ausgabenanteil von 10,2 bzw. 9,9 Prozent an erster Stelle. In anderen Programme wie z.B. dem Programm „Euregio Maas-Rhein“, die

---

<sup>93</sup> Tabelle 27 enthält – mit Ausnahme des Programms „Ems-Dollart-Region“ – Interreg IIIA-Programme, für die aktuelle Werte vorliegen, wobei die Angaben für das Interreg IIIA-Programm „Bayern – Österreich“ nicht vollständig sind. Ergänzend wurde das Programm „Sønderjylland/Schleswig“ aufgenommen, für das eine relativ aktuelle Projektübersicht (September 2007) vorliegt.

zwar mehr Gesundheitsprojekte aber auch insgesamt deutlich mehr Projekte durchführten, fiel der Ausgabenanteil für Gesundheitsprojekte deutlich geringer aus.

### **Die Förderphase Interreg IVA (2007-2013)**

In der aktuellen Förderperiode Interreg IVA kam es zu einer weiteren Reduzierung der Anzahl der Interreg-Programme. Insgesamt existieren in der Förderphase Interreg IVA 14 Programme mit deutscher Beteiligung (vgl. Abbildung 22). Das Gesamtbudget dieser Programme beträgt rund 1,86 Milliarden Euro (Schlosser 2008: 7).

Als Informationsquelle für die Interreg IVA-Analysen dienten die so genannten operationellen Programme, welche die Basis für die Zusammenarbeit im Zeitraum 2007-2013 bilden. Wie in Kapitel 8.2.1 dargestellt, enthalten alle 14 Interreg IVA-Programmdokumente Handlungsfelder, die darauf schließen lassen, dass in diesen Programmgebieten in den kommenden Jahren Projekte im Gesundheitsbereich realisiert werden. Häufig enthalten operationelle Programme Zielwerte für die Anzahl der Projekte insgesamt sowie für die Anzahl der Projekte in den einzelnen Handlungsfeldern.

Wie Tabelle 28 zeigt, sind Projekte im Gesundheitsbereich (inkl. Rettungswesen und Katastrophenschutz) in vielen Programmen mit anderen Themenfeldern wie „Soziales“ (z.B. Programm „Bayern – Tschechische Republik“) oder „Sicherheit/Polizei“ (Programm „Sachsen – Tschechische Republik“) vermengt. Zudem können auch Gesundheitsprojekte in Bereichen realisiert werden, die keinen direkten Bezug zu „Gesundheit“ aufweisen. Exemplarisch zu nennen ist hier der Bildungsbereich, in dem beispielsweise grenzübergreifende Projekte zur Ausbildung von Pflegekräften denkbar sind. Anhand der Angaben in den operationellen Programmen lässt sich daher nicht feststellen, wie viele Gesundheitsprojekte in den kommenden Jahren im Rahmen des Förderprogramms Interreg tatsächlich umgesetzt werden. Die in Tabelle 28 dargestellte Übersicht kann somit nur einen ersten Eindruck vermitteln. Entsprechende Zielwerte für solche Gesundheitsprojekte wurden explizit in neun der insgesamt 14 Programmdokumente aufgeführt. Diese Programme werden im Folgenden vertiefend behandelt.

Das Programm „Großregion“ sieht in der Förderperiode 2007-2013 insgesamt 35 Gesundheitsprojekten vor, hierunter 15 Initiativen zur Gesundheitsförderung sowie 20 Projekte zur Verbesserung der Qualität der Dienstleistungen im Gesundheitswesen. Dies entspricht einem Anteil von 18 Prozent aller geplanten Projekte. Den in Tabelle 28 aufgeführten Zielwerten zufolge, wird die „Großregion“ zu dem „gesundheitsaktivsten“ Programmen gehören. Auch in den im Süden Deutschlands gelegenen Interreg-Programmen „Alpenrhein – Bodensee – Hochrhein“ und „Bayern – Österreich“ sollen Gesundheitsprojekte durchgeführt werden, jedoch in deutlich geringerem Umfang als in der Großregion. Für das Programm „Oberrhein“ lässt sich keine Aussage treffen, da Zielwerte für einzelne Maßnahmenfelder im Dokument nicht aufgeführt werden.

## 8. Das EU-Förderprogramm Interreg

**Tabelle 28:** Interreg IVA-Programme mit deutscher Beteiligung – Anzahl der Projekte insgesamt sowie Anzahl und Anteil der Gesundheitsprojekte (Quelle: eigene Darstellung auf Basis der operationellen Interreg IVA-Programme, s. Literaturliste)

Programmtitel	Beteiligte Staaten	Projekte insgesamt (Zielwert)	Anzahl Gesundheitsprojekte (Zielwert)	Anteil Gesundheitsprojekte an allen Projekten (Zielwert) <sup>6</sup>	Kategorie der Gesundheitsprojekte
<b>Programme im Norden Deutschlands</b>					
Region Südliche Ostsee	DE/DK/SE/PL/LT	k.A.	k.A.	k.A.	---
Fehmarnbeltregion	DE/DK	50 <sup>1</sup>	4	8%	Gesundheit
Sydanmark – Schleswig – K.E.R.N.	DE/DK	100 <sup>1</sup>	5	5%	Gesundheitsentwicklung/ Gesundheitswirtschaft
			2	2%	Rettungsdienste
<b>Programme im Westen Deutschlands</b>					
Deutschland – Niederlande	DE/NL	>100 <sup>1,4,5</sup>	10	<10%	Gesundheitswesen
			Max. 8	<8%	Innere Sicherheit
Euregio Maas-Rhein	DE/NL/BE	k.A.	k.A.	k.A.	---
<b>Programme im Osten Deutschlands</b>					
Mecklenburg-Vorpommern/ Brandenburg – Polen	DE/PL	170 <sup>2</sup>	3	2%	Einbeziehung medizinischer Netzwerke
			Max. 12	Max. 7%	Umwelt- und Katastrophenschutz
Polen – Brandenburg	DE/PL	k.A.	k.A.	k.A.	---
Sachsen – Polen	DE/PL	310 <sup>2,5</sup>	k.A.	k.A.	---
Sachsen – Tschechische Republik	DE/CZ	322 <sup>1,3,5</sup>	Max. 40	Max. 12%	Sicherheit / Polizei, Rettungsdienst, Katastrophenschutz und Brandschutz
Bayern – Tschechische Republik	DE/CZ	247 <sup>1</sup>	Max. 4	Max. 2%	Soziales und Gesundheit
			Max. 4	Max. 2%	Zivil- und Katastrophenschutz
<b>Programme im Süden Deutschlands</b>					
Großregion	DE/FR/LU/BE	195 <sup>1</sup>	35 <sup>5</sup>	18%	Gesundheitswesen (Initiativen zur Gesundheitsförderung, Maßnahmen zur Verbesserung der Dienstleistungsqualität)
Oberrhein	DE/FR/CH	110 <sup>1,5</sup>	k.A.	k.A.	---
Alpenrhein – Bodensee – Hochrhein	DE/AT/CH/LI	100 <sup>1</sup>	Max. 5	Max. 5%	Soziales und Gesundheit
Bayern – Österreich	DE/AT	220 <sup>1</sup>	Max. 5	Max. 2%	Sozialwesen und Gesundheit

k.A.: Zielwerte werden im Dokument nicht angegeben, <sup>1</sup> ohne Aktivitäten im Bereich „Technische Hilfe“; <sup>2</sup> Anzahl der Projekte des operativen Programms (unklar, ob mit oder ohne Aktivitäten im Bereich „Technische Hilfe“); <sup>3</sup> ohne Projekte, die im Rahmen der so genannten „Kleinprojektfonds“ durchgeführt werden; <sup>4</sup> Anzahl der Projekte aus den Prioritäten 2 und 3; Anzahl der Projekte der Priorität 1 „Wirtschaft, Technologie und Innovation“ im Dokument nicht aufgeführt; <sup>5</sup> eigene Berechnung anhand der im Dokument aufgeführten Einzelwerten; <sup>6</sup> eigene Berechnung

Grenzübergreifende Gesundheitsprojekte sind in der neuen Förderperiode auch entlang der deutsch-niederländischen Grenze zu erwarten (Tabelle 28). So sollen im Programmgebiet „Deutschland-Niederlande“ allein zehn Interreg IVA-Projekte im „Gesundheitswesen“ durchgeführt werden. Hinzu kommen möglicherweise auch Gesundheitsprojekte aus dem Handlungsfeld „Innere Sicherheit“, welches die Umsetzung von Projekten im Rettungswesen erlaubt. Dem Programm „Deutschland-Niederlande“ gehören neben der Ems Dollart Region auch die Euregios Maas-Rhein (EMR), rhein-maas-nord und die EUREGIO an, die bereits in

früheren Förderperioden im Bereich „Gesundheit“ sehr aktiv waren. Es ist daher davon auszugehen, dass das deutsch-niederländische Grenzgebiet – neben Grenzregionen wie der deutsch-französisch-belgisch-luxemburgischen „Großregion“ – auch in der neuen Förderperiode Interreg IV eine „Modellregion“ in der grenzübergreifenden Zusammenarbeit im Gesundheitssektor darstellen wird. Für die Euregio Maas-Rhein lässt sich aufgrund fehlender Zielwerte keine Aussage treffen. Aufgrund bisheriger Entwicklungen und eines vorliegenden Strategiepapiers dieser Euregio, das Gesundheitsversorgung als einen zukünftigen Aktionsschwerpunkt nennt (s. Kapitel 9.2.2), ist anzunehmen, dass dieses in früheren Förderperioden im Gesundheitsbereich sehr aktive Programm auch in der neuen Förderperiode sehr aktiv sein wird.

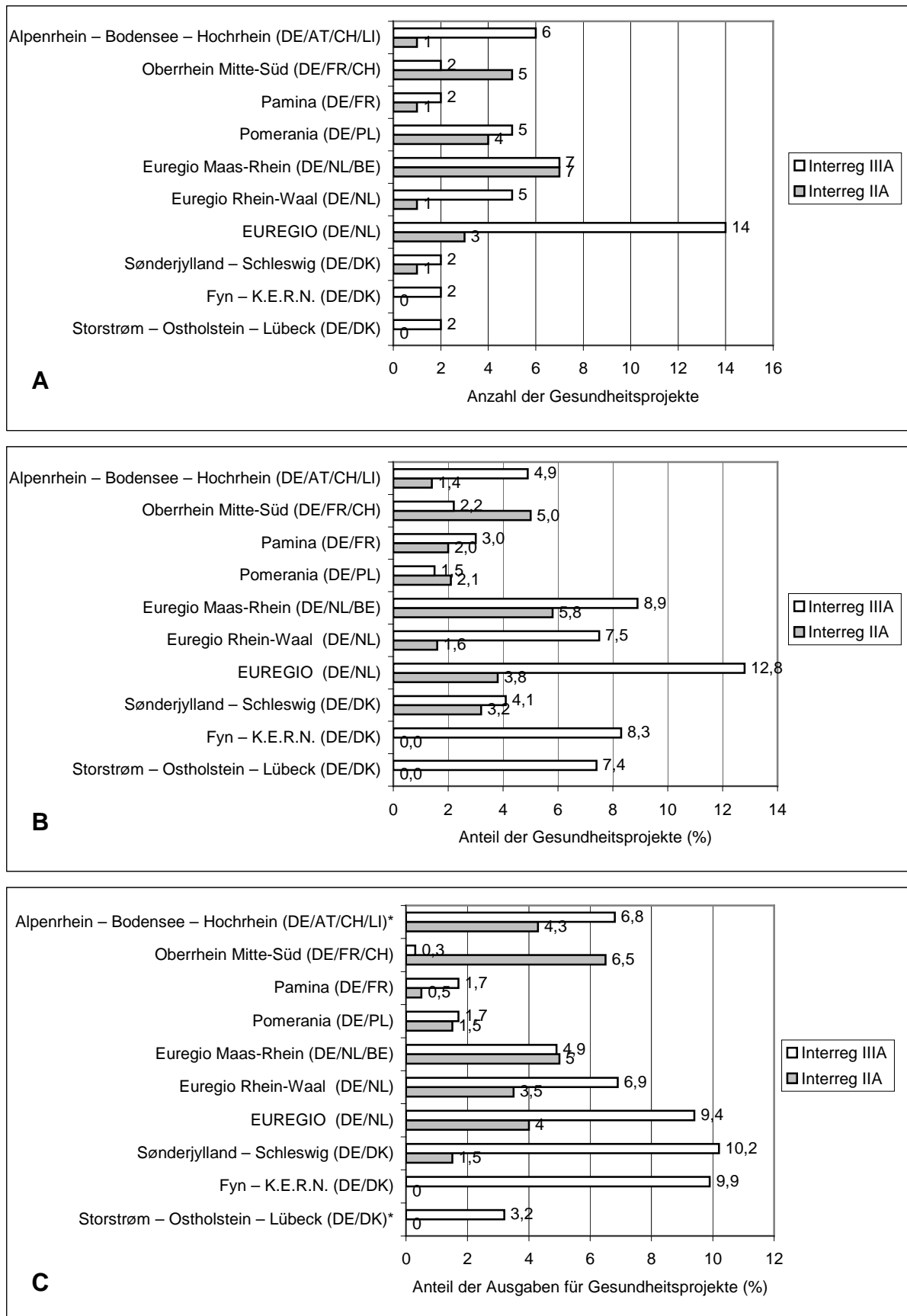
Auch entlang der deutsch-dänischen Grenzen sind Gesundheitsprojekte geplant. So sollen im Programm „Sydanmark – Schleswig – K.E.R.N.“ fünf Projekte zur Gesundheitsentwicklung durchgeführt werden. Hierzu gehören laut Programmdokument beispielsweise Projekte im Bereich der Alternativen Medizin, der Bildungsinfrastruktur im Gesundheitswesen sowie Projekte zur gemeinsamen Nutzung von Ressourcen. Zudem sind im Programmgebiet zwei Zusammenarbeitsaktionen zwischen Rettungsdiensten vorgesehen. Das Programm „Fehmarnbeltregion“ nennt als Zielwert vier Projekte im Bereich „Gesundheit“. Im Rahmen des Fokusthemas „Gesundheit“ können laut Programmdokument z.B. e-health-Projekte, Wellnessprojekte oder Projekte zu Themen wie Rauchen und Übergewicht beantragt werden. Auch das neue Programm „Südliche Ostsee“ sieht im Rahmen des Handlungsfeldes „Initiativen lokaler Gemeinden“ Gesundheitsaktivitäten vor. So können über dieses Programm grenzübergreifende Netzwerke zwischen Nichtregierungsorganisationen im Gesundheitswesen gefördert werden. Zielwerte zur Anzahl der Projekte insgesamt sowie zur Anzahl der Gesundheitsprojekte enthält das Programm jedoch nicht (Tabelle 28).

Die Programme entlang der deutschen-tschechischen und deutsch-polnischen Grenze hingegen legen auch in der neuen Förderperiode einen starken Fokus auf den Bereich Rettungswesen und Katastrophenschutz. Bei diesen Programmen ist eine Aussage über die Anzahl der Gesundheitsprojekte aufgrund der Durchmischung mit anderen Themen wie Umweltschutz oder Sicherheit/Polizei nicht möglich. Für die Programme „Polen – Brandenburg“ und „Sachsen – Polen“ liegen keine Zielwerte für einzelne Handlungsfelder vor (Tabelle 28).

### **Die Entwicklung des Themas „Gesundheit“**

In den vorangegangenen Kapiteln wurden die Interreg-Förderperioden getrennt betrachtet. Um erste Trendergebnisse treffen zu können, werden die Förderperioden vergleichend gegenübergestellt. Da für die Förderphase Interreg IV zum einen bisher lediglich Zielwerte vorliegen, zum anderen nur für wenige Programme erkennbar ist, welche dieser Werte sich auf „reine“ Gesundheitsprojekte beziehen, ist diese Förderphase für einen Vergleich nicht geeignet. Für eine vergleichende Analyse wurde daher auf Informationen der Förderphasen Interreg IIA und IIIA zurückgegriffen.

## 8. Das EU-Förderprogramm Interreg



**Abbildung 24:** Vergleich der Förderperioden Interreg IIA und IIIA: A) Anzahl der Gesundheitsprojekte, B) Anteil der Gesundheitsprojekte an allen Projekten, C) Anteil der Ausgaben für Gesundheitsprojekte an allen Ausgaben (Darstellung nach Tabelle 27)

\* Interreg IIIA-Werte liegen vermutlich höher

Ein Vergleich zwischen diesen beiden Förderperioden ist aufgrund fehlender Angaben für die Förderperiode Interreg IIA sowie fehlender aktueller Angaben für die Förderperiode Interreg IIIA lediglich für zehn Programme möglich.<sup>94</sup> Der Vergleich der beiden Förderperioden zeigt (Abbildung 24), dass:

- einige Programme, die unter Interreg IIA keine gesundheitsrelevanten Projekte durchgeführt hatten, im Rahmen von Interreg IIIA aktiv geworden sind (z.B. Programm „Fyn – K.E.R.N.“).
- Programme, die bereits unter Interreg IIA-Gesundheitsprojekte durchführten, in der neuen Förderperiode mehr Gesundheitsprojekte realisierten. Diese positive Entwicklung lässt sich auch erkennen, wenn die Anzahl der Gesundheitsprojekte in Relation zur Anzahl der insgesamt im Programmgebiet durchgeführten Interreg-Projekte gesetzt wird. Das Programm „Oberrhein Mitte-Süd“ stellt hier eine Ausnahme dar.
- die Ausgaben für Gesundheitsprojekte in Relation zu den Gesamtausgaben von Interreg IIA zu Interreg IIIA angestiegen sind. Auch hier stellt das Programm „Oberrhein Mitte-Süd“ eine Ausnahme dar.

Es ist kein Grund erkennbar, warum es sich bei den übrigen Programmen mit deutscher Beteiligung anders verhalten sollte.

Die Ergebnisse sind mit Vorsicht zu interpretieren, da sich die Programmgebiete von Interreg IIA zu Interreg IIIA verändert haben, die Laufzeiten der beiden Programme unterscheiden und die für den Vergleich herangezogenen Werte der beiden Förderphasen auf unterschiedlichen Erhebungsmethoden basieren, was zu möglichen Verzerrungen führen kann. So enthalten die internetbasierten Interreg IIIA-Projektlisten in der Regel keine Projekte der „technischen Hilfe“, so dass die Anzahl der Projekte insgesamt etwas höher liegen dürfte. Der Anteil der Gesundheitsprojekte an allen Projekten wird in diesen Fällen leicht überschätzt.<sup>95</sup> Trotz dieser Einschränkungen sieht es so aus, als ob das Thema „Gesundheit“ in der grenzübergreifenden Zusammenarbeit in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen hat.

### 8.3 Zusammenfassung

Im Bezug auf „Gesundheit“ ist festzustellen, dass in den Förderperioden Interreg IIIA und IVA in allen Programmgebieten eine Umsetzung von Projekten im Bereich „Gesundheit“ (inkl. Projekte im Bereich Rettungswesen/Katastrophenschutz) im Rahmen von Interreg prinzipiell möglich ist bzw. war.<sup>96</sup> Während einige Programme eine Vielzahl unterschiedlicher Maßnah-

---

<sup>94</sup> Für die Förderperiode Interreg IIIA wurden die Unterprogramme „EUREGIO“ sowie „Euregio Rhein-Waal“, die Bestandteil des gemeinsamen Interreg IIIA-Programms „EUREGIO, Euregio Rhein-Waal und euregio rhein-maas-nord“ sind, betrachtet.

<sup>95</sup> So wurden z.B. in Interreg IIA in der Euregio Maas-Rhein insgesamt 120 Projekte durchgeführt, hierunter 6 Projekte im Bereich „technische Hilfe“ (erac 2005: 31). Bei einer Grundgesamtheit von 120 Projekten beträgt der Anteil der Gesundheitsprojekte an allen Projekten 5,8 Prozent, bei einer Grundgesamtheit von 114 Projekten hingegen 6,1 Prozent.

<sup>96</sup> Für Interreg IIA war es aufgrund der Datenlage nicht möglich, eine Aussage für alle Programme mit deutscher Beteiligung zu treffen.

men erlaubten, haben andere Programme deutliche Themenschwerpunkte z.B. im Bereich des Katastrophenschutzes gesetzt.

Auch bei der Umsetzung der Programme in Form von Projekten zeigt sich, dass Gesundheitsprojekte bereits in vielen Programmgebieten realisiert wurden. Dem Indikator „Anzahl der Gesundheitsprojekte“ zufolge gehörten die Programme entlang der deutsch-niederländischen bzw. der deutsch-niederländisch-belgischen Grenze – mit Ausnahme der „Ems-Dollart Region“ – sowohl in Interreg IIA als auch IIIA zu den im Gesundheitsbereich aktivsten Programmen. Aber auch andere Programme wie die im Süden Deutschlands gelegenen Programme „Alpenrhein – Bodensee – Hochrhein“ und „Bayern – Österreich“ weisen eine Reihe von Gesundheitsprojekten auf. Eine Aussage zur Förderperiode Interreg IVA kann aufgrund der Informationslage nicht getroffen werden. Es zeichnet sich jedoch ab, dass auch in Interreg IVA viele, eventuell sogar alle Programme mit deutscher Beteiligung die Umsetzung von Gesundheitsprojekten anstreben.

Neben der Anzahl der Projekte können auch andere Indikatoren herangezogen werden, um zu untersuchen, welche Bedeutung dem Thema Gesundheit in den einzelnen Programmgebieten beigemessen wird. Hierzu gehören:

- der Anteil der Gesundheitsprojekte an allen im Programmgebiet durchgeführten Interreg-Projekten sowie
- der Anteil der für Gesundheitsprojekte aufgewendeten Finanzmittel an den insgesamt für das Programmgebiet zur Verfügung stehenden Mitteln.

Insbesondere kleine Programmgebiete wie die Programme entlang der deutsch-dänischen Grenzen, die zwar relativ wenige Gesundheitsprojekte durchgeführt haben, jedoch auch vergleichsweise wenig Fördermittel erhielten und insgesamt vergleichsweise wenige Interreg-Projekte durchführten, rücken nun in den Vordergrund.

Ein erster Vergleich der Förderperioden Interreg IIA und IIIA liefert Hinweise darauf, dass das Thema „Gesundheit“ im Laufe der Zeit an Bedeutung gewonnen hat. So sind Programme, die unter Interreg IIA keine gesundheitsrelevanten Projekte durchgeführt hatten, im Rahmen von Interreg IIIA aktiv geworden. Andere Programme, die bereits unter Interreg IIA-Gesundheitsprojekte durchgeführt hatten, führten in der folgenden Förderperiode mehr Projekte durch. Diese positive Entwicklung lässt sich auch erkennen, wenn die Anzahl der Gesundheitsprojekte in Relation zur Anzahl der insgesamt im Programmgebiet durchgeführten Interreg-Projekte gesetzt wird. Der positive Trend ist auch bei Betrachtung der relativen Ausgaben für Gesundheitsprojekte bei fast allen Programmen zu erkennen.

Die Ergebnisse zeigen, dass der Indikator „Anzahl der Gesundheitsprojekte“ allein ein eher unzureichender Indikator ist, um festzustellen, welche Bedeutung dem Thema „Gesundheit“ in den einzelnen Interreg-Programmen beigemessen wird. Die Berücksichtigung weiterer Indikatoren wie der Anteil der Gesundheitsprojekte an allen im Programmgebiet durchgeführten Interreg-Projekten und der Anteil der für Gesundheitsprojekte aufgewendeten Fördermit-



## 8. Das EU-Förderprogramm Interreg

---

tel an den insgesamt für das Programmgebiet zugewiesenen Mitteln geben ein differenzierteres Bild.

Eine Aussage über die Qualität der in den einzelnen Programmen durchgeführten Projekten kann anhand dieser Daten nicht getroffen werden.

## Kapitel 9

# Grenzübergreifende Gesundheitsaktivitäten in Modellregionen

Die beiden vorangegangenen Kapitel lieferten eine Übersicht über die grenzübergreifende Zusammenarbeit im Gesundheitssektor in deutschen Grenzregionen, ohne vertiefend auf die einzelnen Regionen einzugehen. Alle europäischen Grenzregionen im Detail darzustellen und vertiefend zu untersuchen, würde den Rahmen dieser Arbeit übersteigen. Für das vorliegende Kapitel wurden daher drei Modellregionen als Fallbeispiel ausgewählt:

1. die deutsch-niederländische Euregio „EUREGIO“,
2. die deutsch-niederländisch-belgische „Euregio Maas-Rhein“ sowie
3. die deutsch-polnisch-schwedische „Euroregion Pomerania“.

Folgende Gründe sprechen für die Auswahl der ersten zwei Untersuchungsgebiete: Die EUREGIO sowie die Euregio Maas-Rhein gehören mit zu den ersten Euregios, die in Europa gegründet wurden. Sie verfügen daher über langjährige Erfahrungen in der grenzübergreifenden Zusammenarbeit. Zudem ist bekannt, dass in den gewählten Untersuchungsgebieten bereits eine Reihe grenzübergreifender Gesundheitsprojekte durchgeführt wurde (z.B. MGSFF NRW 2001, Spinnewyn 2002). Die im deutsch-niederländischen Grenzgebiet ansässigen Euregios, wie die bereits in den 1950er Jahren gegründete EUREGIO, werden verschiedentlich auch als Modell für grenzübergreifende Zusammenarbeit in Europa bezeichnet (Breuer 2001: 23, Drespe & Thorn 2005: 30). Es wird daher angenommen, dass die EUREGIO auch im Bereich des Gesundheitssektors beispielgebend für andere Grenzregionen sein kann. Diese Vermutung gilt auch für die Euregio Maas-Rhein (Scheres 2003: 43). Für die Auswahl der beiden Modellregionen spricht zudem die relative Fülle an Publikationen. Zum einen handelt es sich hierbei um Veröffentlichungen, die sich mit der Funktionsweise und Qualität der grenzübergreifenden Zusammenarbeit dieser Euregios befassen (z.B. Böttger 2006, Breuer 2001, Perkmann 2007, Raich 1995, Schelberg 1998 und 2001). Zum anderen liegen zur grenzübergreifenden Zusammenarbeit speziell im Gesundheitssektor Publikationen vor, die sich auf die ausgewählten Untersuchungsgebiete beziehen. Hierbei handelt es sich um Übersichtsarbeiten über bestehende Aktivitäten (z.B. empirica GmbH o.J., EMR o.J./b, MGSFF NRW 2001, Spinnewyn 2002) sowie um Arbeiten zu ausgewählten Projekten (z.B. Iögd NRW 2004, Euregio Rhein-Waal 2006). Eine ausführliche aktuelle Analyse dieser Regionen und ihrer Aktivitäten im Gesundheitssektor liegt bisher nicht vor.

Euregios unterscheiden sich hinsichtlich einer Vielzahl von Merkmalen. Um dieser Variation Rechnung zu tragen, wurde als dritte Modellregion die Euroregion Pomerania gewählt. Bei der Euroregion Pomerania handelt es sich um eine vergleichsweise junge grenzübergreifende Struktur (Gründung 1995), an der neben Deutschland und Schweden auch Polen als neues EU-Mitglied beteiligt ist. Die Teilgebiete der Euroregion haben sich in der Vergangenheit unter unterschiedlichen Bedingungen entwickelt. Die historisch gewachsenen Entwicklungsunterschiede sind nach Aussage der Euroregion ein Charakteristikum dieser Region (Deut-

## 9. Grenzübergreifende Gesundheitsaktivitäten in Modellregionen

sche Projekt Union GmbH 1999: 11). Auch in dieser Grenzregion wurden bereits erste grenzübergreifende Aktivitäten im Gesundheitssektor initiiert.

In Kapitel 3.4 wurden Basisdaten, Organisationsstrukturen und die Interreg-Programme der ausgewählten drei Modellregionen im Allgemeinen behandelt. In Tabelle 29 werden einige wesentliche Basisdaten und -informationen der drei Modellregionen vergleichend gegenübergestellt. Das vorliegende Kapitel fokussiert hingegen auf das Thema „Gesundheit“.

**Tabelle 29:** Ausgewählte Basisdaten- und -informationen der Euregio „EUREGIO“, der Euregio Maas-Rhein und der Euroregion Pomerania (Darstellung basierend auf Kapitel 3.4)

	EUREGIO	Euregio Maas-Rhein	Euroregion Pomerania
Gründungsjahr	1958	1976	1995
Beteiligte Staaten	- Deutschland (DE) - Niederlande (NL)	- Deutschland (DE) - Niederlande (NL) - Belgien (BE)	- Deutschland (DE) - Schweden (SE) - Polen (PL)
Mitglieder	Arbeitsgebiet der früheren kommunalen Zusammenschlüsse - Regio Achterhoek (NL) - Regio Twente (NL) - EUREGIO e.V. (DE)	- Provinz Belgisch-Limburg (BE) - Provinz Lüttich (BE) - Deutschsprachige Gemeinschaft Belgiens (BE) - Provinz Niederländisch Limburg (NL) - Regio Aachen e.V. (DE)	- Verein der polnischen Gemeinden der Euroregion Pomerania (PL) - Kommunalgemeinschaft Europaregion Pomerania (DE) - Stadt Stettin (PL) - Gemeindeverband Skåne (SE)
Bevölkerungszahl (in Mio.)	3,4	3,9	3,9
Gebietsgröße (km <sup>2</sup> )	Ca. 13.000	10.737	49.474
Bevölkerungsdichte (Einwohner/km <sup>2</sup> )	245	361	78
Rechtsform	Eingetragener Verein (privat-rechtlich)	Stichting (privat-rechtlich)	Kommunaler Zweckverband (ohne Rechtspersönlichkeit)
Organisationsstruktur	- Rat - Vorstand - Geschäftsstelle - Arbeitskreise	- Rat - Präsidium - Vorstand - Geschäftsstelle - Kommissionen	- Rat - Präsidenten - Präsidium - Sekretariat
Beginn der Beteiligung am Interreg-Programm	1991	1991	1994 (deutsche Teilgebiete) 2004 (polnische Teilgebiete)
Klassifikation nach AGEG (2006: 102f.)	Vorreiter der europäischen Integration	Gebiet, das sich zu einem Vorreiter der europäischen Integration entwickelt	Gebiet, das sich zu einem Vorreiter der europäischen Integration entwickelt

BE = Belgien, DE = Deutschland, NL = Niederlande, PL = Polen, SE = Schweden

Als Informationsquellen zur Untersuchung der Modellregionen wurden Leitlinien und ähnliche von den Euregios publizierte Strategiedokumente, operationelle Interreg-Programme, Interreg-Jahresberichte sowie Internetseiten der Euregios und entsprechender Interreg-Programme herangezogen. Da insbesondere zu Interreg-Programmen und -aktivitäten umfassende Informationen vorliegen, liegt der Schwerpunkt der nachfolgenden Kapitel auf Dokumenten und Aktivitäten, die im Rahmen des EU-Programms Interreg entstanden sind.

### 9.1 Die „EUREGIO“

#### 9.1.1 Ausgangslage

Bereits im Jahr 1958 gründete sich die Euregio „EUREGIO“ als eingetragener Verein. Sie ist die älteste Euregio in Europa. Mit einer Fläche von rund 13.000 Quadratkilometern gehört sie zu einer der flächengrößten Euregios entlang der deutschen Grenze. Das Gebiet mit einer Bevölkerungsdichte von 245 Einwohnern pro Quadratkilometer ist im Wesentlichen ländlich geprägt (s. Kapitel 3.4.1).

In den Agglomerationsräumen der EUREGIO wird die Gesundheitsinfrastruktur als gut oder sehr gut bezeichnet (EUREGIO 2006: 59). Unter anderem sind in der EUREGIO auf niederländischer Seite die Klinik „Medisch Spectrum Twente“ in Enschede und auf deutscher Seite das Universitätsklinikum Münster angesiedelt. In ländlichen Kommunen ist die medizinische Grundversorgung wohnortnah gegeben; um spezialisierte Versorgungsangebote in Anspruch nehmen zu können, sind jedoch Fahrten in die Mittel- und Oberzentren der EUREGIO notwendig (a.a.O.). Für den deutsch-niederländischen Grenzraum insgesamt gilt, dass in den Grenzgebieten auf niederländischer Seite die Dichte der Ärzte, Apotheken und Krankenhausbetten im Vergleich zu deutschen Grenzgebieten geringer ist. Längere Wartezeiten für niederländische Patienten können die Folge sein (OP Interreg IVA Deutschland – Niederlande 2007: 35).

Die EUREGIO verfolgt mit der grenzübergreifenden Zusammenarbeit im Bereich „Gesundheit“ verschiedene Ziele. Hierzu gehören unter anderem eine verbesserte Gesundheitsversorgung der Bevölkerung, eine höhere Wirtschaftlichkeit der Einrichtungen, Synergien durch den Austausch von Erfahrung und Wissen sowie ein verstärkter Informations- und Datenaustausch (OP Interreg IVA Deutschland – Niederlande 2007: 70f., EUREGIO 2006: 58ff.).

Die größten Herausforderungen im Bereich Gesundheit stellen derzeit aus Sicht der EUREGIO die Finanzierung der Gesundheitssysteme, die demographische Entwicklung und die hiermit verbundene Versorgung und Betreuung älterer Menschen, die mögliche Ausbreitung von Infektionskrankheiten und die Prävention dar (EUREGIO 2006: 59).

#### 9.1.2 Entwicklung des Themas „Gesundheit“ in der EUREGIO

Die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im EUREGIO-Gebiet basiert auf langfristigen Strategien und Programmen. Bereits Ende der 1980er Jahre wurde eine erste Gesamtstrategie bis zum Jahr 2005 entwickelt, der seit Anfang der 1990er Jahre eine Reihe von Interreg-Programmen folgte. In den folgenden Abschnitten wird die Entwicklung des Themas „Gesundheit“ in der EUREGIO seit Mitte der 1980er Jahre nachgezeichnet und ein Ausblick auf zukünftige Entwicklungen gegeben.

## 1986 bis 1993: Das Thema „Gesundheit“ im Aufbruch

### Aktionsprogramme

Im Jahr 1986 wurde das „Grenzüberschreitende Aktionsprogramm für das Gebiet der Euregio“ erstellt (NEI 1986a und 1986b), welches in aktuelleren Dokumenten auch als Entwicklungskonzept bezeichnet wird. Das Programm enthält neben einer sozial-wirtschaftlichen Analyse des EUREGIO-Gebietes verschiedene Entwicklungsziele und -aktivitäten, die aus der Analyse abgeleitet wurden. Insgesamt werden in dem Dokument 16 Entwicklungsziele zu folgenden fünf Oberthemen aufgeführt:

1. Regionale Produktionsstruktur (Ziel 1-3),
2. Regionale Produktionsumwelt (Ziel 4-7),
3. Regionale Organisationsfähigkeit (Ziel 8-11),
4. Hilfen bei alltäglichen grenzüberschreitenden Themen (Ziel 12-14) und
5. Stärkung der Zweisprachigkeit (Ziel 15-16).

In dem Dokument werden im Rahmen des Ziels 13 „Koordination und gemeinsame Nutzung öffentlicher Leistungen“ auch erste Maßnahmen zur grenzübergreifenden Zusammenarbeit im Gesundheitswesen vorgeschlagen, welche bis dato nur in Einzelfällen und nur unter erschwerten Bedingungen möglich gewesen war (NEI 1986a: 111). So wird in dem Dokument angeregt, die Möglichkeiten zur gemeinsamen Nutzung von Gesundheitseinrichtungen beiderseits der Grenzen durch entsprechende Vereinbarungen der Krankenkassen zu verbessern und eine öffentlich-rechtliche Vereinbarung über den grenzübergreifenden Einsatz von Rettungsdiensten zu schließen (NEI 1986b: 35). Basierend auf dieser Gesamtstrategie entstanden die Programme Interreg I und Interreg II.

**Tabelle 30:** Interreg I-Programm der EUREGIO – Themenschwerpunkte und Investitionsvolumen (Quelle: eigene Darstellung nach EUREGIO 1996: 14 )

Aktionsbereich	Investitionsvolumen (in Mio. Euro)*	Budgetanteil (in %)**
Netzwerkbildung, Informationsaustausch und Kommunikation	5,14	19,7
Verkehr, Transport und Infrastruktur	4,27	16,4
Erholung und Tourismus	4,94	18,9
Schulung und Arbeitsmark	2,44	9,3
Umweltschutz und Landwirtschaft	2,37	9,1
Innovation und Technologietransfer	6,28	24,1
Forschung und Projektmanagement	0,66	2,5
<b>Summe</b>	<b>26,1</b>	<b>100</b>

\* Stand 31.12.1995, Umrechnung ECU in Euro (Verhältnis 1 : 1), \*\* eigene Berechnung

Das Interreg I-Programm der EUREGIO wurde Ende 1991 von der EU genehmigt. Es enthält sieben Themenschwerpunkte, zu denen Anfang 1992 erste Projektanträge eingereicht werden konnten. Das Gesamtinvestitionsvolumen betrug rund 26 Millionen Euro (EUREGIO

1996: 14). Der größte Teil der Mittel floss in den Bereich „Innovation und Technologietransfer“ (Tabelle 30). Da das operationelle Programm Interreg I öffentlich nicht verfügbar ist<sup>97</sup>, konnte eine entsprechende Dokumentenanalyse nicht durchgeführt werden. Wie das folgende Kapitel zur Programmumsetzung zeigt, wurden Gesundheitsprojekte sowohl im Schwerpunkt „Netzwerkbildung, Informationsaustausch und Kommunikation“ als auch im Schwerpunkt „Innovation und Technologietransfer“ durchgeführt. Ob im Dokument in Texten zu diesen Schwerpunkten das Thema „Gesundheit“ angesprochen wird, konnte aus vorgenannten Gründen nicht festgestellt werden.

### Interreg I-Projekte

Im Rahmen des Programms Interreg I wurden insgesamt 59 Projekte bzw. 145 Einzelmaßnahmen gefördert (EUREGIO 1996: 12). Die Autorin identifizierte drei Gesundheitsmaßnahmen, die im Rahmen von Interreg I durchgeführt worden waren:

- das Projekt „Binationales Institut für Rehabilitationstechnologien“,
- das Projekt „Inventarisierung von Gesundheitseinrichtungen in der EUREGIO“ und
- das Projekt „Deutsch-niederländisches Symposium zur Krankenversicherung“.

Diese drei Aktivitäten wurden, wie bereits erwähnt, im Rahmen der Schwerpunkte „Netzwerkbildung, Informationsaustausch und Kommunikation“ und „Innovation und Technologietransfer“ durchgeführt (Tabelle 32). Das Projekt „Binationales Institut für Rehabilitationstechnologien“ zielte auf die Gründung eines binationalen Institutes für Rehabilitationstechnologien, die Entwicklung gemeinsamer Rehabilitationstechnologien sowie den Aufbau eines grenzübergreifenden Pflege- und Bildungsprogramms ab. Bei diesem Vorhaben handelte es sich um ein vergleichsweise kostenintensives Projekt, in das rund sieben Prozent der Interreg I-Mittel investiert wurden (EUREGIO 1996: 214ff.). Die anderen beiden Projekte wurden im Rahmen des People-to-People-Action-Sammelprojektes<sup>98</sup> gefördert. Im Projekt „Inventarisierung von Gesundheitseinrichtungen in der EUREGIO“ wurde eine Übersicht über bestehende Einrichtungen und Darstellung von Kooperationsmöglichkeiten erstellt (a.a.O.: 44). Das deutsch-niederländische Symposium zur Krankenversicherung hingegen zielte auf eine rechtsvergleichende Darstellung der beiden Systeme und ihrer Probleme ab (a.a.O.: 45).

### **1994 bis 1999: Das Thema „Gesundheit“ schreitet voran**

#### Aktionsprogramm Interreg II

Das 74-seitige<sup>99</sup> operationelle Interreg IIA-Programm für die EUREGIO wurde im Juli 1995 von der Kommission genehmigt. In dem Programm wurden sechs Prioritäten und insgesamt

---

<sup>97</sup> Anfragen der Autorin in Bibliotheken führten zu keinem Ergebnis. Auf der Interreg-Website der EUREGIO (<http://www.interreg.euregio.de/>) steht lediglich der Endbericht Interreg I zur Verfügung.

<sup>98</sup> Im Rahmen des Interreg I „People-to-People-Action-Sammelprojektes“ wurden insgesamt 47 Einzelvorhaben aus den verschiedensten Bereichen (z.B. Tourismus, Bildung, Gesundheit/Soziales) gefördert (EUREGIO 1996: 21f.). Hierbei handelt es sich um Aktivitäten mit einem vergleichsweise geringen Finanzvolumen.

<sup>99</sup> Anlagen wurden bei der Seitenangabe nicht mitgezählt.

13 Aktionsbereiche festgelegt (EUREGIO 2002b: 13). Investitionen wurden insbesondere in den Schwerpunktbereichen „Wirtschaft, Technologie und Innovation“, „Qualifizierung und Arbeitsmarkt“ und „Räumliche Struktur“ getätigt. Mit rund 85 Prozent des Budgets stellten diese drei Prioritäten die bedeutendsten Schwerpunktbereiche dar (Tabelle 31).

**Tabelle 31:** Interreg IIA-Programm der EUREGIO – Themenschwerpunkte und Investitionsvolumen (Quelle: eigene Darstellung nach EUREGIO 2002b: 13 & 24f.)

Priorität	Anzahl der Aktionsbereiche	Investitionsvolumen (in Mio. Euro)*	Budgetanteil (in %)**
1. Räumliche Struktur	2	14,73	23,0
2. Wirtschaft, Technologie und Innovation	2	24,02	37,6
3. Umwelt, Natur und Landschaft	2	1,98	3,1
4. Qualifizierung und Arbeitsmarkt	3	15,88	24,9
5. Sozio-kulturelle Integration	2	4,73	7,4
6. Technische Hilfe	2	2,45	3,8
<b>Summe</b>	<b>13</b>	<b>63.90</b>	<b>99,8***</b>

\* Stand 31.12.2001, \*\* eigene Berechnung, \*\*\* keine 100 Prozent bedingt durch Rundung

Auch Mitte der 1990er hatte sich an der Ausgangssituation im Gesundheitsbereich im Vergleich zu den Vorjahren wenig verändert. So wurde im Programmplanungsdokument Interreg IIA – wie auch bereits im Aktionsprogramm aus dem Jahr 1986 – festgestellt, dass die Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich nach wie vor nur in Einzelfällen und unter erschwerten Bedingungen möglich ist (EUREGIO 1994 – Anlagen: 9). Entsprechend enthält das Programmdokument unter den Schwerpunkten „Qualifizierung und Arbeitsmarkt“ sowie „Sozio-kulturelle Integration“ Maßnahmenvorschläge, die auf eine Verbesserung der grenzübergreifenden Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich abzielen (Box 5).

**Box 5: Operationelles Interreg IIA-Programm der EUREGIO – prioritäre Maßnahmenvorschläge in den Bereichen „Gesundheitswesen“ sowie „Rettungswesen und Katastrophenschutz“**

Schwerpunkt 4 „Qualifizierung und Arbeitsmarkt“ – Aktionsfeld 4.2 „Grenzüberschreitende Netzwerke“

„Grenzüberschreitende Kooperation zwischen Branchenorganisationen, öffentlichen Einrichtungen und sozialen Diensten (z.B. Gesundheitswesen, Polizei), bei denen grenzüberschreitende Information und Qualifizierungsmaßnahmen Voraussetzungen für eine dauerhafte Kooperation sind“

Schwerpunkt 4 „Sozio-kulturelle Integration“ – Aktionsfeld 5.1 „Ausbau des sozio-kulturellen Netzwerkes“

„Grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen (z.B. Krankenhäuser, Altenheime, Drogenpolitik), im Rettungswesen und Katastrophenschutz (Feuerwehren, Rettungshubschrauber etc.), der Polizei, Verbraucherberatung etc.“

Quelle: EUREGIO 1994: 55 und 57

## 9. Grenzübergreifende Gesundheitsaktivitäten in Modellregionen

**Tabelle 32:** Interreg I- und IIA-Gesundheitsprojekte in der EUREGIO (Quelle: eigene Darstellung nach EUREGIO 1996: 44ff., EUREGIO 2002b: 149ff. und URL 50)

Schwerpunkt	Projekttitle	Ziele / Inhalte	Laufzeit	Gesamtkosten (in Euro)
<b>Interreg I</b>				
Innovation und Technologietransfer	Binationales Institut für Rehabilitationstechnologien	Gründung eines binationalen Institutes für Rehabilitationstechnologien, Entwicklung gemeinsamer Rehabilitationstechnologien, Aufbau eines grenzübergreifenden Pflege- und Bildungsprogramms	k.A.	1.750.651
Netzwerkbildung, Informationsaustausch und Kommunikation	Inventarisierung von Gesundheitseinrichtungen in der EUREGIO*	Übersicht über bestehende Einrichtungen und Darstellung von Kooperationsmöglichkeiten	k.A.	k.A.
	Deutsch-niederländisches Symposium zur Krankenversicherung*	In der Veranstaltung am 9./10. Juni 1995 erfolgte eine rechtsvergleichende Darstellung der beiden Systeme und ihrer Probleme	k.A.	k.A.
<b>Interreg IIA</b>				
2. Wirtschaft, Technologie und Innovation – Aktionsbereich 2.1. Kooperation kleiner und middle-rer Unternehmen	Binationales Institut für Rehabilitationstechnologien	Weiterentwicklung des in Interreg I aufgebauten "Binationalen Instituts für Rehabilitation und Technologie": Aufbau einer grenzüberschreitenden „Innovationsplattform“ zur Förderung der Zusammenarbeit zwischen dem Binationalen Institut für Rehabilitationstechnologien und der euregionalen rehabilitationstechnologischen Wirtschaft sowie Schaffung eines grenzüberschreitenden Netzwerkes für Rehabilitationsmedizin	01.01.1996 bis 31.09.1999	1.282.931
	Entwicklung von ambulanten Behandlungsprogrammen und medizinisch-technischen Produkten	Inventarisierung der Kooperationsmöglichkeiten zwischen ambulanten medizinischen Einrichtungen in der EUREGIO sowie Entwicklung und Einführung grenzüberschreitender ambulanter Behandlungsprogramme für die drei Teilgebiete Asthma, Rheuma, arthroskopische Kniechirurgie	01.07.1999 bis 15.10.2001	1.177.575
5. Sozio-kulturelle Integration – Aktionsbereich 5.1. Aufbau des sozio-kulturellen Netzwerkes	Grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Rettungswesen	Aufbau einer grenzüberschreitenden Kooperation zwischen den Rettungsdiensten der Regio Achterhoek, des Kreises Borken, der Regio Twente und des Landkreises Grafschaft Bentheim, mit dem Ziel, Rettungsfahrzeuge von beiden Seiten der Grenze im gesamten direkten Grenzgebiet in der EUREGIO einzusetzen.	01.02.1997 bis 31.12.1998	107.060
	Symposium „Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung“*	Auf dem Symposium am 15.6.1999 in Enschede wurden verschiedene europäische grenzüberschreitende Gesundheitsprojekte präsentiert und die Beschlüsse des EuGH zur grenzüberschreitenden Patientenbehandlung vorgestellt und diskutiert.	k.A.	k.A.
	Deutsch-niederländisches Symposium zur Pflegeversicherung*	Auf der Veranstaltung am 21./22. Juni 1996 wurden Fachthemen der Pflegeversicherung (z. B. deutsch-niederländischer Systemvergleich, Pflegeversicherung und EU-Recht) diskutiert.	k.A.	k.A.

k.A. = Entsprechende Angaben liegen nicht vor, \* Aktivität im Rahmen des People-to-People-Action-Sammelprojektes.



### Interreg IIA-Projekte

Im Rahmen des Interreg IIA-Programms wurden insgesamt 80 Projekte bzw. 174 Einzelmaßnahmen mit einem Gesamtinvestitionsvolumen von rund 64 Millionen Euro realisiert (EUREGIO 2002b: 8).

Insgesamt wurden fünf Interreg IIA-Einzelmaßnahmen im Gesundheitsbereich identifiziert (Tabelle 32): das Projekt „Binationales Institut für Rehabilitationstechnologien“, das Projekt „Entwicklung von ambulanten Behandlungsprogrammen und medizinisch-technischen Produkten“, das Projekt „Grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Rettungswesen“, das Symposium „Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung“ sowie das „Deutsch-niederländisches Symposium zur Pflegeversicherung“. Bei den beiden zuletzt genannten Projekten handelt es sich um Veranstaltungen, die im Rahmen des People-to-People-Action-Sammelprojektes<sup>100</sup> gefördert wurden. Die übrigen drei Projekte mit einer Laufzeit zwischen 23 und 45 Monaten waren stärker auf die Lösung praktischer Probleme ausgerichtet. Diese widmeten sich jeweils verschiedenen Schwerpunkten im Gesundheitsbereich: dem Bereich Rehabilitation, ambulante Versorgung sowie dem Bereich Rettungswesen. Die Gesamtausgaben für diese drei Projekte beliefen sich auf rund 2,6 Millionen Euro (Tabelle 32).

Die fünf Gesundheitsprojekte wurden im Rahmen der Interreg IIA-Schwerpunkte „Wirtschaft, Technologie und Innovation“ (Aktionsbereich 2.1 „Kooperation kleiner und mittlerer Unternehmen“) sowie „Sozio-kulturelle Integration“ (Aktionsbereich 5.1 „Aufbau des sozio-kulturellen Netzwerkes“) realisiert (Tabelle 32). Hierbei zeigt sich, dass sich aus den operationellen Programmen nicht rückschließen lässt, in welchen Schwerpunkten Gesundheitsprojekte umgesetzt werden. So wurde kein Gesundheitsprojekt im Aktionsfeld 4.2 „Grenzüberschreitende Netzwerke“ realisiert, obwohl das operationelle Programm dies – wie im vorangegangenen Kapitel dargestellt – zuließ. Andererseits wurden Gesundheitsprojekte im Aktionsbereich 2.1 „Kooperation kleiner und mittlerer Unternehmen“ durchgeführt, obwohl „Gesundheit“ nicht in der Beschreibung des Aktionsfeldes aufgeführt wird.

Im Abschlussbericht der Förderperiode Interreg IIA wurde festgestellt, dass insgesamt ein längerfristiger Handlungsbedarf in der grenzübergreifenden Zusammenarbeit besteht, der auch den Gesundheitsbereich betrifft (EUREGIO 2002b: 563f.).

### **2000 bis 2006: „Gesundheit“ ein Schwerpunktthema**

#### Leitlinien und Programme

In Vorbereitung auf das Interreg IIIA-Programm entwickelte die EUREGIO für die Bereiche „Räumliche Struktur“, „Wirtschaft, Technologie, Innovation“, „Natur, Umwelt, Landwirtschaft“, „Arbeitsmarkt und Qualifizierung“ sowie „sozial-kulturelle Integration“ insgesamt 21 Leitlinien für die Jahre 2000 bis 2006 (EUREGIO, Euregio Rhein-Waal und euregio rhein-maas-nord

---

<sup>100</sup> Im Rahmen des People-to-People-Action-Sammelprojektes wurden insgesamt 71 grenzübergreifende Einzelmaßnahmen mit einem relativ kleinen Fördervolumen in verschiedenen Bereichen (z.B. Kultur, Bildung, Wirtschaft, Gesundheitswesen) gefördert (EUREGIO 2002b: 433).

2006a: 31f.). In einer dieser Leitlinien werden auch die Themen Gesundheitsvorsorge und Rettungswesen angesprochen. Diese wurde dem Bereich „sozial-kulturelle Integration“ zugeordnet. Ziel der EUREGIO ist hiernach die „Stärkung der grenzübergreifenden inter-kommunalen Zusammenarbeit (z.B. Gesundheitsvorsorge, -nachsorge und Rehabilitation, Altenpflege, Rettungswesen, Erziehungs- und Ausbildungseinrichtungen, grenzübergreifende Flächenentwicklung, Informations- und Erfahrungsaustausche) zur Verbesserung der teilräumlichen Versorgungssituation und zur Ergänzung der (nationalorientierten) Versorgungswege“ (a.a.O.: 32).

Basierend auf den euregionalen Leitlinien entstand das 130-seitige operationelle Programm Interreg IIIA (2000-2006) für die Euregios Rhein-Waal, rhein-maas-nord und die EUREGIO (EUREGIO, Euregio Rhein-Waal und euregio rhein-maas-nord 2006a). Hierin wird festgestellt, dass (a.a.O.: 46):

- die Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich bisher – wie auch in früheren Dokumenten festgestellt – nur in Einzelfällen erfolgt,
- unterschiedliche Strukturen, Kompetenzen und Sozialgesetze die Zusammenarbeit erschweren,
- Netzwerke im Bereich „Gesundheit“ bestehen und weitere sich im Aufbau befinden.

Basierend auf Stärken- und Schwächen-Analysen werden in dem Programmdokument sechs Förderschwerpunkte formuliert. Hauptaugenmerk galt in dieser Förderphase dem Bereich „Wirtschaft, Technologie und Innovation“, für den rund 46 Prozent der EU-Mittel vorgesehen waren (s. Tabelle 33).

Die Themen Gesundheitswesen, Katastrophenschutz und Rettungswesen sind Bestandteil der Maßnahme 5.1 „Soziale Netzwerke/Behebung alltäglicher Grenzprobleme“, die dem Schwerpunkt 5 „Sozial-kulturelle Integration“ zugeordnet ist. Der Jahresbericht 2006 sah für die Maßnahme in der EUREGIO rund 6,8 Millionen vor, dies entspricht sechs Prozent der indikativen Interreg-Gesamtmittel der EUREGIO (INTERREG-Sekretariat des Interreg IIIA-Programms EUREGIO, Euregio Rhein-Waal und euregio-rhein-maas-nord o.J.: 12).<sup>101</sup> Die Maßnahme soll unter anderem dazu beitragen, das grenzübergreifende Sozial- und Gesundheitswesen zu fördern und entsprechende Vorschriften zu harmonisieren, um so die Nutzbarkeit der medizinischen und sozialen Dienste im Nachbarland zu erhöhen (EUREGIO, Euregio Rhein-Waal und euregio rhein-maas-nord 2006b: 24). Entsprechend sieht das operationelle Programm die Umsetzung grenzübergreifender Kooperationsprojekte im Bereich Rettungswesen und Katastrophenschutz sowie Projekte zur Verbesserung des grenzübergreifenden Gesundheitswesens vor (EUREGIO, Euregio Rhein-Waal und euregio rhein-maas-nord 2006a: 66).

---

<sup>101</sup> Aktuellere Berichte lagen zum Zeitpunkt der Fertigstellung (Juni 2008) nicht vor. Da einige Interreg-Projekte erst im Jahr 2008 enden, sind erst nach Abschluss aller Projekte endgültige Aussagen über die Ausgaben möglich sind.

**Tabelle 33:** Interreg IIIA-Unterprogramm „EUREGIO“ – Schwerpunkte, Anzahl der Maßnahmen und Ausgaben (Quelle: eigene Darstellung nach INTERREG-Sekretariat des Interreg IIIA-Programms EUREGIO, Euregio Rhein-Waal und euregio-rhein-maas-nord o.J.: 12)

Schwerpunkt	Anzahl der Maßnahmen	Investitionsvolumen (in Euro)*	Budgetanteil (in %)**
1. Räumliche Struktur	2	19.901.417	17,4
2. Wirtschaft, Technologie und Innovation	3	52.292.619	45,8
3. Umwelt, Natur und Landschaft	2	3.318.386	2,9
4. Qualifizierung und Arbeitsmarkt	1	18.003.137	15,8
5. Sozial-kulturelle Integration	2	13.458.410	11,8
6. Technische Hilfe	2	7.230.650	6,3
Summe	12	114.204.619	100,0

\* = indikative Kosten des Unterprogramms „EUREGIO“, \*\* = eigene Berechnung

### Interreg IIIA-Projekte

Bis zum 31. Dezember 2006 wurden insgesamt 109 Interreg IIIA-Projekte und 77 People-to-People-Einzelmaßnahmen realisiert. Mitte 2007 lag das Investitionsvolumen in der EUREGIO bereits bei 130,6 Millionen Euro (URL 48).

Insgesamt identifizierte die Autorin 19 Interreg IIIA-Gesundheitsprojekte. Diese lassen sich verschiedenen Themenfeldern zuordnen und reichen von medizintechnologischen Projekten über Projekte im Bereich der psychiatrischen Versorgung bis hin zu Projekten, die insbesondere der Vernetzung der Akteure im EUREGIO-Gebiet dienen. Fünf dieser Maßnahmen wurden im Rahmen des People-to-People Sammelprojektes<sup>102</sup> gefördert (Tabelle 34).

Für Gesundheitsaktivitäten wurden insgesamt rund 12,5 Millionen Euro aufgewandt. Dies entspricht einem Anteil von 9,6 Prozent des Gesamtkostenvolumens von 130,6 Millionen Euro. Der größte Anteil hiervon (38 Prozent) entfällt auf medizintechnologische Projekte. Die Kosten der Gesundheitsprojekte liegen zwischen knapp 32 Tausend und rund 2,2 Millionen Euro. Die durchschnittlichen Projektkosten betragen rund 660 Tausend Euro. Die Laufzeiten der Projekte variieren zwischen neun und 61 Monaten. Die durchschnittliche Laufzeit beträgt 33 Monate (Tabelle 34).

<sup>102</sup> Bei „People-to-People“ Projekten handelt es sich vor allem um sozial-kulturelle Aktivitäten. Die maximale Fördersumme beträgt 25.000 Euro pro Projekt.

**Tabelle 34:** Interreg IIIA-Gesundheitsprojekte in der EUREGIO (Quelle: eigene Darstellung nach URL 50)

Maßnahme	Projekttitel	Projektziel	Laufzeit	Gesamtkosten (in Euro)
<b>Medizintechnologie</b>				<b>4.830.339</b>
2.2 „Technologieentwicklung und Transfer“	Intraluminäre Oxygenierung des Magen-Darm-Trakts/Ischämie	Entwicklung einer neuen klinischen Methode zur Vorbeugung bzw. Behandlung des Magen-Darm-Infarkts, Senkung der Sterblichkeitsrate, Verminderung der Behandlungskosten	01.09.2002 bis 31.12.2006	712.457
	Verbesserung der funktionalen Genesung von Patienten mit einer Gehirnblutung durch mehrkanalige Elektromyografie gesteuerte Elektrostimulation (CVA)	Verbesserung der Wirkung der Rehabilitationsphase von Patienten mit einer Gehirnblutung durch die Entwicklung einer Technologie	01.04.2004 bis 30.06.2008	666.176
	Diabetes „Fuß“	Verbesserung der Qualität und der Effizienz der Diabetiker-Versorgung in der EUREGIO	01.01.2004 bis 31.12.2006	1.294.131
	Vincent 50 - Scanning des diabetischen Fußes	Frühzeitige Erkennung von Fußabweichungen bei Zuckerkranken per Ferndiagnose, Vermeidung unnötiger Patientenüberweisungen	01.12.2004 bis 30.06.2008	2.157.575
<b>Psychiatrische Versorgung</b>				<b>152.934</b>
5.1 „Soziale Netzwerke/Behebung alltäglicher Grenzprobleme“	Koordinierung und Zusammenarbeit in der Psychiatrie D/NL*	Aufbau eines grenzübergreifenden Netzwerkes in der psychiatrischen Versorgung	01.04.2004 bis 01.03.2005	54.511
	Tagesbeschäftigung und Arbeit in der psychischen Gesundheitsfürsorge*	Aufbau eines grenzübergreifenden Netzwerkes in der psychischen Gesundheitsfürsorge	01.09.2005 bis 30.11.2006	51.636
	Wohnen und Psychiatrie*	Erfahrungs- und Kenntnisaustausch von Akteuren im Bereich des betreuten Wohnens für (ehemalige) Psychiatriepatienten	01.11.2002 bis 31.07.2003	46.787
<b>Pflege, Betreuung älterer Menschen</b>				<b>3.619.323</b>
5.1 „Soziale Netzwerke/Behebung alltäglicher Grenzprobleme“	Deutsch-niederländische „Wohn-Versorgungszone“ Dinxperlo-Suderwick	Schaffung adäquater Versorgungsangebote für ältere Pflegebedürftige	01.09.2003 bis 30.04.2007	415.622
	Grenzübergreifendes Leben im Alter	Entwicklung eines grenzübergreifenden Wohn-Pflege-Modells und -Netzwerks für (ältere) Menschen	01.01.2006 bis 30.06.2008	1.889.360
4.1 „Entwicklung des Arbeitsmarktes/Mobilität der Arbeitnehmer/Grenzüberschreitende Netzwerke in Qualifizierung, Berufsausbildung und Beschäftigung“	Grenzüberschreitende Pflegeausbildung	Öffnung des Pflegekräfte-marktes in Richtung Nachbarland	01.10.2001 bis 31.10.2006	1.314.341

\* = People-to-People Projekt

## 9. Grenzübergreifende Gesundheitsaktivitäten in Modellregionen

**Tabelle 34 (Fortsetzung):** Interreg IIIA-Gesundheitsprojekte in der EUREGIO (Quelle: eigene Darstellung nach URL 50)

Maßnahme	Projekttitel	Projektziel	Laufzeit	Gesamtkosten (in Euro)
<b>Vernetzung</b>				<b>1.335.481</b>
5.1 „Soziale Netzwerke/Behebung alltäglicher Grenzprobleme“	EUREGIO-Service-Zentrum für Gesundheit (ESG I)	Aufbau eines „Euregionalen Servicezentrums für Gesundheit“ zur Verbesserung der medizinischen Versorgung in der EUREGIO	01.09.2002 bis 31.07.2006	781.015
	EUREGIO-Service-Zentrum für Gesundheit (ESG II)	Förderung des grenzüberschreitenden Patientenverkehrs u.a. durch Ausbau des Netzwerkes und Einrichtung von Arbeitsgruppen	01.08.2006 bis 31.05.2008	504.466
	Stärkung der Patienten-/Bürgerposition im (inter-)euregionalen Gesundheitswesen*	Aufbau eines grenzübergreifenden Netzwerkes mit Beteiligung von Patienten-, Verbraucher- und Selbsthilfeorganisationen	01.11.2005 bis 31.10.2006	50.000
<b>Katastrophenschutz/Rettungswesen</b>				<b>342.509</b>
5.1 „Soziale Netzwerke/Behebung alltäglicher Grenzprobleme“	Grenzüberschreitender Gefahrenabwehrplan	Erstellung eines Gefahrenabwehrplanes für schnelle und wirksame grenzüberschreitende Hilfeleistung bei Katastrophen und Großschadensereignissen	01.09.2002 bis 30.11.2005	68.740
	Verbesserung der grenzüberschreitenden Hilfeleistung	Nachhaltigen Verbesserung der grenzübergreifenden Zusammenarbeit der Feuerwehren	01.05.2005 bis 30.06.2007	242.060
	Bordertest – grenzübergreifende multidisziplinäre Übung von Polizisten und Hilfsdiensten*	Großübung von Polizei, Feuerwehr und Rettungsdiensten an der deutsch-niederländischen Grenze	01.10.2002 bis 31.10.2003	31.709
<b>Sonstiges</b>				<b>2.253.522</b>
4.1 „Entwicklung des Arbeitsmarktes/Mobilität der Arbeitnehmer/Grenzüberschreitende Netzwerke in Qualifizierung, Berufsausbildung und Beschäftigung“	Grenzübergreifende Berufsbildentwicklung „Kraamzorg“ (nachgeburtliche Versorgung)	Auf deutscher Seite: Senkung der durchschnittlichen Krankenhausverweildauer, Verbesserung der Unterstützung junger Familien in der häuslichen Situation auf niederländischer Seite: Verbesserung der Erreichbarkeit akuter Krankenhausversorgung	01.01.2006 bis 30.06.2008	175.000
5.1 „Soziale Netzwerke/Behebung alltäglicher Grenzprobleme“	MRSA-Net EUREGIO	Senkung der MRSA-Rate u.a. durch Entwicklung einer grenzübergreifenden Strategie zur MRSA-Bekämpfung, Gründung eines MRSA-Netzwerkes	01.05.2005 bis 30.06.2008	996.003
	Deutsch-niederländischer Sucht- und Selbsthilfeverbund	Aufbau eines grenzübergreifenden Therapieverbundes zum Austausch von Behandlungs- und Betreuungsmethoden für Suchtkranke	01.10.2002 bis 30.06.2007	1.082.519
<b>Gesamtkosten</b>				<b>12.534.108</b>

\* = People-to-People Projekt

## 9. Grenzübergreifende Gesundheitsaktivitäten in Modellregionen

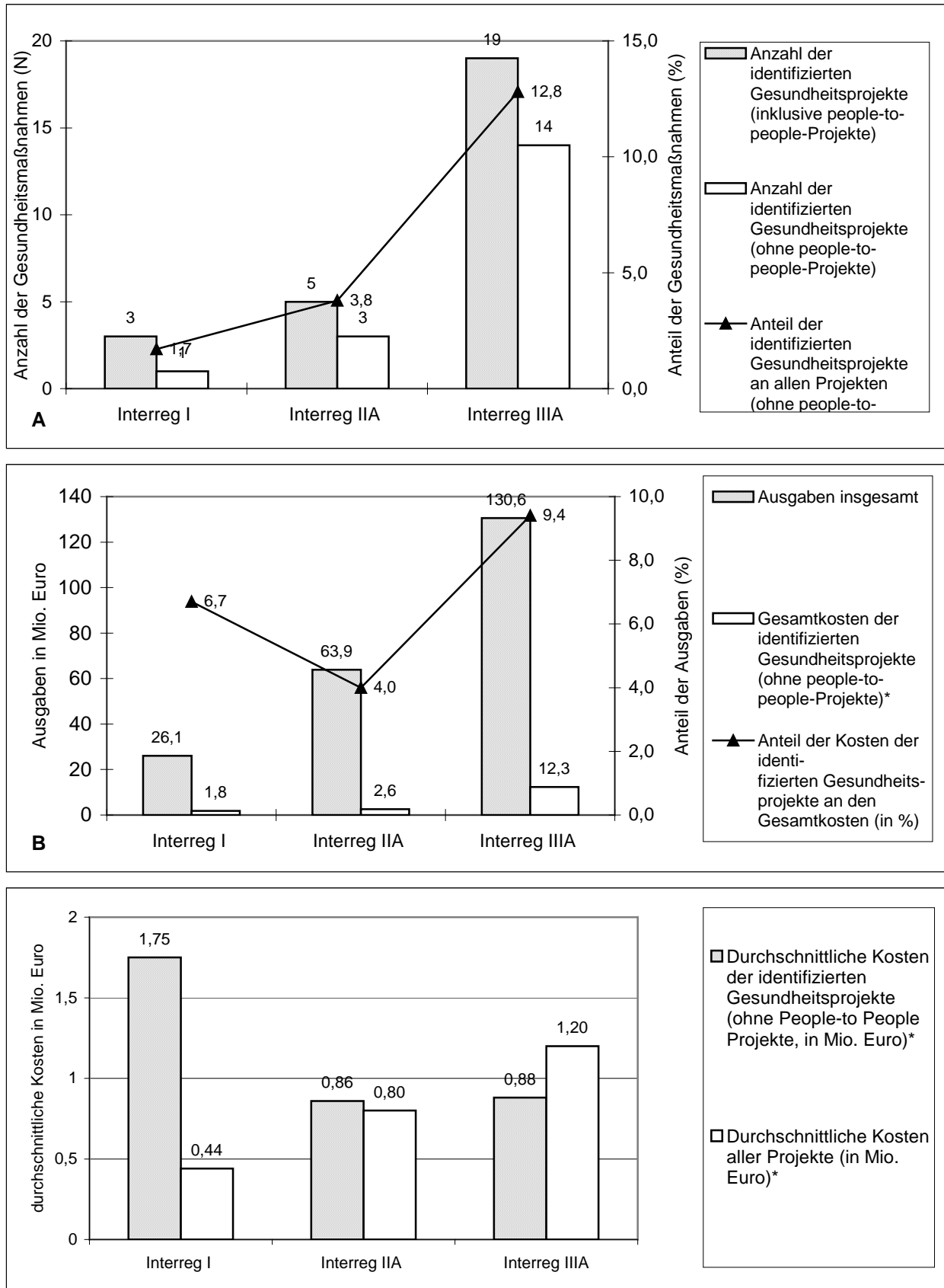


Abbildung 25: Entwicklung des Themas Gesundheit in der EUREGIO – Anzahl und Anteil der Interreg-Gesundheitsmaßnahmen, Ausgaben sowie durchschnittliche Projektkosten (Quelle eigene Darstellung nach EUREGIO 1996, EUREGIO 2002b, EUREGIO 2007 sowie URL 50)

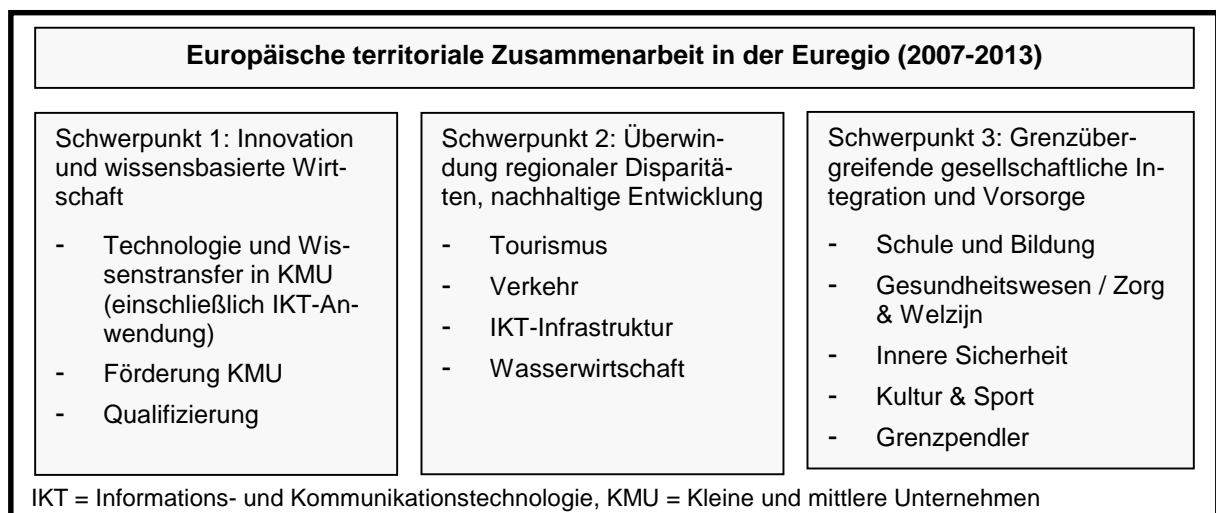
\* eigene Berechnung

### Entwicklung von Interreg-Gesundheitsprojekten in der EUREGIO

Im Laufe der Interreg-Förderperioden I bis IIIA stieg sowohl die absolute Anzahl der Gesundheitsprojekte als auch ihr relativer Anteil an (Abbildung 25A). Diese positive Entwicklung zeigt sich auch bei den für Gesundheitsprojekte aufgewandten Finanzmitteln, die von 1,8 Millionen in Interreg I auf 12,3 Millionen Euro in Interreg IIIA anwuchsen. Zu beachten ist jedoch, dass die Gesamtausgaben in Interreg IIIA im Vergleich zu Interreg I etwa das fünffache betragen. Der Anteil der Ausgaben für Gesundheitsprojekte an den Ausgaben insgesamt sank daher von Interreg I zu Interreg IIA trotz der Mehrausgaben für Gesundheitsprojekte in Interreg IIA zunächst von 6,7 auf 4,0 Prozent, stieg jedoch in Interreg IIIA auf 12,8 Prozent an (Abbildung 25B).

Die durchschnittlichen Ausgaben je Projekt wuchsen von 0,44 (Interreg I) auf 1,2 Millionen Euro (Interreg IIIA) an. Die Mittel wurden somit im Laufe der Förderphasen konzentrierter eingesetzt. Die durchschnittlichen Kosten der identifizierten Gesundheitsprojekte lagen mit 1,75 (Interreg I) bzw. 0,86 Millionen Euro (Interreg II) über dem „üblichen“ Durchschnitt von 0,44 bzw. 0,80 Millionen Euro. Dies ist insbesondere auf die Umsetzung des kostenintensiven Projektes „Binationales Institut für Rehabilitationstechnologien“ zurückzuführen, das in Interreg I und Interreg IIA realisiert wurde. In Interreg IIIA hingegen lagen die Ausgaben für Gesundheitsprojekte mit rund 0,9 Millionen Euro deutlich unter den durchschnittlichen Kosten von 1,2 Millionen Euro für Interreg IIIA-Projekte insgesamt (Abbildung 25C).

### 2007 bis 2013: Gesundheit bleibt ein Schwerpunkt



**Abbildung 26:** Schwerpunkte und Themenfelder der zukünftigen Zusammenarbeit in der EUREGIO (Quelle: EUREGIO 2006: I, modifiziert)

In Vorbereitung auf das Interreg-Programm 2007-2013 erarbeitete die EUREGIO ein 83-seitiges Positionspapier zur Europäischen territorialen Zusammenarbeit (ETZ) in der EUREGIO (EUREGIO 2006). Dieses wurde sowohl auf fachlicher Ebene (Arbeitskreise) als auch auf politischer Ebene (Vorstand, Rat) in der EUREGIO diskutiert und abgestimmt. Das Papier

enthält insgesamt 60 Leitlinien zu zwölf Themenfeldern, an denen sich die grenzübergreifende Zusammenarbeit in der EUREGIO zukünftig orientieren soll (a.a.O.: 81ff.). Zu den zwölf Themenfeldern gehören auch die Themenfelder „Gesundheitswesen“ und „Innere Sicherheit“ (inkl. Katastrophenschutz, Rettungswesen) (Abbildung 26).

In dem Positionspapier wird festgestellt, dass das bestehende Kooperationspotenzial im Gesundheitswesen unter anderem aufgrund rechtlicher und struktureller Probleme bisher kaum genutzt wurde. Zudem wurde das Fehlen einer nachhaltigen Infrastruktur für eine grenzüberschreitende Patientenbehandlung, der Entwicklungsbedarf bestehender koordinierender Netzwerkstrukturen sowie der mangelnde Wissensaustausch und die mangelnde Entwicklung von Präventionsmaßnahmen im öffentlichen Gesundheitsdienst bemängelt (a.a.O.: 62). Trotz bereits erfolgter Aktivitäten besteht daher aus Sicht der Akteure weiterhin Handlungsbedarf. Entsprechend enthält das Dokument Entwicklungsleitlinien für das Gesundheitswesen (siehe Box 6). Ergänzend wurden Leitlinien für die Bereiche Katastrophenschutz und Rettungswesen aufgestellt, die dem Themenfeld „Innere Sicherheit“ zugeordnet sind. Das Thema „Gesundheit“ (inkl. Rettungswesen, Katastrophenschutz) nimmt somit in der zukünftigen grenzübergreifenden Zusammenarbeit in der EUREGIO eine zentrale Rolle ein. Im Vergleich zu den in der vorangegangenen Periode 2000 bis 2006 ausgearbeiteten Leitlinien erhält dieses Thema nun eine deutlich stärkere Gewichtung.

### **Box 6: Entwicklungsleitlinien der EUREGIO für das Gesundheitswesen**

- „Entwicklung von integrierten und effizienten Versorgungsangeboten durch grenzüberschreitende Nutzung des vorhandenen Potenzials
- Schaffung dauerhafter Strukturen für eine grenzübergreifende Patientenbehandlung (Angebot, Versicherungskarte...)
- Bessere Information der Bürger über medizinische und pflegerische Versorgung jenseits der Grenze
- Erarbeitung grenzübergreifender Strategien und Pläne für die Bekämpfung von Infektionskrankheiten
- Kooperation des öffentlichen Gesundheitswesens zur flächendeckenden Erfüllung seiner Aufgaben
- Durch grenzüberschreitende Koordination und Kooperation Bereitstellung eines adäquaten Versorgungsangebotes für bestimmte Bevölkerungsgruppen, insbesondere für ältere Menschen“

Quelle: EUREGIO 2006: 62f.

Das von der EUREGIO entwickelte Positionspapier ist in das operationelle Interreg IVA-Programm „Deutschland – Niederlande“ eingeflossen, an dem neben der EUREGIO auch die Euregios Rhein-Waal, rhein-maas-nord und Ems Dollart Region beteiligt sind. Im dem Programmdokument (OP Interreg IVA Deutschland – Niederlande 2007) werden vier Prioritäten sowie zehn Handlungsfelder festgelegt, zu denen in den kommenden Jahren entsprechende Projekte realisiert werden sollen. Den Förderschwerpunkt bildet die Priorität „Wirtschaft, Technologie und Innovation“, auf die 60 Prozent der vorgesehenen Gesamtinvestitionssum-



me von rund 294 Millionen Euro entfällt (Tabelle 35). Für die EUREGIO werden allein Gesamtkosten von rund 90 Millionen veranschlagt (Landesregierung NRW 2007).

**Tabelle 35:** Programm Interreg IVA „Deutschland-Niederlande“ – Prioritäten, Anzahl der Handlungsfelder und Ausgaben (Quelle: eigene Darstellung nach OP Interreg IVA Deutschland – Niederlande 2007: 79)

Prioritäten	Anzahl der Handlungsfelder	Investitionsvolumen geplant (in Euro)	Budgetanteil (in %)*
1. Wirtschaft, Technologie und Innovation	3	176.478.624	60
2. Nachhaltige regionale Entwicklung	3	49.915.388	17
3. Integration und Gesellschaft	4	49.915.388	17
4. Technische Hilfe	1	17.636.768	6
Summe	11	293.946.168	100

\* eigene Berechnung

Entsprechend dem EUREGIO-Positionspapier finden sich in dem operationellen Programm unter Priorität 3 „Integration und Gesellschaft“ auch die Themen „Gesundheitswesen“ und „Innere Sicherheit“ als eigene Handlungsfelder wieder: Handlungsfeld 3.1 „Förderung von grenzübergreifendem Gesundheitswesen und Verbraucherschutz“ und Handlungsfeld 3.4 „Förderung der grenzübergreifenden Zusammenarbeit zur inneren Sicherheit“. Vorgeschlagen werden unter anderem Aktivitäten zur Schaffung dauerhafter Strukturen für eine grenzübergreifende Patientenbehandlung, zur Verbesserung des Zugangs zu Gesundheitsleistungen im Nachbarland sowie zur gemeinsamen Nutzung medizinischer Geräte. Ziel dieser Aktivitäten ist die Optimierung der Gesundheitsversorgung im Programmgebiet (OP Interreg IVA Deutschland – Niederlande 2007: 71). Dem Programmdokument zufolge sollen bis zum Ende der Programmlaufzeit im gesamten Programmgebiet zehn Projekte im Bereich „Gesundheitswesen“ und acht weitere Projekte im Bereich „Innere Sicherheit“ realisiert werden (a.a.O.: 101). Rund 3,1 Millionen Euro der EU-Mittel sind für den Auf- und Ausbau der Gesundheitsinfrastruktur vorgesehen (a.a.O.: 109). Dies entspricht zwei Prozent der für das Programm „Deutschland – Niederlande“ vorgesehenen EU-Gesamtinvestitionen von 138,6 Millionen Euro. Das Interreg IVA-Programm „Deutschland-Niederlande“ umfasst neben der Euregio „EUREGIO“ auch Gebiete weiterer deutsch-niederländischer Euregios. Wie viele der geplanten Gesundheitsprojekte allein im Gebiet der EUREGIO realisiert werden sollen und in welcher Höhe Mittel des Unterprogramms EUREGIO in den Auf- und Ausbau der Gesundheitsinfrastruktur in der EUREGIO fließen, lässt sich dem Dokument nicht entnehmen.

Im Dezember 2007 genehmigte die EU-Kommission das Interreg IVA-Programm. Die Umsetzung des Programms hat somit begonnen. Es wird sich zeigen, ob Projekte aus der Förderperiode Interreg IIIA fortgesetzt und möglicherweise sogar „majeure Projekte“<sup>103</sup> im Gesundheitswesen umgesetzt werden.

<sup>103</sup> Majeure Projekte stellen in erster Linie gemeinsame Projekte von niederländischen und deutschen Wissenseinrichtungen und Vertretern der Wirtschaft dar. Inhaltlich entsprechen sie den Lissabon- und

### 9.1.3 Vernetzung und Kooperationsvereinbarungen

Derzeit bestehen neun EUREGIO-Arbeitskreise (s. Kapitel 3.4.1), von denen sich einer dem Thema „Gesundheitswesen“ und ein weiterer unter dem Titel „Öffentliche Sicherheit“ unter anderem den Themen Rettungswesen und Katastrophenschutz widmet. Speziell zum Thema „Gesundheit“ finden zudem seit März 2005 regelmäßig Treffen der fünf deutsch-niederländischen Euregios<sup>104</sup> statt, in denen Experten der Euregios Ideen und Erfahrungen austauschen (URL 51). Erfahrungs- und Informationsaustausche zwischen Vertretern der deutsch-niederländisch-belgischen Euregios erfolgen auch im Rahmen des so genannten „Arnhem-overleg“ (Arnheimer Austausch). Dieser Zusammenschluss ist jedoch nicht speziell auf Gesundheitsthemen ausgerichtet.<sup>105</sup>

Von großer Bedeutung für die grenzübergreifende Zusammenarbeit in der Region ist nach Einschätzung der EUREGIO der Verein „Euregionales Servicezentrum für Gesundheit (ESG)“ mit Sitz in Enschede (EUREGIO 2006: 59). Das ESG startete im Januar 2003 als Interreg IIIA-Projekt. Die Laufzeit des Projektes wurde bis Mitte 2008 verlängert. Mitglieder der ESG sind regionale und überregionale Akteure aus allen relevanten Bereichen des Gesundheitswesens wie Krankenkassen, Krankenhäuser, Universitäten, Politik, Gesundheitsämter, Patientenvertretungen, Ärztekammern etc. Wesentliches Ziel des ESG-Projektes (Phase II) ist es, den Einwohnern der EUREGIO freien Zugang zu Gesundheitsleistungen auch jenseits der Grenze zu ermöglichen. Unter Federführung des ESG wurden daher verschiedene Arbeitsgruppen und Task-Forces gegründet, die aktuelle grenzübergreifende Themen behandeln und grenzübergreifende Projekte initiieren. Zu den aktuellen Themen gehören bis Mitte 2008 die grenzübergreifenden Patientenströme in der EUREGIO sowie die Zusammenarbeit der fünf deutsch-niederländischen Euregios (URL 53). Wünschenswert wäre aus Sicht der EUREGIO zukünftig auch die Wahrnehmung konzeptioneller Arbeit durch das ESG (EUREGIO 2006: 61).

Zudem wurden in der EUREGIO verschiedene Veranstaltungen und Projekte durchgeführt, die zur Netzwerkbildung der Akteure beitragen (s.a. Abschnitt „Interreg-Projekte“). Exemplarisch zu nennen ist hier das Interreg IIIA-Projekt „MRSA-net Twente/Münsterland“, das ein Netzwerk in der Region aufbaut, um mittelfristig die MRSA-Rate in der Region zu reduzieren (URL 54).

In der EUREGIO wurden verschiedene Kooperationsvereinbarungen und -erklärungen abgeschlossen, welche die grenzübergreifende Zusammenarbeit in der Gesundheitsversor-

---

Göteborg-Zielen (Stärkung der Wettbewerbsfähigkeit durch Technologie und Innovation, Nachhaltigkeit) und den nationalen Zielsetzungen Deutschlands sowie der Niederlande. Majeure Projekte sind langfristig angelegt, umfassen in der Regel ein hohes Finanzvolumen und erstrecken sich über große Teile des Programmgebiets (OP Interreg IVA Deutschland – Niederlande 2007: 76).

<sup>104</sup> Hierzu gehören neben der EUREGIO die deutsch-niederländischen Euregios Rhein-Waal, rhein-maas-nord, die Ems-Dollart Region sowie die deutsch-niederländisch-belgische Euregio Maas-Rhein.

<sup>105</sup> Am Arnheimer Overleg sind die Euregios Euregio Rhein-Waal, Ems-Dollart-Region, EUREGIO, Euregio Rhein-Maas-Nord, Euregio Maas-Rhein, Euregio Scheldemond sowie die Euregio Benelux Middengebied beteiligt (URL 52).

gung und im Rettungswesen erleichtern. Exemplarisch zu nennen sind hier (EUREGIO 2006: 59ff.):

- Die Kooperationsvereinbarung zwischen den niederländischen Krankenkassen Menzis, Confor und AnderZorg und dem euregionalen medizinischen Verein (EmV).<sup>106</sup> Diese ermöglicht niederländischen Patienten, sich in den Mitgliedseinrichtungen des EmV auf deutscher Seite behandeln zu lassen. Die entsprechende niederländische Krankenkasse kommt für die Kosten auf.
- Die Vereinbarungen über ihre grenzübergreifende Zusammenarbeit im Rettungswesen zwischen der Regio Achterhoek mit dem Kreis Borken (1997) sowie dem Landkreis Grafschaft Bentheim und der Regio Twente (1998).
- Die „Erklärung über die grenzüberschreitende Zusammenarbeit bei Großschadens-/Katastrophenereignissen“, die von den Feuerwehren der Regios Achterhoek und Twente, dem Kreis Borken und dem Landkreis Grafschaft Bentheim im Jahr 2001 unterzeichnet wurde.

### 9.1.5 Zusammenfassung

Oberste Priorität haben in der EUREGIO seit Beginn des EU-Förderprogramms Interreg die Themen „Wirtschaft, Innovation und Technologie“. Jedoch haben die Themen „Gesundheitswesen“ und „Rettungswesen/Katastrophenschutz“ in der EUREGIO in den vergangenen Jahren an Bedeutung gewonnen.<sup>107</sup> Diese Entwicklung spiegelt sich zunächst in Dokumenten wie Entwicklungskonzepten und operationellen Interreg-Programmdokumenten wider. Viele Jahre wurde das Thema Gesundheit und entsprechende Maßnahmen unter anderen Themen wie z.B. sozio-kulturelle Integration subsummiert. In den Titeln von Schwerpunkten und Handlungsfeldern wurde „Gesundheit“ nicht als Begriff aufgeführt. Im aktuellen Interreg IVA-Programmdokument sowie dem vorbereitenden Positionspapier der EUREGIO wurde erstmalig für das Thema „Gesundheitswesen“ ein eigenes Themen- bzw. Handlungsfeld geschaffen.<sup>108</sup>

Diese positive Entwicklung spiegelt sich auch in der Umsetzung der Dokumente wider. Bereits in den 1990er Jahren wurden im EUREGIO-Gebiet erste Interreg-Gesundheitsprojekte durchgeführt. Diese folgten jedoch – wie im Positionspapier „ETZ in der EUREGIO“ festgestellt – keiner übergreifenden Strategie und waren nicht miteinander verknüpft (EUREGIO 2006: 60f.). Seit Beginn des neuen Jahrhunderts hat das Thema einen deutlichen Aufschwung erfahren. In der Förderperiode Interreg IIIA wurde bereits eine Vielzahl von Gesundheitsprojekten durchgeführt. Diese reichten von medizintechnologischen Projekten über

---

<sup>106</sup> Mitglieder des EmV sind elf Krankenhäuser aus den deutschen Kreisen Borken, Grafschaft Bentheim und Steinfurt.

<sup>107</sup> Zudem weist auch der Bereich „Wirtschaft, Innovation und Technologie“ Bezüge zu Gesundheit auf. Exemplarisch zu nennen ist hier der Bereich der „Gesundheitswirtschaft“.

<sup>108</sup> Katastrophenschutz und Rettungswesen werden von diesem abgekoppelt unter der Überschrift „Innere Sicherheit“ behandelt.

die psychiatrische Versorgung bis hin zu Kooperationen im Rettungswesen. Der positive Trend zeigt sich nicht nur bei der absoluten Anzahl der Gesundheitsprojekte, auch ihr relativer Anteil an allen Projekten sowie die Mittelaufwendung für Gesundheitsprojekte stieg im Laufe der Interreg-Förderperioden an.

In der EUREGIO wird auch zukünftig Handlungsbedarf in der grenzübergreifenden Zusammenarbeit im Bereich „Gesundheit“ gesehen. Im Positionspapier der EUREGIO sowie im Interreg IVA-Programm „Deutschland-Niederlande“ wurde daher die Themen „Gesundheitswesen“ und „Innere Sicherheit“ (hierunter auch Rettungswesen und Katastrophenschutz) zu Schwerpunktthemen für die kommenden Jahre erklärt. Wie viele Gesundheitsprojekte im Laufe der nächsten Jahre realisiert werden, hängt unter anderem von der Anzahl und Qualität der Projektanträge ab. Wie in vorangegangenen Förderperioden wird es auch in der neuen Förderperiode möglich sein, Anträge für Gesundheitsprojekte zu Handlungsfeldern einzureichen, bei denen im operationellen Programm der Begriff „Gesundheit“ nicht explizit genannt wurde. Denkbar sind z.B. Anträge zur „Gesundheitswirtschaft“ im Interreg IVA-Schwerpunkt „Wirtschaft, Technologie und Innovation“. Es wird sich in den nächsten Jahren zeigen, ob sich die bisherigen Entwicklungen im Bereich „Gesundheit“ auch in der neuen Programmperiode Interreg IVA fortsetzen.

Durch die Einrichtung des ESG und regelmäßige Treffen der deutsch-niederländischen Euregios zum Thema „Gesundheit“ wurden Strukturen aufgebaut, die – neben den bereits seit vielen Jahren bestehenden euregionalen Arbeitskreisen „Gesundheitswesen“ und „Innere Sicherheit“ – auch zukünftig einen strukturierten Austausch der Akteure in der EUREGIO ermöglichen.

## 9.2 Die „Euregio Maas-Rhein“ (EMR)

### 9.2.1 Ausgangslage

Die deutsch-niederländisch-belgische Euregio Maas-Rhein (EMR) entstand im Jahr 1976. Sie gehört damit zu einer der ältesten Euregios in Europa. Im Jahr 1991 wurde die ehemals als Arbeitsgemeinschaft gegründete EMR in die Rechtsform einer Stiftung umgewandelt. Mit einer Bevölkerungsdichte von rund 360 Einwohnern pro Quadratkilometern stellt sie eine vergleichsweise dicht besiedelte Euregio dar (s. Kapitel 3.4.2). Umfangreiche Pendlerströme zeigen sich insbesondere von belgischer Seite in die Niederlande und Deutschland (Spinnewyn 2002: 169f.).

In der EMR treffen nicht – wie in der EUREGIO – nur zwei, sondern gleich drei Gesundheitssysteme aufeinander, die sich in Finanzierung und Organisation voneinander unterscheiden. Dies erschwert die grenzübergreifende Zusammenarbeit. Anfang 2007 gab es in der EMR 98 allgemeine und psychiatrische Krankenhäuser, hierunter 26 im deutschen und 28 im niederländischen Teil der EMR (darunter 23 psychiatrische Einrichtungen) sowie 44 Krankenhäuser (allgemeine und psychiatrische) in den belgischen Partnerregionen (Projektgruppe EIS

2008: 46f.). Unter diesen Einrichtungen befinden sich auch drei Universitätskliniken mit Sitz in Maastricht (NL), Aachen (DE) und Lüttich (BE). Die Anzahl der Krankenhausbetten in allgemeinen Krankenhäusern pro 1000 Einwohner lag im Jahr 2007 zwischen 5,2 Betten (Provinz Lüttich) und 4,1 Betten (Provinz Limburg), wobei entsprechende Angaben für Regio Aachen nicht vorliegen (a.a.O.: 48). Zudem sind siebzig Rettungsdienste in der Region angesiedelt (OP Interreg IVA Euregio Maas-Rhein 2007: 41). Trotz der allgemein guten Infrastrukturausstattung zeigen sich in einigen Teilgebieten Kapazitätsdefizite, in anderen hingegen Überkapazitäten (a.a.O.).

Die bisherigen Patientenströme, die unter anderem aufgrund von Kooperationsverträgen zwischen Hochleistungszentren der Universitätskliniken in der EMR (z.B. im Bereich der Verbrennungs- und Gefäßchirurgie) entstanden, und die grenzübergreifende Inanspruchnahme ambulanter Leistungen sind (zumindest derzeit) in der EMR als geringfügig anzusehen (EMR o.J./c: 2).

In der EMR ist eine Abnahme der unter 64-Jährigen und eine Zunahme der über 65-Jährigen zu beobachten. Es wird erwartet, dass sich der Prozess der Überalterung in der EMR – wie auch in anderen Regionen der EU – fortsetzen wird (OP Interreg IVA Euregio Maas-Rhein 2007: 19f.). Dieser Trend lässt unter anderem eine steigende Nachfrage im Bereich der Langzeitpflege erwarten und erfordert entsprechende Anpassung der Gesundheitsinfrastruktur. Die demographische Entwicklung stellt somit auch für die grenzübergreifende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen eine Herausforderung dar.

Die EMR verfolgt mit der grenzübergreifenden Zusammenarbeit im Gesundheitssektor verschiedene Interessenschwerpunkte. Hierzu gehören unter anderem (EMR 2002a: 30ff., EMR 2002b: 51, OP Interreg IVA Euregio Maas-Rhein 2007: 61):

- die Entwicklung komplementärer Angebote, um so Überkapazitäten und Unterkapazitäten in den Teilregionen entgegenzuwirken,
- Kosteneinsparungen,
- die Verbesserung der Dienstleistungsqualität und der Angebote an Gesundheitseinrichtungen,
- die Erhöhung der Zweckmäßigkeit und Effektivität des Gesundheitssektors sowie
- das Einstellen auf Trends wie Überalterung und sich verändernde Lebensmuster durch gemeinsame Entwicklung von Innovationen und Einrichtungen.

## 9.2.2 Entwicklung des Themas „Gesundheit“ in der EMR

### 1986-1994: Die Initiierung der Gesundheitskooperationen

#### Aktionsprogramme

Im Jahr 1986 entstand das erste grenzüberschreitende Aktionsprogramm für die Euregio Maas-Rhein (ILS 1986). Das rund 170 Seiten umfassende Programm zielte insbesondere auf die Förderung der Wirtschaft sowie die Senkung der Arbeitslosigkeit ab. Basierend auf einer wirtschaftlichen und sozialen Analyse wurden folgende sechs Einzelziele aufgestellt (a.a.O.: 117f.):

1. Abbau grenzbedingter Hemmnisse
2. Verbesserung der Wettbewerbsfähigkeit der Region
3. Verbesserung der Funktionsfähigkeit des Arbeitsmarktes
4. Beseitigung von Infrastrukturengpässen
5. Erhalt der natürlichen Umwelt
6. Bessere Koordinierung räumlicher und raumwirksamer Planungen.

Zu jedem dieser Ziele wurden entsprechende Maßnahmenvorschläge formuliert. Maßnahmen im Bereich der Gesundheitsversorgung oder des Katastrophenschutzes (inkl. Rettungswesen) waren hierin nicht enthalten.

Auf der Grundlage des im Jahr 1986 verabschiedeten grenzübergreifenden Aktionsprogramms wurde das operationelle Programm Interreg I (1991-1993) erarbeitet, das die Kommission Ende 1991 genehmigte. Die EU stellte hierfür rund 23 Millionen Euro zur Verfügung. In dem Programm wurden basierend auf einer Sachstandsanalyse sieben Themenschwerpunkte festgelegt (EMR 2002a: 41):

1. Netzwerkbildung, Information und Kommunikation
2. Verkehr, Transport und Infrastruktur
3. Tourismus und Erholung
4. Bildung und Arbeitsmarkt
5. Umwelt
6. Innovation und Technologietransfer
7. Forschung und Projektmanagement.

Knapp zwei Drittel der EU-Gelder flossen allein in die Schwerpunkte „Umwelt“ (33,4 Prozent), „Tourismus und Erholung“ (20,1 Prozent) sowie „Netzwerkbildung, Information und Kommunikation“ (19,4 Prozent) (a.a.O.). „Gesundheit“ wurde hier nicht explizit als Themenschwerpunkt formuliert.<sup>109</sup>

---

<sup>109</sup> Da das operationelle Programm Interreg I nicht verfügbar war, konnte eine entsprechende Dokumentenanalyse nicht durchgeführt werden. Anfragen der Autorin in Bibliotheken und bei der EMR selbst führten zu keinem Ergebnis.

### Interreg I-Projekte

Im Rahmen von Interreg I (1991-1993) wurden 125 Projekte realisiert (EMR 2002a: 41), hierunter auch Projekte im Gesundheitssektor. So wurden in dieser Förderperiode unter anderem Gesundheitssysteme und Gesundheitsindikatoren der drei beteiligten Staaten beschrieben und eine vergleichende Analyse der Krankenhausversorgung anhand von Patientendaten durchgeführt (Hermans & den Exter 1999: 266). Ziel dieser Pilotprojekte war es, die Situation und Bedürfnisse hinsichtlich der Gesundheitsversorgung in der Grenzregion zu analysieren und entsprechende Empfehlungen abzuleiten (MGSFF NRW 2001: 47). An diesen Aktivitäten waren ausschließlich Krankenhäuser beteiligt (Schröder 2007).

In Interreg I wurden somit analytische und organisatorische Grundsteine für weitere Aktivitäten gelegt. Als eine der wesentlichen Schlussfolgerungen dieser Initiierungsphase wurde von den Beteiligten festgestellt, dass in zukünftige Aktivitäten auch Versicherungsträger einzubeziehen sind, um so den Erfolg und die Nachhaltigkeit der Aktivitäten zu verbessern (empirica GmbH o.J.: 3).

### **1994 bis 1999: Bildung einer Allianz für die grenzübergreifende Gesundheitsversorgung – Integration der Versicherungsträger**

#### Das operationelle Programm Interreg IIA

Das operationelle Programm Interreg IIA (1994-1999) wurde Mitte 1995 von der EU-Kommission genehmigt. In dem Programmdokument wurden neben der Priorität „technische Hilfe“ fünf inhaltliche Schwerpunkte mit insgesamt zwölf Maßnahmenbündeln festgelegt. Die Gesamtausgaben betragen rund 93 Millionen Euro. Der Schwerpunkt der Förderperiode Interreg IIA lag auf der Priorität „Wirtschaft, Technologie und Innovation“, in die 37 Prozent der Gesamtausgaben flossen (Tabelle 36).

**Tabelle 36:** Interreg IIA-Programm „Euregio Maas-Rhein“ – Schwerpunkte, Anzahl der Maßnahmen und Ausgaben (Quelle: eigene Darstellung nach EMR o.J./d)

Priorität	Anzahl der Maßnahmen	Investitionsvolumen (in Euro)*	Budgetanteil (in %)*
1. Räumliche Struktur	2	14.498.752	15,6
2. Wirtschaft, Technologie und Innovation	3	34.492.817	37,1
3. Umwelt, Natur und Landschaft	3	17.559.161	18,9
4. Qualifizierung und Arbeitsmarkt	2	7.617.168	8,2
5. Sozio-kulturelle Integration	2	14.119.526	15,2
6. Technische Hilfe	1	4.653.561	5,0
Summe	13	92.940.985	100

\* eigene Berechnung

In das operationelle Interreg IIA-Programm wurde mit der Maßnahme 5.2 „Abstimmung der Sozial- und Gesundheitspolitik“ erstmals auch eine für das Themenfeld „Gesundheit“ einschlägige Maßnahme aufgenommen. Diese wurde der Priorität 5 „Sozio-kulturelle Integration“ zugeordnet. Die Maßnahme 5.2 zielte auf eine bessere Abstimmung von Gesundheitseinrichtungen und Angeboten und auf eine bessere Nutzung der Gesundheitsdienste in der EMR ab (Spinnewyn 2002: 174).<sup>110</sup>

### Interreg IIA-Projekte

Anfang 1994 wurde ein Sonderausschuss gebildet, um Empfehlungen für eine grenzübergreifende Gesundheitsversorgung zu erarbeiten. Aus diesen Aktivitäten entstand das Interreg IIA-Projekt „Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung in der Euregio Maas-Rhein“, auch bekannt unter der niederländischen Bezeichnung „Zorg over de grens“. Für das Projekt, das im Jahr 1997 startete, schlossen sich (Universitäts)Kliniken in Aachen, Genk, Lüttich und Maastricht sowie verschiedene Krankenkassen der Region zu einer Allianz zusammen. Ziel des Projektes war es, durch die Erprobung praktischer Lösungen sowie Bestands- und Bedürfnisanalysen einen freieren Zugang für Behandlungsbedürftige zur Versorgung und zu Einrichtungen des Gesundheitsbereiches des Grenzgebietes zu schaffen (Drespe & Thorn 2005: 54ff., Hermans & den Exter 1999, MGSFF NRW 2001: 50ff.). Die Gesamtkosten des Projekts betragen rund eine Millionen Euro (s. Tabelle 37).

Bei dem Projekt handelt es sich um ein Rahmenprojekt, das die folgenden fünf Subprojekte umfasste:

- Bestandsanalyse im Bereich Traumatologie, Rettungswesens und Notfallversorgung
- Vereinfachung der Leistungsbewilligung und -abrechnung (Transformation des bereits bestehenden Projektes „Zorg op Maat“)
- Untersuchung der gemeinsamen wirtschaftlichen Nutzung von Ressourcen (z.B. kostenintensive Großgeräte)
- Bestandsanalyse über die Versorgung mit Hörgeräten in der EMR als Einstieg zur Verbesserung der Transparenz in der Versorgungsstruktur sowie
- Durchführung einer erweiterten Bedürfnisanalyse.

Neben dem Rahmenprojekt „Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung in der Euregio Maas-Rhein“ wurden in der EMR sechs weitere Interreg IIA-Gesundheitsprojekte durchgeführt (s. Tabelle 37). Hierbei handelt es sich um:

- eine Studie zu chronischen Atemwegserkrankungen bei Kindern
- eine Studie zu Schwangerschaftserkrankungen,
- die Präventionsprojekte „Klasse in Bewegung“ und „EURO-BACK-UNIT“,

---

<sup>110</sup> Da das operationelle Programm Interreg IIA nicht verfügbar war, konnte eine entsprechende Dokumentenanalyse nicht durchgeführt werden. Anfragen der Autorin in Bibliotheken sowie bei der EMR selbst führten zu keinem Ergebnis.



## 9. Grenzübergreifende Gesundheitsaktivitäten in Modellregionen

- das Projekt „Delta Plan“ im Bereich der Sucht- und Drogenhilfe sowie
- ein Projekt im Rettungswesen und Katastrophenschutz.

**Tabelle 37:** Interreg IIA-Gesundheitsprojekte in der Euregio Maas-Rhein (Quelle: eigene Darstellung nach EMR o.J./d)

Handlungsfeld	Projekttitel	Projektziel	Laufzeit	Gesamtkosten (in Euro)
3.1 „Abwasserreinigung, Abfallentsorgung und Luftqualität“	Chronische Atemwegserkrankungen bei Kindern	Untersuchung der Zusammenhänge zwischen Innenraumfaktoren und Atemwegsbeschwerden bei Kindern in der EMR, Ableitung von Vorschlägen für Präventionsmaßnahmen	1997-2000	1.116.911
5.2 „Abstimmung der Sozial- und Gesundheitspolitik“	Delta Plan – Drogenarbeit in der Euregio Maas-Rhein	Reduzierung der Gebrauchsrisiken, Unterstützung und Hilfestellung für Betroffene sowie die Abstimmung des Hilfsangebotes in der Euregio	1996-2000	1.429.930
	Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung in der Euregio Maas-Rhein (Rahmenprojekt)	Schaffung eines freieren Zugangs für Behandlungsbedürftige zur Versorgung und zu Einrichtungen des Gesundheitsbereiches in der Euregio	1997-2000	1.017.574
	Verbesserung des Feuerschutzes in den Gemeinden Büllingen und Helenthal	Umsetzung einer Vereinbarung bezüglich der gegenseitigen Hilfeleistung bei der Bekämpfung von Bränden sowie bei Unfällen und Katastrophen	1999-2000	427.476
	EURO-BACK-UNIT	Einrichtung eines Präventionsdienstes zur Verhinderung einer dauerhafter durch Rückenschmerzen bedingten Erwerbsunfähigkeit	1998-2001	367.586
	HELLP-Syndrom	Studie zu den Schwangerschaftserkrankungen HELLP-Syndrom und schwere Präeklampsie, um Prävention, Diagnostik und Therapie schwerer hyperintensiver Schwangerschaftserkrankungen zu verbessern	1999-2001	214.000
	Klasse in Bewegung	Förderung des Bewegungsverhaltens von Grundschul- und Kindergartenkindern	1999-2001	108.437
<b>Gesamtkosten</b>				<b>4.681.914</b>

Zudem wurde in der Förderperiode Interreg IIA eine grenzübergreifende Verbraucherberatungsstelle im Dreiländereck eingerichtet, die unter anderem Beratungen zum Thema „Gesundheitsdienstleistungen“ durchführte (EMR o.J./d: 180f.). Die Autorin klassifizierte dieses Projekt jedoch nicht als „Gesundheitsprojekt“, da Gesundheit in diesem lediglich eines von mehreren Handlungsfeldern darstellte.

Im Rahmen von Interreg II wurden insgesamt 120 Projekte gefördert, darunter sechs Projekte der technischen Hilfe (ERAC 2005: 31). Von diesen 120 Projekten wurden sieben Projekte (sechs Prozent) als Gesundheitsprojekte identifiziert. Mit Ausnahme des Projektes

„Chronische Atemwegserkrankungen bei Kindern“<sup>111</sup> wurden die Projekte im Rahmen des Handlungsfeldes „Abstimmung der Sozial- und Gesundheitspolitik“ realisiert (EMR o.J./d: 179ff.). Die Gesamtkosten der sieben Interreg-Gesundheitsprojekte belaufen sich auf 4,7 Millionen Euro (Tabelle 37). Dies entspricht einem Anteil von fünf Prozent an den insgesamt zur Verfügung stehenden Finanzmittel von rund 93 Millionen Euro. Die durchschnittlichen Kosten dieser Gesundheitsprojekte liegen bei 0,67 Millionen Euro.

### 2000 bis 2006: Ausweitung des grenzübergreifenden Gesundheitsnetzwerkes

#### Das operationelle Programm Interreg IIIA

Im November 2001 bewilligte die Europäische Kommission das Interreg IIIA-Programm der EMR für den Zeitraum 2000 bis 2006. In dem 113-seitigen operationellen Programm (EMR 2002a) wurden sechs Schwerpunkte mit insgesamt 14 Maßnahmenfeldern festgelegt. Den Schwerpunkt des Programms bildeten die Prioritäten „Förderung der wirtschaftlichen und der wissenschaftlich-technologischen Zusammenarbeit“ (Priorität 2) und „Schutz der natürlichen Lebensumwelt“ (Priorität 3), auf die rund 50 Prozent der Gesamtausgaben von rund 110 Millionen Euro entfielen (Tabelle 38).

In dem Programmdokument wurde festgestellt, dass sich in der EMR unter anderem aufgrund der hohen Bevölkerungsdichte sowie des hohen Niveaus der Infrastrukturausstattung besondere Möglichkeiten für eine grenzübergreifende Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich bieten (EMR 2002a: 30). Die bisherige grenzübergreifende Zusammenarbeit der Gesundheitseinrichtungen wurde jedoch noch als unzureichend bewertet (a.a.O.: 39). Im Programm wurden daher verschiedene Aktivitäten zur Verbesserung der bisherigen Situation vorgeschlagen.

**Tabelle 38:** Interreg IIIA-Programm „Euregio Maas-Rhein“ – Prioritäten, Anzahl der Maßnahmenfelder und Ausgaben (Quelle: eigene Darstellung nach EMR o.J./a: 25)

Priorität	Anzahl der Maßnahmenfelder	Investitionsvolumen (in Euro)*	Budgetanteil (in %)**
1. Verbesserung der physischen Infrastruktur	2	8.588.662	7,8
2. Förderung der wirtschaftlichen und der wissenschaftlich-technologischen Zusammenarbeit	2	32.927.714	29,9
3. Schutz der natürlichen Lebensumwelt	2	22.770.529	20,6
4. Entwicklung und Nutzung des Humanpotenzials	2	19.187.726	17,4
5. Förderung der sozialen Integration	4	18.237.887	16,5
6. Technische Hilfe	2	8.589.914	7,8
Summe	14	110.302.432	100,0

\* Stand 31.12.2005, \*\* eigene Berechnung

<sup>111</sup> Das Projekt „Chronische Atemwegserkrankungen bei Kindern“ war Bestandteil des Handlungsfeldes „Abwasserreinigung, Abfallentsorgung und Luftqualität“, welches der Priorität 3 „Umwelt, Natur und Landschaft“ zugeordnet war.

Für das Thema „Gesundheit“ ist die Maßnahme 5.3 „Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsfürsorgeeinrichtungen und -organisationen“, Bestandteil der Priorität „Förderung der sozialen Integration“, von besonderer Relevanz. Im Rahmen dieser Maßnahme wurden drei Handlungsfelder formuliert (EMR 2002b: 52ff.):

- Versorgungsangebote,
- Zusammenarbeit der Einrichtungen und Organisationen im Gesundheitswesen und
- Patientenverbände.

Maßnahmen in diesen Handlungsfeldern sollten unter anderem dazu beitragen, die Unterschiede der Versorgungsangebote (z.B. in der Sucht- und Drogenhilfe oder der Altenpflege) innerhalb der EMR zu reduzieren, die Zusammenarbeit zwischen Rettungs- und Hilfsdiensten sowie zwischen Krankenhäusern zu verbessern und Projekte zur Zusammenarbeit und Koordination von Patienten(verbänden) zu unterstützen (a.a.O.). Aktivitäten, die auf einen koordinierten Einsatz von Rettungs- und Hilfsdiensten abzielen, sind im operationellen Programm unter Maßnahme 5.4 „Zusammenarbeit der öffentlichen Verwaltung“ vorgesehen (a.a.O.: 56f.).

### Interreg IIIA- und andere Projekte

In Interreg IIIA wurde das Rahmenprojekt „Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung in der Euregio Maas-Rhein“ (Zorg over de grens) fortgesetzt. Ein wesentliches Ziel des Projektes war es, das bereits bestehende euregionale Netzwerk durch Einbindung aller Beteiligten (Krankenkassen, Krankenhäuser, Ärzte, Patientenorganisationen etc.) auszubauen und zu stabilisieren. Des Weiteren zielte das Projekt auf verbesserte Transparenz und Information für alle Beteiligten, die Vereinfachung administrativer Prozeduren sowie erste Schritte zur Einflussnahme auf grenzübergreifende Planungen und Vorhaltungen im Gesundheitsbereich ab (URL 55). Das Interreg IIIA-Rahmenprojekt setzte sich aus mehr als 15 Einzelmaßnahmen zusammen. In dem Projekt wurden unter anderem (EMR o.J./b):

- Verfahrenswege geschaffen, um die grenzübergreifende Inanspruchnahme zu vereinfachen (Projekt „IZOM – Integration Zorg op Maat“),
- ein internetbasiertes Informationsportal über die Gesundheitsversorgung in den Grenzregionen erstellt (Projekt „EuregioGesundheitsPortal“),
- eine Arbeitsgemeinschaft der Universitätskliniken Aachen, Lüttich und Maastricht in der Krebsforschung ins Leben gerufen (Projekt „CONCERT- **C**ooperation in **O**ncological **E**ducation, **R**esearch and **T**reatment“),
- ein Projekt zum Rettungswesen und der Notfallversorgung in der EMR initiiert,
- ein Qualitätskreis der Krankenhäuser in der EMR implementiert,
- Strategien zur Vermeidung von Infektionsrisiken durch Methicillin-resistente Staphylokokken entwickelt (Projekte „MRSA-net“) und
- Maßnahmen zur Begleitung chronisch kranker Menschen umgesetzt (Projekt „CHRONOS“).

Neben diesen eher auf die Praxis ausgerichteten Aktivitäten wurden innerhalb dieses Rahmenprojektes aber auch verschiedene Analysen z.B. zu Krankenhauskosten sowie ein Vergleich ausgesuchter Hilfsmittel durchgeführt (EMR o.J./b: 25ff.). Die Gesamtkosten für das Projekt, das im Jahr 2006 endete, beliefen sich auf rund zwei Millionen Euro (Tabelle 39). Im Vergleich zum gleichnamigen Projekt der vorherigen Förderperiode wurden in Interreg IIIA mehr Teilprojekte innerhalb des Rahmenprojektes realisiert und mehr Geld in das Projekt investiert.

Zudem wurden sechs weitere Interreg IIIA-Gesundheitsprojekte initiiert, die nicht Bestandteil des oben genannten Rahmenprojektes sind. Diese reichen von Suchtpräventionsprojekten über Projekte im Bereich der psychiatrischen Versorgung bis hin zu Projekten im Bereich „Rettungswesen/Katastrophenschutz“. Von den sieben identifizierten Interreg IIIA-Gesundheitsprojekten wurden vier im Rahmen der Maßnahme 5.3 „Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsfürsorgeeinrichtungen und -organisationen“ realisiert. Aber auch in anderen Maßnahmenfeldern wurden Gesundheitsprojekte gefördert. So wurde in Maßnahme 5.1 „Soziale/gesellschaftliche Integration“ das Sucht- und Drogenhilfeprojekt „Risikoverhalten Jugendlicher“ kofinanziert und in Maßnahme 5.4 „Zusammenarbeit der öffentlichen Verwaltung“ zwei Projekte durchgeführt, die sich dem Bereich „Rettungs- und Hilfsdienste“ zuordnen lassen (Tabelle 39).

Im Interreg-Jahresbericht 2005 der EMR (EMR o.J./a) wird festgestellt, dass nahezu alle der im operationellen Programm unter der Maßnahme „Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsfürsorgeeinrichtungen und -organisationen“ aufgeführten Themen (z.B. Zusammenarbeit von Krankenhäusern, Sucht- und Drogenhilfe, Rettungs- und Hilfsdienste) durch jeweils mindestens eines der in Tabelle 39 aufgeführten Projekte abgedeckt ist. Lediglich im Bereich „Altenpflege“ wurden Lücken identifiziert. Hier scheiterte die Realisierung an entgegengesetzten politischen Positionen der Partnerregionen (a.a.O: 21).

Im Laufe des Interreg IIIA-Programms wurde der Indikatorensatz zur Bewertung der Interreg-Maßnahmen erweitert und die Zielwerte geändert (ERAC 2005: Anhang D). Für die Maßnahme 5.3 wurden die ursprünglichen zwei Indikatoren (Anzahl der an Projekten beteiligten Institutionen/Netzwerke, Anzahl gemeinsamer Pläne/Studien) um weitere sieben Indikatoren ergänzt. Diese Änderungen ermöglichen eine quantitative Bewertung des „value for money“, der für die Maßnahmen 5.3 als „sehr gut“ bezeichnet wurde. So lagen die erreichten Werte bereits Ende 2004 bei sieben der neun Indikatoren über den festgelegten Zielwerten (ERAC 2005: 30).<sup>112</sup>

---

<sup>112</sup> Hierbei handelt es sich um folgende Indikatoren: Anzahl direkt und indirekt am Programm beteiligter Partner, Anzahl gemeinsamer Planungen und Studien, Anzahl der Werkzeuge zur Informationsweitergabe, Anzahl der Austauschprojekte, Anzahl geschaffener Einrichtungen/Strukturen/Netzwerke, Anzahl geschaffener oder verbesserter Formen von Dienstleistungen, Hilfen oder Gesundheitsleistungen, Anzahl direkt sowie Anzahl indirekt geschaffener (dauerhafter) Arbeitsplätze (ERAC 2005: 25).

## 9. Grenzübergreifende Gesundheitsaktivitäten in Modellregionen

Insgesamt wurden 79<sup>113</sup> Interreg IIIA-Projekte realisiert (URL 56). Der Anteil der Gesundheitsprojekte an allen Interreg-Projekten beträgt neun Prozent. Die Gesamtkosten der in Tabelle 39 aufgeführten Gesundheitsprojekte belaufen sich auf rund 5,4 Millionen Euro. Dies entspricht einem Anteil von knapp fünf Prozent der Interreg IIIA-Gesamtausgaben von 110,30 Millionen Euro und durchschnittlichen Projektkosten von 0,77 Millionen Euro.

**Tabelle 39:** Interreg IIIA-Gesundheitsprojekte in der Euregio Maas-Rhein (Quelle: eigene Darstellung nach URL 56)

Maßnahmenfeld	Projekttitlel	Projektziel	Laufzeit	Kosten (in Euro)
5.1 „Förderung der sozialen Integration“	Risikoverhalten Jugendlicher (Risicogedrag adolescenten)	Minderung des Risikoverhaltens von Jugendlichen in der EMR durch verschiedene Aktivitäten wie empirische Untersuchung des Risikoverhaltens, Entwicklung von Handlungsempfehlungen und Umsetzung erster Präventionsaktivitäten	2001-2005	626.262
5.3 „Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsfürsorgeeinrichtungen und -organisationen“	Unfallversicherung und Arbeitsschutz im öffentlichen Sektor in der Euregio Maas-Rhein	Verbesserung der Arbeitsverfahren, Präventions- und Entschädigungssysteme sowie der Leistungen für die Versicherten im Bereich Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten, um so auch dem Bedürfnis einer Angleichung der Sozialversicherungssysteme entgegenzukommen	2002-2005	449.765
	Grenzüberschreitende Gesundheitsfürsorge (Rahmenprojekt)	Verbesserte Transparenz und Information für alle Beteiligten, Vereinfachung administrativer Prozeduren sowie erste Schritte zur Einflussnahme auf grenzübergreifende Planungen und Vorhaltungen im Gesundheitsbereich, Stabilisierung und Ausbau des euregionalen „Gesundheits-Netzwerkes“	2002-2006	2.086.793
	Profinteg	Verbesserung der sozio-professionellen Wiedereingliederung von Menschen mit Hirnschädigungen oder schweren psychischen Krankheiten	2004-2007	553.470
	Chronos	Verbesserte Ausbildung und Schulung von professionellen Helfern in psychiatrischen Einrichtungen	2004-2007	300.000
5.4 „Zusammenarbeit der öffentlichen Verwaltung“	Ehrenamtsbörse	Gewinnung engagierter Bürgerinnen und Bürger, die freiwillig gewählte Aufgaben unter anderem in den Bereichen Katastrophenhilfe sowie Sanitäts- und Rettungsdienste grenzübergreifend erfüllen	2004-2007	653.625
	Euregio Maas-Rhein Intervention im Krisenfall (EMR-IC)	Nachhaltige Verbesserung der grenzübergreifenden Zusammenarbeit der Rettungsdienste sowie des Brand- und Katastrophenschutzes auf Ebene der Einsatzkräfte und Leitstellen	2005-2007	750.500
<b>Gesamtkosten</b>				<b>5.420.415</b>

Daneben wurden in der EMR weitere Aktivitäten gestartet, die nicht über Interreg gefördert wurden. Hierzu gehören:

<sup>113</sup> Ohne Projekte der Priorität 6 „Technische Hilfe“

- die seit Anfang der 1990er bestehende deutsch-niederländische Zusammenarbeit zwischen den Universitätskliniken Aachen und Maastricht, die Mitte 2004 durch eine Kooperationsvereinbarung verfestigt wurde (Iögd NRW 2007: 112ff.),
- die Kooperation zwischen dem niederländischen Universitätsklinikum Maastricht und dem belgischen Allgemeinkrankenhaus in Tongeren, die der gemeinsamen Nutzung der Infrastruktur, dem Austausch von Wissen sowie dem Abbau der Wartelisten auf niederländischen Seite dient (URL 57),
- das im Jahr 2002 zwischen der deutschen Krankenkasse AOK und dem niederländischen Krankenversicherer CZ initiierte Projekt „GesundheitsCard international“, das die Verfahren der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im Nachbarland durch die Nutzung einer Chipkarte vereinfacht (Iögd NRW 2007: 80ff.) sowie
- das im Jahr 2001 initiierte Projekt „Contracting Belgian Health Care“, in welchem Kontrakte zwischen dem belgischen Versicherer Christelijke Mutualiteit, dem niederländischen Versicherer CZ und ausgewählten belgischen Krankenhäusern geschlossen wurden, um niederländischen Versicherten einen raschen Zugang zu diesen belgischen Krankenhäusern zu ermöglichen (Iögd NRW 2007: 80ff.).

### **Entwicklung von Interreg-Gesundheitsprojekten in der EMR**

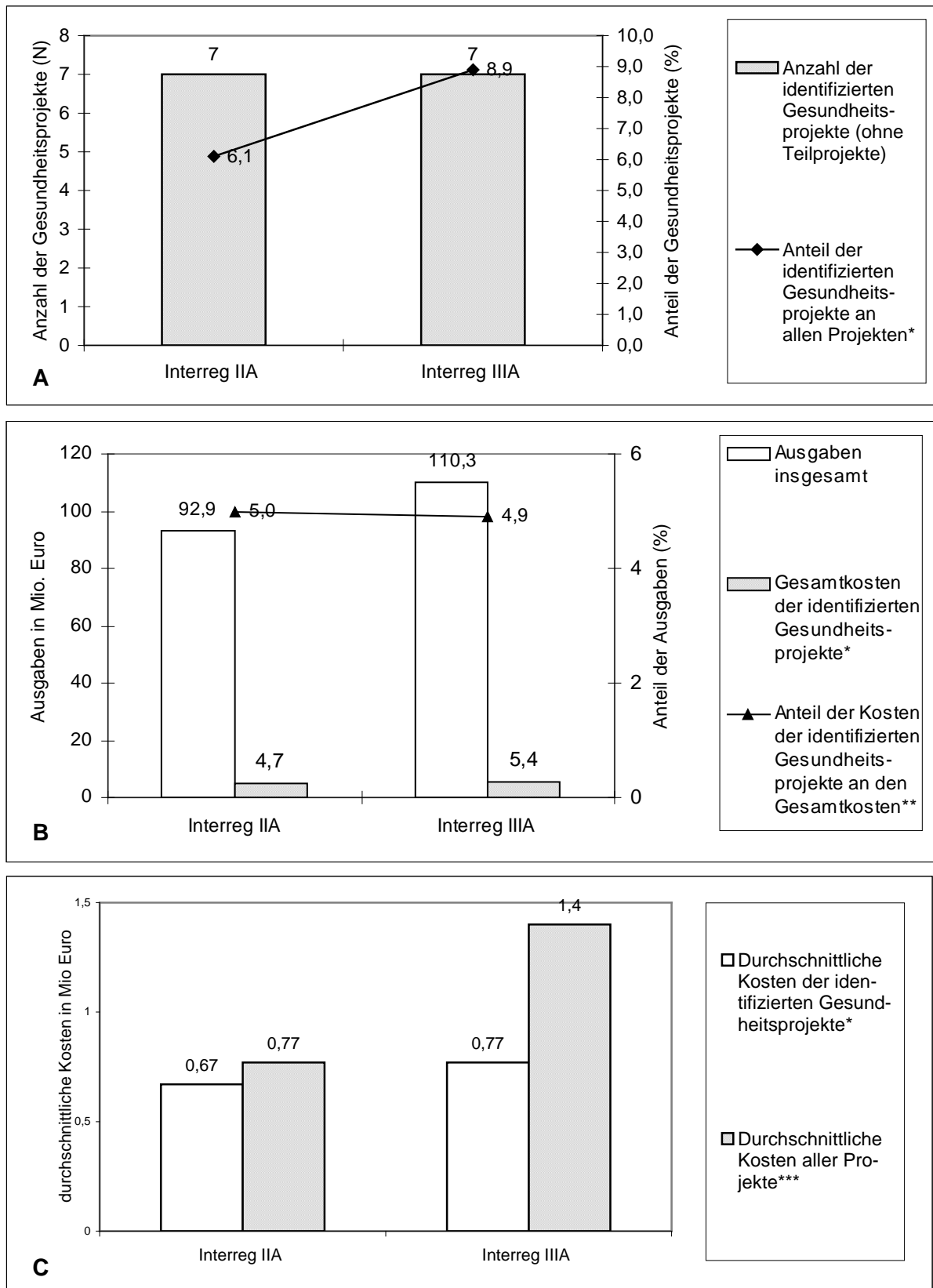
Anhand von Kennzahlen lässt sich eine Entwicklung des Themas „Gesundheit“ in der EMR für den Zeitraum Interreg IIA und IIIA (1994-2006) aufzeigen. Für die Förderperiode I liegen hingegen kaum Informationen vor. Diese wurde daher bei der nachfolgenden Betrachtung nicht berücksichtigt.

Ein Vergleich der Förderperioden Interreg II und III zeigt, dass sich zwar die absolute Anzahl der Gesundheitsprojekte nicht verändert hat, jedoch der relative Anteil von rund sechs auf knapp neun Prozent anstieg (Abbildung 27A).

Veränderungen zeigen sich auch bei den Finanzen. So wurde in Interreg IIIA mehr Gelder in Gesundheitsprojekte investiert (Interreg IIA: 4,7 Mio. Euro vs. Interreg IIIA: 5,4 Mio. Euro). Da jedoch auch die Gesamtausgaben von Interreg IIA (92,9 Millionen Euro) zur darauffolgenden Förderperiode Interreg IIIA (110,3 Millionen Euro) stiegen, veränderte sich der Anteil der Ausgaben für Gesundheitsprojekte an den Ausgaben insgesamt nur unwesentlich von 5,0 auf 4,9 Prozent (Abbildung 27B).

Da im Vergleich zu Interreg IIA in Interreg IIIA insgesamt mehr Mittel zur Verfügung standen, zugleich jedoch weniger Projekte realisiert wurden, konnten in Interreg IIIA insgesamt höhere Summen für Projekte gewährt werden. Die durchschnittlichen Gesamtkosten der Gesundheitsprojekte stiegen von 0,7 in Interreg IIA auf 0,8 Millionen Euro in Interreg IIIA. Sowohl in Interreg IIA als auch in Interreg IIIA lagen jedoch die durchschnittlichen Gesamtkosten der identifizierten Gesundheitsprojekte um rund 10 Prozent (Interreg IIA) bzw. rund 40 Prozent unter den für alle Projekte berechneten durchschnittlichen Gesamtkosten (Abbildung 27C).

## 9. Grenzübergreifende Gesundheitsaktivitäten in Modellregionen



**Abbildung 27:** Entwicklung des Themas Gesundheit in der Euregio Maas-Rhein – Anzahl und Anteil der Interreg-Gesundheitsmaßnahmen, Ausgaben sowie durchschnittliche Projektkosten (Quelle: eigene Darstellung nach EMR o.J./d und URL 56)

\* eigene Berechnung, Projekte aus dem Bereich „Technische Hilfe“ wurden bei der Anzahl der Projekte insgesamt in Interreg IIA und IIIA nicht berücksichtigt, \*\* eigene Berechnung, \*\*\* eigene Berechnung ohne Projekte „Technische Hilfe“ in Interreg IIIA

### 2007-2013: Zukunftsperspektiven der EMR

In Vorbereitung auf die Förderperiode Interreg IVA (2007-2013) erstellte die EMR das Strategiepapier „Zukunftsperspektiven der Euregio Maas-Rhein nach 2006“. Die „Verbesserung der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit bei der Gesundheitsversorgung und beim Zugang zum Gesundheitsangebot“ stellt hierin einen von insgesamt acht Aktionsschwerpunkten dar (OP Interreg IVA Euregio Maas-Rhein 2007: 10f.).<sup>114</sup>

Im September 2007 nahm die EU-Kommission das rund 120-seitige Interreg IVA-Programm „Euregio Maas-Rhein“ an. Die Umsetzung des Programms konnte somit Ende 2007 beginnen. Insgesamt stehen der EMR maximal 72 Millionen an EU-Mitteln für die Durchführung des Programms zur Verfügung (OP Interreg IVA Euregio Maas-Rhein 2007: 98), 19 Millionen mehr als in der vorangegangenen Förderperiode. Projekte werden zu maximal 50 Prozent aus europäischen Mitteln finanziert. Ergänzend erfolgt die Projektfinanzierung über nationale Mittel (öffentlicher Beitrag, private Finanzierung). Insgesamt sind für die Förderperiode Interreg IVA rund 144 Millionen Euro vorgesehen. Für den Programmzeitraum 2007-2013 wurden vier Prioritäten mit insgesamt zwölf Handlungsfeldern formuliert. Knapp zwei Drittel des Budgets sollen allein für die Priorität 1 „Verstärkung der Wirtschaftsstruktur, Wissensförderung, Innovation und Arbeitsmarkt“ verwendet werden, die damit den Schwerpunkt des Programms darstellt (Tabelle 40).

**Tabelle 40:** Interreg IVA-Programm „Euregio Maas-Rhein“ – Prioritäten und vorgesehene Ausgaben (Quelle: eigene Darstellung nach OP Interreg IVA Euregio Maas-Rhein 2007: 98)

Priorität	Anzahl der Handlungsfelder	Investitionsvolumen geplant (in Euro)	Budgetanteil (in %)
1. Verstärkung der Wirtschaftsstruktur, Wissensförderung, Innovation und Arbeitsmarkt	5	93.658.296	65
2. Natur und Umwelt, Energien, natürliche Ressourcen und Mobilität	3	25.936.144	18
3. Lebensqualität	4	15.849.866	11
4. Technische Hilfe	1	8.645.380	6
Summe	13	144.089.686	100

\* eigene Berechnung

Um dauerhafte Ergebnisse zu erzielen, empfehlen die Autoren der aktualisierten Halbzeitbewertung Interreg IIIA, sich in der Förderperiode Interreg IV auf Aktionsfelder und Projekte zu konzentrieren, bei denen die grenzübergreifende Zusammenarbeit bereits weit fortgeschritten ist (ERAC 2005: 7). Das Thema „Gesundheit“, das – wie oben dargestellt – bereits seit vielen Jahren in der EMR behandelt wird, gehört zu diesen Themen. Die grenzübergrei-

<sup>114</sup> Als weitere Aktionsfelder werden genannt (OP Interreg IVA Euregio Maas-Rhein 2007: 10f.): Stärkung der Wirtschaftsstruktur, Arbeitsmarkt und Bildung, Umweltschutz, Verbesserung der grenzüberschreitenden Mobilität, Stärkung der gesellschaftlichen Integration, Stärkung der kulturellen Identität der EMR und Zusammenarbeit zwischen einzelnen Verwaltungsebenen, Behörden und Einrichtungen.



fende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen stellt, entsprechend dieser Empfehlung, auch in der neuen Förderperiode einen Aktionsschwerpunkt dar. Die zwei Handlungsfelder „Verbesserung des Gesundheitswesens und der sozialen Kohäsion“ sowie „Intensivierung und Festigung der bestehenden Zusammenarbeit im Bereich der öffentlichen Sicherheit“ (Bestandteile der Priorität „Lebensqualität“) befassen sich explizit mit dem Gesundheitswesen. Das Handlungsfeld „Verbesserung des Gesundheitswesens und der sozialen Kohäsion“ zielt unter anderem auf eine Erleichterung des Zugangs zu Angeboten des Gesundheitswesens, die engere Zusammenarbeit zwischen Leistungsanbietern, die Entwicklung neuer, innovativer Produkte und Behandlungskonzepte, die Förderung der Prävention und die Bekämpfung der Suchtgefahr ab. Aktivitäten im Bereich „Intensivierung und Festigung der bestehenden Zusammenarbeit im Bereich der öffentlichen Sicherheit“ sollen hingegen dazu beitragen, die Abstimmung und Koordination zwischen Behörden und Rettungsdiensten zu verbessern (OP Interreg IVA Euregio Maas-Rhein 2007: 71ff.). Für den Auf- und Ausbau der Gesundheitsinfrastruktur sind im Programmdokument Ausgaben von rund 0,7 Millionen Euro (EU-Mittel) vorgesehen. Dies entspricht einem Anteil von einem Prozent der insgesamt für das Programm zur Verfügung stehenden EU-Mittel von rund 72 Millionen Euro (a.a.O: 116).

Interreg IIIA-Projekte wurden als Teilschritte betrachtet, die in Interreg IVA fortgesetzt werden sollen (ERAC 2005: 34). Es ist davon auszugehen, dass das Rahmenprojekt „Grenzübergreifende Gesundheitsversorgung“ auch in Interreg IVA fortgesetzt wird. So wurde in der Halbzeitbewertung des Interreg IIIA-Programms zu dem Projekt festgestellt (a.a.O.): „Das jetzige Stadium wird in erheblichem Maße noch immer als Pilotphase betrachtet. Gerechnet wird mit einer Folgeinitiative, die mehr auf den Fortbestand des Netzwerks, die Konkretisierung des Einsatzes und die Festlegung von Rechten und Pflichten ausgerichtet ist. Die Hilfe von INTERREG (IV) gilt als notwendig, um das ehrgeizige Niveau der Zusammenarbeit halten zu können. Sonst besteht die Gefahr, dass die aufgebaute Zusammenarbeit auf begrenzte bilaterale Kontakt zusammenschrumpft.“

### **9.2.3 Vernetzung und Kooperationsvereinbarungen**

In der EMR gibt es vier Kommissionen (s. Abbildung 8), von denen sich die Kommission für Gesundheit, Soziales, Gesellschaftliche Angelegenheiten und Sicherheit (Kommission IV) dem Thema „Gesundheit“ widmet. Zu ihren Schwerpunkten gehören unter anderem die Verbesserung der Aufgabenverteilung zwischen Krankenhäusern, die Abstimmung von Maßnahmen zur Drogenprävention, die Verbesserung der Zusammenarbeit und Lösung juristischer Engpässe für den grenzüberschreitenden Einsatz von Rettungsdiensten sowie die Netzwerkbildung (URL 58). Des Weiteren nehmen Vertreter der EMR an Treffen der fünf deutsch-niederländischen Euregios zum Thema „Gesundheit“ teil, die seit 2005 regelmäßig vom Euregionalen Servicezentrum für Gesundheit (ESG) organisiert werden (URL 51). Erfahrung- und Informationsaustausche zwischen Vertretern der deutsch-niederländisch-belgischen Euregios finden auch im Rahmen des so genannten „Arnhem-overleg“ (Arzheimer Austausch) statt, an dem die Euregios Rhein-Waal, Ems-Dollart-Region, EUREGIO, rheinmaas-nord, Maas-Rhein, Scheldemond sowie die Euregio Benelux Middengebied beteiligt

sind (URL 52). Dieser Zusammenschluss ist jedoch nicht speziell auf Gesundheitsthemen ausgerichtet. Die Regio Aachen e.V. hat zudem eine eigene Arbeitsgruppe „Gesundheit“ ins Leben gerufen, die sich dem Thema unter euregionalen Gesichtspunkten widmet (REGIO Aachen e.V. o.J.: 37ff.).

Ende 2007 unterzeichneten die Vorstandsmitglieder der EMR das Visionsdokument „Euregio Maas-Rhein: Ein Blick über den Horizont – Die Zukunftsvision der Euregio Maas-Rhein“ (EMR o.J./e). „Lebensqualität“ stellt hiernach in den kommenden Jahren das Leitmotiv der EMR dar. Die EMR will sich entsprechend ihrem Leitmotiv neben Themen wie Mobilität, Kultur und Tourismus auch auf den Bereich „Gesundheitsleistungen“ konzentrieren (a.a.O.: 3). Die EMR beabsichtigt, eine Arbeitsgruppe Gesundheitsversorgung („Taskforce Zorg“) einzurichten, die Hindernisse ermitteln und Lösungen zur Beseitigung dieser Hindernisse entwickeln soll. Eine Kooperation mit den Universitätskliniken und Krankenversicherern im Euregio-Gebiet ist hierbei geplant (a.a.O.: 5).

Zudem sind in EMR im Laufe der letzten Jahre zahlreiche weitere Netzwerke entstanden. Exemplarisch zu nennen sind hier:

- das Netzwerk der Selbsthilfegruppen „SELF-HELP EMR“ (URL 59),
- das im Rahmen des Interreg Projektes „Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung“ entstandene Netzwerk der Akteure im Bereich der Gesundheitsversorgung (EMR o.J./b),
- verschiedene Netzwerke der im Katastrophenschutz tätigen Akteure, die durch das Interreg-Projekt EMR-IC unterstützt werden (Iögd NRW 2007: 132 ff.) sowie
- verschiedene themenspezifische Netzwerke, die im Rahmen der Subprojekte „Grenz-überschreitende Gesundheitsversorgung“ entstanden, wie das Euregionale MRSA-Netzwerk, das Euregionale Onkologische Netzwerk (Projekt „CONCERT“) und das euregionale Netz (Zentrum) für Metabole Erbkrankheiten (Scheres 2006a).

Seit Ende der 1990er Jahre finden zudem in der EMR alle zwei Jahre euregionale Gesundheitskonferenzen statt (Schröder 2007). Hier kommen Vertreter aus Organisationen des Gesundheitswesens und der Selbsthilfe aus der Region zusammen, um sich über aktuelle Aktivitäten auszutauschen und die zukünftige Weiterentwicklung der grenzübergreifenden Zusammenarbeit zu beraten.

Die grenzübergreifende Kooperation im Bereich Rettungsdienst sowie in der stationären Versorgung wird durch den Abschluss bilateraler Abkommen erleichtert. So existieren nationale Abkommen zur Zusammenarbeit bei Großschadensereignissen<sup>115</sup> sowie bilaterale Abkom-

---

<sup>115</sup> Abkommen zwischen dem Königreich der Niederlande und der Bundesrepublik Deutschland über gegenseitige Hilfeleistung bei Katastrophen einschließlich schweren Unglücksfällen; Abkommen zwischen dem Königreich der Niederlande und dem Königreich Belgien über gegenseitige Hilfeleistung bei Katastrophen und schweren Unglücksfällen sowie das Abkommen zwischen der Bundesrepublik Deutschland und dem Königreich Belgien über gegenseitige Hilfeleistung bei Katastrophen oder schweren Unglücksfällen.

men zwischen belgischen und niederländischen bzw. deutschen und niederländischen Rettungsdienst-Akteuren in der EMR (Ramakers et al. 2007: 80ff.). Zudem wurden zwischen den Universitätskliniken der EMR bilaterale Verträge z.B. im Bereich der Kinderkardiologie, Kinderherzthoraxchirurgie und Verbrennungschirurgie geschlossen (EMR o.J./c: 2), welche die grenzübergreifende Inanspruchnahme von Leistungen in den Kliniken erleichtern. Zu nennen ist in diesem Zusammenhang auch das erwähnte Projekt „Contracting Belgian Health Care“, das zu Kontrakten zwischen belgischen und niederländischen Versicherern und belgischen Krankenhäusern führte (Iögd NRW 2007: 80ff.).

### 9.2.4 Zusammenfassung

Das Thema „Gesundheit“ wurde in der EMR bereits Anfang der 1990er Jahre in Form erster Pilotprojekte aufgegriffen, die zur Inventarisierung und Abklärung grenzübergreifender Strategien dienten. Basierend auf diesen Aktivitäten entstanden ab Mitte der 1990er Jahre weitere Projekte. Im operationellen Programm Interreg IIA (1994-1999) wurde mit dem Maßnahmenfeld „Abstimmung der Sozial- und Gesundheitspolitik“ ein Schwerpunkt geschaffen, der sich explizit dem Thema „Gesundheit“ widmet. Im Programmdokument Interreg IIIA erfuhr das Thema durch die Maßnahme „Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsfürsorgeeinrichtungen und -organisationen“ und die Formulierung von drei Handlungsfeldern („Versorgungsangebote“, „Zusammenarbeit der Einrichtungen und Organisationen im Gesundheitswesen“, „Patientenverbände“) eine stärkere Konkretisierung. Der Vergleich der Förderphasen Interreg IIA und Interreg IIIA zeigt erste positive Entwicklungen im Bereich Gesundheit. So stieg der relative Anteil der Gesundheitsprojekte an allen Projekten sowie die absoluten Ausgaben für Gesundheitsprojekte in Interreg IIIA an.

Eine Besonderheit in der EMR ist das aus einer Vielzahl von Teilprojekten bestehende Rahmenprojekt „Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung“, das in Interreg IIA startete, in der Folgeperiode Interreg IIIA fortgesetzt wurde und voraussichtlich auch in Interreg IVA fortgeführt wird.

Auch im neuen Interreg IVA-Programm stellen die grenzübergreifende Gesundheitsversorgung, das grenzübergreifende Rettungswesen und Kooperationen im Katastrophenschutz prioritäre Handlungsfelder dar. Wie viele Gesundheitsprojekte in der aktuellen Förderphase realisiert werden und welches Finanzvolumen hierfür aufgewandt wird, lässt sich derzeit noch nicht absehen, da die Umsetzung des Programms erst begonnen hat. Es spricht jedoch einiges dafür, dass sich die positive Entwicklung des Themas „Gesundheit“ in den nächsten Jahren fortsetzen wird. So nennt beispielsweise das aktuelle Visionsdokument der EMR „Gesundheitsleistungen“ als einen von sieben Themenschwerpunkten der kommenden Jahre. Zudem ermöglichen die Einrichtung verschiedener Netzwerke, regelmäßige Treffen der deutsch-niederländischen Euregios zum Thema „Gesundheit“, die Etablierung euregionaler Gesundheitskonferenzen und die seit vielen Jahren bestehende euregionale Kommission für Gesundheit, Soziales, Gesellschaftliche Angelegenheiten und Sicherheit auch zukünftig einen strukturierten Austausch der Akteure in der EMR.

## 9.3 Die „Euroregion Pomerania“

### 9.3.1 Ausgangslage

Die Euroregion Pomerania gründete sich im Jahr 1995 zunächst als deutsch-polnischer Zusammenschluss. Im Jahr 1998 trat auch der schwedische Regionalverband mit seinen Mitgliedskommunen der Euroregion bei. Die Euroregion Pomerania gehört mit einer Fläche von rund 50.000 Quadratkilometern zu den flächengrößten Euregios. Eine geringe Bevölkerungsdichte, eine hohe Arbeitslosenquote sowie eine relativ unzureichend ausgebaute Infrastruktur prägen die Region (s. Kapitel 3.4.3).

Die schwedischen, deutschen und polnischen Teilregionen der Euroregion weisen deutliche Unterschiede im Gesundheitswesen auf. Während das kommunale Gesundheitswesen und die sozialen Dienste in der schwedischen Region Skåne allgemein gut entwickelt sind (Kommunalgemeinschaft Euroregion Pomerania e.V. 2006: 72), werden für die deutschen Teilregionen verschiedene Probleme festgestellt. Hierzu gehören fehlende medizinische Einrichtungen im ländlichen Raum, Probleme bei der Besetzung von Landarztstellen sowie die zunehmende Konzentration von medizinischen Einrichtungen (a.a.O.: 87). Auch in der polnischen Teilregion Wojewodschaft Zachodniopomorskie bestehen Probleme in der Gesundheitsversorgung. Hierzu gehören Mängel in Organisation und Ausstattung des Gesundheitsschutzes, zunehmende Schwierigkeiten beim Zugang zu öffentlichen medizinischen Leistungen, eine ungleichmäßige Verteilung und Auslastung der Krankenhausbetten, ein Mangel an Betten in Langzeitpflege und Psychiatrie sowie die zunehmende Abwanderung medizinischer Arbeitskräfte in das Ausland (a.a.O.: 90, 100).

Die grenzübergreifende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen wird durch rechtliche Rahmenbedingungen wesentlich beeinflusst. Bilaterale Verträge tragen dazu bei, die grenzübergreifende Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich zu erleichtern. So wurde im Jahr 1989 zwischen der Bundesrepublik Deutschland und Polen ein Abkommen über die Zusammenarbeit auf dem Gebiet des Gesundheitswesens und der medizinischen Wissenschaft geschlossen, das am 1. Februar 1990 in Kraft trat (URL 60). Hierin geht es unter anderem um den Informationsaustausch, die Entsendung von Delegationen und Wissenschaftlern und die Durchführung gemeinsamer Forschungsarbeiten. Alle drei Jahre wird das Abkommen durch ein Durchführungsprogramm ergänzt. Dringender Bedarf besteht an einem bilateralen Abkommen im Bereich des grenzübergreifenden Rettungswesens. Bisher ist eine rechtliche Absicherung bei entsprechenden grenzübergreifenden Einsätzen nicht gegeben. Brandenburgs Landesregierung schlug daher Ende 2005 den Abschluss eines Rahmenabkommens zwischen der Bundesrepublik Deutschland und Polen vor, das unter anderem den grenzübergreifenden Einsatz der Rettungsdienste, die Kostenübernahme für ärztliche Behandlungen im Nachbarland sowie die Gewährung von Überflug- und Landerechten in Nottfällen regeln soll (dpa 2005). Auch die Anfang der 1990er Jahre gegründete deutsch-polnische Regierungskommission unterstützte den Vorschlag. Sie empfahl im Oktober 2006 den raschen Abschluss eines bilateralen Abkommens im Bereich des Rettungsdienstes und bat die jeweils

zuständigen Ressorts zu prüfen, inwieweit sich die Zusammenarbeit auch auf andere Bereiche im Gesundheitswesen und ihre vertraglichen Regelungen ausdehnen lässt (URL 61).

### 9.3.2 Entwicklung des Themas Gesundheit in der Euroregion Pomerania

Für die Euroregion Pomerania wurden seit Anfang der 1990er Jahre bis heute drei Entwicklungs- und Handlungskonzepte erstellt:

- das grenzüberschreitende Entwicklungs- und Handlungskonzept Euroregion Pomerania aus dem Jahr 1993 (ECOMETRIKA 1993),
- das grenzüberschreitende Entwicklungs- und Handlungskonzept der Euroregion Pomerania für den Zeitraum 2000 – 2006 (Deutsche Projekt Union GmbH 1999) und
- das grenzüberschreitende Entwicklungs- und Handlungskonzept der Euroregion Pomerania für den Zeitraum 2007 – 2013 (Kommunalgemeinschaft Euroregion Pomerania e.V. 2006).

Diese dienen als Leitfäden für die zukünftige gemeinsame Entwicklung der Euroregion sowie als Basis für die Formulierung der operationellen Interreg-Programme. Die Analyse der für das Gebiet der Euroregion Pomerania erstellten Dokumente (Entwicklungskonzepte, operationelle Interreg-Programme) sowie der hieraus resultierenden Aktivitäten bietet einen Überblick über die Entwicklung des Themas „Gesundheit“ in der Euroregion Pomerania seit Beginn der 1990er Jahre.

Ein Schwerpunkt der nachfolgenden Darstellungen liegt auf den verschiedenen im Rahmen der Interreg-Programme durchgeführten Aktivitäten. Kooperationen zwischen deutschen und polnischen Teilregionen der Euroregion Pomerania wurden seit Mitte der 1990er Jahre über das Programm Interreg bzw. bis zum Beitritt Polens auf polnischer Seite über das komplementäre Programm PHARE CBC gefördert. Ein gemeinsames Interreg-Programm, an dem neben der deutschen und polnischen auch die schwedische Teilregion der Euroregion Pomerania beteiligt ist, existierte bisher nicht.<sup>116</sup> Die nachfolgenden Darstellungen fokussieren daher auf die deutsch-polnische Zusammenarbeit in der Euroregion Pomerania.

#### **Die 1990er Jahre: Grenzübergreifende Gesundheitsversorgung – erste Schritte**

##### Grenzüberschreitendes Entwicklungs- und Handlungskonzept Euroregion Pomerania

Bereits zwei Jahre vor Gründung der Euroregion Pomerania im Jahr 1995 wurde das erste Grenzüberschreitende Entwicklungs- und Handlungskonzept“ für die Euroregion Pomerania erstellt (ECOMETRIKA 1993). Hierin wurden drei Oberziele formuliert:

---

<sup>116</sup> Das neue Interreg IVA-Programm „Region Südliche Ostsee“, an dem Deutschland, Dänemark, Schweden, Polen und Litauen beteiligt sind, umfasst neben deutschen und polnischen Teilgebieten der Euroregion Pomerania auch die schwedische Region Skåne.

## 9. Grenzübergreifende Gesundheitsaktivitäten in Modellregionen

1. Verbesserung der regionalen Wirtschaftsstruktur,
2. Verbesserung der grenzüberschreitenden regionalen Organisation sowie
3. Identifikation mit der Region.

Diese drei Oberziele wurden in 13 Unterziele mit insgesamt 40 Handlungsfelder untergliedert. Eines dieser 40 Handlungsfelder zielte auf die Zusammenarbeit von medizinischen und sozialen Einrichtungen ab.<sup>117</sup>

### Das operationelle Programm Interreg IIA

Im Juli 1995 genehmigte die Europäische Kommission das operationelle Interreg IIA Programm der Länder Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg, das sich aus dem oben genannten Entwicklungs- und Handlungskonzept ableitete. Das Fördergebiet des Programms entsprach dem Mitgliedsgebiet der Kommunalgemeinschaft Europaregion Pomerania e.V.<sup>118</sup> Ausschließlich die deutschen Teilgebiete der Euroregion konnten somit Interreg-Fördermittel in Anspruch nehmen. Den polnischen Teilgebieten stand hingegen Fördermittel aus dem EU-Programm PHARE CBC zur Verfügung.

**Tabelle 41:** Interreg IIA-Programm „Pomerania“ – Schwerpunkte, Anzahl der Handlungsfelder und Ausgaben (Quelle: eigene Darstellung nach URL 24, Stand 12.07.2006)

Priorität	Anzahl der Handlungsfelder	Investitionsvolumen (in Euro)*	Budgetanteil (in %)*
1. Wirtschaftliche Zusammenarbeit, Verkehr, Infrastrukturen und Technologie	2	51.382.373	50,9
2. Tourismus, ländlicher Raum und Umwelt(schutz)	4	24.004.773	23,8
3. Ausbildung, Kommunikation, Soziales, Jugend und Kultur	2	24.170.521	23,9
4. Technische Hilfe	1	1.420.173	1,4
<b>Summe</b>	<b>9</b>	<b>100.977.840</b>	<b>100</b>

\* = eigene Berechnung und Umrechnung von DM in Euro, EAGFL = Europäischer Ausrichtungs- und Garantiefonds für Landwirtschaft, EFRE = Europäischer Fond für regionale Entwicklung

Im operationellen Interreg IIA-Programm „Pomerania“ wurden drei inhaltliche Schwerpunkte mit acht Handlungsfeldern festgelegt. Hinzu kam der Schwerpunkt „Technische Hilfe“ für Management, Evaluierung und Organisation des Programms (Tabelle 41). Das Thema „Gesundheit“ ist weder in den Titeln der Interreg IIA-Prioritäten noch den Handlungsfeldern explizit benannt.

<sup>117</sup> Das Handlungsfeld „Zusammenarbeit von medizinischen und sozialen Einrichtungen“ wurde dem Oberziel 3 „Identifikation mit der Region“ bzw. dem Unterziel 3.4 „Kultur und Soziales“ zugeordnet.

<sup>118</sup> Zum Interreg IIA-Fördergebiet „Pomerania“ gehörten die Landkreise Uecker/Randow, Ostvorpommern, Nordvorpommern und Rügen und die Hansestädte Greifswald und Stralsund in Mecklenburg-Vorpommern sowie die Landkreise Uckermark und Barnim im Land Brandenburg.

Aktivitäten zur Umsetzung des Interreg IIA-Programms

In die Umsetzung des Interreg IIA-Programms wurden rund 101 Millionen Euro investiert (Tabelle 41). Den Schwerpunkt des Programms bildete das Handlungsfeld „Verkehr und Infrastrukturen“, auf das allein 49 Prozent der Gesamtkosten entfielen (URL 24). Insgesamt wurden der „Euregio-Befragung“ zufolge in der Euroregion Pomerania 192 Interreg IIA-Projekte realisiert.

**Tabelle 42:** Interreg IIA-Gesundheitsprojekte im Programm „Pomerania“ (Quelle: eigene Zusammenstellung auf Basis der „Euregio-Befragung“ des Projektes „EUREGIO“ und URL 49)

Handlungsfeld	Projekttitel	Ziel	Laufzeit	Kosten (in Euro)
1.2 Wirtschaftliche Zusammenarbeit	Deutsch-polnische Konferenz „Perspektiven der Beziehungen im Gesundheitswesen zwischen Deutschland und Polen“	Klärung von Möglichkeiten und Ansatzpunkten einer Zusammenarbeit vorhandener Strukturen im Gesundheitswesen sowie Austausch von Informationen und Erfahrungen in der stationären und ambulanten medizinischen Versorgung	k.A.	3.416
2.4 Umweltschutz (EFRE)	Untersuchung des wasserhygienischen Gesamtstatus in der Odermündung auf Badewassergüte	Schaffung einer fundierten Entscheidungsgrundlage für die zuständigen Behörden im Sinne der Erhaltung und weiteren Verbesserung der Wassergüte beiderseits der Grenze	1997-1999	489.349
	Grenzüberschreitender Umwelt- und Katastrophenschutz in OVP, UER, HGW	Erarbeitung eines Konzeptes zum gemeinsamen grenzüberschreitenden Umwelt- und Katastrophenschutz: 1. Bestandsaufnahme und Sicherung sowie Durchführung von Gefahrenerfassung und -analysen, 2. Analyse und Wertung von Elementen des grenzüberschreitenden Umwelt- und Katastrophenschutzes, 3. Schaffung und Einführung eines einheitlichen Daten- und Informationssystems	1999-2001	590.023
3.1 Ausbildung	Umschulung von Arbeitssuchenden zu Ergotherapeuten*	Umschulung von Arbeitssuchenden zu Ergotherapeuten	1996-1998	409.256

OVP = Landkreis Ostvorpommern, UER = Landkreis Uecker-Randow, HGW = Hansestadt Greifswald, EFRE = Europäischer Fond für regionale Entwicklung

\* Bei dem Projekt „Umschulung von Arbeitssuchenden zu Ergotherapeuten“ ist der Gesundheitsbezug als marginal anzusehen. Da das Projekt jedoch im Rahmen der „Euregio-Befragung“ von der Euroregion Pomerania als „Gesundheitsprojekt“ rückgemeldet wurde, wurde es in die Tabelle aufgenommen.

Vier dieser 192 Projekte (2,1 Prozent) lassen sich dem Themenfeld Gesundheit zuordnen. Die Euroregion Pomerania meldete im Rahmen der „Euregio-Befragung“ (s. Kapitel 6.1.1) zwei Projekte aus dem Handlungsfeld „Umweltschutz“ sowie ein Projekt aus dem Handlungsfeld „Ausbildung“ als Gesundheitsprojekte. Zudem identifizierte die Autorin zusätzlich ein Interreg IIA-Gesundheitsprojekt, das sich mit der Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung befasste. Hierbei handelte es sich um die deutsch-polnische Konferenz „Perspektiven der Beziehungen im Gesundheitswesen zwischen Deutschland und Polen“. In diese vier Projekte wurden insgesamt 1.492.044 Euro investiert (Tabelle 42). Dies entspricht einem Anteil von 1,5 Prozent an den Gesamtkosten.

### **2000 bis 2006: Grenzübergreifende Gesundheitsversorgung – Telemedizin und Prävention als Herausforderungen**

#### Grenzüberschreitendes Entwicklungs- und Handlungskonzept der Euroregion Pomerania für den Zeitraum 2000-2006

Im Jahr 1999 entstand das 300-seitige Entwicklungs- und Handlungskonzept der Euroregion Pomerania für den Zeitraum 2000-2006 (Deutsche Projekt Union GmbH 1999). Basierend auf den Entwicklungspotenzialen der Euroregion und einer Stärken-Schwächen-Analyse werden in dem Dokument sektorale Leitbilder formuliert und die folgenden sechs Handlungsfelder benannt, auf die sich die Arbeit der Euroregion ausrichten soll:

- I. Stabilisierung und Entwicklung der Wirtschaft
- II. Aufwertung der Verkehrsinfrastruktur und technischen Infrastruktur
- III. Entwicklung des Tourismus und der touristischen Infrastruktur
- IV. Schutz und Erhaltung von Natur und Landschaft
- V. Entwicklung der sozialen und kulturellen Infrastruktur und Stabilisierung und Aufwertung der sozialen Dienstleistungen und des kulturellen Angebotes
- VI. Grenzübergreifende Koordinierung der regionalen Entwicklung und Vertiefung der interregionalen und interkommunalen Zusammenarbeit in der Euroregion.

Auch „Gesundheit“ wird an verschiedenen Stellen des Dokumentes als prioritäres Themenfeld der zukünftigen Zusammenarbeit aufgeführt. So enthält das Dokument ein Leitbild für die medizinische Versorgung in der Euroregion (s. Box 7) sowie exemplarische Schlüsselmaßnahmen zur Umsetzung dieses Leitbildes. Zu den Schlüsselmaßnahmen gehören unter anderem die Sanierung und bedarfsgerechte Ergänzung von Einrichtungen der medizinischen Versorgung (z.B. Krankenhäuser und Kureinrichtungen), die Unterstützung von Selbsthilfegruppen (z.B. im Bereich der Suchtprävention) sowie die gegenseitige grenzübergreifende Nutzung von Einrichtungen (a.a.O.: 205f.). Diese Schlüsselmaßnahmen wurden dem Maßnahmenkomplex V-2 „Maßnahmen zur grenzüberschreitenden Zusammenarbeit bei der Lösung von sozialen Problemen“ zugeordnet, welcher Bestandteil des oben genannten Handlungsfeldes V ist.

#### **Box 7: Leitbild „Gesundheit“ der Euroregion Pomerania (2000-2006)**

„In allen Teilen der Euroregion soll ein bedarfsgerechtes, leistungsorientiertes und bürgernahes System der Gesundheitsfürsorge und der medizinischen Behandlung eingerichtet bzw. erhalten werden, das die ambulante medizinische Versorgung in allen Teilen der Euroregion gewährleistet. Dieses System wird durch ein hochwertiges Angebot leistungsfähiger Krankenhäuser für die stationäre und teilstationäre medizinische Versorgung der Bevölkerung ergänzt. Im System der medizinischen Versorgung soll die Entwicklung der Kur- und Sanatorieneinrichtungen weiter gefördert werden.“

Quelle: Deutsche Projekt Union GmbH 1999: 168



Programm Interreg IIIA

Das Entwicklungs- und Handlungskonzept der Euroregion Pomerania 2000-2006 floss in das operationelle Interreg IIIA-Programm „Mecklenburg-Vorpommern / Brandenburg – Zachodniopomorskie“ ein, das im September 2001 von der Kommission genehmigt wurde. Oberziel des Programms ist die „Förderung einer gleichmäßigen und ausgewogenen Entwicklung sowie der Annäherung der Bewohner und Institutionen in dem deutsch-polnischen Grenzgebiet“ (Regionale Arbeitsgruppe der Länder Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg, des Wirtschaftsministeriums Polens und der Wojewodschaft Zachodniopomorskie 2004: 64). Das Programm enthält sieben inhaltliche Schwerpunkte mit 14 Maßnahmenfeldern. Hinzu kommt der Schwerpunkt „Technische Hilfe“. Den Schwerpunkt des Programms bildet die Priorität B „Verbesserung der technischen und touristischen Infrastruktur“, für die rund 57 Prozent der Gesamtausgaben vorgesehen sind (s. Tabelle 43).

**Tabelle 43:** Interreg IIIA-Programm „Mecklenburg-Vorpommern/Brandenburg – Zachodniopomorskie“ – Prioritäten, Anzahl der Maßnahmenfelder und Ausgaben (Quelle: eigene Darstellung nach URL 25)

Priorität	Anzahl der Maßnahmenfelder	Investitionsvolumen (in Euro)*	Budgetanteil (in %)*
A) Wirtschaftliche Entwicklung und Kooperation	3	8.878.017	5,6
B) Verbesserung der technischen und touristischen Infrastruktur	3	90.122.088	57,2
C) Umwelt	2	9.305.318	5,9
D) Ländliche Entwicklung	1	8.144.031	5,2
E) Qualifizierung und beschäftigungswirksame Maßnahmen	1	6.317.840	4,0
F) Interregionale Zusammenarbeit, Investitionen für Kultur und Bildung, Fonds für kleine Projekte	3	24.758.077	15,7
G) Besondere Unterstützung der an die Beitrittsländer, angrenzenden Gebiete	1	3.480.587	2,2
H) Technische Hilfe	2	6.535.264	4,1
<b>Summe</b>	<b>16</b>	<b>157.541.222</b>	<b>99,9**</b>

\* = Stand 18.9.2007, eigene Berechnung, \*\* = keine 100 Prozent bedingt durch Rundung

Der Begriff „Gesundheit“ wird in den Titeln der Prioritäten und Maßnahmenfelder nicht explizit genannt. Gesundheitsrelevante Maßnahmen werden im Dokument jedoch unter Priorität „F – Interregionale Zusammenarbeit, Investitionen für Kultur und Bildung, Fonds für kleine Projekte“ aufgeführt. So zielt das Handlungsfeld „F2 – Kultur und kulturelle Investitionen“ auf die „Etablierung grenzübergreifender Infrastrukturen von Einrichtungen der sozialen Dienste“ und die „gegenseitige grenzübergreifende Nutzung von Einrichtungen innerhalb der jeweiligen Betreuungs- und Therapiekonzepte“ ab (Regionale Arbeitsgruppe der Länder Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg, des Wirtschaftsministeriums Polens und der Wojewodschaft Zachodniopomorskie 2004: 85). Zur Umsetzung dieser Ziele wird exemplarisch die Schaffung grenzübergreifender Netzwerke im Gesundheitswesen vorgeschlagen (a.a.O.).

Gesundheitsrelevante Aktivitäten (z.B. Aktivitäten im Bereich der Suchtprävention und Maßnahmen zur Unterstützung der Hilfsdienste) werden zudem im Handlungsfeld „F1 - Kulturelle, soziale und kommunale Zusammenarbeit“ genannt (a.a.O.: 84).

### Interreg IIIA-Projekte

Bis September 2007 waren insgesamt 336 Interreg IIIA-Projekte realisiert worden (ohne Projekte im Bereich „technische Hilfe“ und Kleinprojekte) (Löchter 2007). Die Autorin identifizierte sieben Maßnahmen im Bereich Gesundheit.<sup>119</sup> Hierbei kann unterschieden werden zwischen mehrjährigen Projekten und Veranstaltungen. Diese Aktivitäten wurden in verschiedenen Maßnahmenfeldern umgesetzt (Tabelle 44). Hierbei zeigt sich, dass auch in den Maßnahmenfeldern A1 und B1, in denen das Programmdokument selbst keine direkten Bezüge zu Gesundheit bietet, entsprechende Projekte bewilligt wurden. In dem Maßnahmenfeld F2 hingegen, das laut operationellem Programm unter anderem auf Etablierung grenzübergreifender Infrastrukturen von Einrichtungen sozialer Dienste abzielte, wurden keine entsprechenden Aktivitäten durchgeführt.<sup>120</sup>

Die Kosten der sieben Gesundheitsprojekte belaufen sich auf rund 2,6 Millionen Euro. Ausgehend von Gesamtkosten von 157.541.222 Euro entspricht dies einem Anteil von 1,7 Prozent für Gesundheitsprojekte. Der Anteil der identifizierten Gesundheitsprojekte an allen 336 Projekten (ohne Projekte im Bereich „technische Hilfe“ und Kleinprojekte) beträgt 1,5 Prozent.<sup>121</sup> Die Gesundheitsprojekte „Telemedizinisches Netzwerk zur Unterstützung der Tumerversorgung in der Euroregion Pomerania“ sowie „Grenzüberschreitendes Netzwerk in der Suchtvorbeugung für die Euroregion Pomerania“, auf die allein 98 Prozent der „Gesundheitsausgaben“ entfielen, werden im Folgenden vorgestellt.

Das Interreg IIIA-Projekt „Telemedizinisches Netzwerk zur Unterstützung der Tumerversorgung in der Euroregion Pomerania“ startete im Jahr 2002. Ziel des Projektes war der Aufbau eines grenzübergreifenden Netzwerkes in den Bereichen Telepathologie, Teleradiologie und Telekonferenz, um so die Gesundheitsversorgung von Tumorpatienten in der dünnbesiedelten Region zu verbessern (URL 49). In einem Folgeprojekt (2004-2006) wurde das Netzwerk erweitert um weitere Standorte, die Bereiche Telekardiologie und ein Dokumentationszentrum für die Schmerzambulanz (URL 49, URL 62). Mitte Juli 2007 waren bereits 13 deutsche und polnische Kliniken in der Euroregion Pomerania miteinander vernetzt (Hase 2007). Um das Projekt weiter betreiben zu können und zu gewährleisten, dass EU-Mittel eingeworben

---

<sup>119</sup> Als Informationsquelle diente der von der Euroregion Pomerania ausgefüllte Interreg-Fragebogen. Ergänzend wurde in der Projektdatenbank der Euroregion Pomerania recherchiert. Projekte in den Bereichen „Tourismus“ und „Sport“ wurden hierbei nicht berücksichtigt.

<sup>120</sup> Der Schwerpunkt des Handlungsfeldes F2 lag auf Aktivitäten zur Förderung der grenzübergreifenden Kommunikation und der Verzahnung kultureller Ereignisse mit touristischen Angeboten (Gemeinsame Verwaltungsbehörde Interreg IIIA im Wirtschaftsministerium des Landes Mecklenburg Vorpommern 2006: 114).

<sup>121</sup> Die beiden im Rahmen der Maßnahme „Fonds für kleine Projekte“ durchgeführten Gesundheitsprojekte wurden hierbei nicht berücksichtigt, da „Kleinprojekte“ auch in der Gesamtzahl aller Interreg IIIA-Projekte nicht mitberechnet wurden.

## 9. Grenzübergreifende Gesundheitsaktivitäten in Modellregionen

werden können, wurde im Februar 2007 der gemeinnützige Verein „Telemedizin Euroregion Pomerania e.V.“ gegründet (URL 63). Das Telemedizin-Netzwerk soll zukünftig auf weitere Regionen ausgedehnt werden. Gedacht ist hierbei zunächst auf deutscher Seite an weitere Kliniken in Mecklenburg-Vorpommern (Neubrandenburg, Malchow, Neustrelitz etc.) und Brandenburg sowie auf polnischer Seite an Kliniken in Poznan. Langfristig sind zudem Verbindungen nach Norwegen und Finnland vorgesehen (Hase 2007). Nach Aussage des Geschäftsführers der Euroregion Pomerania zählt das Projekt zu den bedeutsamsten Interreg IIIA-Projekten (mündliche Mitteilung auf der Interreg IIIA-Abschlussveranstaltung am 24.09.2007 in Pasewalk).

**Tabelle 44:** Interreg IIIA-Gesundheitsmaßnahmen im Programm Mecklenburg-Vorpommern/Brandenburg und Polen (Quelle: eigene Darstellung nach URL 49)

Maßnahmenfeld	Projekttitel	Projektziel	Laufzeit	Förderfähige Projektkosten (in Euro)
<b>Projekte</b>				
B1 Verbesserung der Infrastruktur für Innovation	Telemedizinisches Netzwerk zur Unterstützung der Tumorversorgung in der Euroregion Pomerania (Phase 1)	s. Text	2002-2003	981.580
	Telemedizinisches Netzwerk zur Unterstützung der Tumorversorgung in der Euroregion Pomerania (Phase 2)	s. Text	2004-2006	1.105.350
F1 Kulturelle, soziale und kommunale Zusammenarbeit	Grenzüberschreitendes Netzwerk in der Suchtvorbeugung für die Euroregion Pomerania (Phase 1)	s. Text	2002-2003	194.799
	Grenzüberschreitendes Netzwerk in der Suchtvorbeugung für die Euroregion Pomerania (Phase 2)	s. Text	2005-2007	300.000
<b>Veranstaltungen</b>				
A1 Zusammenarbeit von Unternehmen	2. Deutsch-Polnisches Urologentreffen	Ausbau und Vertiefung der Kontakte zwischen polnischen und deutschen Urologen	2006	38.170
F3 Fonds für kleine Projekte	Begegnung deutscher und polnischer Frauen zu einem Erfahrungsaustausch über die Früherkennung, Behandlung und die Krebsnachsorge, besonders von Brustkrebs	Kennen lernen und Erfahrungsaustausch deutscher und polnischer Betroffener und Nichtbetroffener	2002	1.927
	Forum „In Würde leben – in Würde sterben. Aktive Sterbehilfe oder Sterbegleitung?“	Erfahrungs- und Informationsaustausch	2005	959
<b>Gesamtkosten</b>				<b>2.622.785</b>

Das Projekt „Grenzüberschreitendes Netzwerk in der Suchtvorbeugung für die Euroregion Pomerania“ startete im Jahr 2002 und wurde ab 2005 in einer zweiten Projektphase fortgeführt. Das Projekt zielte unter anderem darauf ab, ein grenzübergreifendes und koordinierendes Netzwerk im Bereich der primären Suchtvorbeugung aufzubauen, weitere Erkenntnisse über die Konsummuster bei Kindern und Jugendlichen zu gewinnen und die wachsende Gefahr der Suchtproblematik aufzuzeigen. Im Rahmen des Projektes wurden verschiedene Maßnahmen zur Suchtvorbeugung entwickelt. Hierzu gehören die Implementation eines Lehrfachs „Suchtprävention“ in die Ausbildung der Studierenden des Institutes für Pädagogik der Universität Stettin, ein Aufklärungsvideo, ein Elternratgeber etc. (URL 49, URL 64).

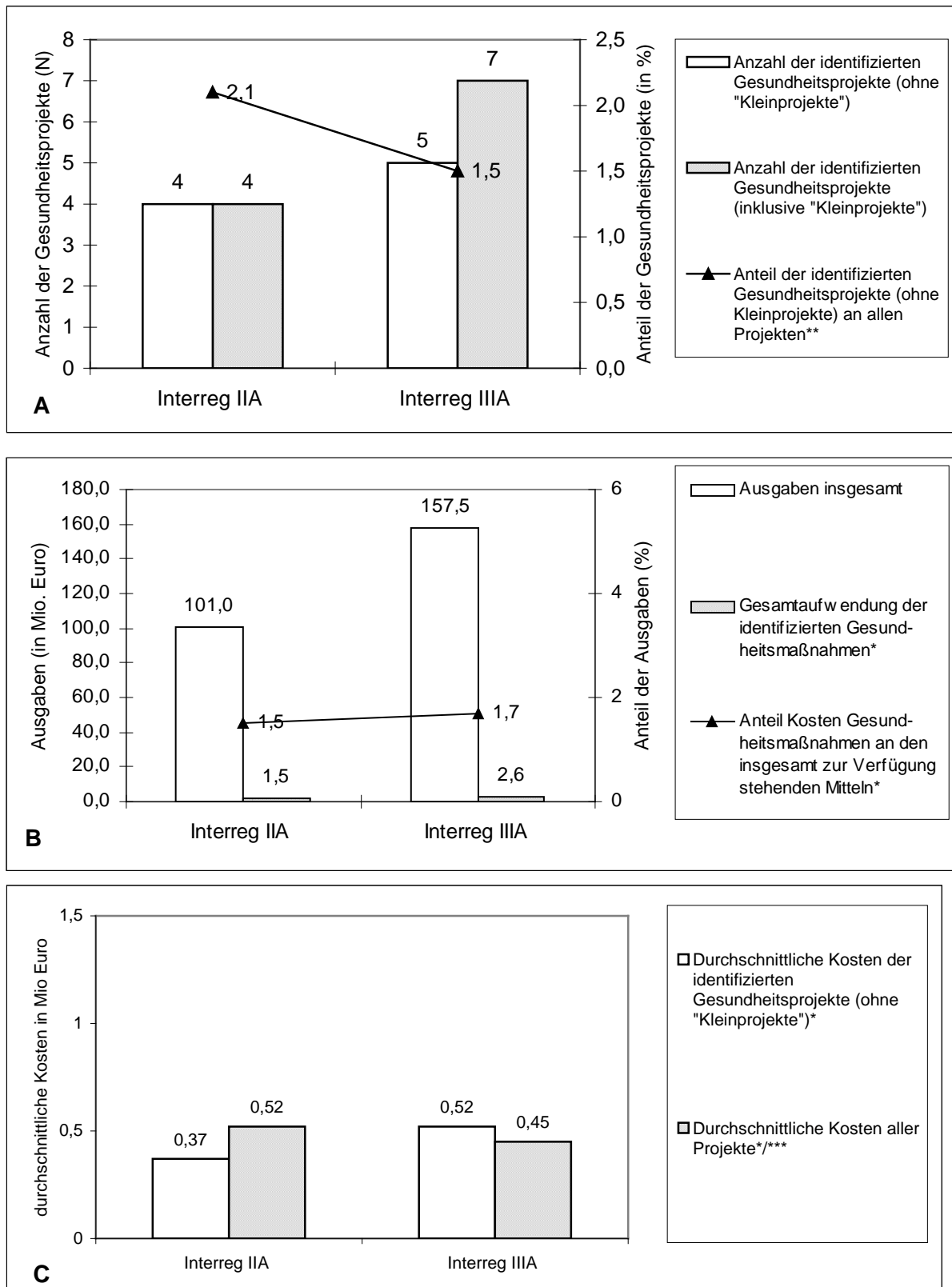
### **Entwicklung von Interreg-Gesundheitsprojekten in der Euroregion Pomerania**

In Interreg I war die Euroregion noch nicht an Interreg beteiligt. Eine Entwicklung des Themas Gesundheit lässt sich daher lediglich anhand der Förderperioden Interreg IIA und IIIA aufzeigen. Ein Vergleich der beiden Förderphasen zeigt, dass in Interreg IIIA im Vergleich zur vorangegangenen Förderperiode mehr Gesundheitsprojekte durchgeführt wurden. Betrachtet man hingegen den Anteil der Gesundheitsprojekte an allen Projekten, zeigt sich eine gegenläufige Tendenz (Abbildung 28A).

Bei Betrachtung der Finanzmittel ist wiederum eine steigende Tendenz zu Gunsten des Themas „Gesundheit“ zu beobachten. So stiegen die Gesamtaufwendungen für Gesundheitsprojekte von 1,5 auf 2,6 Millionen Euro an. Auch bei den relativen Ausgaben ist ein Anstieg zu verzeichnen (Interreg IIA: 1,5 Prozent vs. Interreg IIIA: 1,7 Prozent), welcher jedoch mit 0,2 Prozent sehr gering ausfällt (Abbildung 28B).

Positive Entwicklungen zeigen sich auch bei den durchschnittlichen Ausgaben für Gesundheitsprojekte, die von 0,37 Millionen Euro auf 0,52 Millionen anstiegen. Während die Durchschnittskosten der Gesundheitsprojekte in Interreg IIA noch unter denen der Projekte insgesamt lagen, kehrte sich dies in der Folgeperiode Interreg IIIA um (Abbildung 28C).

## 9. Grenzübergreifende Gesundheitsaktivitäten in Modellregionen



**Abbildung 28:** Entwicklung des Themas Gesundheit in der Euroregion Pomerania – Anzahl und Anteil der Interreg-Gesundheitsmaßnahmen, Ausgaben sowie durchschnittliche Projektkosten (Quelle: eigene Darstellung nach URL 24, URL 49, Euregio-Befragung, Gemeinsame Verwaltungsbehörde INTERREG IIIA im Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Tourismus des Landes Mecklenburg-Vorpommern 2007: 101)

\* eigene Berechnung, \*\* bei der Berechnung des Anteils der Gesundheitsprojekte an allen Projekten (Interreg IIIA) wurden die zwei Kleinprojekte, die im Rahmen der Maßnahme F3 „Fond für kleine Projekte“ gefördert wurden, nicht berücksichtigt, \*\*\* Kosten für technische Hilfe wurden in Interreg IIIA nicht berücksichtigt, da entsprechende Projekte auch bei der Projektanzahl unberücksichtigt blieben.

## **2007-2013: Zukunftsperspektiven der Euroregion Pomerania**

### Das grenzüberschreitende Entwicklung- und Handlungskonzept der Euroregion Pomerania für den Zeitraum 2007-2013

Im August 2006 wurde das über 200-seitige grenzüberschreitende Entwicklungs- und Handlungskonzept der Euroregion Pomerania für den Zeitraum 2007-2013 publiziert (Kommunalgemeinschaft Europaregion Pomerania e.V. 2006). Hiernach bilden in den kommenden Jahren die folgenden sechs Themen die Schwerpunkte der grenzübergreifenden Zusammenarbeit in der Euroregion (a.a.O.: 106):

- I. Wirtschaft (inkl. KMU und Tourismus)
- II. Wissenschaft, Technologie, Bildung und Qualifizierung
- III. Verkehr
- IV. Natur- und Umweltschutz
- V. Ländlicher Raum
- VI. Soziales, Kultur, Technik.

Zu den sechs Schwerpunkten wurden insgesamt 30 Maßnahmenkomplexe entwickelt. Gesundheit wird zwar nicht explizit in den Titeln der im Entwicklungskonzept aufgeführten Schwerpunkte und Maßnahmen genannt, jedoch wird das Thema an verschiedenen Stellen des Dokumentes angesprochen. So sollen im Interesse des Wirtschaftswachstums der Region die transnationalen Kooperationen auf dem Gebiet der Gesundheitswirtschaft ausgebaut und Projekte auf dem Gebiet der Telemedizin fortgeführt werden (Kommunalgemeinschaft Europaregion Pomerania e.V. 2006: 130 ff.). Zudem sind grenzübergreifende Maßnahmen zur Lösung sozialer Probleme und zum Ausbau sozialer Dienste vorgesehen (Maßnahme VI-3). Geplant ist hierzu unter anderem (a.a.O.: 182 f.):

- die Unterstützung von Modellprojekten der Gesundheitsfürsorge, der medizinischen Betreuung (Schwerpunkt alternde Bevölkerung und ländliche Räume) und enger Kooperationen von medizinischer und sozialer Betreuung,
- die Unterstützung der Umsetzung von Problemlösungen im Rahmen des Modellvorhabens der Raumordnung (MORO) zur Sicherung der medizinischen Versorgung sowie
- die Unterstützung und Förderung des bereits bestehenden grenzübergreifenden Netzwerkes zur Suchtvorbeugung.

In dem Dokument wird zudem auf die bereits oben beschriebenen Interreg IIIA-Projekte „Telemedizinisches Netzwerk zur Unterstützung der Tumorversorgung in der Euroregion Pomerania“ sowie „Grenzüberschreitendes Netzwerk in der Suchtvorbeugung für die Euroregion Pomerania“ hingewiesen. Diese Netzwerke und ihre Aktivitäten sollen auch zukünftig fortgeführt bzw. stabilisiert und erweitert werden (a.a.O.: 133 und 182, Hase 2007).

### Programm Interreg IVA

Ende März 2008 wurde das 99-seitige operationelle Interreg IVA-Programm von der Europäischen Kommission genehmigt (OP Interreg IVA Mecklenburg-Vorpommern/Brandenburg – Wojewodschaft Zachodniopomorskie 2007). Das grenzüberschreitende Entwicklungs- und Handlungskonzept der Euroregion Pomerania für den Zeitraum 2007-2013 bildete hierfür eine wesentliche Grundlage.

Im Programmdokument werden drei inhaltliche Prioritäten mit je drei Maßnahmenfeldern formuliert (s. Tabelle 45). Hinzu kommt die Priorität „Technische Hilfe“. Für die Umsetzung des Programms sind Finanzmittel von insgesamt rund 156,2 Millionen Euro vorgesehen. Allein 132,8 Millionen Euro (85%) stellt die EU hierfür zur Verfügung. Den Schwerpunkt des Programms bildet die Priorität 1 „Förderung der Infrastruktur für grenzübergreifende Kooperation und der Umweltsituation im Grenzraum“, für die 42 Prozent der Mittel vorgesehen ist (Tabelle 45).

Gesundheitsprojekte können zukünftig im Rahmen der Priorität 3 „Grenzübergreifende Entwicklung der Humanressourcen und Unterstützung von grenzübergreifenden Kooperationen in Bereichen wie Gesundheit, Kultur und Bildung“ gefördert werden. Vorgesehen sind hier unter anderem Projekte im Bereich der Suchtvorbeugung, Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitswirtschaft sowie die Förderung der wirtschaftsnahen Erstausbildung in der Gesundheitsbranche und im Rettungswesen (a.a.O.: 49f.). Insgesamt sollen in den nächsten Jahren drei Projekte mit Einbeziehung medizinischer Netzwerke realisiert werden (a.a.O.: 53).

**Tabelle 45:** Interreg IVA-Programm Mecklenburg-Vorpommern/Brandenburg – Wojewodschaft Zachodniopomorskie – Prioritäten, Anzahl der Maßnahmenfelder und geplante Ausgaben (Quelle: eigene Darstellung nach OP Interreg IVA Mecklenburg-Vorpommern/Brandenburg – Wojewodschaft Zachodniopomorskie 2007: 47ff.)

Priorität	Anzahl der Maßnahmenfelder	Investitionsvolumen geplant (in Euro)	Budgetanteil (in %)
1. Förderung der Infrastruktur für grenzübergreifende Kooperation und der Umweltsituation im Grenzraum	3	65.553.774	42,0
2. Förderung grenzübergreifender Wirtschaftsverflechtungen sowie Verstärkung der Zusammenarbeit von Wirtschaft und Wissenschaft	3	35.236.899	22,6
3. Grenzübergreifende Entwicklung der Humanressourcen und Unterstützung von grenzübergreifenden Kooperationen in Bereichen wie Gesundheit, Kultur und Bildung	3	46.484.064	29,7
4. Technische Hilfe	1	8.975.470	5,7
<b>Summe</b>	<b>10</b>	<b>156.250.207</b>	<b>100</b>

\* eigene Berechnung

Für den Ausbau der Gesundheitsinfrastruktur sind im Programmdokument EU-Mittel von rund 6,3 Millionen Euro vorgesehen (a.a.O.: 55). Dies entspricht einem Anteil von knapp fünf Prozent der insgesamt für das Programm zur Verfügung stehenden EU-Mittel von 132,8 Millionen Euro.

### 9.3.3 Vernetzung

In den letzten Jahren sind verschiedene Vereine und Projekte entstanden, die dazu beitragen, die Kooperation zwischen deutschen und polnischen Akteuren zu intensivieren, die Netzwerkbildung voranzutreiben und die Gesundheitsversorgung in den Grenzräumen zu verbessern (Tabelle 46). Diese Aktivitäten der in Tabelle 46 aufgeführten Strukturen sind – mit Ausnahme des Vereins Telemedizin Euroregion POMERANIA – nicht auf das Gebiet der Euroregion Pomerania beschränkt, haben jedoch auch auf dieses Gebiet einen Einfluss.

Erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang auch die im Jahr 1991 gegründete deutsch-polnische Regierungskommission für regionale und grenznahe Zusammenarbeit sowie der nachgeordnete „Ausschuss für grenznahe Zusammenarbeit“, der sich speziell für die Beseitigung praktischer Hindernisse und Probleme der grenznahen Zusammenarbeit befasst. Von der Kommission und dem Ausschuss werden auch Themen wie die grenzübergreifende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen erörtert. So wurde – wie bereits in Kapitel 9.3.1 erläutert – auf dem Treffen der Regierungskommission im Oktober 2006 die verstärkte grenzübergreifende Zusammenarbeit der Rettungsdienste diskutiert und der rasche Abschluss einer bilateralen Vereinbarung im Bereich des Rettungsdienstes empfohlen (URL 61).

**Tabelle 46:** Strukturen der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit zwischen Deutschland und Polen in der Gesundheitsversorgung (Quelle: URL 63, 65, 66, 67)

Titel der Vereine / Projekte	Gründungsjahr/ Projektlaufzeit	Ziel
Deutsch-Polnisches Gesundheitsforum e.V.	2003	Erfahrungsaustausch, Ausweitung und Intensivierung der Zusammenarbeit zwischen Repräsentanten des deutschen und des polnischen Gesundheitswesens
Deutsch-polnische Gesundheitsakademie e.V.	2002	Förderung der deutsch-polnischen Zusammenarbeit auf dem Gebiet des Gesundheitswesens
Telemedizin Euroregion POMERANIA e.V.	2007	Sicherung einer qualitativ hochwertigen Krankenversorgung für die Menschen in der Euroregion mittels modernster telemedizinischer Vernetzung
Projekt „EU-MED-East – Grenzüberschreitende Regionalnetzwerke im Gesundheits- und Sozialwesen“	2004 - 2006	Entwicklung von Maßnahmen und Strategien zur Verbesserung der Versorgung mit Gesundheits- und Sozialleistungen der Grenzregionen im Projektgebiet, Erfahrungs- und Informationsaustausch, Gründung von Unternetzwerken zu den Themen: Gesunde und Soziale Städte, Grenzüberschreitende Gesundheitsvorsorge, Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung, Humanressourcen sowie Nachteilsausgleich für ältere und behinderte Menschen

Zudem wurden in der Euroregion Pomerania in den letzten Jahren verschiedene Veranstaltungen zum Thema „Gesundheit“ durchgeführt. Diese tragen ebenfalls zur Vernetzung der Akteure bei. Neben den bereits oben genannten Interreg-Veranstaltungen (siehe Tabellen 42 und 44) gehören hierzu:

- die Fachkonferenz „Gesundheit und Pflege im Alter“ (15.10.2003, Strasburg/Uckermark)



- der deutsch-polnische Erfahrungsaustausch auf dem Gebiet des Gesundheitswesens und der Medizintechnik (20.02.2004, Stettin)
- das 32. deutsch-polnische Unternehmensforum „Gesundheit ist unbezahlbar – Präventionsprojekte in der Euroregion POMERANIA“ (22.09.2004, Greifswald)
- die erste deutsch-polnische Regionalkonferenz „Gesundheit und Pflege“ (21.07.2007, Eberswalde) und
- das 47. deutsch-polnische Unternehmensforum zum Thema „Auf- und Ausbau grenzüberschreitender Netzwerke Gesundheitswirtschaft: Visionen – Märkte – Produkte“ (03.09.2007, Pasewalk).

Regelmäßige Konferenzen wie die euregionalen Gesundheitskonferenzen in der Euregio Maas-Rhein sowie ein fester Arbeitskreis als Bestandteil der euregionalen Organisationsstruktur existieren in der Euroregion Pomerania nicht.

### 9.3.4 Zusammenfassung

Erste Impulse für eine Zusammenarbeit medizinischer und sozialer Einrichtungen lieferte das grenzübergreifende Entwicklungs- und Handlungskonzept aus dem Jahr 1993. Im nachfolgenden operationellen Interreg IIA-Programm (1995-1999) wurde das Thema jedoch nicht aufgegriffen. Dennoch wurden in dieser Förderperiode erste Interreg IIA-Projekte realisiert, die einen Gesundheitsbezug aufweisen. Hierbei handelte es sich um zwei Projekte, die sich dem Bereich „Umwelt und Gesundheit“ zuordnen lassen, ein Projekt im Bildungsbereich sowie eine Konferenz zur gesundheitlichen Versorgung. Diese heterogenen Projekte lassen jedoch keine klare Linie erkennen. Mit Beginn des neuen Jahrhunderts gewinnt das Thema Gesundheit an Bedeutung. So werden im Entwicklungs- und Handlungskonzept der Euroregion Pomerania 2000-2006 ein Leitbild zur Gesundheitsversorgung formuliert und eine Reihe von Maßnahmen zur Umsetzung des Leitbildes aufgeführt. Das Thema „Gesundheit“ wird ebenfalls im operationellen Interreg IIIA-Programmdokument (2000-2006) aufgegriffen. In der Umsetzung liegt der Schwerpunkt des Interreg IIIA-Programms auf Projekten im Bereich der Telemedizin sowie der Suchprävention. Hierbei handelt es sich um Themen, die auch in den kommenden Jahren (2007-2013) fortgeführt werden sollen.

Der Vergleich der Förderperioden Interreg IIA und IIIA zeigt eine positive Entwicklung des Themas Gesundheit bei Betrachtung der Indikatoren „Anzahl der Gesundheitsprojekte“ und „Ausgaben für Gesundheitsprojekte“ (absolut und relativ).

Im deutsch-polnischen Grenzraum sind in den letzten Jahren zudem einige Vereine und Projekte entstanden, die auf eine Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung im Grenzraum abzielen und zur Vernetzung der Akteure beitragen. Zudem wurde eine Reihe von Fachveranstaltungen in der Euroregion Pomerania durchgeführt. Es ist davon auszugehen, dass diese Aktivitäten ebenfalls einen positiven Einfluss auf die Entwicklung des Themas „Gesundheit“ haben. Die Interreg IIIA-Projekte „Telemedizinisches Netzwerk zur Unterstützung der

Tumorversorgung in der Euroregion Pomerania“ und „Grenzüberschreitendes Netzwerk in der Suchtvorbeugung für die Euroregion Pomerania“ haben zur Einrichtung themenspezifischer Netzwerke in der Euroregion Pomerania geführt. Die Euroregion hat jedoch bisher kein Forum (wie z.B. ein euregionaler Arbeitskreis) eingerichtet, das einen kontinuierlichen Erfahrungsaustausch zum Thema „Gesundheit“ gewährleistet. Die Euroregion unterscheidet sich hierin von den ebenfalls untersuchten Modellregionen Euregio Maas-Rhein und EUREGIO.

Insgesamt lässt sich feststellen, dass das Thema „Gesundheit“ in den vergangenen Jahren in der Euroregion an Bedeutung gewonnen hat. Jedoch hat das Thema in der Euroregion Pomerania – vergleicht man diese mit den in anderen beiden untersuchten Modellregionen – noch einen marginalen Stellenwert. Wie das grenzübergreifende Entwicklungs- und Handlungskonzept für den Zeitraum 2007-2013 und das operationelle Interreg IVA-Programm 2007-2013 zeigen, steht das Thema „Gesundheit“ auch zukünftig auf der Agenda. Die kommenden Jahre werden zeigen, ob das Thema in der Euroregion Pomerania weiter an Bedeutung gewinnt und ob neben Telemedizin und Suchtprävention weitere gesundheitsrelevante Themenfelder aufgegriffen werden.

## Kapitel 10

# Grenzübergreifende Gesundheitsaktivitäten: Eine Analyse der Projektlandschaft

Bereits in den vorangegangenen Kapiteln wurden Gesundheitsprojekte an verschiedenen Stellen behandelt. Hierbei ging es im Wesentlichen darum, die Bedeutung und die Entwicklung der grenzübergreifenden Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich an den deutschen Außengrenzen darzustellen. Die Projektlandschaft selbst wurde jedoch nicht vertiefend untersucht. Dies soll das vorliegende Kapitel leisten, das unter anderem eine Übersicht über Schwerpunktsetzung, Dokumentations- und Evaluationspraxis sowie Qualitätssicherung in der Umsetzung grenzübergreifender Gesundheitsprojekte bietet.

Die nachfolgend dargestellten Ergebnisse basieren auf der im EU-Projekt „EUREGIO“ von März bis Juni 2005 bei Projektträgern grenzübergreifender Gesundheitsprojekte durchgeführten Befragung (näheres zur Befragung s. Kapitel 6.1.2). Das Projekt „EUREGIO“ lieferte als Ergebnis unter anderem eine Analyse grenzübergreifender Gesundheitsprojekte entlang der Innen- und Außengrenzen der ehemaligen EU-15-Staaten (Iögd NRW 2007: 47ff.). Die vorliegende Arbeit hingegen fokussiert auf die Zusammenarbeit zwischen Deutschland und seinen Nachbarstaaten. Die im Rahmen des Projektes „EUREGIO“ gewonnenen Daten wurden daher einer erneuten Auswertung unterzogen, die ausschließlich Projekte mit deutscher Beteiligung berücksichtigt.

In die Analyse der Projektlandschaft wurden zunächst alle Projekte eingeschlossen, für die ein ausgefüllter Fragebogen vorlag und an denen Vertreter aus deutschen Grenzregionen beteiligt waren. Diese Einschlusskriterien trafen auf 71 Projekte zu. Zudem wurden Ausschlusskriterien festgelegt. Projekte, auf die mindestens eines der bereits in Kapitel 6.1.2 genannten Ausschlusskriterien zutraf, wurden von der Projektanalyse ausgeschlossen<sup>122</sup>:

- Geplante Projekte,
- „Kleinprojekte“, d.h. Projekte mit einem Finanzvolumen unter 5.000 €,
- Veranstaltungen oder Arbeitskreise,
- Projekte, die lediglich auf einer Seite der Grenze durchgeführt wurden und somit nicht dem Kriterium „grenzübergreifend“ entsprachen, sowie
- Projekte, in denen Gesundheit lediglich ein Randthema darstellte.

Ebenfalls in der Auswertung nicht berücksichtigt wurde ein deutsch-niederländisches Kooperationsprojekt, welches sich mit der Evaluation grenzübergreifender Projekte befasste sowie

---

<sup>122</sup> Die genannten Ausschlusskriterien, wurden – neben weiteren Kriterien – von der Autorin im Rahmen des EU-Projektes „EUREGIO“ in einem aus mehreren Schritten bestehenden Verfahren zur Identifikation von „Modellen guter Praxis“ entwickelt und mit Experten der Steuerungsgruppe des EU-Projektes abgestimmt. Weitere Ausschlusskriterien wie „nicht übertragbar auf andere Regionen“ sowie „interregionales Projekt, d.h. in dem Projekt arbeiten nicht Partner entlang einer gemeinsamen Grenze zusammen“ trafen auf keines der befragten Projekte mit deutscher Beteiligung zu. Nähere Informationen zur Auswahl der „Modelle guter Praxis“ sind dem Abschlussbericht des Projektes „EUREGIO“ zu entnehmen (Iögd NRW 2007: 73ff.).

ein Rahmenprojekt.<sup>123</sup> Insgesamt wurden zehn Projekte von der Analyse ausgeschlossen.<sup>124</sup> In die Analyse flossen somit die Erhebungsergebnisse von insgesamt 61 grenzübergreifenden Gesundheitsprojekten mit deutscher Beteiligung ein (Anlage 7). Neben eher auf die Praxis ausgerichteten Projekten sind hierin auch Studien und Forschungsprojekte enthalten.

Von den untersuchten 61 Projekten wurden 85 Prozent nach eigenen Angaben über das Interreg-Programm gefördert. Das folgende Kapitel bietet somit nicht nur eine Analyse der Landschaft grenzübergreifender Gesundheitsprojekte, sondern auch – begrenzt auf das Themenfeld „Gesundheit“ sowie auf Projekte mit deutscher Beteiligung – eine Analyse des Interreg-Programms.

### 10.1 Basisinformationen zu den Projekten

#### 10.1.1 Geographische Lage der Projekte und beteiligte Staaten

Bei dem überwiegenden Teil der Projekte (44 Prozent) handelt es sich um deutsch-niederländische bzw. deutsch-niederländisch-belgische Kooperationsprojekte. 17 Projekte (28 Prozent) wurden entlang der Ostgrenzen Deutschlands in Kooperation mit den neuen EU-Mitgliedstaaten Polen und/oder Tschechien realisiert. An weiteren 15 Projekten (25 Prozent) waren neben Deutschland Partner der im Süden bzw. Südwesten Deutschlands angrenzenden Nachbarstaaten Österreich, Schweiz, Frankreich bzw. Luxemburg beteiligt. Lediglich zwei der 61 analysierten Projekte (drei Prozent) wurden im Norden Deutschlands in Kooperation mit Dänemark durchgeführt (Anlage 7).

An grenzübergreifenden Projekten sind in der Regel Partner aus mindestens zwei Staaten beteiligt.<sup>125</sup> In Regionen, in denen mehrere Staaten aneinander grenzen – wie z.B. im Dreiländereck Deutschland-Niederlande-Belgien – können jedoch auch Akteure aus mehr als zwei Staaten an einem Projekt mitwirken. An den 61 untersuchten Projekten waren überwiegend zwei Staaten beteiligt (66 Prozent). Lediglich in rund einem Drittel der Fälle kooperierten Partner aus drei (31 Prozent) oder vier Staaten (3 Prozent) (Anlage 7).

An allen untersuchten Projekten waren Akteure aus deutschen Grenzregionen beteiligt (Einschlusskriterium). Die neun europäischen Staaten Belgien, Dänemark, Frankreich, Luxemburg, Niederlande, Österreich, Polen, Schweiz und Tschechien grenzen direkt an Deutsch-

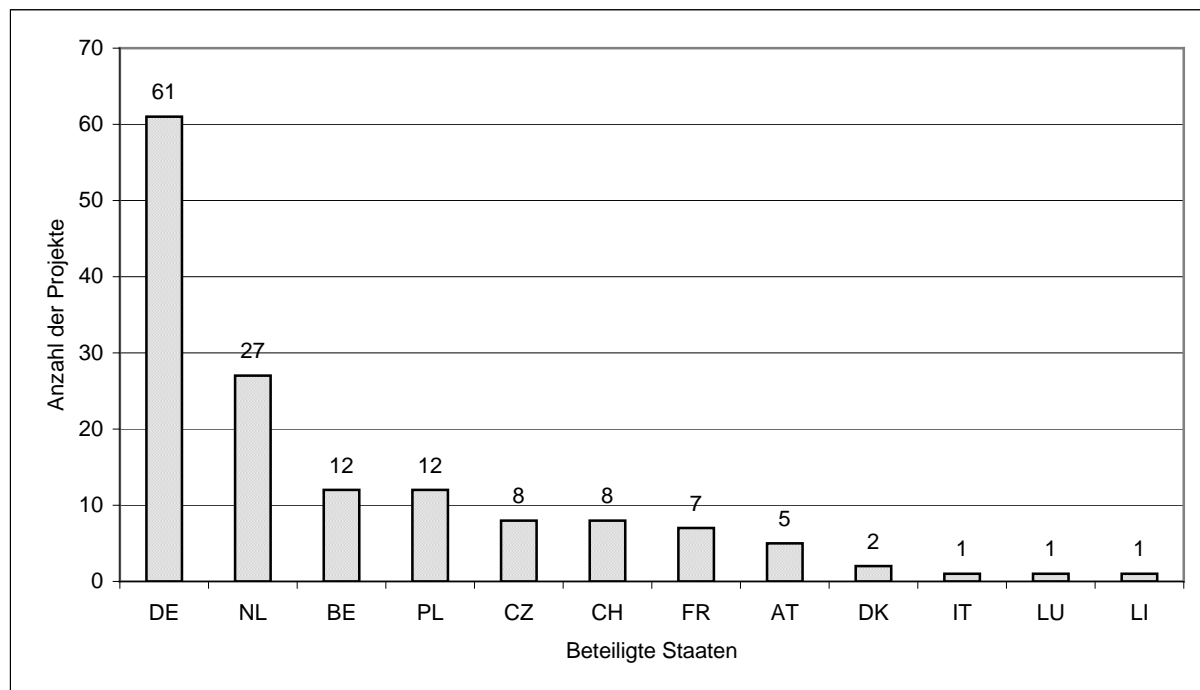
---

<sup>123</sup> Rahmenprojekte bestehen aus einer Reihe von Teilprojekten, die ein gemeinsames Ziel verfolgen (z.B. die Verbesserung der Gesundheitsversorgung in der grenzübergreifenden Region). Eine Vergleichbarkeit mit „normalen“ Projekten ist nur bedingt gegeben.

<sup>124</sup> Hierbei handelt es sich um Projekte, die auch in dem oben genannten Verfahren zur Identifikation von „Modellen guter Praxis“ ausgeschlossen worden waren. Die Autorin sowie weitere Experten aus dem Steuerungsgremium des Projektes „EUREGIO“ waren an der Entscheidung beteiligt.

<sup>125</sup> Lange Zeit wurden über Interreg auch Projekte mit lediglich einem Partner gefördert. Durch die Einführung des so genannten „Lead Partner Prinzips“ für die Programmperiode Interreg IV ist dies nicht mehr möglich (INTERACT Point Qualification and Transfer 2005: 32f.).

land an. Akteure aus diesen Staaten waren in mindestens eines der 61 Projekte involviert.<sup>126</sup> Am häufigsten waren Akteure aus den Niederlanden an Gesundheitsprojekten entlang der deutschen Grenze beteiligt, gefolgt von Projekten mit belgischer und Projekten mit polnischer Beteiligung (Abbildung 29).



**Abbildung 29:** Grenzübergreifende Gesundheitsprojekte mit deutscher Beteiligung – Anzahl der Projekte nach Staaten (N = 61, Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Projektträger-Befragung des Projektes „EUREGIO“)

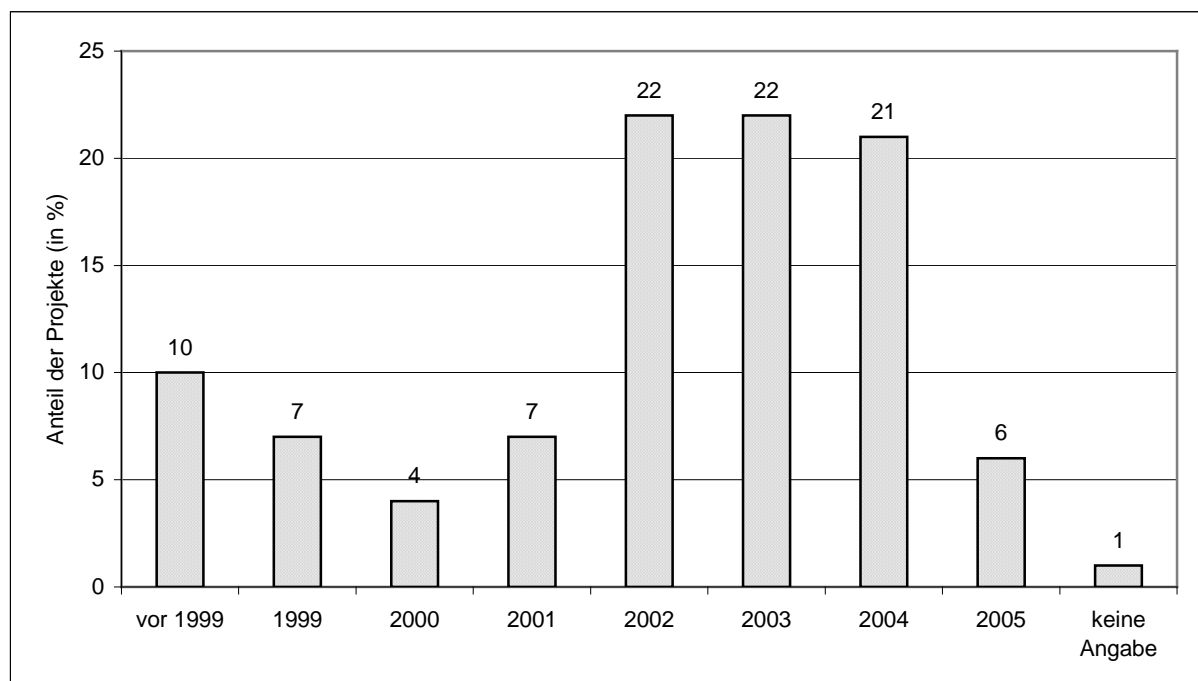
AT = Österreich, BE = Belgien, CH = Schweiz, CZ = Tschechische Republik, DE = Deutschland, DK = Dänemark, FR = Frankreich, IT = Italien, LI = Liechtenstein, LU = Luxemburg, NL = Niederlande, PL = Polen

### 10.1.2 Projektstand und Projektlaufzeit

Die Erhebung beschränkte sich auf Projekte, die im Zeitraum 1994 bis Mitte 2005 begonnen worden waren. Knapp zwei Drittel der Projekte (65 Prozent) starteten im Zeitraum 2002 bis 2004 (Abbildung 30). Geplante Projekte wurden nicht in der Auswertung berücksichtigt (s. Ausschlusskriterien), so dass bei den untersuchten Projekten lediglich zwischen laufenden und abgeschlossenen Projekten differenziert werden kann. Die Projekte teilen sich zu etwa gleichen Teilen auf diese beiden „Untergruppen“ auf. So war zum Zeitpunkt der Befragung knapp die Hälfte der untersuchten Projekte abgeschlossen (44 Prozent), während 51 Prozent der Projekte noch liefen. Zu den übrigen Projekten (fünf Prozent) lagen keine Angaben vor.

Die Projekte unterscheiden sich auch hinsichtlich ihrer Laufzeiten. Für 44 der 61 Projekte (72 Prozent) lagen Angaben zur Projektlaufzeit vor. Die Projektlaufzeit dieser Projekte betrug zwischen acht Monaten und sechs Jahren. Die durchschnittliche Projektlaufzeit lag bei 29 Monaten.

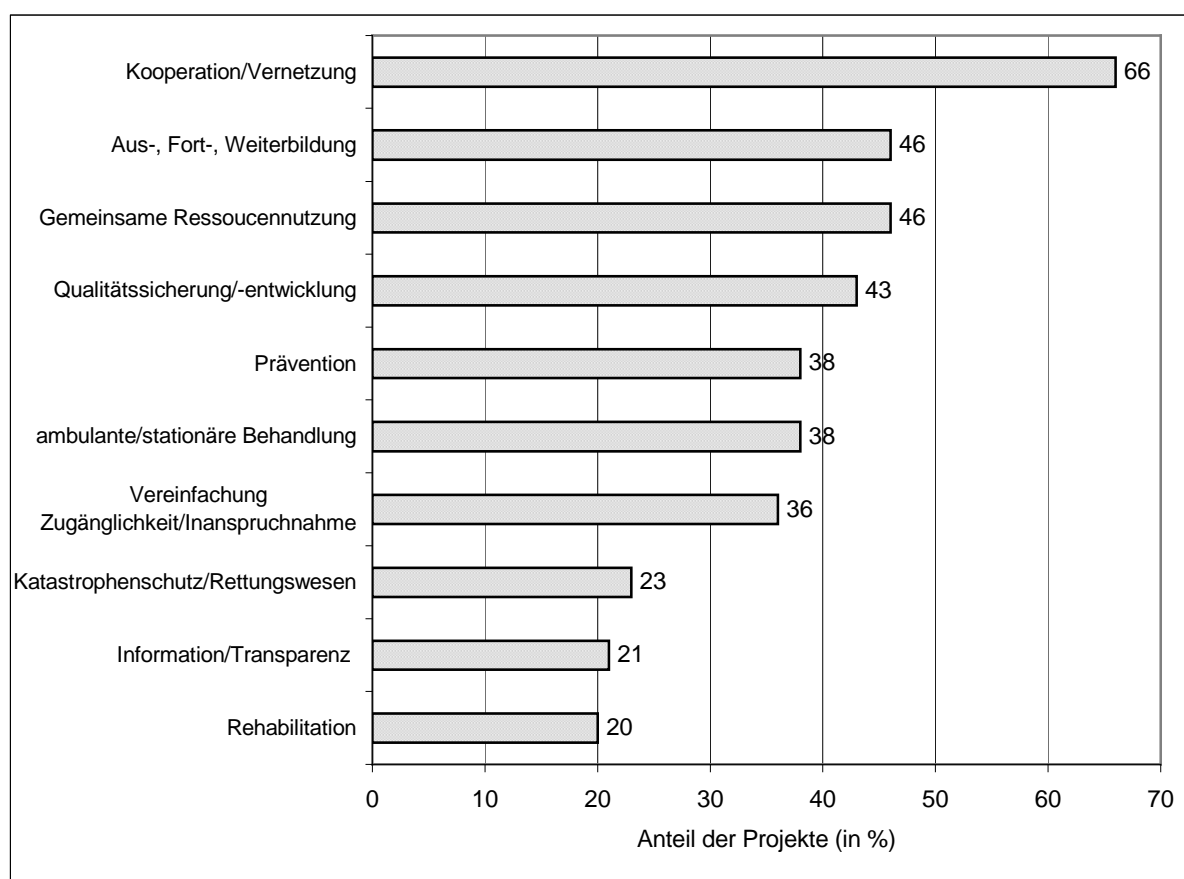
<sup>126</sup> An zwei Gesundheitsprojekten wirkten zudem die nicht direkt benachbarten Staaten Liechtenstein (Kooperationsprojekt zwischen Deutschland, Schweiz, Österreich und Liechtenstein) bzw. Italien (Kooperationsprojekt zwischen Deutschland, Österreich und Italien) mit (s. Anlage 7).



**Abbildung 30:** Grenzübergreifende Gesundheitsprojekte mit deutscher Beteiligung – Anteil der Projekte differenziert nach Projektbeginn für den Zeitraum vor 1999 und 1999 bis 2005 (N = 61, Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Projektträger-Befragung des Projektes „EUREGIO“)

### 10.1.3 Themenschwerpunkte der Projekte

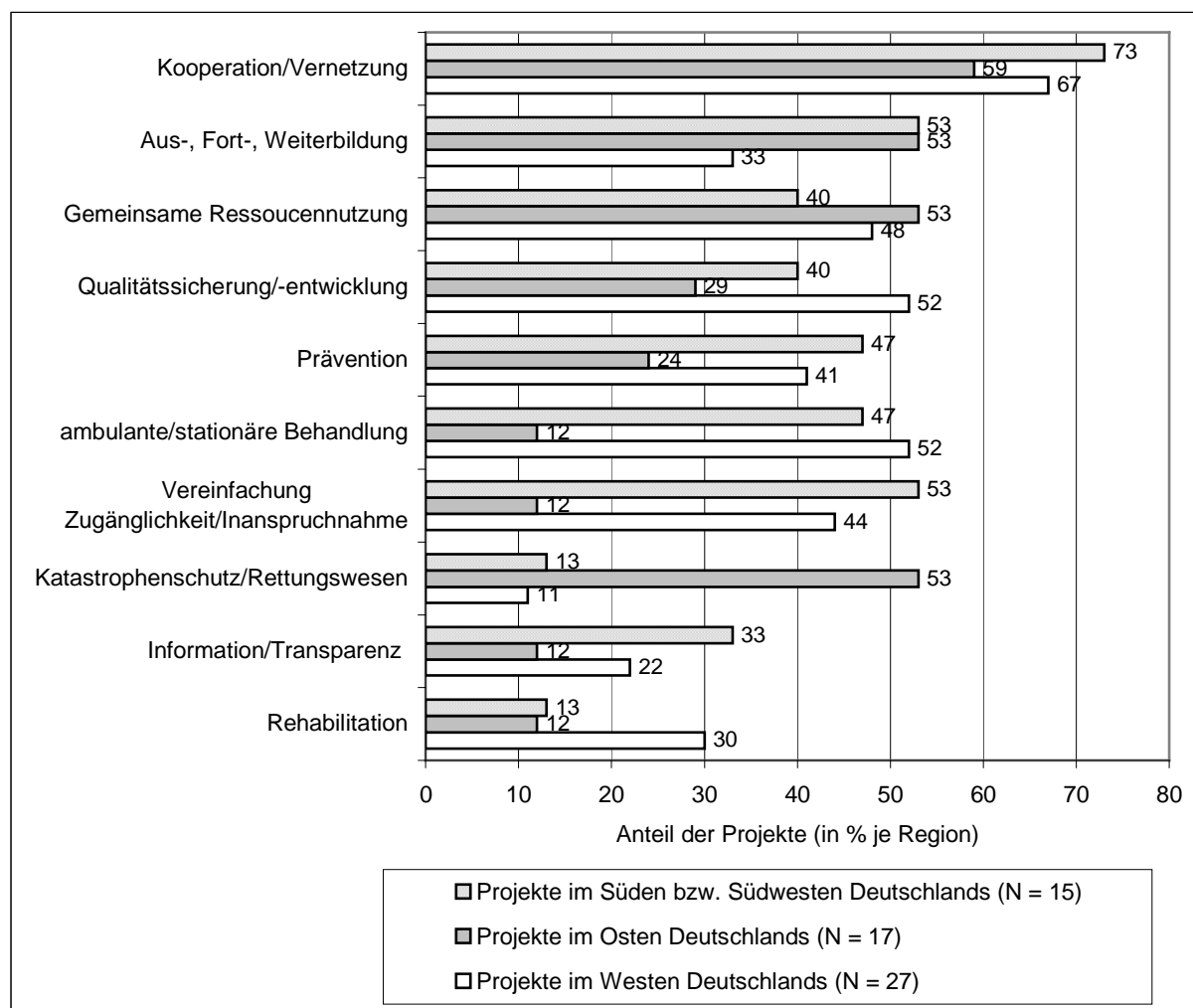
Im Fragebogen wurden neben der Kategorie „Sonstiges“ insgesamt 19 Themenschwerpunkte vorgegeben, von denen die befragten Projektträger einen oder mehrere auswählen konnten (s. Frage 16 in Anlage 10). Abbildung 31 zeigt die Themenvielfalt und Heterogenität der Projektlandschaft. Die vier am häufigsten genannten Projektschwerpunkte waren: Kooperation und Vernetzung (66 Prozent), Aus-, Fort- und Weiterbildung (46 Prozent), die gemeinsame Nutzung von Ressourcen (46 Prozent) sowie Qualitätssicherung und -entwicklung (43 Prozent). Andere Themen wie Selbsthilfe (8 Prozent), Telemedizin (8 Prozent), Umweltmedizin (5 Prozent) oder Arbeitsschutz (2 Prozent) wurden hingegen vergleichsweise selten in den Projekten behandelt.



**Abbildung 31:** Grenzübergreifende Gesundheitsprojekte mit deutscher Beteiligung – die zehn am häufigsten genannten Themenschwerpunkte (N = 61, Mehrfachantworten möglich, Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Projektträger-Befragung des Projektes „EUREGIO“)

Sowohl Projekte im Westen, Osten als auch Projekte im Süden bzw. Südwesten Deutschlands nannten den Schwerpunkt „Kooperation und Vernetzung“ am häufigsten.<sup>127</sup> Insgesamt lässt sich jedoch feststellen, dass in den Grenzregionen entlang der deutschen Grenze je nach geographischer Lage unterschiedliche Themen favorisiert werden. Während bei Projekten im Westen Deutschlands die Themen „Qualitätssicherung / -entwicklung“ und „ambulante / stationäre Behandlung“ an zweiter Stelle standen, favorisierten Projekte im Osten Deutschlands die Themenfelder „gemeinsame Ressourcennutzung“ und „Katastrophenschutz / Rettungswesen“, Projekte im Süden Deutschlands hingegen die Themen „Aus-, Fort- und Weiterbildung“ und „Vereinfachung der Zugänglichkeit oder Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im Nachbarland“. Bei einigen Themen zeigen sich deutliche regionale Unterschiede. Hervorzuheben ist hier z.B. das Thema „Rettungswesen / Katastrophenschutz“ das in über der Hälfte der Projekte entlang der deutsch-tschechisch-polnischen Grenze behandelt wurde, während sich in den anderen beiden untersuchten Regionen lediglich ein Zehntel der Projekte diesem Thema widmete (Abbildung 32).

<sup>127</sup> Projekte im Norden Deutschlands, die in Kooperation mit Dänemark durchgeführt wurden, sind nicht aufgeführt, da lediglich Informationen zu zwei Projekten vorlagen



**Abbildung 32:** Grenzübergreifende Gesundheitsprojekte mit deutscher Beteiligung – regionale Verteilung der zehn am häufigsten genannten Themenschwerpunkte (%-Anteil je Gesamtzahl der Projekte in den einzelnen Regionen, Mehrfachantworten möglich, Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Projektträger-Befragung des Projektes „EUREGIO“)

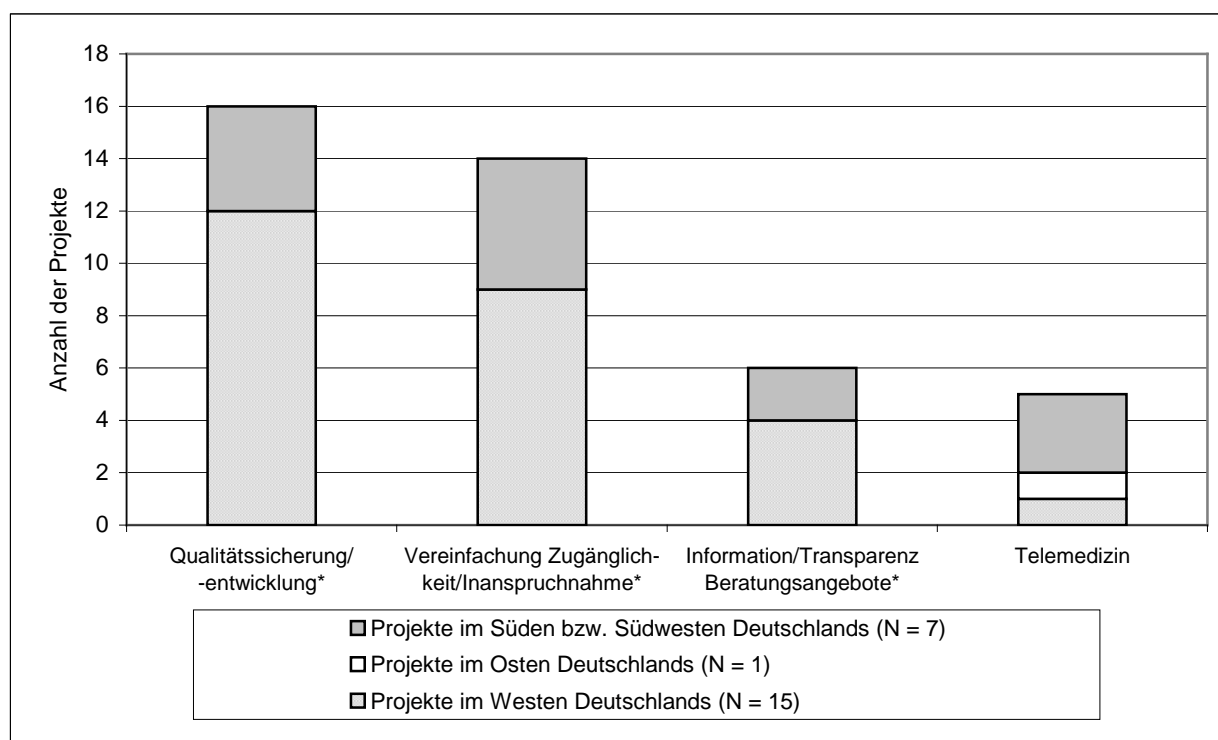
### Themenschwerpunkte, welche die Patientenmobilität beeinflussen können

Aktivitäten im Bereich der Telemedizin sowie Aktivitäten, die sich mit dem Thema der Qualitätssicherung und/oder Qualitätsentwicklung, der Vereinfachung der Inanspruchnahme oder Zugänglichkeit zu Gesundheitsdienstleistungen im Nachbarland oder der Information und Transparenz von Beratungsangeboten befassen, können sich auf die Inanspruchnahme von Dienstleistungen im Ausland bzw. Nachbarland und damit auf die Patientenmobilität auswirken. Da das Thema „Patientenmobilität“ in den letzten Jahren vielfach diskutiert wird (vgl. Kapitel 4.3), werden entsprechende Projekte näher beleuchtet.

In Abbildung 33 ist die Anzahl der Projekte, die sich nach eigenen Angaben mit einem oder mehreren der oben genannten vier Themen befassen, und deren regionale Verteilung dargestellt. Hierbei wurden lediglich Projekte berücksichtigt, die im ambulanten und/oder stationären Sektor tätig sind (26 Projekte). Projekte im Bereich Prävention/Gesundheitsförderung, Rettungswesen oder Katastrophenschutz sind hierin nicht enthalten. 23 der 26 im ambulanten und/oder stationären Sektor tätigen Projekte befassten sich mit einem oder mehreren der



in Abbildung 33 dargestellten Themenschwerpunkte. Die Abbildung spiegelt somit auch die geographische Verteilung von 23 der insgesamt 26 Projekte mit Schwerpunkt „ambulante und/oder stationäre Versorgung“ wider.



**Abbildung 33:** Grenzübergreifende Gesundheitsprojekte mit deutscher Beteiligung – Anzahl und regionale Verteilung der Projekte zu ausgewählten für die Patientenmobilität relevanten Themenschwerpunkten (Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Projektträger-Befragung des Projektes „EUREGIO“)

\* ausschließlich Projekte, mit Schwerpunkt ambulante und/oder stationäre Behandlung

Insgesamt 16 der 26 Projekte mit Schwerpunkt „ambulante/stationäre Versorgung“ widmeten sich auch dem Themenschwerpunkt „Qualitätssicherung und/oder Qualitätsentwicklung“ (62 Prozent), 14 der Vereinfachung der Inanspruchnahme oder Zugänglichkeit zu Gesundheitsdienstleistungen im Nachbarland (54 Prozent), sechs der Information und Transparenz von Beratungsangeboten (23 Prozent) und fünf (19 Prozent) dem Schwerpunkt „Telemedizin“ (Abbildung 33).

Bei den in Abbildung 33 dargestellten Projekten handelt es sich überwiegend um deutsch-niederländische bzw. deutsch-niederländisch-belgische Kooperationsprojekte (siehe Kategorie „Projekte im Westen Deutschlands“). In dieser Region sind auch Euregios angesiedelt, die bereits in den 1950er bzw. 1970er Jahren gegründet wurden und somit über eine langjährige Erfahrung in der grenzübergreifenden Zusammenarbeit verfügen. Im Süden bzw. Südwesten Deutschlands konnten insgesamt sieben Projekte im ambulanten/stationären Bereich identifiziert werden, die sich einem oder mehreren der genannten vier Themenschwerpunkte widmeten. Im Osten Deutschlands wurde lediglich ein deutsch-polnisches Kooperationsprojekt mit Schwerpunkt Telemedizin rückgemeldet. Ob es sich bei diesen Projekten im Vergleich zu Projekten in anderen Themenfeldern (z.B. Prävention/Gesundheitsförderung)

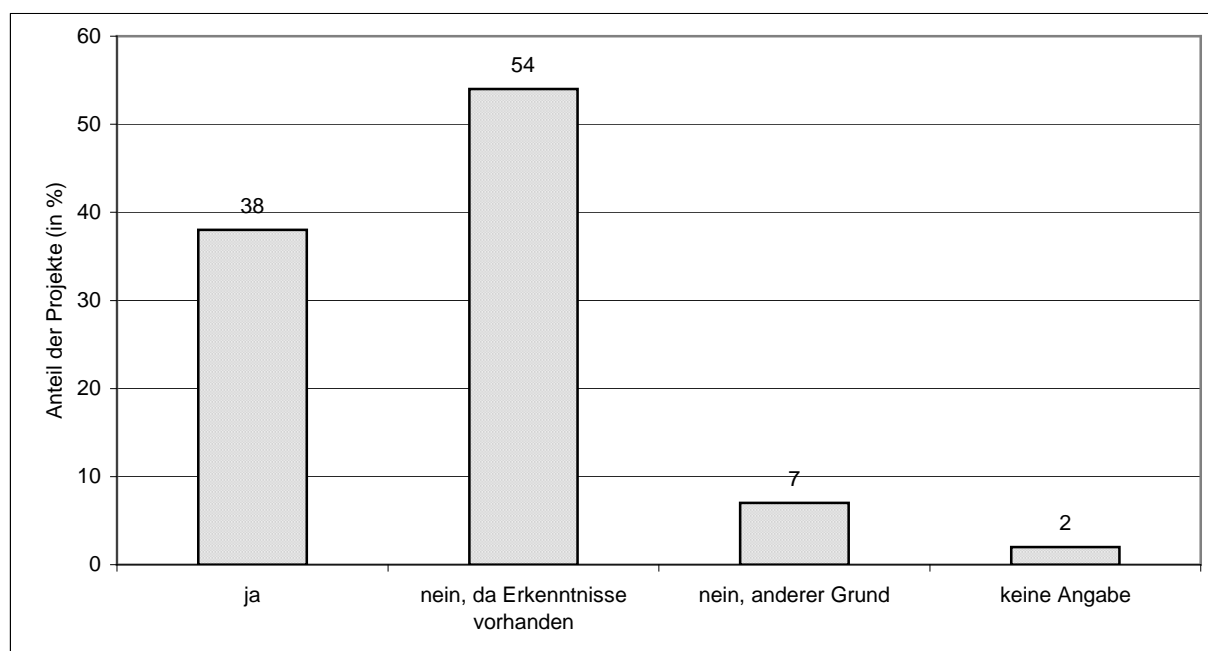
um ein eher schwieriges Themenfeld handelt, dem sich eher „erfahrene“ Grenzregionen verstärkt widmen, oder der Bedarf entlang der deutsch-niederländischen bzw. deutsch-niederländisch-belgischen Grenze für entsprechende Projekte besonders hoch ist, lässt sich anhand der Fragebogenerhebung nicht beurteilen.

### 10.2 Aktivitäten zur Planung und Umsetzung der Projekte

#### 10.2.1 Bedarfsabklärung

Projekte sollten sich am Bedarf der grenzübergreifenden Region orientieren. Um Projekte entsprechend der realen Bedarfslage entwickeln zu können, sollte vor dem Start des Projektes eine entsprechende Bedarfsanalyse durchgeführt werden. Diese kann jedoch obsolet sein, wenn Projektakteure z.B. aufgrund einer langjährigen Berufspraxis im Projektfeld bereits über entsprechende umfangreiche Kenntnisse verfügen oder andere Quellen vorliegen, die entsprechende Bedarfe aufzeigen. Der Projektträger-Fragebogen enthielt eine Frage zur Bedarfsabklärung (s. Frage 18 in Anlage 10)

Den Befragungsergebnissen zufolge nahmen 61 Prozent der untersuchten Projekte vor Projektbeginn keine Bedarfsabklärung vor. Überwiegend deshalb, da nach eigenen Angaben entsprechende Erkenntnisse zu Projektbeginn bereits vorlagen (Abbildung 34). 38 Prozent der Projekte führten hingegen eine Bedarfsabklärung durch. Diese erfolgte unter anderem durch Gespräche bzw. Interviews mit Experten, schriftliche Befragungen der Zielgruppe(n), Literaturrecherchen oder die Analyse von Sekundärdaten.



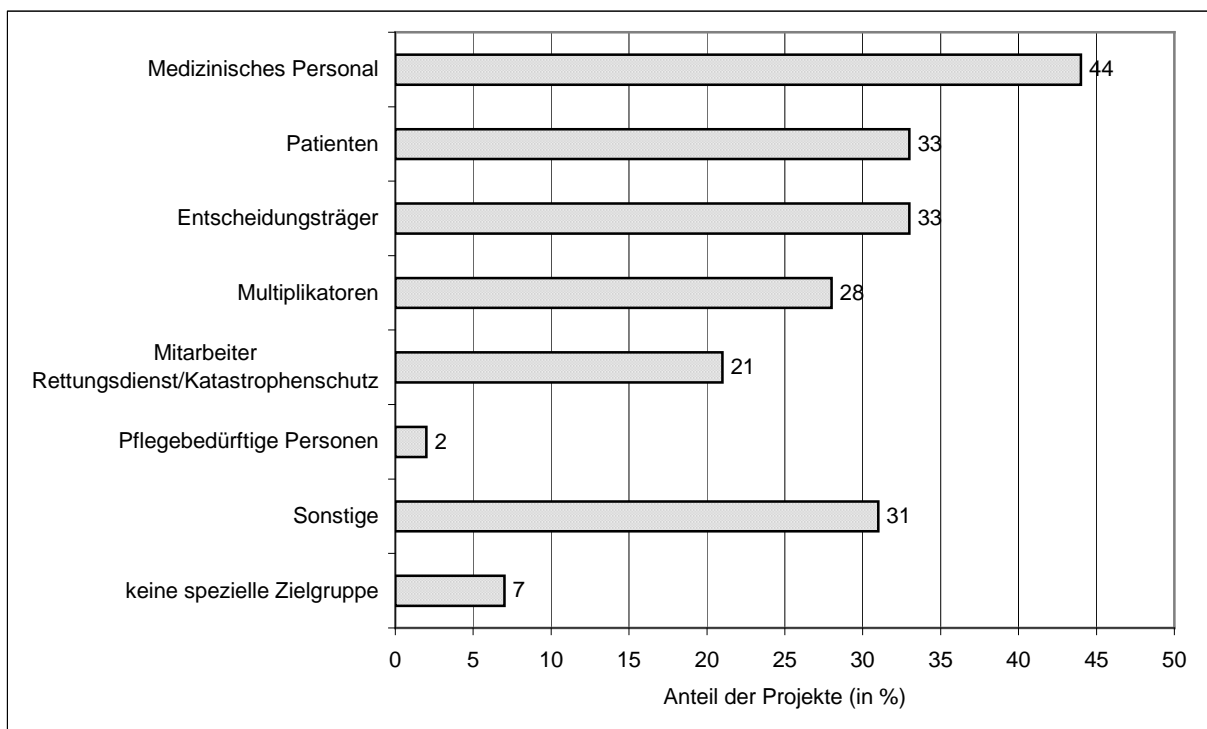
**Abbildung 34:** Grenzübergreifende Gesundheitsprojekte mit deutscher Beteiligung – Bedarfsabklärung (N = 61, Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Projektträger-Befragung des Projektes „EUREGIO“, Differenz zu 100 Prozent durch Rundung bedingt)

### 10.2.2 Definition der Zielgruppen

Die Zielgruppe sollte dem Projektziel entsprechend gewählt und – soweit möglich – präzise benannt werden. Der Projektfragebogen enthielt insgesamt fünf Fragen zu den Zielgruppen der Projekte (s. Frage 11 bis 15 in Anlage 10).

Die Hälfte der analysierten Projekte (51 Prozent) führte nach eigenen Angaben Projekte durch, die sich an alle Altersklassen richteten. Die übrigen Projekte gaben an, dass ihr Projekt auf eine oder mehrere spezifische Altersgruppen ausgerichtet ist (Mehrfachnennungen waren möglich). So nannten 39 Prozent der Projekte Erwachsene (18- bis 65-Jährige) als Zielgruppe, während die Zielgruppe der Kinder und/oder Jugendlichen (bis 18 Jahre) von 28 Prozent der Projekte benannt wurde. Ein kleiner Teil der Projekte (sieben Prozent) zielte (auch) auf Menschen über 65 Jahre ab.

Auf die Frage „An welche Zielgruppe(n) richtet sich das Projekt vorrangig?“, gaben sieben Prozent der Projekte an, dass sich das Projekt an keine spezielle Zielgruppe richtet. Die am häufigsten genannte Zielgruppe (Mehrfachnennungen möglich) waren das medizinische Personal, gefolgt von Patienten sowie Entscheidungsträgern (Abbildung 35). In der Kategorie „Sonstige“ wurden unter anderem (werdende) Eltern (vier Projekte), Patientenorganisationen (zwei Projekte) und Krankenversicherer (zwei Projekte) genannt. Lediglich zwei der 61 Projekte waren geschlechtsspezifisch ausgerichtet.



**Abbildung 35:** Grenzübergreifende Gesundheitsprojekte mit deutscher Beteiligung – Art der Zielgruppe(n) (N = 61, Mehrfachantworten möglich, Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Projektträger-Befragung des Projektes „EUREGIO“)

Ob die jeweils von den Projekten genannten Zielgruppen auch tatsächlich erreicht wurden und inwieweit diese an den Projekten beteiligt waren, lässt sich anhand der schriftlichen Befragungsergebnisse nicht erkennen.

### 10.2.3 Aktivitäten zur partnerschaftlichen Zusammenarbeit

Die Anzahl der beteiligten Projektpartner (s. Frage 25 in Anlage 10) variierte deutlich. So arbeiteten in einigen Projekten lediglich zwei Institutionen grenzübergreifend zusammen, während in anderen Projekten zehn und mehr Institutionen bzw. Organisationen beteiligt waren. Das Maximum lag bei 58 Kooperationspartnern. Im Mittel waren acht Kooperationspartner beteiligt.<sup>128</sup>

Gemäß der Verordnung (EG) Nr. 1080/2006 des Europäischen Parlamentes und des Rates vom 5. Juli 2006 über den Europäischen Fonds für regionale Entwicklung und zur Aufhebung der Verordnung (EG) Nr. 1783/1999 sollen an grenzübergreifenden Interreg-Projekten zukünftig mindestens zwei Partner aus verschiedenen Staaten (hierunter mindestens ein EU-Mitgliedstaat) beteiligt sein.<sup>129</sup> Diese sollen mindestens zwei der folgenden Kriterien erfüllen:

- gemeinsame Projektausarbeitung, d.h. das Projekt muss von Vertretern beider Seiten entwickelt werden,
- gemeinsame Projektdurchführung, d.h. es reicht nicht aus, dass in den benachbarten Regionen parallele Aktivitäten stattfinden,
- gemeinsames Personal (z.B. ein gemeinsamer Projektmanager) sowie
- gemeinsame Projektfinanzierung, d.h. ein gemeinsames Budget.

Diese Items wurden im Fragebogen – ergänzt um das Item „gemeinsame Nutzung der Projektergebnisse“ – abgefragt (s. Frage 27 in Anlage 10).<sup>130</sup> Abbildung 36 zeigt, dass in über drei Viertel der untersuchten 61 Projekte eine gemeinsame Projektplanung, eine gemeinsame Projektdurchführung und/oder eine gemeinsame Nutzung der Projektergebnisse stattgefunden hatte bzw. geplant war. Seltener fand hingegen eine organisatorische Zusammenarbeit (61 Prozent) oder eine gemeinsame Projektfinanzierung (49 Prozent) statt.

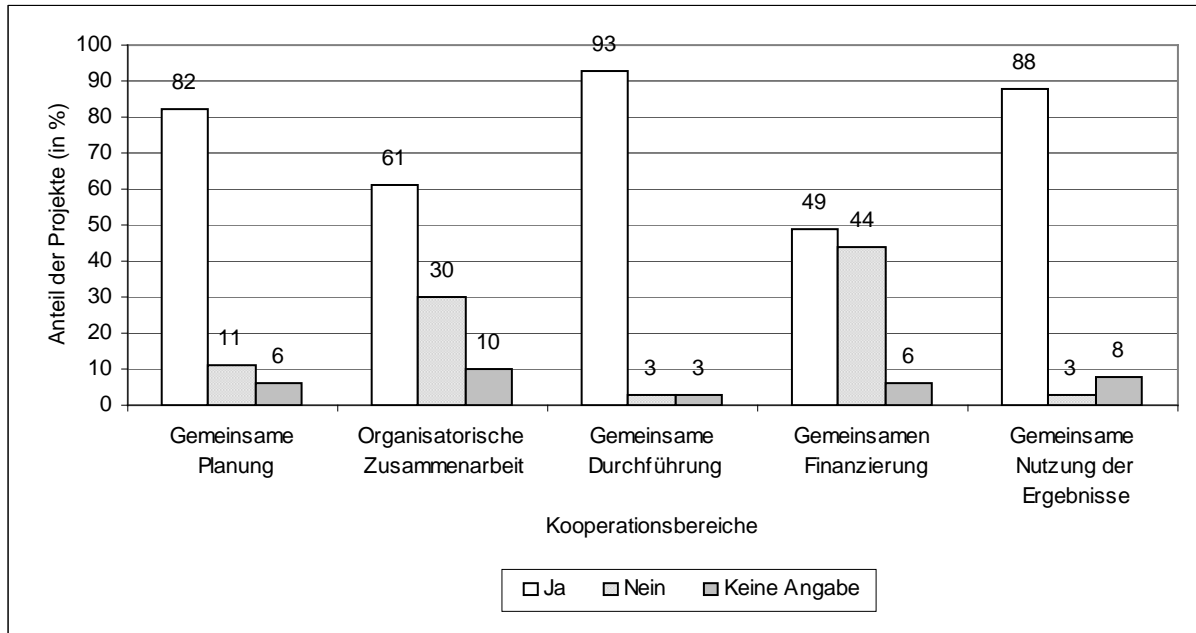
---

<sup>128</sup> Zu 20 Prozent der untersuchten Projekte lagen keine oder unplausible Angaben zur Anzahl der Kooperationspartner vor.

<sup>129</sup> In Artikel 19 der Verordnung (EG) Nr. 1080/2006 heißt es ergänzend hierzu „Die ausgewählten Vorhaben, die diese Bedingungen erfüllen, können auch in einem einzigen Land durchgeführt werden, sofern sie von Stellen aus mindestens zwei Ländern vorgelegt wurden.“

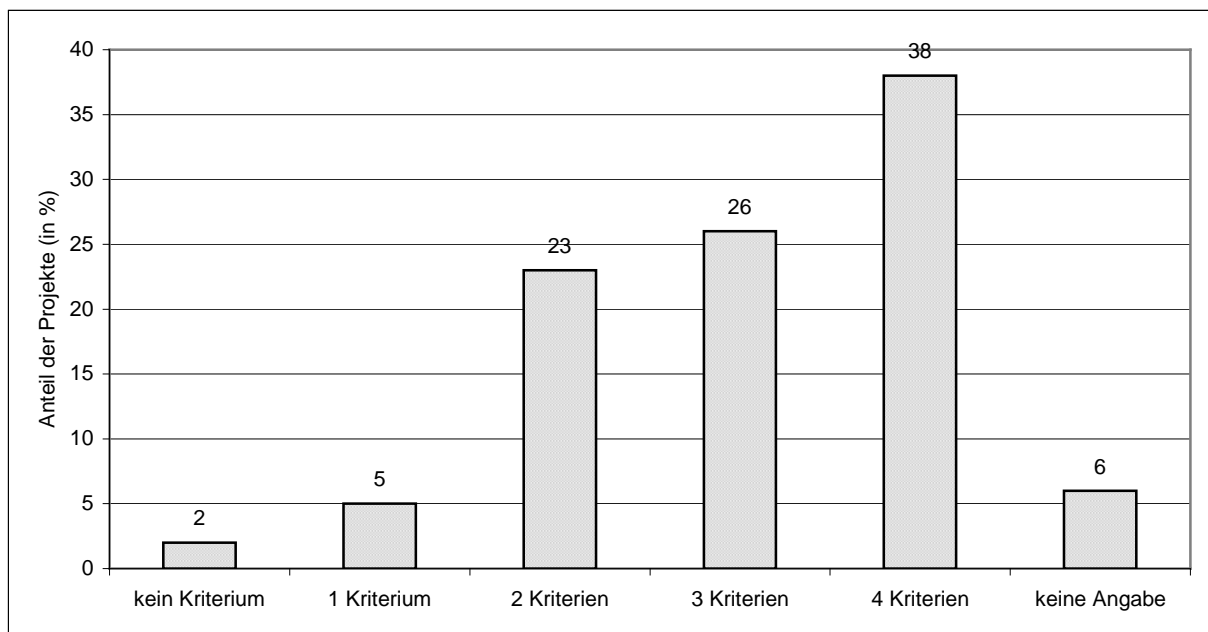
<sup>130</sup> Das im Fragebogen aufgeführte Item „organisatorische Zusammenarbeit“ entspricht in weitestem Sinne dem in der Verordnung genannten Kriterium „gemeinsames Personal“.

## 10. Grenzübergreifende Gesundheitsaktivitäten: Eine Analyse der Projektlandschaft



**Abbildung 36:** Grenzübergreifende Gesundheitsprojekte mit deutscher Beteiligung – partnerschaftliche Zusammenarbeit (N = 61, Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Projektträger-Befragung des Projektes „EUREGIO“, Differenz zu 100 Prozent durch Rundung bedingt)

Der weitaus größte Teil der analysierten Projekte (87 Prozent) erfüllte die oben genannten „Auflagen“ der Verordnung über den Europäischen Fonds für regionale Entwicklung (EFRE), die erst Mitte 2006 und somit nach Abschluss der Befragung erlassen worden war. Mehr als ein Drittel der Projekte arbeitete sogar in allen vier in der EFRE-Verordnung aufgeführten Bereichen zusammen. In vier Fällen (6 Prozent) konnten diese Fragen aufgrund fehlender Angaben nicht ausgewertet werden (Abbildung 37).



**Abbildung 37:** Grenzübergreifende Gesundheitsprojekte mit deutscher Beteiligung – Anteil der Projekte, die kein, ein, zwei, drei oder vier der Kriterien der partnerschaftlichen Zusammenarbeit der neuen EFRE-Verordnung (Verordnung (EG) Nr. 1080/2006) erfüllen (N = 61, Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Projektträger-Befragung des Projektes „EUREGIO“)

Zwischen den Projektpartnern können Kooperationsvereinbarungen geschlossen werden, die unter anderem Aufgaben und Verantwortlichkeiten der einzelnen Partner regeln. Solche Kooperationsvereinbarungen können die Zusammenarbeit zwischen den Partnern deutlich erleichtern (INTERACT Point Tool Box 2006b: 5). Zum Zeitpunkt der Befragung hatten rund zwei Drittel der Projekte (66 Prozent) entsprechende Kooperationsvereinbarungen geschlossen; weitere elf Prozent beabsichtigten dies. In etwa einem Fünftel der Projekte (21 Prozent) gab es keine entsprechende Vereinbarung, ein Abschluss dieser war auch nicht geplant. Für zwei Prozent der Projekte lagen keine Angaben vor. Ob bzw. in welchem Umfang diese Kooperationsvereinbarungen dazu beigetragen haben, die Zusammenarbeit zu erleichtern und/oder qualitativ zu verbessern, lässt sich aus den vorliegenden Informationen nicht schließen.

### 10.2.4 Festlegung von Zielkriterien und Evaluation

#### Zielkriterien

Zu Beginn eines Projektes sollten die Projektziele hinreichend konkret festgelegt werden. Im Idealfall sollten sie den so genannten „SMART-Kriterien“ genüge tragen, d.h. sie sollten spezifisch, mess-/überprüfbar, anspruchsvoll, realistisch sein und terminiert werden. Die Aufstellung entsprechender Zielerreichungskriterien trägt dazu bei, zu überprüfen, ob die gesetzten Ziele erreicht wurden bzw. in welchem Umfang das Projekt erfolgreich war.

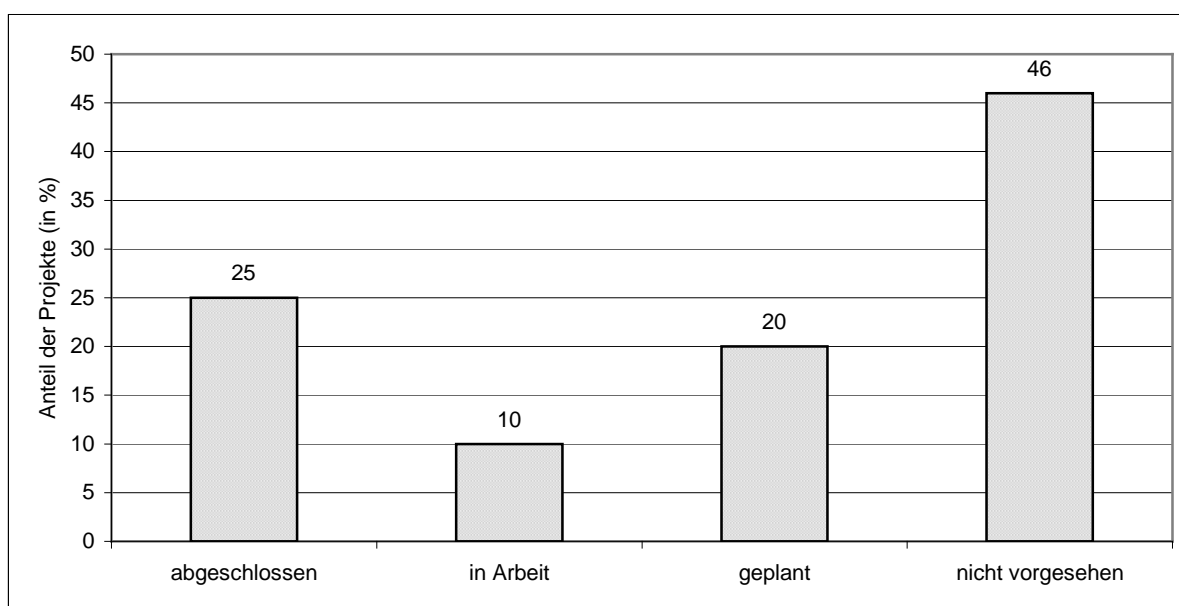
Im Fragebogen wurden sowohl die Ziele des Projektes abgefragt als auch Fragen nach den Zielkriterien und ihrem Erreichungsgrad gestellt (s. Frage 19 bis 22 in Anlage 10). Insgesamt 34 der 61 betrachteten Projekte (56 Prozent) beantworteten die Frage „Gibt bzw. gab es in Zahlen messbare Kriterien oder Indikatoren, um zu überprüfen, ob die Projektziele erreicht wurden?“ mit „ja“. Erstaunlich ist der relativ große Anteil der Projekte (43 Prozent), die sich nach eigenen Angaben keine messbaren Ziele gesetzt haben. Es stellt sich bei diesen Projekten die Frage, wie diese den Erfolg bzw. Misserfolg ihres Projektes messen. Zu einem Projekt lagen keine Angaben vor.

Die 34 Projekte, welche die Frage nach messbaren Kriterien bejahten, wurden in der Folgefrage gebeten, die aus ihrer Sicht maximal drei wichtigsten Zielkriterien zu benennen. Im Anschluss an die Befragung wurde von der Autorin der Versuch unternommen, diese Angaben nach qualitativen und quantitativen Kriterien zu klassifizieren. Aufgrund fehlender (15 Prozent) sowie uneindeutiger Angaben (29 Prozent) konnte eine entsprechende Klassifizierung lediglich für 19 Projekte durchgeführt werden. Zur Überprüfung der Projekterfolge zogen 32 Prozent dieser 19 Projekte ausschließlich qualitative Zielkriterien (z.B. Zufriedenheit von Patienten), 42 Prozent ausschließlich quantitative Ziele (z.B. Anzahl der Weiterbildungsveranstaltungen, Anzahl der behandelten Patienten aus dem Nachbarland) und 26 Prozent sowohl qualitative als auch quantitative Kriterien heran.

### Evaluation

Der Projektträger-Fragebogen enthielt verschiedene Fragen zur Projektevaluation. Gefragt wurde zunächst, ob eine Evaluation aktuell durchgeführt wird, durchgeführt wurde oder geplant ist. Folgefragen bezogen sich auf Art und Zeitpunkt der Evaluation, Erhebungsmethoden sowie die Publikation entsprechender Berichte (s. Frage 41 bis 45 in Anlage 10).

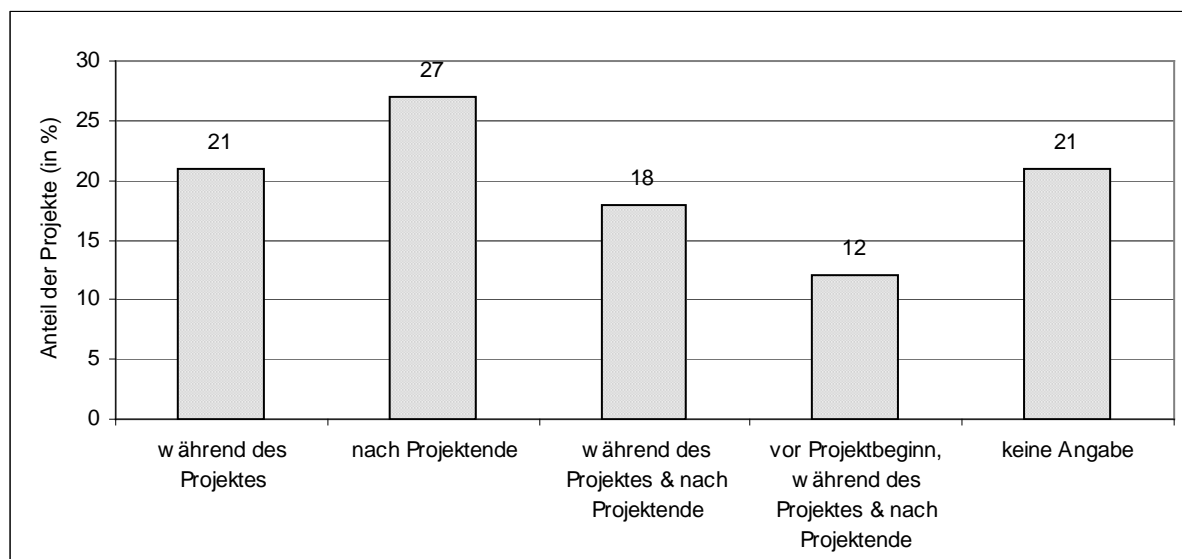
Die Ergebnisse zeigen, dass zum Zeitpunkt der Befragung etwa ein Drittel (35 Prozent) der Projekte ihre Projektevaluation bereits abgeschlossen hatte oder aktuell durchführte. Bei einem Fünftel der Befragten war diese zum Zeitpunkt der Befragung noch in Planung. Knapp die Hälfte der Projekte (46 Prozent) sah hingegen keine Projektevaluation vor (s. Abbildung 38).



**Abbildung 38:** Grenzübergreifende Gesundheitsprojekte mit deutscher Beteiligung – Evaluationsaktivitäten zum Zeitpunkt der Befragung (N = 61, Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Projektträger-Befragung des Projektes „EUREGIO“, Differenz zu 100 Prozent durch Rundung bedingt)

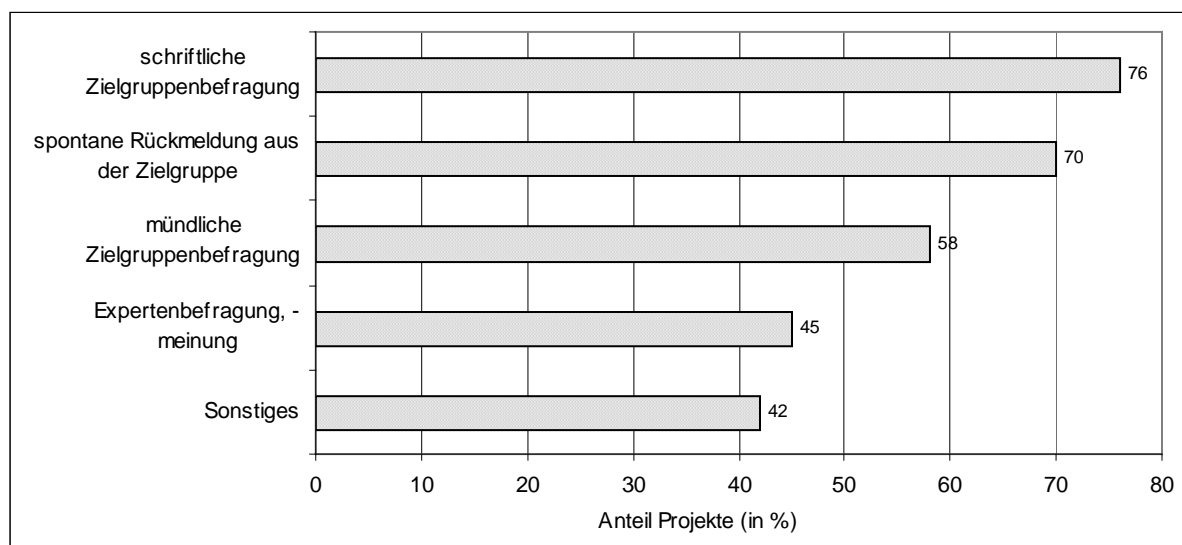
Projekte, die eine Evaluation durchführten, abgeschlossen hatten oder planten (33 Fälle) wurden näher untersucht. Hierbei zeigte sich, dass ein Drittel der Fälle, eine Selbstevaluation (33 Prozent) und ein weiteres Drittel (30 Prozent) eine Fremdevaluation durchführte, während die übrigen Projekte (36 Prozent) Selbst- und Fremdevaluation kombinierten. Auch hinsichtlich des Evaluationszeitpunktes unterschieden sich die Projekte. So führten 21 Prozent der 33 Projekte ihre Evaluation ausschließlich während des Projektes und 27 Prozent ausschließlich nach Projektende durch. Knapp ein Drittel der 33 Projekte kombinierte verschiedene Evaluationszeitpunkte. Zu rund einem Fünftel der Projekte lagen keine Informationen über den Evaluationszeitpunkt vor (Abbildung 39).

## 10. Grenzübergreifende Gesundheitsaktivitäten: Eine Analyse der Projektlandschaft



**Abbildung 39:** Grenzübergreifende Gesundheitsprojekte mit deutscher Beteiligung – Zeitpunkt der Evaluation (N = 33, Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Projektträger-Befragung des Projektes „EUREGIO“, Differenz zu 100 Prozent durch Rundung bedingt)

Zur Bewertung der Projekteffekte wurden verschiedene Informationsquellen genutzt. Am häufigsten zogen die Projekte schriftliche Zielgruppenbefragungen gefolgt von spontanen Rückmeldungen aus der Zielgruppe als Informationsquelle heran (Abbildung 40). Knapp die Hälfte der 33 Projekte (42 Prozent) nutzte neben spontanen Rückmeldungen aus der Zielgruppe, den Ergebnissen von mündlichen oder schriftlichen Zielgruppen- oder Expertenbefragungen weitere Informationsquellen wie klinische Parameter oder die Anzahl von Internetzugriffen. Zwei Drittel der 33 Projekte zogen drei oder mehr Informationsquellen zur Evaluation heran oder beabsichtigten dies. 18 Prozent nutzten zwei Informationsquellen und 15 Prozent lediglich eine Informationsquelle (oder beabsichtigten dies).



**Abbildung 40:** Grenzübergreifende Gesundheitsprojekte mit deutscher Beteiligung – Art und Anzahl der für die Evaluation genutzten Informationsquellen (N = 33, Mehrfachangaben möglich, Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Projektträger-Befragung des Projektes „EUREGIO“, Differenz zu 100 Prozent durch Rundung bedingt)

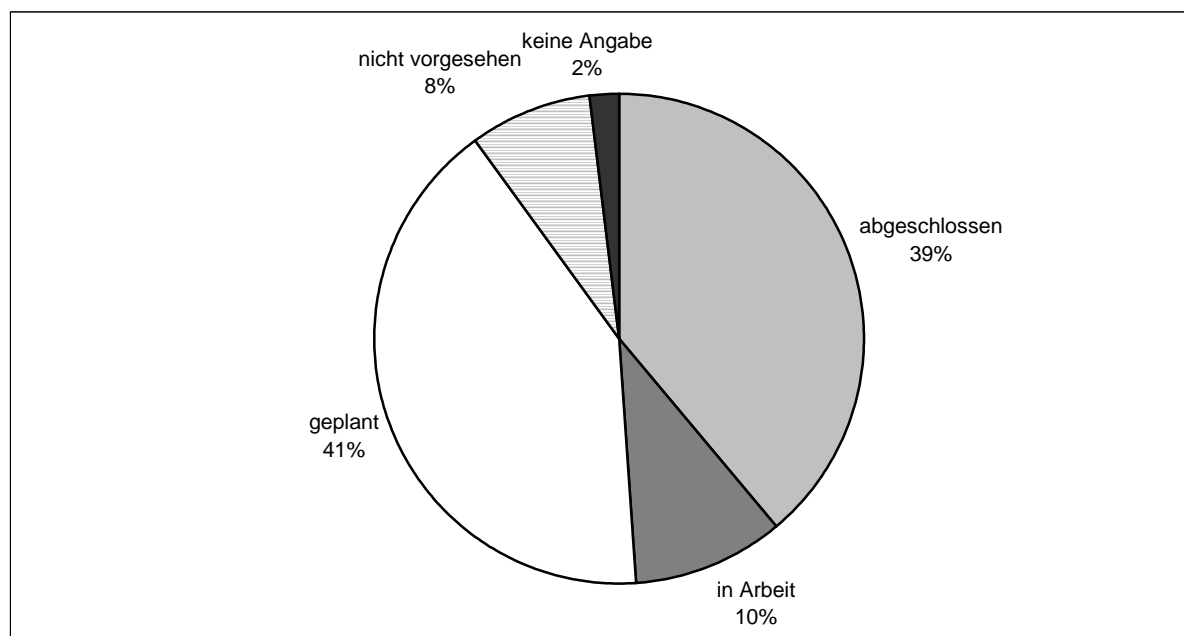


Knapp drei Viertel der 33 Projekte (73 Prozent), die zum Zeitpunkt der Erhebung eine Evaluation durchführten, diese bereits abgeschlossen hatten oder noch planten, hatten einen Evaluationsbericht publiziert oder planten dies.

Die Ergebnisse zeigen, dass sowohl die Evaluation als auch die Publikation von Evaluationsberichten bisher nicht allgemein üblich ist.

### 10.2.5 Öffentlichkeitsarbeit und Dokumentation

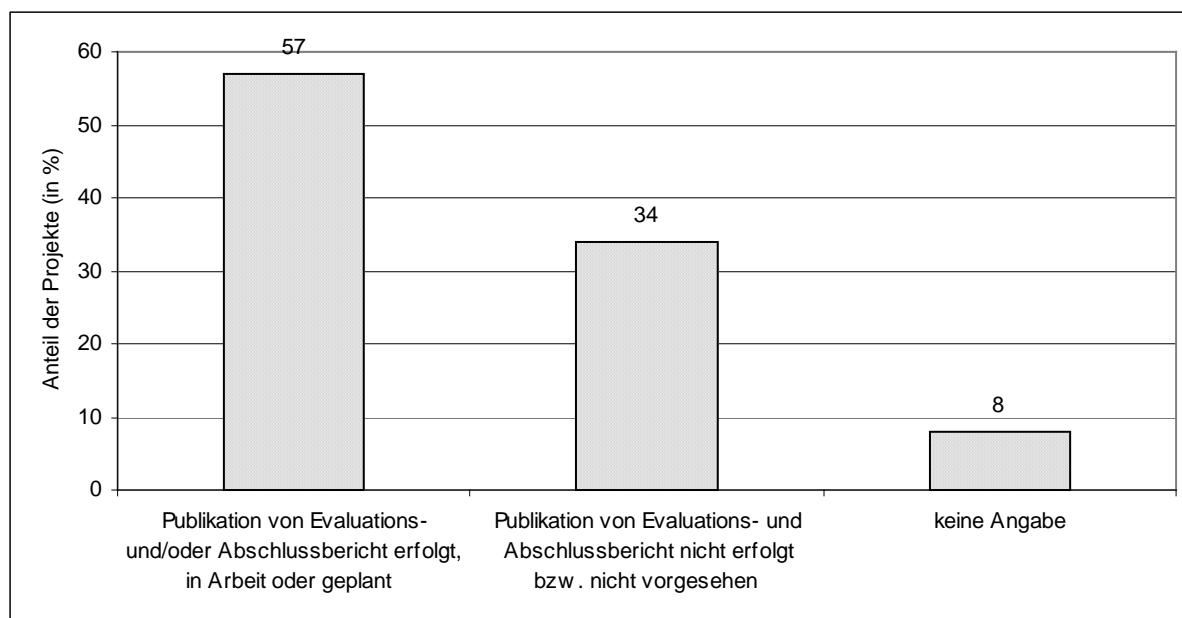
Die Verbreitung von Informationen über ein Projekt in der Öffentlichkeit trägt unter anderem dazu bei, finanzielle, politische und institutionelle Unterstützung sowie Akzeptanz für das Projekt zu gewinnen. Der Projektfragebogen enthielt acht Fragen zu Öffentlichkeitsarbeit und Bekanntheit der Projekte (s. Frage 33 bis 40 in Anlage 10).



**Abbildung 41:** Grenzübergreifende Gesundheitsprojekte mit deutscher Beteiligung – Erstellung von Projekt-Abschlussberichten (N = 61, Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Projektträger-Befragung des Projektes „EUREGIO“)

Insgesamt gaben 90 Prozent der Projekte an, Abschlussberichte erstellt zu haben, aktuell zu erarbeiten bzw. diese nach Abschluss der Projekte zu erstellen. Acht Prozent der Projekte sahen keinen Abschlussbericht vor (Abbildung 41). Etwa die Hälfte der Projekte (54 Prozent), die zum Zeitpunkt der Befragung einen Projektbericht erstellt hatte oder dies beabsichtigte, hatte diesen bereits veröffentlicht oder plante eine Veröffentlichung. Wie eingangs bereits erwähnt, wurden 85 Prozent der untersuchten Projekte über Interreg gefördert. Interreg-Projekte sind verpflichtet, Fortschritts- und Abschlussberichte zu erstellen (Generalitat Valenciana & Stichting Euregio Maas-Rijn 2005: 5). Eine gesonderte Analyse der Interreg-geförderten Projekte zeigt jedoch, dass auch lediglich 52 Prozent der Interreg-Projekte Abschlussberichte veröffentlichte oder dies beabsichtigte.

Informationen über Projekte sind zudem in Projekt-Evaluationsberichten enthalten. Wie in Kapitel 10.2.4 erwähnt, hatten zum Zeitpunkt der Befragung lediglich 24 Projekte einen Evaluationsbericht publiziert oder planten dies. Fasst man diese beiden Berichtsformen (Evaluationsberichte und Projektabschlussberichte) zusammen, zeigt sich, dass rund ein Drittel der untersuchten Projekte seine Ergebnisse weder in Form eines Abschluss- noch in Form eines Evaluationsberichtes veröffentlicht hatte oder dies beabsichtigte (Abbildung 42).

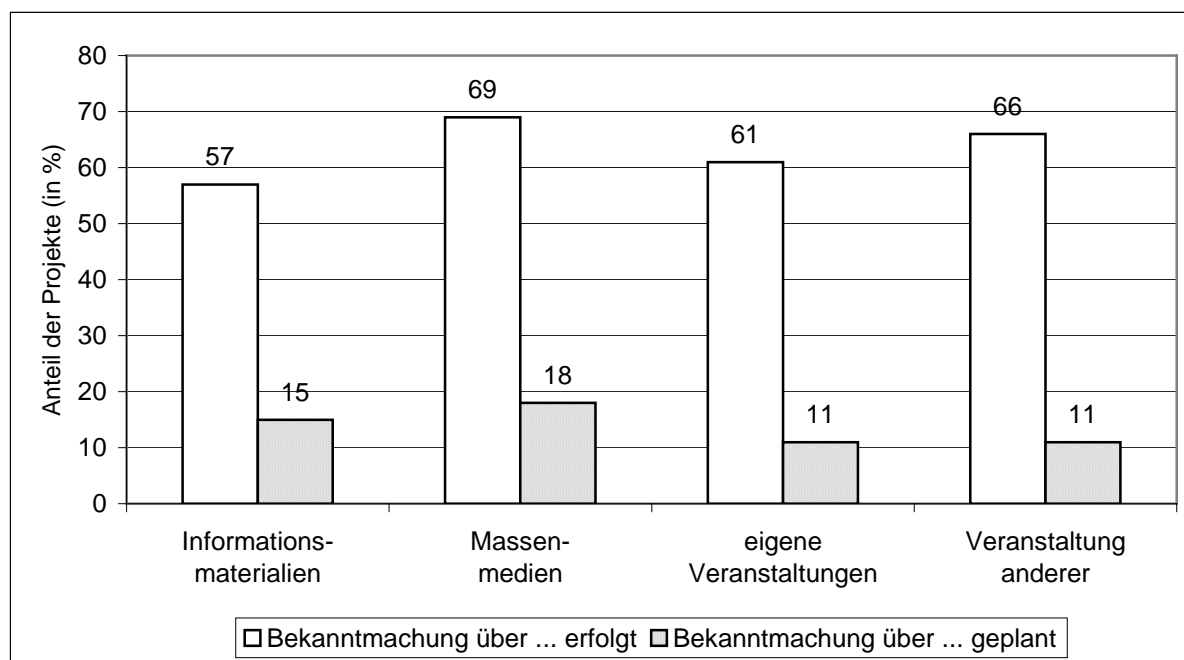


**Abbildung 42:** Grenzübergreifende Gesundheitsprojekte mit deutscher Beteiligung – Publikation von Abschluss- und/oder Evaluationsberichten (N = 61, Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Projektträger-Befragung des Projektes „EUREGIO“, Differenz zu 100 Prozent durch Rundung bedingt)

Als Informationsmedium kann auch das Internet genutzt werden. Den Selbstangaben der Projektträger zufolge (s. Frage 33 in Anlage 10) waren zum Zeitpunkt der Erhebung für 47 Prozent der Projekte keine Projekt-Informationen im Internet vorhanden. Zu knapp der Hälfte der Projekte (47 Prozent) lagen Informationen im Internet vor, hierbei handelte es sich häufig lediglich um kurze Projektbeschreibungen. Über eine eigene Projekthomepage, die zumeist umfassende Informationen über das Projekt bietet, verfügten 18 Prozent der befragten Projekte. Zu fünf Prozent der Projekte lagen keine Informationen vor.<sup>131</sup>

Abbildung 43 zeigt, dass Projektakteure neben den oben dargestellten Wegen eine Reihe weiterer Aktivitäten unternahmen oder planten, um ihre Projekte in der Öffentlichkeit bekannt zu machen. Hierzu gehörte die Erstellung von Informationsmaterialien (z.B. Faltblättern), die Verbreitung von Projektinformationen über Massenmedien (z.B. in Form von Zeitungsartikeln) sowie die Bekanntmachung der Projekte auf eigenen Veranstaltungen oder Veranstaltungen anderer. Am häufigsten nutzten Projekten die so genannten Massenmedien. Über die Hälfte der Projekte (57 Prozent) nutzte sogar alle vier der in Abbildung 43 dargestellten Wege oder beabsichtigte dies. Lediglich zwei Projekte nannten keinen dieser Wege.

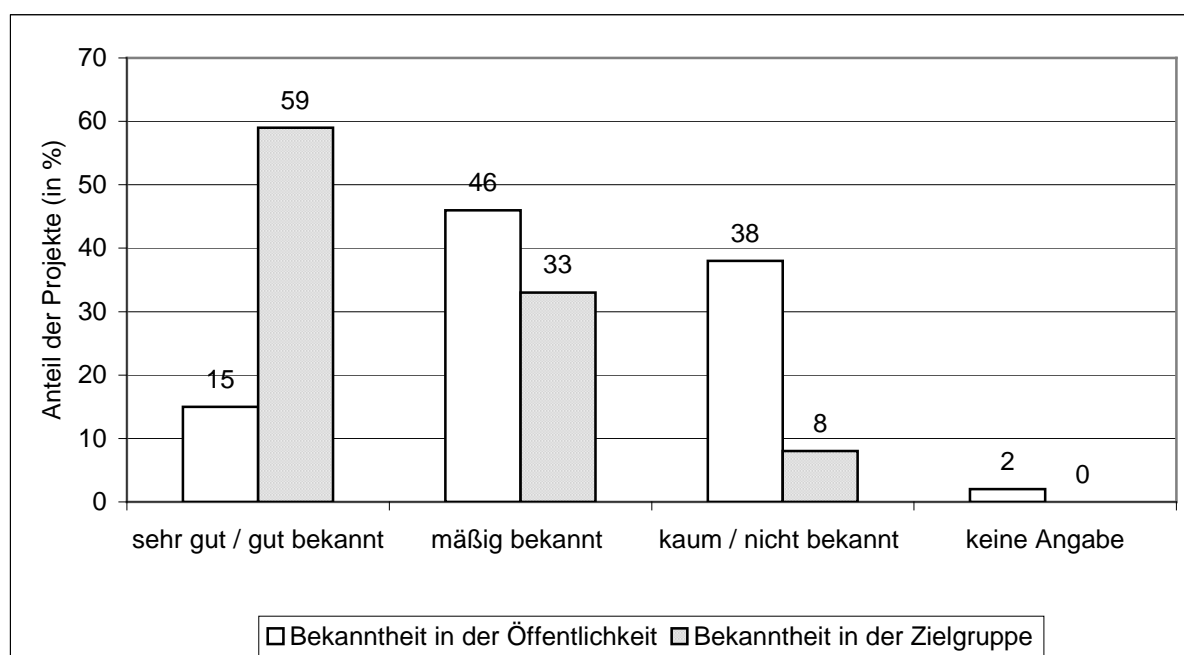
<sup>131</sup> Die Differenz der einzelnen Prozentangaben zu 100 Prozent ist durch Rundung bedingt.



**Abbildung 43:** Grenzübergreifende Gesundheitsprojekte mit deutscher Beteiligung – Wege, die zur Bekanntmachung der Projekte in der Öffentlichkeit genutzt wurden oder genutzt werden sollten (N = 61, Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Projektträger-Befragung des Projektes „EUREGIO“)

Die in diesem Kapitel dargestellten Aktivitäten zielen darauf ab, die Projekte selbst und/oder ihre Ergebnisse bekannt zu machen. Um die Wirkung dieser Maßnahmen auf die Bekanntheit der Projekte bewerten zu können, wurden die Projektträger gebeten, die Bekanntheit ihrer Projekte auf einer Skala von 1 (sehr bekannt) bis 6 (gar nicht bekannt) in der Öffentlichkeit sowie in der Zielgruppe selbst einzuschätzen (s. Frage 39 und 40 in Anlage 10). Den Einschätzungen der Projektträger zufolge waren 59 Prozent der insgesamt 61 Projekte der Zielgruppe und lediglich 15 Prozent der Projekte der Öffentlichkeit sehr gut oder gut bekannt (Abbildung 44).

Die Autorin stellte im Verlauf des EU-Projektes „EUREGIO“ wiederholt fest, dass häufig zu Gesundheitsprojekten keine öffentlich zugänglichen Informationen vorliegen (Wolf 2006b: 25). Die oben dargestellten Ergebnisse der Projektträger-Befragung bestätigen diesen Eindruck. Insbesondere bei der Bekanntmachung der Projekte in der Öffentlichkeit besteht den Ergebnissen zufolge noch Verbesserungsbedarf. Bei der Betrachtung der Ergebnisse ist jedoch zu berücksichtigen, dass ein Teil der Projekte erst wenige Monate vor der Befragung begonnen hatte und entsprechend mit ihren Aktivitäten zur Öffentlichkeitsarbeit zum Zeitpunkt der Erhebung noch am Anfang stand.



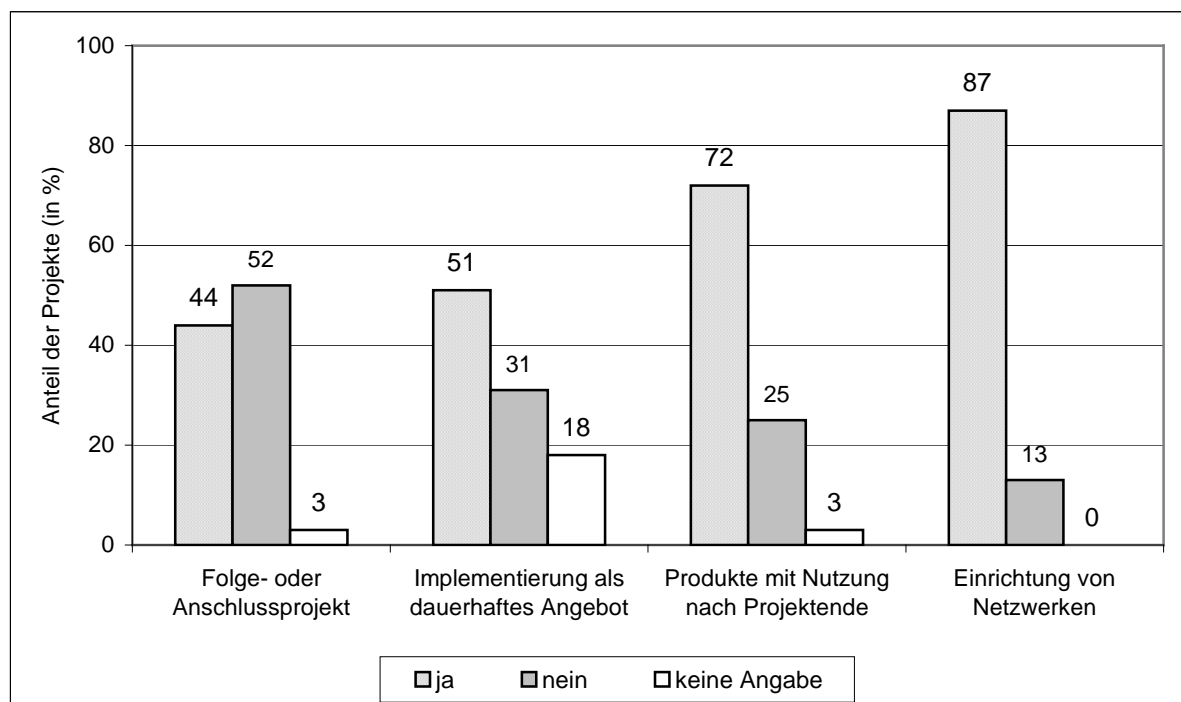
**Abbildung 44:** Grenzübergreifende Gesundheitsprojekte mit deutscher Beteiligung – Bekanntheit der Projekte in der Zielgruppe und der Öffentlichkeit (N = 61, Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Projektträger-Befragung des Projektes „EUREGIO“, Differenz zu 100 Prozent durch Rundung bedingt)

### 10.2.6 Aktivitäten zur Sicherung der Nachhaltigkeit

Nachhaltigkeit stellt einen wichtigen Aspekt in der Projektarbeit dar. Dies gilt auch für grenzübergreifende Projekte. In vielen Interreg-Programmen ist die Nachhaltigkeit eines Projektes ein wichtiges Kriterium für eine erfolgreiche Projekt-Antragstellung (z.B. IBK 2007: 2). Als nachhaltig können unter anderem gelten (Iögd NRW 2007: 59):

- Projekte, die nach Abschluss der externen Förderung fortgeführt werden oder im Rahmen neuer Projekte fortentwickelt wurden,
- Aktivitäten, die von Beginn an als dauerhafte Aktivitäten angelegt sind,
- Projekte, die erfolgreich abgeschlossen werden und deren Ergebnisse Veränderungen bewirken oder Entwicklungsprozesse anstoßen, die über die Projektlaufzeit hinaus fortwirken sowie
- Projekte, deren Ergebnisse auch nach Projektende genutzt werden und somit im Projektumfeld fortwirken (können).

Der Projektträger-Fragebogen enthielt eine Reihe von Fragen zur Nachhaltigkeit. Hierzu gehören Fragen zur Fortführung des Projektes bzw. von Projektkomponenten im Rahmen von Folgeprojekten, zur Implementierung der Aktivitäten als dauerhafte Aktivitäten, zur Bildung von Netzwerken sowie Fragen zur Nutzung der Projektprodukte nach Projektabschluss (vgl. Frage 47 bis 53 in Anlage 10).



**Abbildung 45:** Grenzübergreifende Gesundheitsprojekte mit deutscher Beteiligung – Aktivitäten zur Sicherung der Nachhaltigkeit der Projekte (N = 61, Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Projektträger-Befragung des Projektes „EUREGIO“, Differenz zu 100 Prozent durch Rundung bedingt)

Die Auswertung der Erhebungsbögen ergab (Abbildung 45), dass:

- knapp die Hälfte der Projekte (44 Prozent) ihre Aktivitäten im Rahmen eines Anschlussprojektes fortgesetzt hatte oder dies beabsichtigte
- in etwa der Hälfte der Fälle (51 Prozent) eine Implementierung der Projektaktivitäten als dauerhaftes Angebot stattgefunden hatte bzw. vorgesehen war
- in knapp drei Viertel der Fälle (72 Prozent) Produkte entstanden waren oder entstehen sollten, die auch nach Projektende genutzt wurden
- mehr als vier Fünftel der Projekte (87 Prozent) grenzübergreifende Netzwerke geschaffen hatten oder dies beabsichtigte.

Zudem gab knapp ein Drittel der Projekte (30 Prozent) an, dass durch die Projekte befristete oder unbefristete Arbeitsplätze geschaffen wurden oder geschaffen werden.

Die Ergebnisse lassen vermuten, dass die Mehrzahl der untersuchten Projekte auch über ihre Laufzeit hinaus noch Wirkung zeigt. Da eine Reihe der Angaben aus Projekten stammt, die zum Zeitpunkt der Befragung noch nicht abgeschlossen waren, handelt es sich bei diesen Projekten jedoch eher um Absichtserklärungen, deren Realitätsgehalt sich erst nach Abschluss der Projekte überprüfen lässt.

### **10.2.7 Beteiligung von Euregios und anderen grenzübergreifenden Strukturen**

Wie in Kapitel 7.3 dargestellt, können Euregios an grenzübergreifenden Projekten beteiligt sein. Sei es, dass sie Antragssteller bei der Vorbereitung von Projektanträgen beraten, Projektmittel einwerben, Öffentlichkeitsarbeit für Projekte betreiben oder Projektträger bei der Öffentlichkeitsarbeit unterstützen.

Der Projektträger-Fragebogen enthielt drei Fragen zur Beteiligung der Euregios an grenzübergreifenden Gesundheitsprojekten (s. Frage 29 bis 31 in Anlage 10). Die Ergebnisse zeigen, dass an 38 der 61 untersuchten Projekte Euregios oder ähnliche Strukturen wie die großräumige deutsch-französisch-schweizerische Oberrheinkonferenz beteiligt waren (62 Prozent). 17 Projekte verneinten die Beteiligung von Euregios oder ähnlichen Strukturen (28 Prozent). Zu den übrigen sechs Projekten lagen keine oder unplausible Angaben vor.

Die Projekte nannten eine Reihe von Aufgaben, die Euregios in den Projekten übernahmen. Die am häufigsten genannten Aufgaben waren: Finanzierung oder finanziellen Abwicklung der Projekte (zehn Nennungen) sowie Unterstützung der Projektakteure bei der Antragsstellung und/oder Projektvorbereitung (sieben Nennungen). Als weitere Tätigkeiten der Euregios wurden unter anderem politische Unterstützung, Kontaktaufbau sowie Unterstützung bei der Projektkoordination und -kontrolle genannt

## **10.3 Zusammenfassung**

In der Analyse wurden ausschließlich Projekte berücksichtigt, die Interreg-Sekretariate oder Euregio-Geschäftsstellen rückgemeldet hatten. Projekte, die diesen Strukturen nicht bekannt waren, wurden somit in der Auswertung nicht berücksichtigt. Auch wurden seit Abschluss der Erhebung Mitte 2005 weitere grenzübergreifende Gesundheitsprojekte initiiert, die nicht in die Analyse eingeflossen sind. Trotz der oben erwähnten Einschränkungen bieten die hier vorliegenden Ergebnisse einen Einblick in die Projektlandschaft grenzübergreifender Gesundheitsprojekte mit deutscher Beteiligung.

Die in diesem Kapitel dargestellten Ergebnisse lassen sich in folgenden Kernaussagen zusammenfassen:

1. Die Themenfelder, denen sich grenzübergreifende Gesundheitsprojekte widmen, sind vielfältig. Zu den am häufigsten genannten Themenschwerpunkten gehören: Kooperation und Vernetzung, Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie die gemeinsame Nutzung von Ressourcen. Differenzierte Analysen zeigen regionale Unterschiede in der Schwerpunktsetzung.
2. Bedarfsanalysen wurden in etwa jedem dritten Projekt vorgenommen. Der Großteil der übrigen Projekte verfügte nach eigenen Aussagen bereits über entsprechende Erkenntnisse.
3. Es wurden zwar häufig klare Ziele formuliert, messbare Zielkriterien oder -indikatoren lagen jedoch nur für rund der Hälfte der Projekte vor.

4. Zielgruppen wurden zumeist klar benannt, wobei das medizinische Personal am häufigsten als Zielgruppe genannt wurde. Etwa die Hälfte der Projekte war auf bestimmte Altersgruppen ausgerichtet. Geschlechtsspezifische Projekte wurden kaum durchgeführt.
5. Nahezu alle untersuchten Projekte erfüllten die in der neuen Verordnung über den Europäischen Fond für regionale Entwicklung (EFRE) vorgegebenen Bedingungen zur partnerschaftlichen Zusammenarbeit (Zusammenarbeit auf mindestens zwei der folgenden Arten: gemeinsame Ausarbeitung, gemeinsame Durchführung, gemeinsames Personal, gemeinsame Finanzierung).
6. Projekte und ihre Ergebnisse werden bisher nur ungenügend dokumentiert bzw. publiziert. So veröffentlichte ein Drittel der untersuchten Projekte seine Ergebnisse weder in Form von Projektabschluss- noch in Form von Projektevaluationsberichten.
7. Projektakteure führten eine Reihe von Aktivitäten durch, um die Projekte in der Öffentlichkeit bekannt zu machen. Dennoch sind die Projekte den Selbsteinschätzungen der Projektträger zufolge in der Öffentlichkeit kaum bekannt.
8. Die Projektevaluation ist insgesamt als eher schwach zu bewerten. So sah knapp die Hälfte der untersuchten Projekte keine Evaluation vor. In einem Drittel der Projekte, die eine Evaluation durchführten oder planten, handelte es sich um eine reine Selbstevaluation.
9. In nahezu allen Projekten wurden Aktivitäten unternommen, um Projekterfahrungen und -ergebnisse und/oder erfolgreiche Elemente langfristig zu verankern.
10. In knapp zwei Drittel der Fälle wurden Projekte durch Euregios oder ähnliche Strukturen bei der Projektvorbereitung und/oder Projektumsetzung unterstützt.

Die Ergebnisse zeigen, dass insbesondere bei der Projektevaluation und Entwicklung von Zielkriterien sowie bei der Öffentlichkeitsarbeit und der Projektdokumentation Verbesserungs- und Unterstützungsbedarf besteht.

## Kapitel 11

# Fördernde und hemmende Faktoren grenzübergreifender Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich

In den vorhergehenden Kapiteln wurden die Projektlandschaft und die Entwicklung der Gesundheitsprojekte entlang der deutschen Außengrenzen dargestellt. In dem vorliegenden Kapitel wird untersucht, welche Faktoren die grenzübergreifende Zusammenarbeit der Gesundheitsprojekte entlang der deutschen Außengrenzen fördern oder hemmen. Zudem geht die Autorin der Frage nach, welche Faktoren aus Sicht der beteiligten Akteure einen besonders großen Einfluss haben und wie häufig diese in grenzübergreifenden Gesundheitsprojekten auftreten. Die nachfolgenden Darstellungen basieren auf den Ergebnissen der im EU-Projekt „EUREGIO“ bei Trägern grenzübergreifender Gesundheitsprojekte durchgeführten schriftlichen Befragung (s. Kapitel 6.1.2). Projektträger sind direkt in die praktische Umsetzung entsprechender Projekte involviert. Somit fließt die praktische Erfahrung der befragten Projektträger in die Bewertung der Faktoren ein.<sup>132</sup>

## 11.1 Hindernde Faktoren

### 11.1.1 Bewertungsaussagen der Projektträger

Der Projektträger-Fragebogen enthält eine Liste von Faktoren, die in der Literatur verschiedentlich als Hindernisse der grenzübergreifenden Zusammenarbeit beschrieben werden (s. Kapitel 5.3). Die Befragten wurden gebeten, diese Faktoren auf einer 4er-Skala von „sehr hemmend“ (Wert 4) bis „nicht hemmend“ (Wert 1) zu bewerten.<sup>133</sup>

Aus Sicht der Projektträger hemmen insbesondere finanzielle Probleme (59 Prozent sehr hemmend, MW 3,5) gefolgt von dem bürokratischen Antragsverfahren (51 Prozent, MW 3,4) und dem administrativen Aufwand bei der Projektabwicklung (50 Prozent, MW 3,4) die Zusammenarbeit grenzübergreifender Gesundheitsprojekte. Aber auch andere Faktoren wurden überwiegend als (sehr) hemmend bewertet: Interessenkonflikte zwischen den Projektakteuren (84 Prozent sehr hemmend oder hemmend), die gleichzeitige Nutzung verschiedener Förderprogramme (z.B. Interreg und PHARE CBC, 80 Prozent), Sprachbarrieren (77 Prozent), Schwierigkeiten bei der Projektpartnersuche (76 Prozent), Unterschiede in Organisation und Verwaltung zwischen den Staaten (70 Prozent), personelle Veränderungen im

---

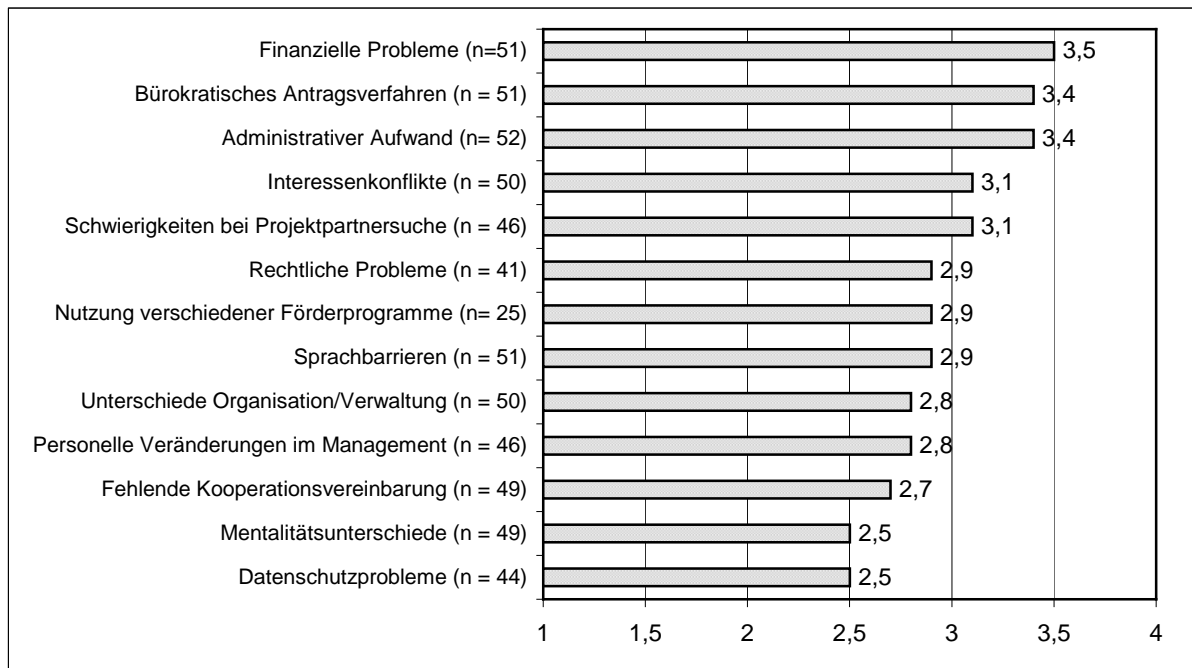
<sup>132</sup> Fragen nach hemmenden und fördernden Faktoren enthielten auch der „Euregio-Fragebogen“ sowie der „Interreg-Fragebogen“. Vertreter aus Euregio-Geschäftsstellen und Interreg-Sekretariaten sind in der Regel nicht direkt an der praktischen Umsetzung von Projekten beteiligt. Ihre Aufgabe ist vielmehr auf das Management der Interreg-Programme bzw. der Euregios ausgerichtet. Bei diesen Akteursgruppen fließen somit die eigenen praktischen Erfahrungen nicht in die Bewertung hemmender und fördernder Faktoren ein. Projektträger unterscheiden sich hierin von den anderen beiden Gruppen. Das vorliegende Kapitel beschränkt sich daher bei der Betrachtung hemmender und fördernder Faktoren auf die Ergebnisse der Projektträger-Befragung.

<sup>133</sup> Die Frage lautete: „In welchem Ausmaß hemmen Ihrer Ansicht nach die folgenden Faktoren im Allgemeinen die Arbeit grenzübergreifender Gesundheitsprojekte (inkl. Projekte im Bereich Rettungswesen, Katastrophenschutz)?“ (vgl. Frage 58 in Anlage 10)

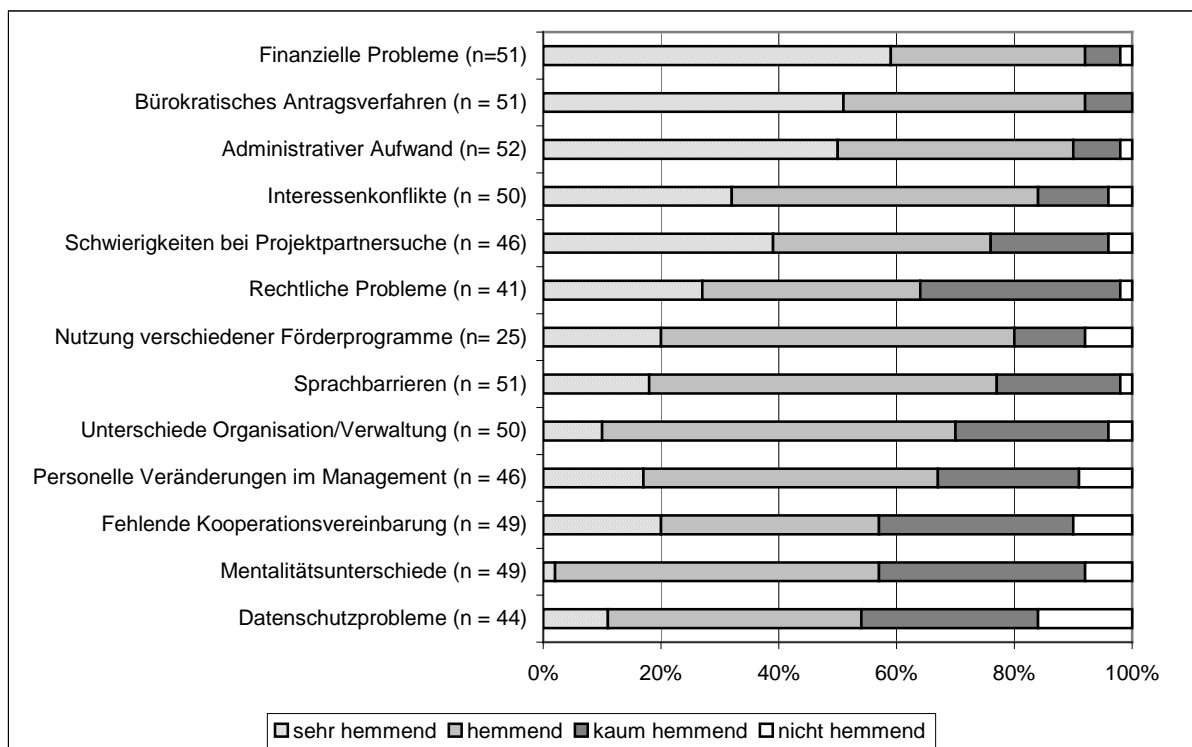


## 11. Fördernde und hemmende Faktoren

Projektmanagement (67 Prozent) und rechtliche Probleme (64 Prozent) (Abbildung 46 und 47).



**Abbildung 46:** Bewertung potenziell hemmender Faktoren der grenzübergreifenden Zusammenarbeit in Gesundheitsprojekten auf einer 4er-Skala von sehr hemmend (4) bis nicht hemmend (1) (Mittelwerte, Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Projektträger-Befragung des Projektes „EUREGIO“, n = Anzahl der Angaben)



**Abbildung 47:** Bewertung potenziell hemmender Faktoren der grenzübergreifenden Zusammenarbeit in Gesundheitsprojekten (Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Projektträger-Befragung des Projektes „EUREGIO“, n = Anzahl der Angaben)

Bei der Frage nach der Bedeutung von Kooperationsvereinbarung zwischen Projektpartnern, Mentalitätsunterschieden sowie der Fragen nach Datenschutzproblemen zeigt sich jedoch eine Spaltung der Befragten. Rund die Hälfte der Befragten betrachtete diese Faktoren als (sehr) hemmend, die andere Hälfte war hingegen der Auffassung, dass diese Faktoren die Zusammenarbeit kaum oder nicht behindern. Entsprechend weisen diese drei Faktoren auch die niedrigsten Mittelwerte auf (Abbildung 46 und 47).

Bei Hindernissen kann zwischen „internen Hindernissen“ im direkten Umfeld der Projekte (Mikroebene), auf die Projektakteure einen Einfluss haben (können), sowie „externen Hindernissen“ im allgemeinen Umfeld der Projekte (Makroebene), auf die Projektakteure selbst direkt (eher) keinen Einfluss haben, unterschieden werden (Coheur 2003: 101f., Europäische Beobachtungsstelle LEADER/ AEIDL 2001: 31ff., Harant 2006: 175). Die im Fragebogen genannten Faktoren lassen sich entsprechend zuordnen (s. Tabelle 47).<sup>134</sup> Bei den von den Projektträgern als am stärksten hemmend eingestuften Faktoren (finanzielle Probleme, hoher administrativer Aufwand und bürokratisches Antragsverfahren) handelt es sich um externe Faktoren.

**Tabelle 47:** Interne und externe hemmende Faktoren der grenzübergreifenden Zusammenarbeit in Gesundheitsprojekten

Interne Faktoren	Externe Faktoren
<ul style="list-style-type: none"><li>- Interessenkonflikte zwischen Projektpartnern</li><li>- Sprachbarrieren</li><li>- Mentalitätsunterschiede</li><li>- Personelle Veränderungen im Management</li><li>- Fehlende Kooperationsvereinbarungen</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Finanzielle Probleme</li><li>- Administrativer Aufwand</li><li>- Bürokratisches Antragsverfahren</li><li>- Schwierigkeiten bei der Projektpartnersuche</li><li>- Rechtliche Probleme</li><li>- Nutzung verschiedener Förderprogramme</li><li>- Unterschiede in Organisation und Verwaltung</li><li>- Datenschutzprobleme</li></ul>

Zudem hatten die Befragten die Möglichkeiten, weitere hemmende Faktoren zu nennen (s. Frage 59 in Anlage 10). Zehn Projektträger nutzten diese Möglichkeit. Hierbei wurden zum Teil Faktoren wie finanzielle Probleme, personelle Veränderungen und rechtliche Probleme, die bereits von den Befragten in der vorangegangenen Frage bewertet worden waren, differenzierter dargestellt. So wurde z.B. die fehlende Möglichkeit einer Vorschussfinanzierung und die Unsicherheit der Weiterfinanzierung als Hindernis benannt, welche sich auch unter dem Oberbegriff „finanzielle Probleme“ zusammenfassen lassen. Daneben wurden aber auch neue hemmende Faktoren genannt (je eine Nennung):

---

<sup>134</sup> Die von der Autorin vorgenommene Zuordnung schließt jedoch nicht aus, dass auch externe Rahmenbedingungen die aufgeführten internen Faktoren beeinflussen können. So kann beispielsweise eine Handlungsanleitung zur Erstellung von Kooperationsvereinbarungen den Abschluss solcher Vereinbarungen fördern. Auch können Projektakteure durch Eigenaktivitäten externe Faktoren wie Probleme bei der Projektpartnersuche oder rechtliche Rahmenbedingungen beeinflussen.

- die mangelnde Koordinierung bestehender Aktivitäten innerhalb verschiedener Programme,
- das fehlende Engagement der zuständigen Institutionen und
- das Kompetenzgefälle der Projektpartner.

Zudem wurde festgestellt, dass das Fehlen förderlicher Faktoren, wie sie in Kapitel 11.2 dargestellt werden, sich ebenfalls hemmend auf die grenzübergreifende Zusammenarbeit in Gesundheitsprojekten auswirken kann.

### 11.1.2 Häufigkeit des Auftretens in Gesundheitsprojekten

Ziel der Projektträgerbefragung war es zudem, zu analysieren, wie häufig potenziell hemmende Faktoren in grenzübergreifenden Gesundheitsprojekten auftreten. Hierzu wurde den Projektträgern eine Liste von Faktoren vorgegeben (vgl. Frage 32 in Anlage 10). Hierbei handelte es sich um Faktoren, die – wie im vorangegangenen Abschnitt dargestellt – von Projektträgern auch hinsichtlich ihrer hemmenden Wirkung bewertet worden waren.

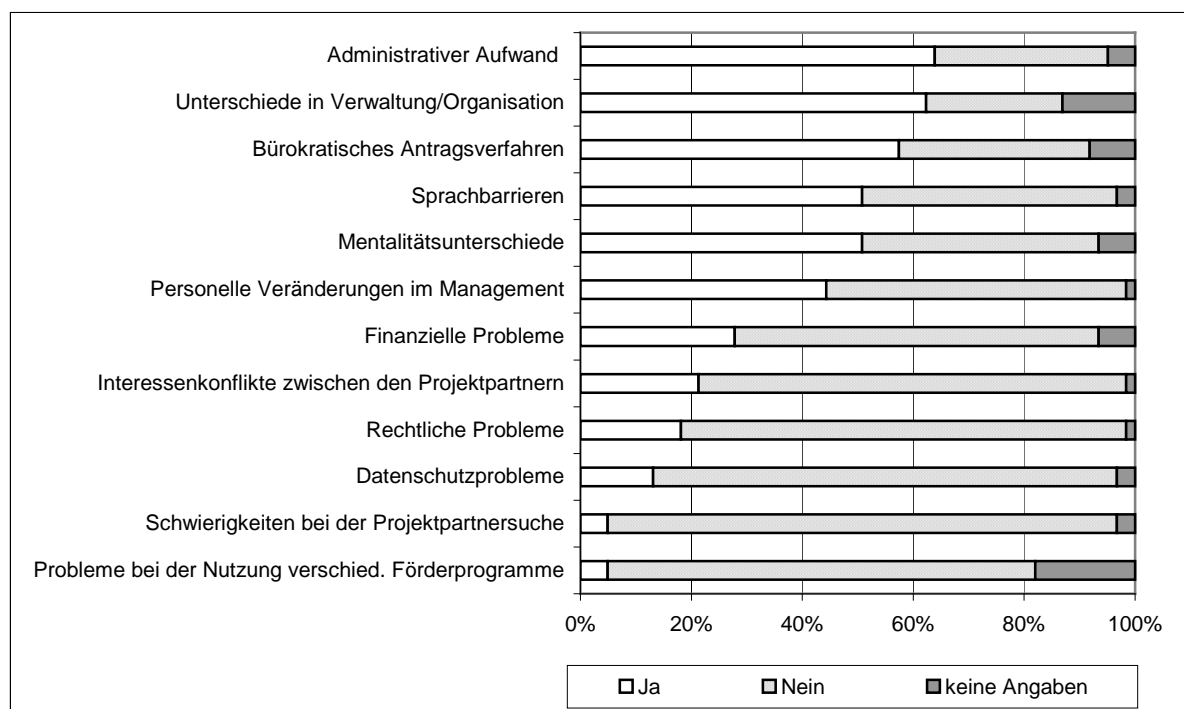
Vier von den Projektträger als hemmend bewertete Faktoren traf auf mehr als die Hälfte der Projekte zu (Abbildung 48):

- ein hoher administrative Aufwand bei der Projektabwicklung (64 Prozent),
- große Unterschiede in Verwaltung und Organisation der beteiligten Staaten (62 Prozent),
- ein sehr bürokratisch Antragsverfahren (57 Prozent) sowie
- Sprachbarrieren (51 Prozent).

Zudem traten den Angaben der Projektträger zufolge in 51 Prozent der Projekte Mentalitätsunterschiede auf. Hierbei handelt es sich um einen Faktor, der von rund der Hälfte der Projektträger als kaum oder sogar nicht hemmend bewertet wurde (vgl. Abbildung 47). Ebenfalls häufig zeigten sich personelle Veränderungen im Management der Projekte (44 Prozent). Folgt man hier der Bewertung der Projektträger, so wirken sich diese überwiegend (sehr) hemmend auf Gesundheitsprojekte aus (vgl. Abbildung 47).

Datenschutzprobleme, Schwierigkeiten bei der Projektpartnersuche oder Probleme bei gleichzeitiger Nutzung verschiedener Förderprogramme scheinen hingegen in grenzübergreifenden Gesundheitsprojekten entlang der deutschen Außengrenze selten vorzukommen (Abbildung 48). Für diese Befunde bieten sich folgende mögliche Erklärungsansätze an: Es ist davon auszugehen, dass nur einige Projekte sich mit dem Bereich des Datenschutzes auseinandersetzen müssen, so dass entsprechende Probleme auch nur in einigen Projekten auftreten können. Dies könnte ebenfalls erklären, warum das Item „Datenschutzproblem“ von einem Grossteil der Projektträger als (eher) nicht hemmend bewertet wurde (vgl. Abbildung 47). Nur wenige Projekte hatten Schwierigkeiten bei der Projektpartnersuche. Dies könnte möglicherweise darauf zurückzuführen sein, dass entsprechende Projektvorhaben aufgrund

dieser Probleme bereits in der Planungsphase scheiterten. Solche Projektvorhaben (geplante Projekte) wurden jedoch in der Befragung nicht erfasst. An der Mehrzahl der befragten Projekte waren ausschließlich EU-Mitgliedstaaten beteiligt, die Interreg-Fördermittel in Anspruch nehmen können und somit nicht gleichzeitig über verschiedene Förderprogramme gefördert wurde.<sup>135</sup> Es ist daher nicht verwunderlich, dass nur in wenigen Projekte entsprechende Probleme auftraten.



**Abbildung 48:** Grenzübergreifende Gesundheitsprojekte mit deutscher Beteiligung – Vorkommen potenziell hemmender Faktoren (N = 61; Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Projektträger-Befragung des Projektes „EUREGIO“)

Vergleichsweise selten genannt wurden auch rechtliche Probleme (18 Prozent) sowie Interessenkonflikte zwischen Projektpartnern (21 Prozent, Abbildung 48). Ob entsprechende rechtliche Probleme in den Projekten nicht auftraten oder ob diese – zumindest bis zum Zeitpunkt der Befragung – von Projektakteuren nicht erkannt wurden, lässt sich anhand der Ergebnisse nicht feststellen. Zudem kann nicht ausgeschlossen werden, dass die „soziale Erwünschtheit“ das Antwortverhalten zur Frage nach Interessenkonflikten beeinflusste. Finanzielle Probleme nannte rund ein Drittel der Projekte.

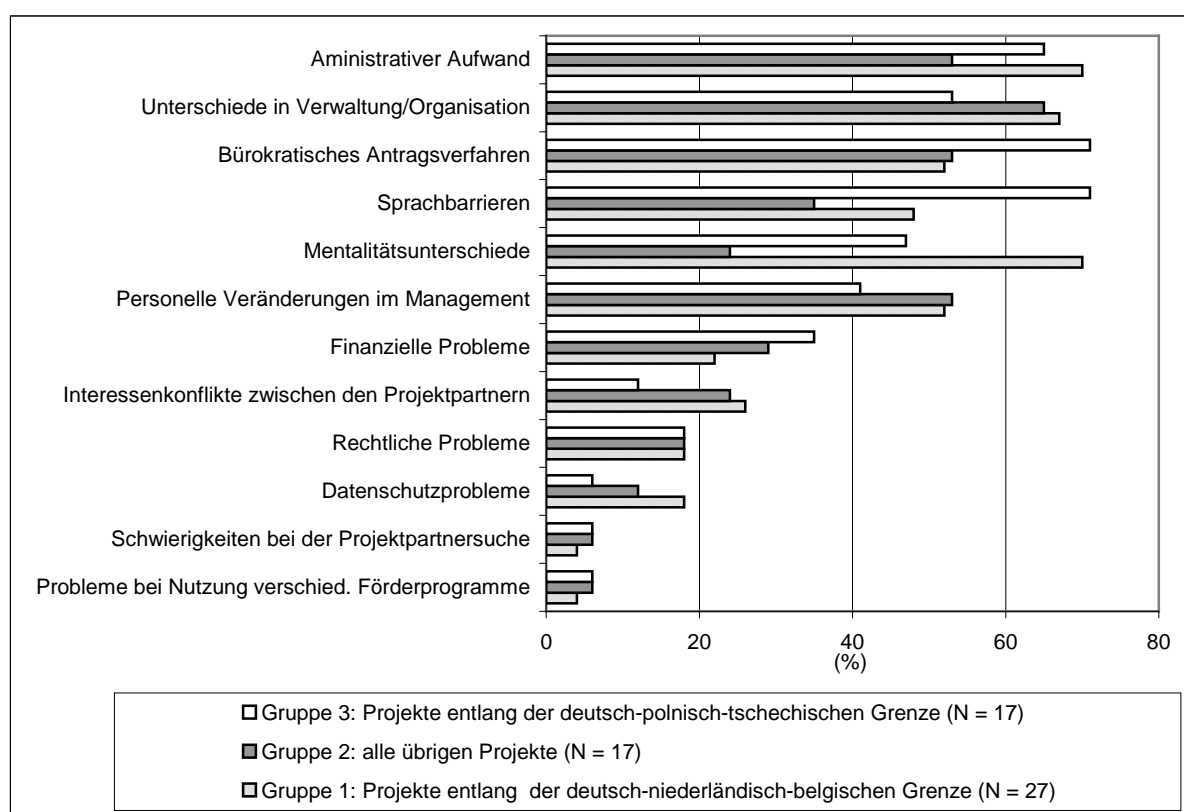
In Anlehnung an die Kategorisierung der Euregios in Kapitel 7.1 lassen sich grenzübergreifende Gesundheitsprojekte entlang der deutschen Außengrenze in drei Gruppen unterteilen:

<sup>135</sup> Über verschiedene Förderprogramme gefördert wurden beispielsweise grenzübergreifende Projekte entlang der deutsch-polnischen bzw. deutsch-tschechischen Grenze, die auf deutscher Seite EU-Mittel über das Förderprogramm Interreg, auf tschechischer und polnischer Seite hingegen bis zum EU-Beitritt dieser beiden Staaten im Jahr 2004 über das komplementäre Programm PHARE CBC erhielten.

## 11. Fördernde und hemmende Faktoren

- Projekte im Gebiet „alter“ grenzübergreifender Strukturen ohne Beteiligung neuer EU-Mitgliedstaaten (Gruppe 1): hierbei handelt es sich um deutsch-niederländische und deutsch-niederländisch-belgische Projekte,
- Projekte im Gebiet „junger“ grenzübergreifender Strukturen ohne Beteiligung neuer EU-Mitgliedstaaten (Gruppe 2): hierzu gehören Projekte, die in Kooperation mit Dänemark und Kooperationsprojekte, die entlang der Grenzen im Süden Deutschlands durchgeführt wurden,<sup>136</sup>
- Projekte im Gebiet „junger“ grenzübergreifender Strukturen mit Beteiligung neuer EU-Mitgliedstaaten (Gruppe 3): hierbei handelt es sich um deutsch-polnische, deutsch-tschechische und deutsch-polnisch-tschechische Projekte.

Die in Abbildung 48 für alle Projekte dargestellten Ergebnisse sind in Abbildung 49 für diese drei Gruppen getrennt dargestellt.



**Abbildung 49:** Grenzübergreifende Gesundheitsprojekte mit deutscher Beteiligung – Vorkommen potenziell hemmender Bedingungen in Projekt-Untergruppen (Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Projektträger-Befragung des Projektes „EUREGIO“)

Wie in Abbildung 49 dargestellt, zeigten sich bei den 27 Projekten entlang der deutsch-niederländisch-belgischen Grenze (Gruppe 1) besonders häufig ein hoher administrativer Aufwand (70 Prozent), Mentalitätsunterschiede (70 Prozent) und Unterschiede in Organisation und Verwaltung (67 Prozent). Im Vergleich zu den übrigen beiden Gruppen traten Mentali-

<sup>136</sup> Hierin sind auch Projekte enthalten, die außerhalb der Gebiete der in Kapitel 7 untersuchten 23 Euregios durchgeführt wurden

tätsunterschiede in dieser Gruppe besonders häufig auf. Projekte der Gruppe 2 nannten am häufigsten Unterschiede in Organisation und Verwaltung (65 Prozent), gefolgt vom administrativen Aufwand, dem bürokratischen Antragsverfahren und personellen Veränderungen im Projektmanagement (je 53 Prozent). Sprachbarrieren sowie Mentalitätsunterschiede wurden in dieser Gruppe vergleichsweise selten genannt. Bei den 17 Projekten entlang der deutsch-polnisch-tschechischen Grenzen (Gruppe 3) traten neben dem bürokratischen Antragsverfahren (71 Prozent) und dem administrativen Aufwand (65 Prozent) auch Sprachbarrieren (71 Prozent) in den Vordergrund. Kennzeichnend für diese Gruppe ist die häufige Nennung von Sprachbarrieren (71 Prozent) sowie des bürokratischen Antragsverfahrens (71 Prozent).

### 11.2 Fördernde Faktoren

#### 11.2.1 Bewertungsaussagen der Projektträger

Der Projektträger-Fragebogen enthielt zudem eine Liste von Faktoren, welche die Zusammenarbeit grenzübergreifender Gesundheitsprojekte fördern können. Diese Faktoren wurden von den Befragten auf einer 4er-Skala von „sehr förderlich“ (Wert 4) bis „nicht förderlich“ (Wert 1) bewertet (s. Frage 56 in Anlage 10).<sup>137</sup>

Im Mittel wurden alle zwölf vorgegebenen Faktoren als förderlich bis sehr förderlich bewertet (Werte zwischen 3,0 und 3,9). Aus Sicht der Befragten trägt das Engagement der am Projekt beteiligten Akteure am stärksten zum Erfolg grenzübergreifender Gesundheitsprojekte bei. Über vier Fünftel der Experten bewerteten diesen Faktor als sehr förderlich (92%, MW 3,9). Mit einer über 50-prozentigen Bewertung „sehr förderlich“ folgten die Erfahrung der Projektpartner (65 Prozent, MW 3,6), die Vertrautheit mit jenseitigen Strukturen und Einrichtungen (53 Prozent, MW 3,5) sowie die Grenznähe der Projektpartner (52 Prozent, MW 3,5). Während einige wenige Experten die zuletzt genannten Faktoren auch als „kaum fördernd“ bewerteten, wird das Engagement der Akteure durchweg als (sehr) fördernd betrachtet (Abbildung 50 und 51).

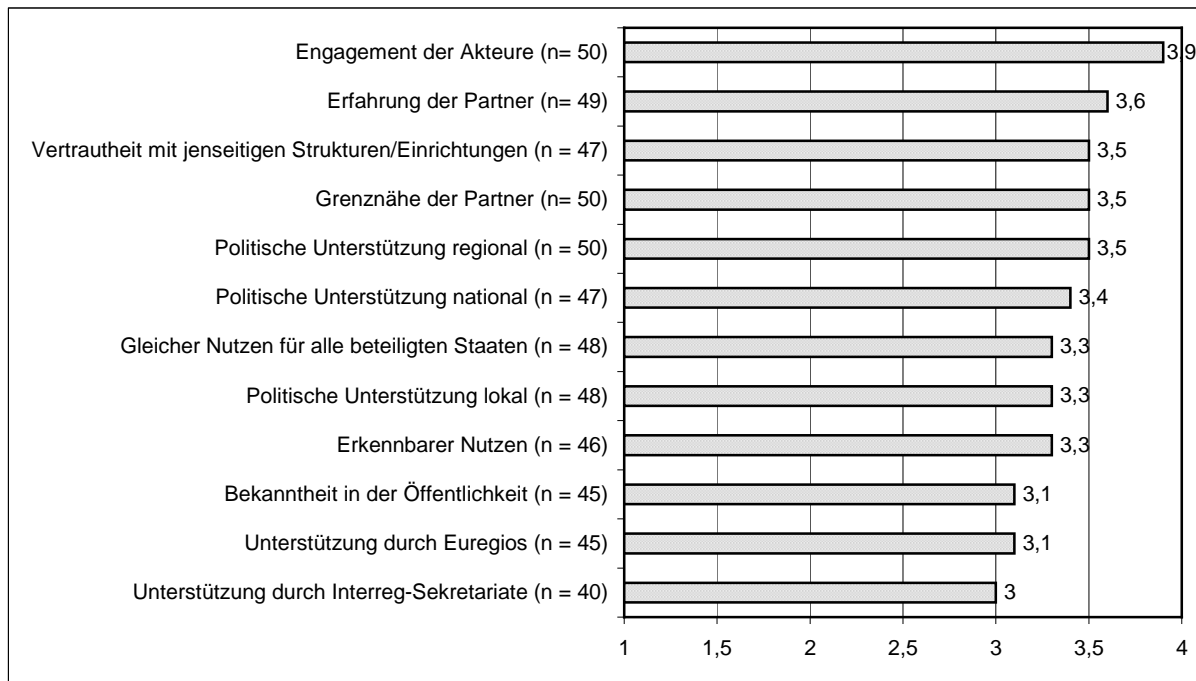
Auch die lokale Unterstützung auf lokaler, regionaler und nationaler Ebene sowie der gleiche Nutzen des Gesundheitsprojektes für alle beteiligten Staaten wird von über 90 Prozent der befragten Projektträger als (sehr) förderlich bewertet. Lediglich ein kleiner Prozentsatz (zwischen vier und sechs Prozent) bewertete diese Faktoren als kaum förderlich. Etwas anders stellen sich die Ergebnisse bei der Unterstützung durch Interreg-Sekretariate, der Unterstützung durch Euregios, der Bekanntheit der Projekte in der Öffentlichkeit sowie dem erkennbaren Nutzen der Projekte dar, die – je nach Faktor – von 15 bis 25 Prozent der Befragten als (eher) nicht förderlich bewertet wurden. Hervorzuheben ist hier insbesondere die Unterstützung durch Interreg-Sekretariate, die sich nach Ansicht von einem Viertel der Befrag-

---

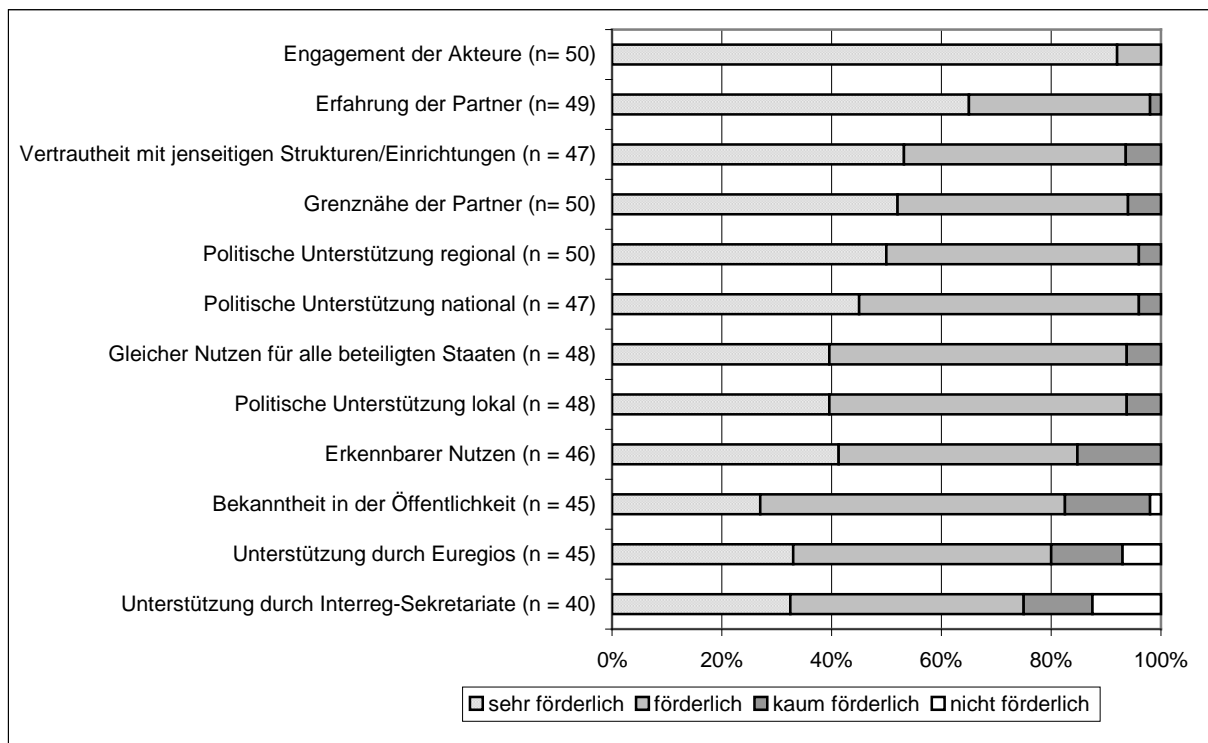
<sup>137</sup> Die Frage lautete: „In welchem Ausmaß fördern Ihrer Ansicht nach die folgenden Faktoren im Allgemeinen die Arbeit grenzübergreifender Gesundheitsprojekte (inkl. Projekte im Bereich Rettungswesen, Katastrophenschutz)?“

## 11. Fördernde und hemmende Faktoren

ten kaum oder sogar nicht förderlich auf die grenzübergreifende Zusammenarbeit in Gesundheitsprojekten auswirkt (Abbildung 51).



**Abbildung 50:** Bewertung potenziell förderlicher Faktoren der grenzübergreifenden Zusammenarbeit in Gesundheitsprojekten auf einer 4er-Skala von sehr förderlich (4) bis nicht förderlich (1) (Mittelwerte, Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Projektträger-Befragung des Projektes „EUREGIO“, n = Anzahl der Angaben)



**Abbildung 51:** Bewertung potenziell förderlicher Faktoren der grenzübergreifenden Zusammenarbeit in Gesundheitsprojekten (Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Projektträger-Befragung des Projektes „EUREGIO“, n = Anzahl der Angaben)

## 11. Fördernde und hemmende Faktoren

Wie bei den hemmenden Faktoren kann auch hier unterschieden werden zwischen „internen Faktoren“ im direkten Umfeld der Projekte, auf die Projektakteure einen Einfluss haben (können), und „externen Faktoren“ im allgemeinen Umfeld der Projekte, auf die Projektakteure selbst direkt (eher) keinen Einfluss haben. Die abgefragten Faktoren wurden – soweit möglich – einer dieser beiden Kategorien zugeordnet (Tabelle 48). Bei den drei aus Sicht der Projektträger am stärksten fördernden Faktoren (Engagement der Akteure, Erfahrung der Projektpartner in der grenzübergreifenden Zusammenarbeit, Vertrautheit mit den Strukturen/Einrichtungen des Nachbarlandes) handelt es sich um interne Faktoren.

**Tabelle 48** Interne und externe fördernde Faktoren der grenzübergreifenden Zusammenarbeit in Gesundheitsprojekten

Interne Faktoren	Externe Faktoren
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Engagement der Akteure</li> <li>- Erfahrung der Projektpartner in der grenzübergreifenden Zusammenarbeit</li> <li>- Vertrautheit mit den Strukturen/Einrichtungen des Nachbarlandes</li> <li>- Bekanntheit des Projektes in der Öffentlichkeit</li> <li>- Erkennbarer Nutzen für die Bevölkerung</li> <li>- Gleicher Nutzen für alle beteiligten Staaten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Politische Unterstützung auf lokaler Ebene</li> <li>- Politische Unterstützung auf regionaler Ebene</li> <li>- Politische Unterstützung auf nationaler Ebene</li> <li>- Unterstützung durch Euregios und ähnliche Strukturen</li> <li>- Unterstützung durch Interreg-Sekretariate</li> </ul>
Nicht zuzuordnen	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Grenznähe der Partner</li> </ul>	

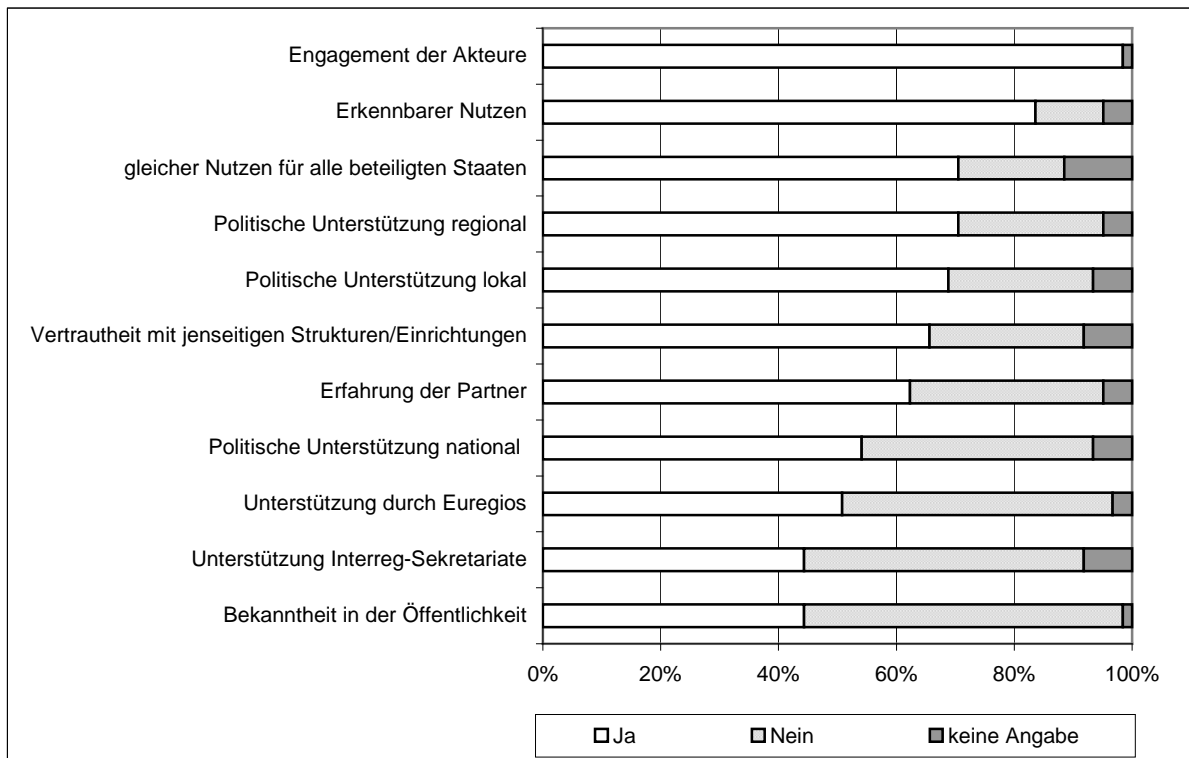
Die Projektträger nannten zudem eine Reihe weiterer fördernder Faktoren (s. Frage 57 in Anlage 10), hierzu gehörten:

- Sprachkenntnisse (vier Nennungen),
- das Wissen über Kultur, Strukturen, Systeme und Aktivitäten des Nachbarlandes (drei Nennungen),
- Offenheit der Partner, Wille zur Zusammenarbeit und das Vertrauen zwischen den Projektpartnern (drei Nennungen), die sich auch unter dem Schlagwort „gute Partnerschaft“ zusammenfassen lassen,
- eine gleiche bzw. gemeinsame Zielsetzung (zwei Nennungen),
- Treffen mit anderen Projekten und Erweiterung bestehender Netzwerke (zwei Nennungen), die unter dem Oberbegriff „Erfahrungs- und Informationsaustausch“ zusammengefasst werden können,
- Publikationen in lokalen Medien und Aufstellung eines Publizitätsplanes (zwei Nennungen), die unter dem Oberbegriff „Öffentlichkeitsarbeit“ zusammengefasst werden können,
- die Nutzung bestehender Strukturen (eine Nennung) und
- eine klare und frühzeitige Projektplanung (eine Nennung).



### 11.2.2 Häufigkeit des Auftretens in Gesundheitsprojekten

Abbildung 52 zeigt, wie häufig die von den Projektträgern als (sehr) fördernd bewerteten Faktoren in grenzübergreifenden Gesundheitsprojekten mit deutscher Beteiligung vorkommen. Am häufigsten trat in den untersuchten Projekten entlang der deutschen Außengrenze der fördernde Faktor „Engagement der Projektakteure“ auf, gefolgt von dem Faktor „erkennbarer Nutzen für die Bevölkerung“ an zweiter und den Faktoren „gleicher Nutzen für die am Projekt beteiligten Staaten“ und „politische Unterstützung auf regionaler Ebene“ an dritter Stelle.

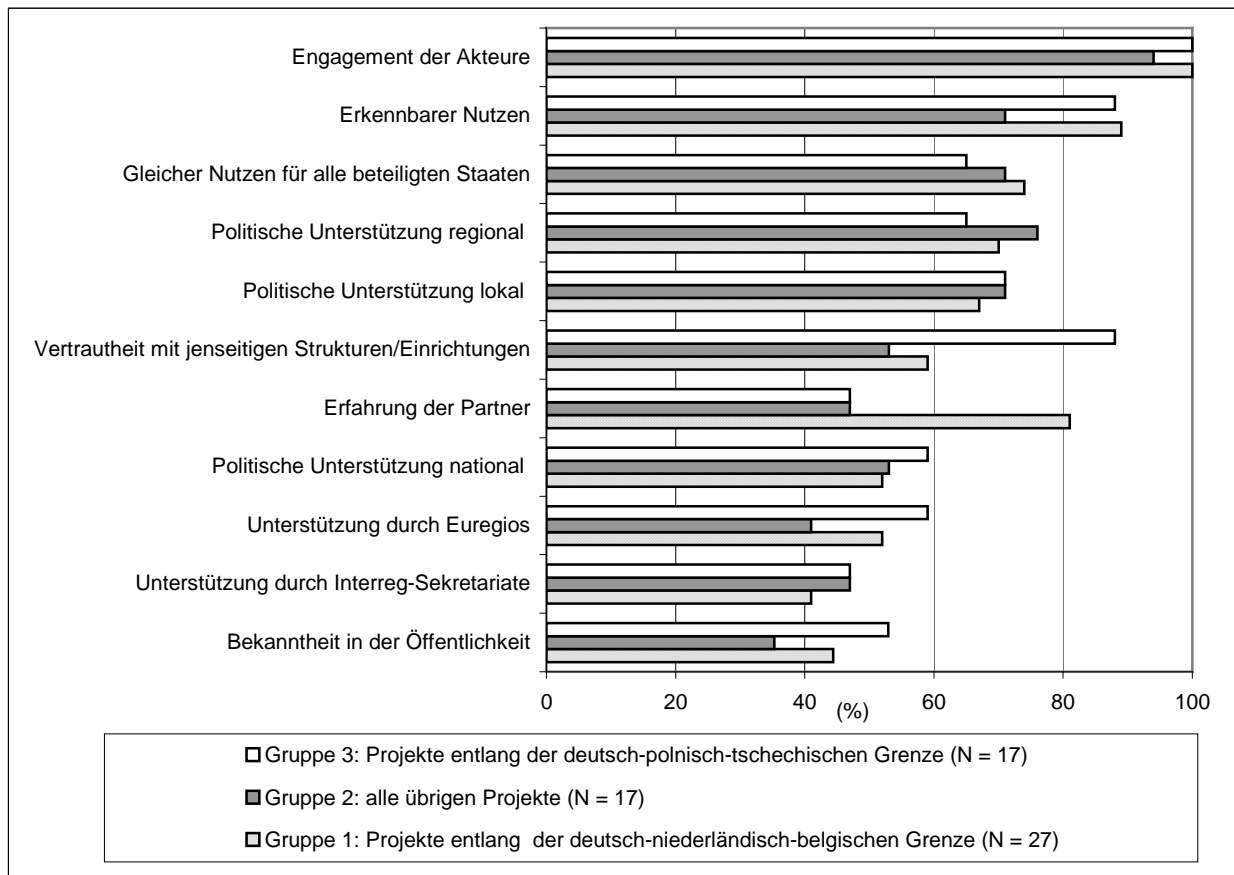


**Abbildung 52:** Grenzübergreifende Gesundheitsprojekte mit deutscher Beteiligung – Vorkommen potenziell fördernder Faktoren (N = 61, eigene Darstellung auf Basis der Projektträger-Befragung des Projektes „EUREGIO“)

In nahezu allen Fällen (98 Prozent) bejahten die befragten Projektträger die Frage nach dem Vorhandensein des persönlichen Engagements der Projektakteure. Wie bei dem Faktor „Interessenkonflikte zwischen Projektakteuren“ kann auch hier nicht ausgeschlossen werden, dass die „soziale Erwünschtheit“ das Antwortverhalten zu Gunsten eines positiven Antwortverhaltens beeinflusste. Des Weiteren bejahte der überwiegende Teil der Projekte den erkennbaren Nutzen ihres Projektes für die Bevölkerung (84 Prozent), sieben Projekte hingegen verneinten diese Frage. Auch hier kann die Beeinflussung des Antwortverhaltens durch „soziale Erwünschtheit“ zu Gunsten positiver Angaben nicht ausgeschlossen werden. Zudem war in knapp drei Viertel der Fälle (70 Prozent) das Projekt für die jeweils am Projekt beteiligten Staaten von gleichem Nutzen.

## 11. Fördernde und hemmende Faktoren

In knapp zwei Drittel der Projekte (62 Prozent) waren Partner beteiligt, die über Erfahrungen in der grenzübergreifenden Zusammenarbeit verfügten. Auch waren die Projektakteure in der Mehrzahl der Projekte mit den Strukturen und Einrichtungen im Nachbarland vertraut (66 Prozent). Politische Unterstützung erfuhren die Projekte insbesondere auf lokaler und/oder regionaler, seltener hingegen auf nationaler Ebene. Knapp die Hälfte der Projekte (43 Prozent) gab an, auf allen drei Ebenen unterstützt worden zu sein, während 13 Prozent keinerlei politische Unterstützung erfahren hatte. Eine Unterstützung durch grenzübergreifende Strukturen wie Euregios und Interreg-Sekretariate erfuhren die Gesundheitsprojekte vergleichsweise selten (51 bzw. 44 Prozent der Fälle). Auch war nur knapp die Hälfte der Projekte in der Öffentlichkeit bekannt.<sup>138</sup>



**Abbildung 53:** Grenzübergreifende Gesundheitsprojekte mit deutscher Beteiligung – Vorkommen potenziell fördernder Bedingungen in Projekt-Untergruppen (Angabe in %; eigene Darstellung auf Basis der Projektträger-Befragung des Projektes „EUREGIO“)

Wie bei den hemmenden Faktoren wird getrennt für die Projekte entlang der deutsch-niederländisch-belgischen Grenze (Gruppe 1), der deutsch-polnisch-tschechischen Grenze (Gruppe 3) und den übrigen überwiegend im Süden Deutschlands angesiedelten Projekten (Gruppe 2) untersucht, wie häufig die einzelnen fördernden Faktoren in diesen drei Gruppen auf-

<sup>138</sup> Hier wurde auf die Frage 39 im Projektträger-Fragbogen zurückgegriffen („Wie gut ist bzw. war Ihrer Einschätzung nach das Projekt in der Öffentlichkeit bekannt?“). Angaben waren hier auf einer Skala von 1 (sehr gut) bis 6 (gar nicht bekannt) möglich. Angaben zwischen 1 und 3 wurden hier als „bekannt“ gewertet.

treten. In Gruppe 1 stand das Engagement der Projektakteure (100 Prozent) an erster Stelle, gefolgt von dem erkennbaren Nutzen der Projekte in der Bevölkerung (89 Prozent) und der Erfahrung der Projektpartner (81 Prozent). Im Vergleich zu anderen beiden Gruppen zeichnen sich die Projekte entlang der deutsch-niederländisch-belgischen Grenze durch einen sehr hohen Anteil an in der grenzübergreifenden Zusammenarbeit erfahrenen Partnern aus (81 Prozent). Zu den am häufigsten vorkommenden fördernden Faktoren in Gruppe 2 gehörte – wie auch in Gruppe 1 – das Engagement der Akteure (94 Prozent), gefolgt von der politischen Unterstützung auf regionaler Ebene (76 Prozent) sowie den Faktoren „erkennbarer Nutzen der Projekte für die Bevölkerung“, „gleicher Nutzen für die am Projekt beteiligten Staaten“ und „politische Unterstützung auf lokaler Ebene“ (je 71 Prozent). Auch alle 17 Projekte entlang der deutsch-polnisch bzw. deutsch-tschechischen Grenze gaben an, dass sich die im Projekt beteiligten Akteure engagierten. Zudem war ein hoher Anteil der Projekte (88 Prozent) mit Strukturen und Einrichtungen des Nachbarlandes vertraut. Hierin unterscheidet sich die Projekte dieser Gruppe von Projekten der Gruppe 1 und 2, von denen dies lediglich auf rund die Hälfte der Projekte zutraf. Zudem wies ein Großteil der Projekte entlang der deutsch-polnisch bzw. deutsch-tschechischen Grenze (88 Prozent) nach eigenen Angaben einen erkennbaren Nutzen für die Bevölkerung auf (Abbildung 53).

### 11.3 Zusammenfassung

Projektträger nannten als stärkste Hemmnisse der grenzübergreifenden Zusammenarbeit im Gesundheitssektor das bürokratische Antragsverfahren, einen hohen administrativen Aufwand bei der Projektabwicklung und finanzielle Probleme. Bei diesen Faktoren handelt es sich um externe Hindernisse, auf die Projektträger keinen oder nur einen geringen Einfluss haben. Die erstgenannten Hindernisse traten in knapp zwei Dritteln der Projekte auf, während sich finanzielle Probleme etwa in jedem vierten Projekt zeigten.

Aber auch andere hemmende Faktoren wie Interessenkonflikte zwischen den Projektakteuren, die gleichzeitige Nutzung verschiedener Förderprogramme, Sprachbarrieren, Schwierigkeiten bei der Projektpartnersuche, Unterschiede in Organisation und Verwaltung zwischen den Staaten und personelle Veränderungen im Projektmanagement bewerteten mindestens zwei Dritteln der Projekte als (sehr) hemmend bewertet. Diese Faktoren traten in Projekten unterschiedlich häufig auf. Während sich z.B. Unterschiede in Organisation und Verwaltung sowie Sprachbarrieren in über der Hälfte der Projekte zeigten, traten Schwierigkeiten bei der Projektpartnersuche lediglich in fünf Prozent der Fälle auf.

Es gab jedoch bei allen vorgegebenen Items immer einige Experten, aus deren Sicht die genannten Faktoren kein oder zumindest nur ein geringes Hindernis darstellen. Die Spaltung der Befragten zeigte sich insbesondere bei der Frage nach dem Einfluss fehlender Kooperationsvereinbarung, Mentalitätsunterschieden sowie der Fragen nach Datenschutzproblemen. Diese Faktoren können somit nur bedingt als hemmende Faktoren der grenzübergreifenden Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich bezeichnet werden.

Etwas anders stellt sich das Bild bei den fördernden Faktoren dar. Hier wurden alle im Fragebogen vorgegebenen Faktoren als (sehr) förderlich bewertet. Zudem benannten die Projektakteure eine Vielzahl weiterer fördernder Faktoren. Zu den Faktoren, die aus Sicht der Projektträger am stärksten zum Erfolg grenzübergreifender Projekte beitragen, gehören das persönliche Engagement der Projektakteure und die Erfahrung der beteiligten Projektpartner in der grenzübergreifenden Zusammenarbeit. Hierbei handelt es sich um interne Faktoren, auf welche die Projekte selbst einen Einfluss haben. Diese beiden Faktoren traten in den befragten grenzübergreifenden Gesundheitsprojekten relativ häufig auf. So zeigten den Angaben der Projektträger zufolge die im Projekt beteiligten Akteure in nahezu allen Projekten ein persönliches Engagement. In knapp zwei Drittel der Fälle verfügten Projektakteure über Erfahrungen in der Zusammenarbeit, wobei dieser hohe Prozentsatz insbesondere auf die Vielzahl erfahrener Partner in deutsch-niederländisch-belgischen Projekten zurückzuführen ist.

Zudem zeigt die Analyse sowohl bei einigen fördernden als auch einigen hemmenden Faktoren regionale Unterschiede. So traten beispielsweise Sprachbarrieren insbesondere in Projekten entlang der deutsch-polnisch-tschechischen Grenze auf, während Mentalitätsunterschiede insbesondere von Projektträgern entlang der deutsch-niederländisch-belgischen Grenze genannt wurden. Ob bzw. in welchem Umfang die einzelnen Faktoren den Erfolg der Projekte gefördert oder behindert haben, lässt sich anhand der Ergebnisse nicht feststellen.

### Kapitel 12

## Zusammenfassende Analyse der Ergebnisse

Grenzübergreifende Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich zwischen Deutschland und seinen Nachbarstaaten ist inzwischen keine Besonderheit mehr. Sowohl im Norden als auch im Süden, Osten und Westen Deutschlands werden gemeinsam mit Partnern jenseits der Grenze im Gesundheitsbereich einerseits Projekte durchgeführt, andererseits Netzwerke aufgebaut und Strategien entwickelt. Diese Aktivitäten haben unter anderem zum Ziel, Hindernisse der grenzübergreifenden Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich zu beseitigen, vorhandene Ressourcen effizienter zu nutzen und die Gesundheitsleistungen zum Nutzen der Einwohner der Region zu verbessern. Durch das EU-Förderprogramm Interreg sowie Euregios werden Rahmenbedingungen geschaffen, die wesentlich zur Förderung der grenzübergreifenden Zusammenarbeit im Gesundheitssektor und in anderen Themenfeldern beitragen.

Basierend auf den vorangehend dargestellten theoretischen Hintergründen und Ergebnissen erfolgt in diesem Kapitel eine zusammenfassende Analyse der Ergebnisse. Die Gliederung des Kapitels orientiert sich hierbei an den in der Einleitung aufgeführten Forschungsfragen der Arbeit. Zunächst erfolgt jedoch eine kritische Betrachtung der Datenlage und der dieser Arbeit zugrundeliegenden Informationsquellen.

### 12.1 Kritische Betrachtung der Datenlage und der verwendeten Informationsquellen

Operationelle Interreg-Dokumente stellen eine wesentliche Informationsquelle der vorliegenden Arbeit dar. Die Dokumente stellen die Basis für die Umsetzung der Interreg-Programme dar. Diese Dokumente werden in den jeweiligen Programmgebieten von einer Gruppe von Experten erstellt und durchlaufen in der Regel einen mehrstufigen Abstimmungsprozess, an dem weitere Experten beteiligt sind. Die jeweiligen Dokumente spiegeln somit nicht die Ansicht einer Einzelperson wider, sondern sind Ergebnisse eines zunehmend stärker stattfindenden „Bottom-up“-Ansatzes. Es kann daher davon ausgegangen werden, dass die für die Programmregion wichtigen Themen auch in den Dokumenten behandelt werden. In den Dokumenten werden verschiedene als wichtig erachtete Themen behandelt. Gesundheit stellt – soweit als Thema behandelt – somit nur eines von mehreren Themen dar. Eine vertiefende kritische Auseinandersetzung mit Einzelthemen ist nicht Ziel der Dokumente. Auch lassen sich Entwicklungen einzelner Themenfelder nicht anhand der Dokumente verfolgen. Hierzu liefern erst Dokumente verschiedener Zeiträume einen Einblick. Insbesondere bei älteren Dokumenten stellt zudem die Zugänglichkeit zu diesen ein Problem dar, auf welches im Folgenden noch eingegangen wird.

Wie unter anderem die Analyse der Modellregionen zeigte (Kapitel 9), liegen über Aktivitäten vor Beginn der 1990er Jahre kaum Informationen vor. Erst mit der Einführung des EU-Förderprogramms Interreg Anfang der 1990er Jahre war eine systematische Berichterstattung

und Öffentlichkeitsarbeit über grenzübergreifende Aktivitäten verbunden, die im Laufe der Förderperioden zunehmend verbessert wurde. Die Informations- und Datenlage für Untersuchungen der grenzübergreifenden Zusammenarbeit kann daher erst seit Einführung des Interreg-Programms als gut bezeichnet werden. Für Aktivitäten, die nicht über Interreg-gefördert werden, liegen auch derzeit noch keine zufriedenstellenden Informationsquellen vor. Aus diesen Gründen liegt ein Fokus der vorliegenden Arbeit auf dem Interreg-Programm und den hierunter geförderten Gesundheitsaktivitäten. Da das Programm erst Anfang der 1990er Jahre startete, beschränkt sich die Arbeit zudem im Wesentlichen auf einen vergleichsweise kurzen Zeitraum von Anfang der 1990er Jahre bis heute.

Umfassende Informationen über die Förderperioden Interreg I (1990 bis 1994) und Interreg II (1995 bis 1999) sind über das Internet häufig nicht zugänglich.<sup>139</sup> Auch konnten einige Interreg IIIA-Sekretariate keine Informationen über vorangegangene Interreg IIA-Projekte liefern (vgl. Kapitel 8.2.1). Eine deutliche bessere Informationslage bietet hingegen die Förderperiode Interreg IIIA. Für diese Förderperiode wurde für alle Programme in der Verordnung (EG) Nr. 1260/1999 des Rates vom 21. Juni 1999 (Artikel 37 und 42) die Erstellung von jährlichen Durchführungsberichten, eines Schlussberichtes sowie einer Dokumentation der Halbzeitbewertung festgelegt. Auch existieren für die einzelnen Interreg IIIA-Programme Internetseiten, die umfassende Informationen über diese Förderperiode liefern. Zudem etablierte die EU im Jahr 2002 das Programm INTERACT<sup>140</sup>, das unter anderem Informationen zu den einzelnen Interreg IIIA-Programmen auf einer Informationsplattform zusammenführte (URL 68). Die umfassendsten Informationen liegen somit derzeit für die Förderperiode Interreg IIIA vor.

Umsetzungsaktivitäten der Förderperiode Interreg IVA (2006-2013) laufen zurzeit an. Die vorliegenden Programmdokumente, welche die Basis für die praktische Umsetzung der Interreg IVA-Programme bilden, beinhalten lediglich Absichtserklärungen. Interreg IVA-Projekte wurden bisher noch nicht realisiert. Für diese Förderperiode liegen daher bisher keine aussagekräftigen Daten zur Anzahl der Gesundheitsprojekte und zur Höhe der für diese aufgewandten Projektmittel vor. Eine vorläufige Prognose lässt sich jedoch anhand vorangegangener Entwicklungen und der bisher vorliegenden operationellen Programme bereits zum jetzigen Zeitpunkt treffen.

Für die vorliegende Arbeit wurden verschiedene Informationsquellen genutzt. Lagen zu einer Fragestellung Informationen aus verschiedenen Quellen vor, wurde jeweils auf die aktuellste Quelle zurückgegriffen. Lagen keine aktuellen Informationen vor, wurden – soweit vorhanden – ältere Quellen genutzt und dies in der Arbeit an entsprechenden Stellen vermerkt. Auch lieferte die Datenlage für einige Fragestellungen nur Teilinformationen (vgl. z.B. Darstellung der

---

<sup>139</sup> Ob Informationen wie operationelle Programme und Abschlussberichte der einzelnen Interreg-Programme während der Programmlaufzeit z.B. über entsprechende Internetseiten öffentlich zugänglich waren und diese zu einem späteren Zeitpunkt gelöscht wurden, lässt sich nicht mehr nachvollziehen.

<sup>140</sup> INTERACT ist ein Begleitprogramm zu Interreg. Es zielt unter anderem darauf ab, die Verwaltung der INTERREG-Programme durch Erfahrungs- und Informationsaustausch auf Projekt- und Programmebene zu fördern, die Weiterentwicklung von INTERREG zu unterstützen und die Koordinierung an den EU-Außengrenzen zu fördern und zu erleichtern.

Interreg IIA Gesundheitsprojekte in Kapitel 8.2.1). Um ein möglichst vollständiges Bild zu liefern, wurden auch diese in der vorliegenden Arbeit verwertet.

Ein Teil der Analyseergebnisse basiert auf Dokumentenanalysen. Nach Yin (1994: 82) sollten Studien neben Dokumenten auch weitere Quellen nutzen, um so ein vollständiges Bild des Untersuchungsgegenstandes zu erhalten.<sup>141</sup> In einigen Fällen waren die in den Dokumenten getroffenen Aussagen bzw. Angaben selbst Gegenstand der Untersuchung. Ein Beispiel hierfür ist die in Kapitel 7.2.2 durchgeführte Analyse der Themenschwerpunkte euregionaler Gründungsdokumente. In diesen Fällen erübrigte sich die Analyse ergänzender Quellen. Wurden Zahlenwerte übernommen, wurden diese als valide gewertet und nicht anhand möglicher weiterer Quellen überprüft.

Neben Dokumenten und Internet-Seiten stellen auch die im Rahmen des EU-Projektes „EU-REGIO“ durchgeführten schriftlichen Befragungen von Interreg-Sekretariaten, Euregio-Geschäftsstellen und Projektträger eine für diese Arbeit wesentliche Informationsquelle dar. Die hierbei gewonnenen Daten wurden für die vorliegende Arbeit einer Re-Analyse unterzogen. Da die Autorin als wissenschaftliche Mitarbeiterin des EU-Projektes wesentlich an der Gewinnung der Daten beteiligt war, stellte die Zugänglichkeit und Fremdheit der Daten kein Problem dar. Vorteilhaft ist zudem, dass die Forschungsinteressen von Primär- und Sekundäranalyse genügend dicht beieinander liegen, so dass eine Konstruktion eigener valider Indikatoren nicht notwendig war.

Die schriftlichen Befragungen wurden Ende 2004 (Euregio- und Interreg-Befragung) bzw. von Mitte 2005 (Projektträger-Befragung) abgeschlossen. Auch wenn seit Abschluss der Befragung rund drei Jahre vergangen sind, geht die Autorin davon aus, dass die auf diesen Datenquellen basierenden Ergebnisse (Analyse der Projektlandschaft und der fördernden und hemmenden Faktoren), nach wie vor aktuell sind. Ob und in welchem Ausmaß Entwicklungen auf europäischer Ebene wie insbesondere die neue Förderperiode Interreg IVA auch zu Veränderungen in der grenzübergreifenden Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich führen, bleibt abzuwarten.

### **12.2 Rolle der Euregios bei der grenzübergreifenden Zusammenarbeit im Gesundheitssektor**

Entlang der deutschen Grenze gibt es inzwischen mehr als zwanzig Euregios, die sich hinsichtlich der Dauer ihres Bestehens, der Gebietsgröße, der Bevölkerungsdichte, ihrer personellen und finanziellen Ausstattung sowie weiterer Merkmale unterscheiden (s. Kapitel 7). Es kann somit nicht von „der“ Euregio gesprochen werden.

Für die inhaltliche Arbeit in Euregios sind Arbeitsgruppen zuständig. Kapitel 7.2.3 zeigt, dass in neun der 23 untersuchten Euregios Arbeitsgruppen als Bestandteil der euregionalen Organisationsstruktur eingerichtet wurden, die sich mit dem Thema „Gesundheit“ befassen. Diese

---

<sup>141</sup> Yin bezog sich hierbei auf Fallstudien.

Arbeitsgruppen dienen in erster Linie dem Erfahrungs- und Informationsaustausch; aber auch Aufgaben wie die Entwicklung und Umsetzung konkreter Projektideen, die Beurteilung von Projektvorschlägen oder die Erstellung von Konzepten können von diesen wahrgenommen werden.

Bei der Entwicklung und Umsetzung von Interreg-Programmen nehmen die Euregios entlang der deutschen Grenze eine zentrale Rolle ein. So ist die Mehrzahl der untersuchten Euregios an der Erstellung und Umsetzung „ihrer“ Interreg-Programme beteiligt (s. Kapitel 7.3). Zum Beispiel haben die in der vorliegenden Arbeit untersuchten Modellregionen EUREGIO, Euregio Maas-Rhein und Euroregion Pomerania Positionspapiere, Strategiepapiere bzw. Entwicklungs- und Handlungskonzepte erstellt, welche in die Interreg-Programmdokumente einfließen. Euregios haben somit einen Einfluss auf die Ausgestaltung der Interreg-Programme und können dazu beitragen, dass „Gesundheit“ als ein wesentliches Thema in die Programme einfließt. Durch die Beteiligung an Strukturen zur Durchführung der Interreg-Programme wird den Euregios eine Schlüsselrolle bei der Programmumsetzung zuerkannt.

Nicht alle Euregios sind jedoch in gleichem Umfang in Interreg involviert. So liegt zum Beispiel in den Händen der Euroregion Pomerania lediglich der Fond für die so genannten Kleinprojekte, während für die Abwicklung größerer Projekte das gemeinsame technische Sekretariat des Interreg-Programms zuständig ist, das nicht bei der Euroregion angesiedelt ist (s. Kapitel 3.4.3). Dies gilt nach Schöne (2006: 182) auch für andere Euroregionen entlang der deutsch-polnischen und deutsch-tschechischen Grenze. Weit mehr Kompetenzen wurden hingegen den Euregios entlang der deutsch-niederländisch-belgischen Grenze übertragen, bei denen auch die Interreg-Sekretariate angesiedelt sind (s. Kapitel 3.4.1 und 3.4.2). Um die Rolle der Euregios bzgl. grenzübergreifender EU-Programme zu stärken, empfahl das Europäische Parlament (2005a: 5), dass Euregios solche Programme zukünftig gemeinsam mit nationalen Einrichtungen erarbeiten, durchführen und verwalten. Für Euregios wie beispielsweise die deutsch-niederländisch-belgische Euregio Maas-Rhein, die bereits eine wesentliche Funktion bei der Erarbeitung und Umsetzung der Interreg-Programme innehat, sind diese Empfehlungen bereits überholt. Für andere, zum Teil personell und finanziell schwach ausgestattete Euregios hingegen, sind diese Empfehlungen möglicherweise nur mit zusätzlichen personellen und finanziellen Ressourcen zu realisieren.

Bei der Entwicklung und Umsetzung von Projekten können Euregios eine aktive Rolle übernehmen, indem sie potenzielle Projektpartner vermitteln, Informationen über bestehende Projekte verbreiten, eigene Projektideen entwickeln, Projektakteure bei der Beantragung von Fördermitteln beraten oder an der Auswahl und Genehmigung von Interreg-Projekten beteiligt sind. Euregios haben somit in gewissen Umfang auch einen Einfluss auf die Qualität von Gesundheitsprojekten. Den Angaben der Projektträger zufolge waren in knapp zwei Drittel der Projekte Euregios oder ähnliche Strukturen an der Projektvorbereitung und/oder der Projektumsetzung beteiligt (vgl. Kapitel 10.2.7). Eine wesentliche Aufgabe der Euregios scheint hier in der Unterstützung der Projekte bei der Finanzierung und finanziellen Abwicklung der Projekte zu bestehen. Die Kooperation zwischen Projekten und Euregios kann sicher noch



verbessert werden. Auf einer internationalen Konferenz im Januar 2006 in Bielefeld, an der Vertreter von rund vierzig grenzübergreifenden europäischen Gesundheitsprojekten teilnahmen, wurde unter anderem Unterstützungsbedarf bei der Suche nach Projektpartnern, Verhandlungen mit Interreg-Sekretariaten, der Öffentlichkeitsarbeit sowie bei der Bereitstellung von Informationen über bestehende Förderprogramme geäußert (Brand et al. 2006: 52ff.). Einige dieser Aufgaben, beispielsweise die Unterstützung bei der Projekt-Partnersuche, werden häufig von Euregios bereits wahrgenommen. Die von Projektträgern benannten Bedarfe lassen vermuten, dass die Dienstleistungsangebote der Euregios den Projektakteuren nicht immer bekannt sind. Es erscheint daher notwendig, dass Euregios ihre Leistungen stärker bekannt machen.

In Einklang mit AGE (2006a) und Malchus (2007) lässt sich Rolle von Euregios und ähnlichen Strukturen in der grenzübergreifenden Zusammenarbeit im Gesundheitswesen wie folgt zusammenfassen:

- Durch die Einrichtung euregionaler Arbeitskreise zum Thema Gesundheit, die Erstellung von Strategiedokumenten und anderen Aktivitäten übernehmen sie die Rolle als Motor, Impulsgeber und Schrittmacher.
- Sie sind Partner und Dienstleister für Projekte.
- Sie stellen eine grenzübergreifende Plattform, Drehscheibe und Anlaufstellen für Bürger und Institutionen dar.
- Durch politische Lobbyarbeit, Entwicklung von Strategien und andere Aktivitäten übernehmen sie die Rolle als Türöffner und Wegbereiter.

Hierbei handelt es sich insgesamt um Funktionen, die Euregios und ähnliche Strukturen auch in anderen Themenfeldern wie beispielsweise Kultur, Bildung oder Wirtschaftsförderung wahrnehmen (können).

### **12.3 Stellenwert und Entwicklung des Themas „Gesundheit“ in der grenzübergreifenden Zusammenarbeit**

Bei der Betrachtung des Stellenwertes und der Entwicklung des Themas „Gesundheit“ lassen sich verschiedene Ebenen unterscheiden, die räumlich eng miteinander verknüpft sind: die Interreg-Programmebene, die Euregio-Ebene und die Projektebene.

#### **12.3.1 Interreg-Programmebene**

Die Kooperation zwischen den Regionen der EU wird seit Anfang der 1990er Jahre durch das Förderprogramm Interreg unterstützt. Inzwischen befindet sich das Programm in seiner vierten Förderperiode (2007-2013). Von der EU-Kommission werden zu Beginn jeder Förderperiode Leitlinien aufgestellt. Diese enthalten unter anderem prioritäre Themen, die von der EU gefördert werden. Gesundheit wurde sowohl in den Leitlinien des Förderzeitraums Interreg II (1994-1999), Interreg III (2000-2006) sowie Interreg IV (2007-2013) explizit als

Themenfeld der grenzübergreifenden Zusammenarbeit (Ausrichtung A) aufgeführt.<sup>142</sup> Entsprechend den Leitlinien werden in den Regionen so genannte „operationelle Programme“ entwickelt, die der Kommission zur Bewilligung vorgelegt werden.<sup>143</sup> Es ist den jeweiligen an der Programmerstellung Beteiligten überlassen, ob und in welchem Umfang das Thema „Gesundheit“ in die jeweiligen Dokumente einfließt. Die Analyse der Interreg IIIA- und IVA-Programme zeigte, dass sowohl in der Förderperiode Interreg IIIA als auch IVA in allen Programmgebieten eine Umsetzung von Projekten im Bereich „Gesundheit“ (inklusive von Projekten im Bereich Rettungswesen/Katastrophenschutz) prinzipiell möglich ist bzw. war.<sup>144</sup> Während einige Programme eine Vielzahl unterschiedlicher Maßnahmen erlaubten, setzten andere Programme deutliche Themenschwerpunkte z.B. im Bereich des Katastrophenschutzes.

Operationelle Interreg-Programme geben jedoch lediglich den Rahmen für die Umsetzung des Interreg-Programms vor. Wie viele Gesundheitsprojekte tatsächlich realisiert werden, lässt sich anhand der Programme nicht erkennen. Zudem können Gesundheitsprojekte auch im Rahmen von Maßnahmenfeldern gefördert, bei denen Programmdokumente keinen Gesundheitsbezug erkennen lassen. Ein Beispiel hierfür ist das über Interreg IIIA geförderte Telemedizin-Projekt der Euroregion Pomerania (s. Kapitel 9.3), das im Rahmen der Priorität „Verbesserung der technischen und touristischen Infrastruktur“ gefördert wurde.

Es lässt sich beobachten, dass das Thema „Gesundheit“ auch in Konzepten und Dokumenten zunehmend umfassender behandelt wird. Entsprechende Entwicklungen können zum Beispiel in der Euregio EUREGIO, Euregio Maas-Rhein und der Euroregion Pomerania beobachtet werden (s. Kapitel 9). Dies dürfte darauf hinweisen, dass das Thema inzwischen stärker in den Fokus der Betrachtung gerückt ist. Insgesamt erscheint es jedoch sachdienlicher, die Ebene der Programmumsetzung, d.h. die realisierten Interreg-Projekte zu betrachten, um die Bedeutung und insbesondere Entwicklung des Themas „Gesundheit“ zu bewerten.

### 12.3.2 Euregio-Ebene

Euregios wählen aus der Vielzahl möglicher Themen in der Regel eine begrenzte Anzahl von Themen aus, denen sie sich verstärkt widmen. Das Thema „Gesundheit“ konkurriert somit mit anderen Themen. Anhand der in Kapitel 7 dargestellten Ergebnisse lässt sich zunächst allgemein feststellen, dass ein Großteil der Euregios dem Thema „Gesundheit“ eine hohe Bedeutung beimisst. So werden in nahezu allen euregionalen Gründungsdokumenten (so-

---

<sup>142</sup> Über die Förderphase Interreg I lagen der Autorin keine Informationen vor.

<sup>143</sup> In dem EU-Glossar der Bank für Sozialwirtschaft wird der Begriff der operationellen Programme näher erläutert. Hierin heißt es (URL 69): „Operationelle Programme (OPs) werden von Mitgliedstaaten als Antrag auf Fördermittel aus den europäischen Strukturfonds eingereicht. In ihnen werden die spezifischen Umsetzungen der Förderschwerpunkte bezogen auf das jeweilige Land oder eine Region vorgeschlagen. Die bewilligten Fördergelder dürfen dann nur nach den in den OPs festgelegten Bedingungen verwendet und weitergegeben werden.“

<sup>144</sup> Für Interreg IIA war es aufgrund der Datenlage nicht möglich, eine Aussage für alle Programme mit deutscher Beteiligung zu treffen.

weit solche existieren bzw. Themenschwerpunkte in den Dokumenten aufgeführt wurden) die Themen „Gesundheitswesen“ und/oder „Rettungswesen/Katastrophenschutz“ als Schwerpunkte der grenzübergreifenden Zusammenarbeit genannt. Zudem zeigt sich, dass für den überwiegenden Teil der Euregios (75 Prozent der Euregios, die diese Frage beantworteten) „Gesundheit“ ein (sehr) wichtiges Thema darstellt.

Diese Ergebnisse allein sagen jedoch nichts darüber aus, ob Euregios entlang der deutschen Grenze auch in diesem Bereich aktiv sind. Um dies zu prüfen, wurde der Indikator „Einrichtung einer Arbeitsgruppe zum Thema Gesundheit“ gewählt. Eine besondere Rolle kommt hierbei den so genannten euregionalen Arbeitsgruppen zu, die – im Gegensatz zu projektbezogenen Arbeitsgruppen – in der Regel dauerhaft oder zumindest über einen langen Zeitraum bestehen. Insgesamt wurden neun Euregios (39 Prozent) mit deutscher Beteiligung identifiziert, in denen entsprechende Arbeitsgruppen als Bestandteil der euregionalen Organisationsstruktur existierten; die Mehrzahl der untersuchten Euregios verfügte jedoch nicht über solche Strukturen. Man kann davon ausgehen, dass nur zu Themen, die für Euregios wichtig sind, entsprechende Arbeitsgruppen eingerichtet werden. Folgt man dieser Annahme, so hat „Gesundheit“ für Euregios, die entsprechende euregionale Arbeitsgruppen eingerichtet haben, einen hohen Stellenwert. Der Umkehrschluss, dass Euregios ohne euregionale Arbeitsgruppen zum Thema „Gesundheit“ diesem Thema keine Bedeutung beimessen, ist hingegen nicht zutreffend. So wurden Euregios identifiziert, die Gesundheit als sehr wichtiges oder wichtiges Thema erachteten, jedoch über keine entsprechenden euregionalen Arbeitskreise verfügten (s. Kapitel 7.2.3). Die Arbeit liefert lediglich Hinweise zur Erklärung dieser scheinbaren Widersprüchlichkeit. So kann beispielsweise das Thema „Gesundheit“ zwar als wichtiges Thema, jedoch als zu schwierig für die praktische Bearbeitung erachtet werden, so dass entsprechende Strukturen nicht entstehen.

Eine zeitliche Entwicklung des Themas „Gesundheit“ lässt sich aus diesen Ergebnissen nicht ableiten. Hierzu liefert erst die Betrachtung der Projektebene Erkenntnisse.

### 12.3.3 Projektebene

Projekte werden zum Teil von Euregios selbst, zumeist jedoch von Akteuren in der Region angestoßen. Sie sind daher nicht im eigentlichen Sinne als Aktivitäten der Euregios zu werten. Ein Großteil der von Euregio-Geschäftstellen und Interreg-Sekretariaten rückgemeldeten Projekte wurde über das EU-Programm Interreg gefördert (s. Kapitel 10). Aufgrund dieser Tatsache sowie der guten Dokumentation der Interreg-Projekte wurde die Entwicklung im Bereich Gesundheit in der vorliegenden Arbeit im Wesentlichen anhand der über Interreg-geförderten Projekte nachgezeichnet.

Ein Vergleich der Förderperioden Interreg IIA (1994-1999) und IIIA (2000-2006) (s. Kapitel 8.2.2) sowie die in den Modellregionen dargestellten Entwicklungen (s. Kapitel 9) zeigen, dass das Thema „Gesundheit“ im Laufe der Jahre an Bedeutung gewann. Für nahezu alle Interreg-Programme mit deutscher Beteiligung ließ sich beweisen, dass im Laufe der Zeit

nicht nur die Anzahl der Interreg-Gesundheitsprojekte, sondern auch ihr relativer Anteil bezogen auf alle Interreg Projekte sowie die für Gesundheitsprojekte aufgewendeten Finanzmittel (absolut und relativ) anstieg.

Das Ausmaß zukünftiger Interreg-Trends lässt sich zum gegenwärtigen Zeitpunkt (Mitte 2008) nicht quantifizieren, da zum einen nur in einigen Interreg IVA-Programmplanungsdokumenten Anzahl und Finanzvolumen der geplanten Gesundheitsprojekte aufgeführt werden (s. Kapitel 8.2.2), zum anderen gesundheitsrelevante Projekte auch in Bereichen wie „Wirtschaft“ oder „Bildung“ realisiert werden können und somit nicht als „Gesundheitsprojekte“ im Programmdokument geführt werden. Allgemein lässt sich jedoch feststellen, dass alle Interreg IVA-Programmdokumente mit deutscher Beteiligung Handlungsfelder enthalten, die eine Umsetzung von Interreg-Projekten im Bereich „Gesundheit“ (inkl. Projekte im Bereich Rettungswesen/Katastrophenschutz) im Rahmen von Interreg prinzipiell ermöglichen (s. Kapitel 8.2.2). Erst nach Abschluss der Förderperiode wird sich zeigen, wie viele Interreg IVA-Gesundheitsprojekte in den einzelnen Grenzregionen tatsächlich umgesetzt wurden. Positionspapiere der Euregios (s. Kapitel 9), die vorliegenden operationellen Interreg IVA-Programme sowie das verstärkte Interesse, das die EU der Mobilisierung von Strukturförderprogrammen für Aktivitäten im Gesundheitsbereich entgegenbringt (Madelin 2007: 6ff.), bieten jedoch Anhaltspunkte dafür, dass sich der bisherige Trend im Bereich Gesundheit auch in der neuen Förderperiode fortsetzen wird.

### **12.4 Gesundheitsaktive Grenzregionen**

Wie in Kapitel 8 dargestellt, können verschiedene Indikatoren gewählt werden, um zu untersuchen, wie aktiv eine Grenzregion im Bereich Gesundheit ist. Betrachtet man den Indikator „Anzahl der Gesundheitsprojekte“, so gehören die Grenzregionen entlang der deutsch-niederländischen bzw. deutsch-niederländisch-belgischen Grenze zu den „gesundheitsaktivsten“ Regionen. Hierbei handelt es sich um Regionen, in denen Euregios angesiedelt sind, die aufgrund ihres Bestehens seit den 1950er bzw. 1970er Jahren über eine langjährige Erfahrung in der grenzübergreifenden Zusammenarbeit verfügen. Erste Interreg-Gesundheitsprojekte wurden hier bereits in den 1990er Jahren initiiert (s. Kapitel 9). In diesem Grenzgebiet liegen Rahmenbedingungen vor, die eine frühzeitige Entstehung der Euregios (Perkmann 2005a: 161ff.) und die Entwicklung des Themas Gesundheit begünstigten (s. Kapitel 9).

Die grenzübergreifenden Regionen unterscheiden sich hinsichtlich der ihnen zur Verfügung stehenden Fördermittel sowie der Anzahl der insgesamt durchgeführten Projekte deutlich voneinander (s. Kapitel 3.4 und 9). Setzt man die Anzahl und Ausgaben der Gesundheitsprojekte im Verhältnis zur Anzahl aller Interreg-Projekte insgesamt und den insgesamt zur Verfügung stehenden Mitteln, rücken andere Grenzgebiete in den Vordergrund. Der Indikator „Anzahl der Gesundheitsprojekte“ allein scheint daher unzureichend, um Aussagen darüber zu treffen, in welcher Region Gesundheit eine besonders große Bedeutung beigemessen wird (s. Kapitel 8). Wie am Beispiel der Modellregionen (s. Kapitel 9) gezeigt, ändern sich zudem in den einzelnen Interreg-Programmgebieten im Laufe der Förderperioden die Höhe der

Finanzmittel und die Gesamtzahl der geförderten Interreg-Projekte. Somit ist der Indikator „Anzahl der Gesundheitsprojekte“ allein auch für eine Bewertung der zeitlichen Entwicklung des Themas „Gesundheit“ in einer Region unzureichend. Aus Sicht der Autorin sollte daher bei der Betrachtung und Bewertung der grenzübergreifenden Zusammenarbeit auch das insgesamt zur Verfügung stehende Finanzvolumen sowie die Anzahl grenzübergreifender Aktivitäten insgesamt berücksichtigt und mit den entsprechenden Angaben der Gesundheitsprojekte ins Verhältnis gesetzt werden.

Bei der Untersuchung der Euregios beschränkte sich die Analyse auf die Arbeitskreise. Hiernach gab es in neun der insgesamt 23 untersuchten Euregios sogenannte euregionale Gesundheits-Arbeitskreise. Projekte wurden von der Autorin – wie oben erwähnt – nicht im eigentlichen Sinne als Aktivitäten der Euregios gewertet. Eine Gesamtbetrachtung aller Euregios mit deutscher Beteiligung hinsichtlich der in ihren Gebieten durchgeführten Projekte wurde daher in der vorliegenden Arbeit nicht durchgeführt. Wertet man im engeren Sinne lediglich solche Euregios, die gesundheitsrelevante Arbeitsgruppen als Bestandteil ihrer euregionalen Organisationsstruktur eingerichtet haben, als „gesundheitsaktiv“, so sind neun der 23 untersuchten Euregios als „gesundheitsaktiv“ zu klassifizieren.

In den Gebieten der Grenzregionen findet eine Reihe von Gesundheitsaktivitäten statt. Hierzu gehören die Durchführung von Projekten und Veranstaltungen, der Abschluss von Kooperationsvereinbarungen oder der Aufbau von Netzwerken. Erst alle diese Aktivitäten zusammen ergeben ein umfassendes Bild über die grenzübergreifende Zusammenarbeit im Bereich Gesundheit einer Region. In diesem Sinne wurden in Kapitel 9 drei ausgewählte Modellregionen (die Euregio „EUREGIO“, die Euregio Maas-Rhein sowie die Euroregion Pomerania) vertiefend untersucht.

Sowohl die EUREGIO als auch die Euregio Maas-Rhein (EMR) weisen eine Reihe eher allgemeiner Merkmale auf, die sich auch fördernd auf die grenzübergreifende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen auswirken. Hierzu gehören:

- ihre mehrere Jahrzehnte umfassenden Erfahrungen in der grenzübergreifenden Zusammenarbeit,
- die seit Jahrzehnten gewachsenen euregionalen Strukturen wie Rat, Vorstand, Arbeitskreise etc.,
- die langjährige Erfahrung der Euregios mit der Entwicklung und Umsetzung des Programms Interreg und
- ihre zentrale Funktion, die ihnen bei der Entwicklung und Umsetzung der Interreg-Programme zufällt.

Auch in der grenzübergreifenden Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung weisen beide Euregios Stärken auf. Diese wirken sich auch auf die zukünftige Zusammenarbeit positiv aus. Hierzu gehören:

- die gute Infrastrukturausstattung (beispielsweise hochspezialisierte Kliniken),
- die langjährige Erfahrung verschiedener Akteursgruppen in der Umsetzung grenzübergreifender Gesundheitsprojekte,
- der beginnende kontinuierliche Erfahrungs- und Informationsaustausch im Gesundheitswesen mit den benachbarten Euregios entlang der deutsch-niederländischen Grenze,
- permanente euregionale Facharbeitsgruppen bzw. Kommissionen, die sich dem Thema „Gesundheit“ widmen und „Gesundheits-Netzwerke“ mit einer Vielzahl von Akteuren und Akteursgruppen, die häufig im Rahmen von Projekten entstanden sind sowie
- erste bilaterale Kooperationsverträge zwischen Dienstleistern im Gesundheitswesen und Krankenversicherungsorganisationen.

Die Beispiele der im Gesundheitsbereich sehr aktiven Euregios „EUREGIO“ und Maas-Rhein zeigen, dass es eine Zeit lang dauert, bis sich das Thema „Gesundheit“ etabliert. Während es Anfang der 1990er in beiden Euregios noch darum ging, Kontakte aufzubauen, Sachstandsanalysen zu erstellen und Grundlage für die zukünftige Zusammenarbeit zu legen, konnten Ende der 1990er Jahre und in den Folgejahren bereits in verschiedenen Themengebieten praktische und überwiegend dauerhafte Ergebnisse erzielt werden, auf denen aufbauend auch in der Folgezeit weitere Aktivitäten zu erwarten sind.

Sowohl die EUREGIO als auch die EMR können als Modelle guter Praxis für die grenzübergreifende Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich eine Vorbildfunktion für andere Euregios in Europa übernehmen. Insbesondere der Euregio Maas-Rhein wurde diese Rolle im europäischen Raum bereits zuerkannt. Dies zeigt sich beispielsweise an Einladungen der EMR zu verschiedenen internationalen Symposien, um die EMR-Aktivitäten im Gesundheitsbereich zu präsentieren (z.B. EMR 2006, Scheres 2003, Schröder 2007, Spinnewyn 2002).

Während sich die „EUREGIO“ und die Euregio Maas-Rhein hinsichtlich einer Reihe von Faktoren wie wirtschaftliche Lage, Bevölkerungsdichte, Gesundheitsinfrastrukturausstattung und historischer Entwicklung recht ähnlich sind, ist die Situation in der Euroregion Pomerania von anderen Faktoren geprägt. Diese Unterschiede sind bei einem Vergleich zu berücksichtigen. So prägen Faktoren wie hohe Arbeitslosigkeit, unzureichende Infrastrukturentwicklung, geringe Bevölkerungsdichte sowie die historisch bedingte Trennung zwischen Deutschland und Polen die grenzübergreifende Zusammenarbeit auch im Gesundheitsbereich. Zudem ist zu berücksichtigen, dass hier das Interreg-Förderprogramm erst 1994 startete und die Zusammenarbeit mit Polen lange Jahre durch die Nutzung zweier unterschiedlicher Förderprogramme (des Förderprogramms Interreg auf deutscher und des Programms Phare CBC auf polnischer Seite) erschwert wurde. Auch für die Euroregion Pomerania lässt sich feststellen, dass das Thema „Gesundheit“ in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen hat. Im Vergleich zu den anderen beiden Modellregionen hat das Thema hier dennoch einen eher marginalen Stellenwert. Eine besondere Bedeutung wird in der Euroregion den Themen „Suchtprävention“ und „Telemedizin“ beigemessen. Aktivitäten in diesen Bereichen sollen auch zukünftig fortgesetzt werden. Über die einzelnen Projekte hinaus bestehen – im Gegensatz

zu den anderen beiden Modellregionen – bisher keine umfassenden Akteursnetzwerke in der Euregio. Auch wurde innerhalb der Euroregion bisher keine Arbeitsgruppe als Bestandteil der Organisationsstruktur gegründet, die sich dem Thema „Gesundheit“ verstärkt widmet, wobei auch zu anderen Themenfeldern keine Arbeitsgruppen existieren.

Insgesamt ist aus Sicht der Autorin zukünftig insbesondere eine Verknüpfung der Einzelaktivitäten, die Erstellung langfristiger Handlungskonzepte und die Steuerung und Überwachung der konzeptionellen Umsetzung für eine kontinuierliche Weiterentwicklung des Themas „Gesundheit“ in den Euregios von Bedeutung. Jede der drei untersuchten Euregios weist Besonderheiten auf, über welche die jeweils anderen beiden nicht verfügen. Auch die in der grenzübergreifenden Zusammenarbeit bereits weit fortgeschrittene Euregio Maas-Rhein sowie die EUREGIO können von den Erfahrungen und dem Wissen anderer Euregios profitieren. Eine Vernetzung der Euregios in Europa ist daher für alle Grenzregionen von Nutzen.

### **12.5 Stärken und Schwächen der Projektlandschaft**

Mit der in Kapitel 10 dargestellten Analyse von 61 grenzübergreifenden Gesundheitsprojekten wurde erstmalig eine umfassende Übersicht über die Projektlandschaft grenzübergreifender Gesundheitsprojekte mit deutscher Beteiligung geschaffen. Ein wesentlicher Teil der untersuchten Projekte (85 Prozent) wurde über das Programm Interreg gefördert.<sup>145</sup> Die Analyse zeigt, dass die Themenfelder der Gesundheitsprojekte vielfältig sind. Sie reichen von der Zusammenarbeit im Rettungsdienst über die Gesundheitsförderung bis hin zur Kooperationen im ambulanten und stationären Sektor. In der Analyse werden sowohl Stärken als auch Defizite der Projektlandschaft sichtbar. Positiv hervorzuheben sind die vielfältigen Aktivitäten zur Sicherung der Nachhaltigkeit sowie die partnerschaftliche Zusammenarbeit der Projekte. Defizite zeigen sich insbesondere in den Bereichen Projektevaluation und Zielkriterienentwicklung sowie in den Bereichen Öffentlichkeitsarbeit und Dokumentation. Auf diese Defizite wird im Folgenden näher eingegangen.

Die Projektevaluation kann insgesamt als eher mangelhaft bewertet werden. Hinsichtlich der Ursachen können hier lediglich Vermutungen angestellt werden. So mangelt es den Projektakteuren möglicherweise – wie in einer Studie im Oberrheinraum nachgewiesen (Drewello 2002: 220ff.) – an Evaluationserfahrungen und -kenntnissen. Die Ursachen könnten auch finanzieller Art sein. So benötigen belastbare Evaluationen eine ausreichende finanzielle Ausstattung, wobei näherungsweise von fünf bis zehn Prozent der Projektkosten ausgegangen werden kann (Stahl-Rolf et al. 2002: 25). Auch können unterschiedliche „Evaluationskulturen“ bestehen, die eine gemeinsame Evaluation grenzübergreifender Projekte erschweren (Drewello 2002: 227). Insgesamt lässt sich feststellen, dass im Bereich der Evaluation (inkl. der Entwicklung von Zielkriterien) Verbesserungs- und Unterstützungsbedarf besteht.

---

<sup>145</sup> Vermutlich sind Euregios aufgrund ihrer Einbindung in Interreg-Programme sehr gut über Interreg-Projekte, jedoch selten auch umfassend über weitere Projekte unterrichtet, zumal für letztgenannte Projekte keine Meldepflicht an Euregios oder andere Institutionen bzw. Organisationen besteht. Der Anteil nicht über Interreg geförderten Gesundheitsprojekte entlang der deutschen Grenze ist daher vermutlich höher als den Euregios bekannt.

Die Ergebnisse zeigen, dass Gesundheitsprojekte die Chance, ihre Projektergebnisse über die Publikation solcher Berichte einer breiten Öffentlichkeit zugänglich zu machen, bisher nicht umfassen nutzen. So publizierte rund ein Drittel der untersuchten Projekte ihre Ergebnisse weder in Form von Abschluss- noch in Form von Evaluationsberichten. Es ist daher auch eine verbesserte „Dokumentationskultur“ zu fordern. Interreg-Projekte sind verpflichtet, Fortschritts- und Abschlussberichte zu erstellen (Generalitat Valenciana & Stichting Euregio Maas-Rijn 2005: 5). Diese könnten – vermutlich mit geringem Mehraufwand – auch veröffentlicht werden. Für Projekte, die eine EU-Förderung erhalten, sollte daher nicht nur eine Berichts-, sondern auch eine Veröffentlichungspflicht der Projektergebnisse bestehen.

Bisher sind die Projekte in der Öffentlichkeit kaum bekannt (s. Kapitel 10.2.5). Entsprechend wurde auch im Manifest für die grenzüberschreitende Zusammenarbeit in Europa „Mehr Kommunikation mit der Bevölkerung über europäische Projekte“ empfohlen (EUROMOT 2008: 30). Öffentlichkeitsarbeit ist zudem notwendig, um Akzeptanz und Unterstützung seitens der Politik zu finden. Hinderungsgründe für eine umfassende Öffentlichkeitsarbeit scheinen unter anderem Geld- und Zeitmangel zu sein (Brand et al. 2006: 55). Seitens der Projekte besteht Unterstützungsbedarf bei der Öffentlichkeitsarbeit. Dies wäre eine Aufgabe, die auch Euregios verstärkt übernehmen könnten.

Die Analyseergebnisse beziehen sich im Wesentlichen auf die Interreg-Projektlandschaft. Da Interreg-Projekte einen Auswahlprozess durchlaufen und entsprechende Auswahlkriterien erfüllen müssen, ist zu erwarten, dass diese in vielen Bereichen qualitativ nicht schlechter sind als Projekte, die nicht von der EU gefördert werden. Es kann daher angenommen werden, dass die oben dargestellten Defizite sowohl bei Interreg- als auch bei nicht über Interreg geförderten Projekten auftreten.

### **12.6 Fördernde und hemmende Faktoren der grenzübergreifenden Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich**

Es gibt eine Reihe von Faktoren, welche die Arbeit grenzübergreifender Gesundheitsprojekte fördern oder behindern kann. Einige wesentliche Faktoren wurden im Rahmen der vorliegenden Arbeit identifiziert (s. Kapitel 11). Die Ergebnisse geben Hinweise darauf, welche Voraussetzungen für eine erfolgreiche Kooperation gegeben sein sollten und in welchen Bereichen Handlungsbedarf besteht. Hierbei handelt es sich zum Teil um Faktoren, die sich nicht nur auf den Gesundheitsbereich beziehen.

Die grenzübergreifende Zusammenarbeit wird durch eine Reihe von Faktoren wie Interessenkonflikte zwischen den Projektpartnern, mangelnde Sprachkenntnisse, Mentalitätsunterschiede sowie unzureichende Kenntnisse der Strukturen im Nachbarland erschwert. Das größte Hindernis in der grenzübergreifenden Zusammenarbeit bei Gesundheitsprojekten stellen aus Sicht der befragten Projektträger finanzielle Probleme dar (s. Kapitel 11.1.1). Einige der Faktoren können lediglich langfristig verändert werden, in anderen Fällen sind Ver



änderungen kaum oder nicht möglich. So müssen Unterschiede in den Gesundheitssystemen zunächst als gegeben hingenommen werden, auch wenn eine Konvergenz der Gesundheitssysteme vermutet wird (Leidl 2001). Maßnahmen sollten daher dort ansetzen, wo Veränderungen möglich und aussichtsreich sind. Einige Probleme können nur durch die Projektakteure selbst gelöst bzw. gemindert werden. Hierzu gehören beispielsweise Interessenkonflikte zwischen den Partnern oder Sprachprobleme. Begleitende Maßnahmen wie Sprachkurse können unterstützend wirksam sein. Daneben existieren Hindernisse, die von den Projektakteuren selbst nicht überwunden werden können. Diese erfordern entsprechende Regelungen bzw. Maßnahmen auf übergeordneter Ebene. Hierzu gehören zum Beispiel finanzielle und rechtliche Probleme sowie der administrative Aufwand, der mit den Projekten verbunden ist. Einige Probleme wurden bereits angegangen. So beschloss die EU-Kommission Anfang Juli 2008 den Vorschlag einer „Richtlinie über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung“ (Kommission der Europäischen Gemeinschaften 2008). Die Richtlinie soll Rechtssicherheit für die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen im europäischen Ausland schaffen. Auch sollen die neuen Interreg-Regelungen dazu beitragen, den Verwaltungsaufwand sowohl für die EU-Programme als auch die Projekte zu vereinfachen (URL 70).

Neben Faktoren, welche die grenzübergreifende Zusammenarbeit in Gesundheitsprojekten behindern, gibt es aber auch eine Reihe von fördernden Faktoren. Nach Ansicht der Projektträger trägt das Engagement der Projektakteure am stärksten zum Erfolg von Gesundheitsprojekten bei (s. Kapitel 11.2.1). Ist das Engagement jedoch an Einzelpersonen gebunden und scheiden diese aus dem Projekt aus, ist der Fortgang des Projektes gefährdet. Im Manifest für die grenzüberschreitende Zusammenarbeit in Europa wurde daher die Integration grenzübergreifender Gesundheitsprojekte in die am Projekt beteiligten Einrichtungen empfohlen (EUROMOT 2008: 29). Der Erfolg der Projekte hängt zudem von einer Reihe weiterer projektinterner Faktoren wie beispielsweise der frühzeitigen Festlegung der Aufgaben und Verantwortlichkeiten der Projektpartner ab. Daneben tragen externe Faktoren wie die politische Unterstützung auf lokaler, regionaler und nationaler Ebene sowie die Unterstützung durch Euregios und Interreg-Sekretariate zum Erfolg der Projekte bei. Bisher sind nationale Behörden nur marginal in grenzübergreifende Gesundheitsprojekte involviert (Wolf 2006a: 77). Auf einer internationalen Tagung im März 2007 empfahlen die Veranstaltungsteilnehmer daher, die nationale und die europäische Ebene stärker in entsprechende Aktivitäten einzubinden (a.a.O.).

Die Analysen zeigten zudem regionale Unterschiede. Bei Maßnahmen zur Stärkung fördernder Faktoren sowie zur Behebung von Hindernissen sollten daher entsprechende gebietspezifische Bedürfnisse berücksichtigt werden.

## Kapitel 13

# **Aktuelle Entwicklungen und Empfehlungen zur Verbesserung der grenzübergreifenden Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich**

Bei Empfehlungen ist zu unterscheiden zwischen denjenigen, die sich an Projektakteure richten, und jenen, welche gewisse Rahmenbedingungen und somit die regionale, nationale bzw. europäische Ebene betreffen. Im Rahmen des Projektes „EUREGIO“ wurden bereits umfassende Empfehlungen für Projektakteure aufgestellt. Hierzu gehören unter anderem Empfehlungen zur Bedarfs- und Wirksamkeitsermittlung, zur Verbesserung der partnerschaftlichen Zusammenarbeit sowie zur Sicherung der Nachhaltigkeit der Projekte (Iögd NRW 2007: 71). Auch auf dem Europäischen Kolloquium „Grenzüberschreitende Gebiete: Europa im Alltag“, das im November 2007 in Lille (Frankreich) stattfand, wurden konkrete Empfehlungen für die verbesserte grenzübergreifende Zusammenarbeit im Bereich „Gesundheit“ verabschiedet (EUROMOT 2008: 29f.). Einige dieser Empfehlungen, wie die Formalisierung der Zusammenarbeit durch den Abschluss von Verträgen zwischen den beteiligten Partner und die Integration der Projekte in die am Projekt beteiligten Einrichtungen, richteten sich an die Projektakteure und das direkte Projektumfeld. Die folgenden Abschnitte fokussieren hingegen auf Rahmenbedingungen, die nach Ansicht der Autorin auf regionaler, nationaler und/oder europäischer Ebene geschaffen werden sollten. Hierbei werden bestehende Empfehlungen aufgegriffen und Rahmenbedingungen dargestellt, die aktuell geschaffen werden.

Sowohl auf europäischer Ebene als auch auf nationaler und regionaler Ebene gibt es bereits eine Vielzahl von Institutionen und Organisationen, die durch ihre Aktivitäten zur Verbesserung und Stärkung der grenzübergreifenden Zusammenarbeit im Gesundheitswesen beitragen – sei es, dass sie Studien durchführen (z.B. HOPE 2003, Drespe & Thorn 2005), Veranstaltungen initiieren (z.B. HOPE & EHL 2003, Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg 2005), Positionspapiere und Stellungnahmen publizieren (AGEG 2006a, Europäisches Parlament 2005a) oder wie Euregios durch Beratungen, politische Lobbyarbeit und andere Aktivitäten die grenzübergreifenden Zusammenarbeit fördern. Nach wie vor besteht jedoch Bedarf an flankierenden Maßnahmen und Instrumenten, um die grenzübergreifende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen zu stärken und bestehende Probleme zu beseitigen.

Aus den Ergebnissen der Arbeit lassen sich Empfehlungen zur Verbesserung und Stärkung der grenzübergreifenden Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich ableiten. Bestimmte Erkenntnisse, die im Rahmen der Arbeit zum Beispiel bei der Analyse der Projektlandschaft gewonnen wurden, gelten auch für die EU-15<sup>146</sup>. So wurden im EUREGIO-Projekt für das Gebiet der EU-15 wie auch in der vorliegenden Arbeit (s. Kapitel 10) Schwächen in der Dokumentation- und Evaluationspraxis grenzübergreifender Gesundheitsprojekte festgestellt (Iögd NRW 2007: 60ff.). Auch bei den Ergebnissen zu fördernden und hemmenden Faktoren

---

<sup>146</sup> Hierzu gehören die 15 Mitgliedstaaten, die bis zum 30. April 2004 die EU bildeten. Inzwischen (Juli 2008) umfasst die EU 27 Mitgliedstaaten

(s. Kapitel 11 der vorliegenden Arbeit) zeigen sich weitgehende Übereinstimmungen zu den Ergebnissen des EUREGIO-Projektes (Wolf 2006b: 26ff.).<sup>147</sup> Diese Ergebnisse sind somit nicht spezifisch für die grenzübergreifende Zusammenarbeit entlang der deutschen Grenzen. Die nachfolgenden Empfehlungen beziehen sich daher auf ganz Europa.

### **13.1 Förderung des Wissenstransfers und des Erfahrungsaustausches**

Mitte 2004 stellte die Europäische Kommission in ihrer Reaktion auf den „Reflexionsprozess über die Patientenmobilität und die Entwicklungen der gesundheitlichen Versorgung in der Europäischen Union“ fest, dass grenzübergreifende Projekte im Gesundheitsbereich und die daraus gezogenen Lehren auf europäischer Ebene nicht allgemein bekannt sind (Kommission der Europäischen Gemeinschaften 2004: 11). Sowohl auf europäischer als auch auf nationaler sowie regionaler und lokaler Ebene besteht jedoch ein großer Bedarf an solchen Informationen (ISS 2006, Wolf 2006a: 75).

Es ist davon auszugehen, dass grenzübergreifende Aktivitäten im Gesundheitsbereich sowohl entlang der deutschen Grenzen als auch in Europa insgesamt weiter zunehmen. Damit einhergehend wird auch der Bedarf an Erfahrungs- und Informationsaustausch wachsen. Sowohl zwischen den verschiedenen Ebenen als auch den Akteuren der verschiedenen Regionen bedarf es daher zukünftig, wie von Scheres (2006b: 50) festgestellt, einer stärker strukturierten und dauerhaften Koordination und Kommunikation. Entsprechend wurde in dem im Jahr 2008 publizierten Manifest für die grenzüberschreitende Zusammenarbeit in Europa die Förderungen des Informationsaustauschs, des Austauschs von Best-Practice-Beispielen und der Vernetzung empfohlen. Als konkrete Maßnahmen wurden die Entwicklung von Datenbanken, die Einrichtung von Akteurs-Netzwerken und die Durchführung von Konferenzen genannt (EUROMOT 2008: 30). Diese Empfehlungen werden im Folgenden vertiefend behandelt.

Sowohl auf europäischer, nationaler als auch regionaler Ebene wurden bereits etliche Veranstaltungen zur Vernetzung der Akteure durchgeführt. Ein europäisches Netzwerk bestand jedoch bisher nicht. Anfang 2007 beschloss die AGEG daher die Gründung einer „Großen Allianz“ im Bereich Gesundheit (AGEG 2007a: 10), an der sich Vertreter von Euregios und ähnlichen Strukturen zum Austausch von Erfahrungen und Informationen beteiligen können. Daneben bedarf es auch in den einzelnen grenzübergreifenden Regionen größerer Netzwerke, die über die Dauer eines Projekts hinaus fortbestehen. Solche sind z.B. in der Euregio Maas-Rhein und der EUREGIO bereits entstanden (s. Kapitel 9). Euregios könnten hier die Federführung übernehmen.

---

<sup>147</sup> Hierbei ist jedoch zu erwähnen, dass Projekte mit deutscher Beteiligung die Hälfte der im EUREGIO-Projekt untersuchten 122 Projekte bildeten und auch ein Großteil der im EU-Projekt „EUREGIO“ befragten Euregios und Interreg-Sekretariate entlang der deutschen Grenze angesiedelt ist. Die Erhebungsergebnisse von Projekten, Euregio-Geschäftsstellen und Interreg-Sekretariaten mit deutscher Beteiligung haben somit die Ergebnisse des Projektes „EUREGIO“ wesentlich geprägt.

In den letzten Jahren wurden einige Übersichten über die Projektlandschaft in Deutschland bzw. auf europäischer Ebene veröffentlicht (z.B. Drespe & Thorn 2005, HOPE 2003, Iögd NRW 2007: 47ff.). Diese bilden naturgemäß nur den Stand zum Zeitpunkt der Veröffentlichung ab. Zur Förderung des Erfahrungs- und Informationsaustausches wäre jedoch eine systematische Sammlung und Aufbereitung existierender grenzübergreifende Gesundheitsprojekte sinnvoll, die fortlaufend aktualisiert und zum Beispiel im Internet zur Verfügung gestellt wird. Diese Sammlung sollte EU-weit erstellt werden. Hierzu könnten in einem ersten Schritt bestehende Projektsammlungen wie die Datenbank des Ende Mai 2007 abgeschlossenen EU-Projektes EUREGIO (URL 29) und die inzwischen auf nahezu allen Interreg-Programmseiten bestehenden Sammlungen von Interreg-Projekten zusammengeführt werden. Strukturen wie Euregios könnten – wie von Beteiligten auf einem internationalen Workshop Anfang 2006 vorgeschlagen (Brand et al. 2006: 55) – die Funktion einer Meldestelle für grenzübergreifende Aktivitäten ihres Gebietes übernehmen. An einer zentralen Stelle müssten diese Projekte dann erfasst und in den bestehenden Bestand eingepflegt werden. Darüber hinaus wäre es wünschenswert, diese Aktivitäten nicht nur auf die Sammlung von Projektbeschreibungen zu beschränken, sondern aus den vorliegenden Informationen auch entsprechende „Lehren“ für andere Projekte und Empfehlungen für die zukünftige Weiterentwicklung der grenzübergreifenden Zusammenarbeit abzuleiten.

Bisher stehen Veranstaltungen, die sich mit der grenzübergreifenden Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich befassen, nicht immer allen Interessenten offen (HOPE 2005) und sind zum Teil auch nicht bekannt (Brand et al. 2006: 55). Auf einem Arbeitstreffen der HOPE-Arbeitsgruppe „Cross-border Cooperation in Border Regions“ im Oktober 2005 wurde daher die Durchführung regelmäßiger EU-weiter Veranstaltungen zu ausgewählten Einzelthemen (z.B. Rettungswesen) vorgeschlagen (HOPE 2005). Es wäre zudem wünschenswert, wenn entsprechende Veranstaltungsankündigungen und Veranstaltungsdokumentationen an zentraler Stelle gesammelt und fortlaufend zum Beispiel über das Internet veröffentlicht würden.

### **13.2 Anpassung von Rahmenbedingungen und Instrumenten**

Im Folgenden werden verschiedene Aktivitäten zur Anpassung bestehender Rahmenbedingungen und Instrumente dargestellt, die dazu beitragen können, die grenzübergreifende Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich zu erleichtern.

Anfang Juli 2008 verabschiedete die EU-Kommission nach monatelangen Diskussionen den Vorschlag für eine Richtlinie mit dem Titel „Über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung“ (Kommission der Europäischen Gemeinschaften 2008). Die Richtlinie zielt unter anderem auf eine verbesserte Kooperation zwischen den verschiedenen Gesundheitssystemen ab. Beispielsweise ist die Entwicklung Europäischer Referenz-Netzwerke vorgesehen. Im September 2008 ist zunächst eine umfassende Prüfung der Richtlinie durch den Rat geplant, im Frühjahr 2009 könnte eine erste Lesung im Parlament stattfinden. Die Diskussion um die Richtlinie geht hingegen weiter. Vertreter der Mitgliedstaaten äußern unter anderem Bedenken hinsichtlich der rechtlichen

Durchführbarkeit und Sinnhaftigkeit der Richtlinie (URL 71). Ob und wann die Richtlinie angenommen wird, und welche Auswirkungen diese auf die grenzübergreifende Zusammenarbeit direkt benachbarter Staaten haben wird, ist derzeit nicht absehbar.

Health Technology Assessment (HTA) stellt einen Prozess der systematischen Bewertung von medizinischen Verfahren und Technologien der gesundheitlichen Versorgung dar. HTA kann als Instrument für die grenzübergreifende Zusammenarbeit genutzt werden. Im Rahmen des EU-Programms „Öffentliche Gesundheit“ ist derzeit die Förderung des Projektes „Solutions for improving health care cooperation in border regions (EUREGIO II)“ vorgesehen, das ein Folgeprojekt des erwähnten EU-Projektes EUREGIO darstellt (PHEA o.J.). Das Projekt sieht vor, verschiedene Instrumente für die grenzübergreifende Zusammenarbeit (weiter) zu entwickeln. Einen Schwerpunkt stellt hierbei die Nutzung eines nicht auf spezielle Themen oder Technologien bezogenen HTAs („generic HTA“) in der grenzübergreifenden Zusammenarbeit dar. Ziel des Projektes EUREGIO II ist es hier, systematische Analysen in grenzübergreifende Planungssysteme und -prozesse zu implementieren. Als Produkt soll eine „Guideline für die HTA-Anwendungen bei der Entscheidungsfindung in grenzübergreifenden Regionen“ entstehen.

Bedarf besteht hinsichtlich klarerer Informationen über die EU-Programme und ihrer Ausschreibungs- und Projekt-Auswahlverfahren (EUROMOT 2008: 30, lögd NRW 2007: 72). Im Rahmen des oben erwähnten Projektes EUREGIO II soll daher eine Art Praxis-Handbuch für lokale und regionale Akteure entwickelt werden. Dieses soll unter anderem allgemeine Informationen zum Interreg-Strukturfond (Antragsverfahren, Auswahlkriterien etc.), erfolgreich implementierte Ideen und Lösungen, praktische Tipps (z.B. für eine erfolgreiche Antragstellung) sowie Indikatoren und Kriterien für effektive Gesundheitsprojekte beinhalten. Diese Aktivität kann dazu beitragen, das Ziel der EU-Kommission, die durch EU-Strukturfonds unterstützten strategischen Investitionen im Gesundheitsbereich zukünftig zu verstärken (Madelin 2007: 6ff.), zu erreichen.

Bedarfsplanungen sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich berücksichtigen in der Regel nicht die in der benachbarten Grenzregion zur Verfügung stehenden Einrichtungen und Ressourcen. Dies kann dazu führen, dass nur wenige Kilometer entfernt gleichartige Einrichtungen aus- oder aufgebaut werden, ohne dass Planungen aufeinander abgestimmt sind. Abgestimmte grenzübergreifende Bedarfsplanungen könnten zu Qualitätsverbesserungen führen und dazu beitragen, kostenintensive Duplikationen zu vermeiden und vorhandene Einrichtungen wirtschaftlicher auszulasten. In den Grenzregionen scheint sich angesichts der Vorteile die Einsicht durchzusetzen, dass Schritte in diese Richtung erforderlich sind (Regio Basiliensis 2005 nach AGEG 2006a: 3). Vorbildfunktion könnte hier beispielsweise Frankreich übernehmen. Dort wurde im Jahr 2006 erstmalig der grenzübergreifende Aspekt in die Regionalplanung zur medizinischen Versorgung (Schéma régional de l'organisation sanitaire, SROS) aufgenommen (MOT 2008: 89).

Zwischen Frankreich und seinen Nachbarstaaten Belgien und Deutschland wurden bereits bilaterale Abkommen getroffen, um bestehende und zukünftige grenzübergreifende Kooperationen im Gesundheitsbereich zu erleichtern. Auch mit seinen anderen Nachbarn plant Frankreich entsprechende Abkommen (Harant 2007). Zudem wurden in Grenzregionen Abkommen zum Beispiel zwischen Krankenkassen und Dienstleistungsanbietern oder zwischen einzelnen Regionen getroffen (Busse et al. 2006: 35ff.). Soweit bisher nicht vorhanden, sollte in Grenzregionen durch entsprechende Abkommen eine rechtliche Basis für die grenzübergreifende Zusammenarbeit geschaffen werden (EUROMOT 2008: 29). Hierzu gehören neben bilateralen Verträgen beispielsweise auch Verträge zwischen Gesundheitsdienstleistern und Krankenversicherungsorganisationen.

Um die Gesundheitsversorgung zu verbessern und die Zusammenarbeit zwischen den EU-Mitgliedstaaten zu erleichtern, bedarf es einer gemeinsamen Erkenntnisgrundlage für die Politikgestaltung. Von der Kommission wurde daher die Einrichtung einer europäischen Beobachtungsstelle vorgeschlagen.<sup>148</sup> Entsprechende Einrichtungen könnten auch auf regionaler Ebene entstehen. In Anlehnung an den „Public Health Action Cycle“ könnten die regionalen Beobachtungsstellen folgende allgemeine Aufgaben wahrnehmen: Lagebeurteilung, Politikentwicklung, Umsetzung der Politiken sicherstellen (in gewissem Umfang) sowie Evaluation. Diese Beobachtungsstellen würden somit einen wesentlichen Beitrag zur Politikgestaltung in der Gesundheitsversorgung sowohl auf regionaler als auch auf europäischer Ebene liefern. Die Ergebnisse und Erkenntnisse könnten in so genannten „euregionalen“ Gesundheitsberichten zusammengeführt werden. Die regionalen Observatorien könnten zudem die Berichterstattung auf Europäischer Ebene durch die Vereinheitlichung der Berichterstattung und ergänzende Zulieferung der Ergebnisse unterstützen. Denkbar wäre, dass solche Strukturen zudem Aufgaben wie die Beratung von Projektträgern oder die Unterstützung bei rechtlichen Problemen übernehmen. Derzeit existieren bereits erste grenzübergreifende Observatorien wie das Observatoire Franco-Belge de la Santé (URL 72) oder das luxemburgisch-französisch-belgische Interreg-Projekt LuxLorSan (URL 73), jedoch stellen diese bisher noch Ausnahmen dar. Zudem liegt bisher kein einheitliches Konzept für solche Observatorien vor.

Den aktuellen Entwicklungen und Diskussionen zufolge ist zu vermuten, dass Grenzregionen und insbesondere Euregios zukünftig eine bedeutendere und – wie von Englaender (2006a: 8) angenommen – sogar politisch gestalterische Funktion zukommt. Dies gilt auch für den Bereich des Gesundheitswesens. Es ist daher wichtig – wie auch von Akteuren im Gesundheitsbereich vorgeschlagen (EUROMOT 2008: 30, Iögd NRW 2007: 72) – die Rolle von Euregios und ähnlichen grenzübergreifenden Strukturen im Gesundheitsbereich zu stärken. Hierzu kann ein kontinuierlicher Informations- und Erfahrungsaustausch und die gegenseitige Unterstützung der verschiedenen Euregios zum Thema Gesundheit beispielsweise in Form des oben genannten von der AGEG initiierten Euregio-Netzwerkes beitragen.

---

<sup>148</sup> Im Originaltext heißt es hierzu: „Die Verbesserung der Verfügbarkeit und der Vergleichbarkeit von Indikatoren und Daten über die gesundheitliche Versorgung kann die Grundlage liefern, um die gesundheitliche Versorgung in ganz Europa zu verbessern. Einige operative Mechanismen (wie beispielsweise eine Beobachtungsstelle) können erforderlich sein, um auf europäischer Ebene für Monitoring und Zusammenarbeit zu sorgen.“ (Kommission der Europäischen Gemeinschaften 2006b: 12).

Nicht alle Euregios sind bisher im Gesundheitsbereich aktiv. Daher sollten bisher nicht aktive Euregios verstärkt für das Thema Gesundheit sensibilisiert werden. Patenschaften mit „gesundheitsaktiven“ Euregios, die Sammlung von Beispielen guter Praxis sowie entsprechende Veranstaltungen in diesen Regionen könnten hier einen Beitrag leisten. Zudem könnte eine vertiefende Untersuchung „inaktiver Euregios“ durchgeführt werden, um die Hinderungsgründe zu klären und entsprechende Maßnahmen zur Beseitigung der Hindernisse zu initiieren.

### **13.3 Unterstützung bei der Projektumsetzung**

Die oben genannten Maßnahmen tragen auch dazu bei, die Zusammenarbeit grenzübergreifender Gesundheitsprojekte zu erleichtern. Im Folgenden wird ergänzend auf Maßnahmen eingegangen, die speziell die Projektebene betreffen.

Wie bereits mehrfach dargestellt, besteht insbesondere bei der Projektevaluation noch Unterstützungsbedarf. Diese Unterstützung könnte – wie auch von Drewello (2002: 229) vorgeschlagen – durch ein noch zu gründendes „Observatorium der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit Europäischer Grenzregionen“ erfolgen, welches unter anderem Evaluations-schulungen anbietet, Methoden- und Instrumente für Projekte zur Fortschritts-, Wirkungs- und Nachhaltigkeitskontrolle entwickelt und regelmäßige Evaluationen in Grenzregionen durchführt. Dieses könnte an eine bestehende Einrichtung wie das „Europäische Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik“ angekoppelt werden. Dies würde der im Manifest für die grenzüberschreitende Zusammenarbeit in Europa festgelegten Empfehlung, ein Evaluierungsverfahren (Leitlinien, Ratgeber in Bezug auf Methoden, Indikatoren) für grenzüberschreitende Kooperationsprojekte zu entwickeln, das die Akteure nutzen könnten (EUROMOT 2008: 30), entgegenkommen.

Euregios können als Partner und Dienstleister Unterstützung bei der Projektentwicklung und -umsetzung bieten. Insgesamt scheint es so, als ob die Zusammenarbeit zwischen Projekten und Euregios noch verbessert werden kann. So könnte, wie oben erwähnt, mehr Transparenz über Dienstleistungsangebote und Aktivitäten der Euregios hergestellt werden, damit insbesondere Projektakteure diese verstärkt in Anspruch nehmen. Auch sollte geklärt werden, welche Unterstützungsleistungen Euregios im Rahmen ihrer Möglichkeiten zusätzlich wahrnehmen oder ausbauen könnten, um Akteure von Gesundheitsprojekten verstärkt zu unterstützen. Wie Kapitel 7.1 zeigt, sind Euregios jedoch sowohl in personeller als auch finanzieller Hinsicht (Anteil der zur Verfügung stehenden EU-Fördermittel) sehr unterschiedlich ausgestattet. Bei Übernahme weiterer Aufgaben ist daher insbesondere bei Euregios mit geringen Ressourcen zu prüfen, inwieweit eine finanzielle bzw. personelle Stärkung dieser Euregios notwendig ist.

### 13.4 Abschließendes Resümee

Nicht nur die EU-Kommission oder europäische Organisationen wie die Arbeitsgemeinschaft Europäischer Grenzregionen (AGEG) und die European Hospital and Healthcare Federation (HOPE) widmen sich in den letzten Jahren verstärkt dem Thema „Gesundheit“, auch seitens der Grenzregionen besteht – wie beispielsweise die von der AGEG initiierte „Allianz für Gesundheit“ belegt – großes Interesse an der Thematik. Der AGEG kommt eine Schlüsselfunktion zu, wenn es darum geht, die grenzübergreifende Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich durch begleitende Maßnahmen zu fördern und anzustoßen sowie die Rolle der Euregios und ähnlicher Strukturen zu stärken. In den vorhergehenden Abschnitten wurden Lösungsansätze zur Verbesserung der grenzübergreifenden Zusammenarbeit aufgezeigt. Zukünftig ist zu klären, welche Institutionen bzw. Organisationen welche Aufgaben übernehmen. Hierzu bedarf es, wie erwähnt, einer stärker strukturierten Koordination und Kommunikation zwischen Akteuren und Entscheidungsträgern auf den verschiedenen Ebenen.

Euregios können als Schrittmacher für ein zusammenwachsendes Europa dienen (Englaender 2006a: 2). Wie das Beispiel der Modellregionen „EUREGIO“ und „Euregio Maas Rhein“ zeigt, in deren Gebieten inzwischen eine Reihe von Gesundheitsprojekten durchgeführt wird, dauert es einige Jahre, bis sich nach und nach entsprechende Akteursnetzwerke etablieren, vermehrt Gesundheits-Kooperationsprojekte durchgeführt werden und ein Bewusstsein für die Bedeutung des Themas „Gesundheit“ in den Regionen entsteht. Neue Projekte bauen häufig auf den Errungenschaften vorangegangener Aktivitäten auf. Wie erwähnt, scheint sich das Thema „Gesundheit“ – unterstützt durch Diskussionen und begleitende Aktivitäten wie beispielsweise internationale Veranstaltungen auf europäischer Ebene – in den Grenzregionen zu etablieren. Hierbei können die Euregios voneinander lernen und sich gegenseitig unterstützen. Wie der Koordinator für grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung in der Euregio Maas-Rhein in einem Interview feststellte (Merten 2003: 27), braucht Fortschritt jedoch seine Zeit und bedarf eines großen Einsatzes.



## Literatur

AdR / Ausschuss der Regionen (2007): Territoriale Zusammenarbeit – Neue Studie des AdR zum Thema „Der Europäische Verbund für territoriale Zusammenarbeit (EVTZ)“: Zehn Fragen und Antworten. Regionen und Gemeinden Europas – Mitteilungsblatt des Ausschusses der Regionen Nr. 55, Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften, 10  
[http://www.cor.europa.eu/migrated\\_data/newsletter\\_de\\_55.pdf](http://www.cor.europa.eu/migrated_data/newsletter_de_55.pdf), Zugriff: 10.06.2008

AdR / Ausschuss der Regionen (2002): Stellungnahme des Ausschusses der Regionen zum Thema „Strategien für die Förderung der grenzüberschreitenden und interregionalen Zusammenarbeit in einem erweiterten Europa — ein grundlegendes und zukunftsweisendes Dokument“. Amtsblatt C 192 vom 12.08.2002, 37-42.

AGEG / Arbeitsgemeinschaft Europäischer Grenzregionen (Hrsg.) (1997): VADE MECUM –Grenz-überschreitende und interregionale Zusammenarbeit an den Außengrenzen der Europäischen Union. Gronau: AGEG.  
<http://www.aebr.net/publikationen/pdfs/vademecum.de.pdf> (Zugriff: 10.06.2008)

AGEG / Arbeitsgemeinschaft Europäischer Grenzregionen (Hrsg.) (2000): Praktisches Handbuch zur grenzübergreifenden Zusammenarbeit (3. Auflage). Gronau: AGEG.  
[http://www.aebr.net/publikationen/pdfs/lace\\_guide.de.pdf](http://www.aebr.net/publikationen/pdfs/lace_guide.de.pdf) (Zugriff: 10.06.2008)

AGEG / Arbeitsgemeinschaft Europäischer Grenzregionen (Hrsg.) (2004a): Europäische Charta der grenz- und grenzübergreifenden Regionen. Neufassung, 7.10.2004. Gronau: AGEG.  
[http://www.aebr.net/publikationen/pdfs/Charta\\_Final\\_071004.de.pdf](http://www.aebr.net/publikationen/pdfs/Charta_Final_071004.de.pdf) (Zugriff: 10.06.2008)

AGEG / Arbeitsgemeinschaft Europäischer Grenzregionen (Hrsg.) (2004b): Towards a new community legal instrument facilitating public law based transeuropäan co-operation among territorial authorities in the European Union: Zusammenfassendes Positionspapier. Gronau: AGEG.  
[http://www.aebr.net/publikationen/pdfs/zusammenfassung\\_clean\\_de.pdf](http://www.aebr.net/publikationen/pdfs/zusammenfassung_clean_de.pdf) (Zugriff: 10.06.2008)

AGEG / Arbeitsgemeinschaft Europäischer Grenzregionen (Hrsg.) (2004c): Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft Europäischer Grenzregionen (AGEG) zu dem Vorschlag der Europäischen Kommission für eine Verordnung des Rates mit allgemeinen Bestimmungen über den Europäischen Fonds für regionale Entwicklung, den Sozialfonds und den Kohäsionsfonds. Gronau: AGEG.  
[http://www.aebr.net/publikationen/pdfs/Stellungnahme\\_Verordnung\\_060904.de.pdf](http://www.aebr.net/publikationen/pdfs/Stellungnahme_Verordnung_060904.de.pdf) (Zugriff: 10.06.2008)

AGEG / Arbeitsgemeinschaft Europäischer Grenzregionen (Hrsg.) (2006a): Positionspapier Grenzübergreifendes Gesundheitswesen. Gronau: AGEG.  
<http://www.aebr.net/publikationen/pdfs/PositionspapierDE.pdf> (Zugriff: 10.06.2008)

AGEG / Arbeitsgemeinschaft Europäischer Grenzregionen (Hrsg.) (2006b): Weißbuch Europäischer Grenzregionen – Endfassung (zur Stellungnahme). Gronau: AGEG.

AGEG / Arbeitsgemeinschaft Europäischer Grenzregionen (Hrsg.) (2007a): AGEG-Newsletter März/April 2007. Gronau: AGEG.  
<http://www.aebr.net/pics/db/Deutsch%203M.pdf> (Zugriff: 10.06.2008)

AGEG / Arbeitsgemeinschaft Europäischer Grenzregionen (Hrsg.) (2007b): AGEG Geschäftsbericht 2006. Gronau: AGEG.  
<http://www.aebr.net/pics/db/Gbericht%202006%20DE%20FINAL.pdf> (Zugriff: 10.06.2008)

AGEG / Arbeitsgemeinschaft Europäischer Grenzregionen (Hrsg.) (2007c): The Newsletter of the AEBR Task Force on Cross-Border Health, Number 1, December 2007. Gronau: AGEG.  
[http://www.git-aaa.com/GIT/noticias/noticias\\_52-pt.pdf](http://www.git-aaa.com/GIT/noticias/noticias_52-pt.pdf) (Zugriff: 10.06.2008)

AGEG & IfL / Arbeitsgemeinschaft Europäischer Grenzregionen und Leibniz-Institut für Länderkunde (Hrsg.) (o.J.): Regionen grenzübergreifender Zusammenarbeit 2007.

[http://www.euroregion-erzgebirge.de/elemente/mediacenter/IHIK4TNCZHLXJRTLT23K0S3ON/karte\\_der\\_regionen\\_grenzuebergreifender\\_zusammenarbeit\\_2007.pdf](http://www.euroregion-erzgebirge.de/elemente/mediacenter/IHIK4TNCZHLXJRTLT23K0S3ON/karte_der_regionen_grenzuebergreifender_zusammenarbeit_2007.pdf) (Zugriff: 10.06.2008)

Aloss / Association Luxembourgoise des Organismes de Sécurité Sociale (2005): Zugang zu den Gesundheitsleistungen im gemeinsamen Markt: Auswirkungen auf den gesetzlichen und den freiwilligen Gesundheitsschutz. Internationale Konferenz vom 8. April 2005. 18. Band des luxemburgischen Bulletins für Sozialfragen. Luxembourg: Aloss.

[http://www.secu.lu/missions/puballoss/blqs18\\_allemand.pdf](http://www.secu.lu/missions/puballoss/blqs18_allemand.pdf) (Zugriff: 10.06.2008)

Anderson, M. (1998): Transfrontier co-operation – history and theory. In: Brunn, G., Schmitt-Egner, P. (Hrsg.): Grenzüberschreitende Zusammenarbeit in Europa. Theorie – Empirie – Praxis. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 78-97.

Anonymus (2001): Euregio – Enge Kooperation hilft Patienten. Gesundheit und Gesellschaft 1/01, 4. Jahrgang, 20.

Anonymus (2005): „healthregio“ – Perspektiven für eine grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen. Veranstaltung „healthregio“ – Perspektiven für eine grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen, 28.05.2005 in Wien.

<http://www.healthregio.net/bilder/Workshop.pdf> (Zugriff: 10.06.2008)

Anonymus (2007): Anmerkungen der Triopräsidentschaft - Gesundheitsversorgung in ganz Europa: Streben nach Mehrwert. Aachen. 20. April 2007.

[http://www.eu2007.de/de/News/download\\_docs/April/0419-BSGV/090Triopapier.pdf](http://www.eu2007.de/de/News/download_docs/April/0419-BSGV/090Triopapier.pdf) (Zugriff: 10.06.2008)

Bassi, D., Denert, O, Garel, P, Ortiz, A. (o.J.): An assessment of cross-border co-operation between hospitals: France – Belgium – Luxembourg – Germany – Italy – Spain – Great Britain – Switzerland.

<http://www.europhamili.org/fichier/cours/10-3.pdf> (Zugriff: 10.06.2008)

Behringer, S. A. (2005): Good governance across the border? A study of the performance of cross-border cooperation initiatives in delivering joint policies as measured against the European Commission's criteria of good governance. Master Thesis, Erasmus University Rotterdam, Faculty of Social Sciences, Department of Public Administration.

[https://ep.eur.nl/scripties/bitstream/2105/3634/1/Behringer\\_Good%2520Governance%2520Across%2520The%2520Border%5B1%5D.pdf](https://ep.eur.nl/scripties/bitstream/2105/3634/1/Behringer_Good%2520Governance%2520Across%2520The%2520Border%5B1%5D.pdf) (Zugriff: 10.06.2008)

Bertinato, L., Busse, R., Fahy, N., Legido-Quigley, H., McKee, M., Palm, W., Passarani, I., Ronfini, F. (2005): Policy Brief: Cross-border health care in Europe. Copenhagen/Brussels: WHO/ European Observatory on Health Systems and Policies.

Beyerlin, U. (1988): Rechtsprobleme der lokalen grenzüberschreitenden Zusammenarbeit. Beiträge zum ausländischen öffentlichen Recht und Völkerrecht, Bd. 96. Berlin/Heidelberg/New York u.a.: Springer.

Blatter, J. (2000): Entgrenzung der Staatenwelt? : Politische Institutionenbildung in grenzüberschreitenden Regionen in Europa und Nordamerika. Baden-Baden: Nomos-Verl.-Ges.

BMWi / Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (2007a) (Hrsg.): Nationaler Strategischer Rahmenplan für den Einsatz der EU-Strukturfonds in der Bundesrepublik Deutschland 2007-2013. Berlin: BMWi.

BMWi / Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (2007b) (Hrsg.): Schlaglichter der Wirtschaftspolitik. Monatsbericht Oktober 2007. Berlin: BMWi.

Böttger, K. (2006): Grenzüberschreitende Zusammenarbeit in Europa: Erfolge und Misserfolge der Kooperation am Beispiel der EUREGIO (Rhein-Ems-Ijssel), der Euregio Maas-Rhein und der Euroregion Neisse-Nisa-Nysa. EZFF Occasional Paper Nr. 32. Stuttgart: Europäisches Zentrum für Föderalismus-Förderung.

Boffin, N., Baeten, R. (2005): Dutch patients evaluate contracted care in Belgian hospitals: results of a mail survey. Report for the project "Europe for Patients", Brussels: Observatoire social européen. <http://www.ose.be/files/health/RepDutchPatients.pdf> (Zugriff: 10.06.2008)

Brand, H., Holleder, A., Ward, G., Wolf, U. (eds.) (2006): Cross-Border Activities – Good Practice for Better Health. Workshop of the Project "Evaluation of border regions in the European Union", 20/21 January 2006, Bielefeld. Wissenschaftliche Reihe, Bd. 21. Bielefeld: Iögd NRW.

Brandenburg /Polen (Wojewodschaft Lubuskie) (2004): Programm der Gemeinschaftsinitiative Interreg IIIA Brandenburg / Polen (Wojewodschaft Lubuskie) 2000 – 2006. CCI 2000 CB 16 0 PC 005. Vom Begleitausschuss gebilligt in der Sitzung am 12. Dezember 2003, in der redaktionellen Überarbeitung vom 27. Mai 2004. [http://www.wirtschaft.brandenburg.de/cms/media.php/lbm1.a.3615.de/PGI\\_08\\_06\\_05\\_endg%C3%BCtigtig.pdf](http://www.wirtschaft.brandenburg.de/cms/media.php/lbm1.a.3615.de/PGI_08_06_05_endg%C3%BCtigtig.pdf) (Zugriff: 10.06.2008)

Breuer, C. (2001): Europäische Integration und grenzüberschreitende Zusammenarbeit – Konsens oder Konflikt? Das Beispiel EUREGIO. Inauguraldissertation, Ruhr-Universität Bochum, Fakultät für Sozialwissenschaft, Bochum.

Brouwer, W., van Exel, J., Hermans, B., Stoop, A. (2003): Should I stay or should I go? Waiting lists and cross-border care in the Netherlands. *Health Policy* 63 (2003), 289-298.

Brunn, G., Schmitt-Egner, P. (Hrsg.) (1998): Grenzüberschreitende Zusammenarbeit in Europa: Theorie – Empirie – Praxis. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

Bruns, B., Schrul, B. (2004). Projektdokumentation: Vorbeugen ist besser als heilen - Vorbeugen ist billiger als heilen. Oberkrämer: IFK Vehlefanfz.

Busse, R., Drews, M., Wismar, M. (2002): Consumer choice of healthcare services across borders. In: Busse, R., Wismar, M., Berman, P.C. (eds): *The European Union and health services. The impact of the single European market on Member States*. Amsterdam: IOS Press, 231-248.

Busse, R., Wörz, M., Foubister, T., Mossialos, E., Berman, P. (2006): Mapping health services access: national and cross-border issues (HealthACCESS). Final report, November 2006. [http://www.ehma.org/fileupload/File/HealthACCESS/HealthAccess\\_FinalReport\\_20Nov.doc](http://www.ehma.org/fileupload/File/HealthACCESS/HealthAccess_FinalReport_20Nov.doc) (Zugriff: 10.06.2008)

Byrne, D. (2003): Preface. In: HOPE / Standing Committee of the Hospitals of the European Union (ed.) (2003): *Hospital co-operation in border regions in Europe. A report carried out by the HOPE Working Party on Cross-border Co-operation, with the support of the European Commission, June 2003*. Brüssel: HOPE, 3.

Carmin, J., Hicks, B., Beckman, A. (2003): Leveraging local action: Grassroots initiatives and transboundary collaboration in the formation of the White Carpathian euroregion. *International Sociology*, Vol. 18, No. 4, 703-725.

CoE / Council of Europe (ed.) (2006): Report on the current state of the administrative and legal framework of transfrontier co-operation in Europe. 2006 edition, Transfrontier cooperation 5. [http://www.coe.int/t/e/legal\\_affairs/local\\_and\\_regional\\_democracy/documentation/library/transfrontier\\_cooperation/tfc\\_current\\_state\\_tc\\_2006\\_en.pdf](http://www.coe.int/t/e/legal_affairs/local_and_regional_democracy/documentation/library/transfrontier_cooperation/tfc_current_state_tc_2006_en.pdf) (Zugriff: 10.06.2008)

CoE / Council of Europe (ed.) (2007): Meeting of the Committee of Experts on Transfrontier Co-operation (LR-CT) on 8-9 October 2007 in Strasbourg: Draft meeting report. LR-CT(2007)16. [http://www.coe.int/t/e/legal\\_affairs/local\\_and\\_regional\\_democracy/main\\_bodies/Steering\\_Committee/LR-CT\(2007\)16\\_EN.pdf](http://www.coe.int/t/e/legal_affairs/local_and_regional_democracy/main_bodies/Steering_Committee/LR-CT(2007)16_EN.pdf) (Zugriff: 10.06.2008)

Coheur, A. (2001): Integrating care in the border regions: An analysis of the Euregio projects. Euro-health, Vol 7, No 4, 10-12.

Coheur, A. (2003): Hospital cooperation in border regions in Europe: practical experiences – perspectives. Conclusion of the workshop of 19<sup>th</sup> June 2003. In: HOPE & EHL / Standing Committee of the Hospitals of the European Union, Entente des Hopitaux Luxembourgeois (eds.) (2003): Free movement and cross-border cooperation in Europe: the role of hospitals & practical experiences in hospitals. HOPE Conference and Workshop, Luxembourg, June 2003. November 2003. Luxembourg: EHL, 99-102.

Commission of the European Communities (2007): Commission staff working document. Document accompanying the White Paper "Together for health: a strategic approach for the EU 2008-2013". Brussels, 23.10.2007, SEC(2007) 1376.  
[http://ec.europa.eu/health/ph\\_overview/Documents/strategy\\_working\\_document\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_working_document_en.pdf) (Zugriff: 10.06.2008)

CoR & AEBR / Committee of the Regions and Association of European Border Regions (2008): CoR-AEBR Action Plan 2008-2009.  
[http://cor.ip.lu/COR\\_cms/ui/ViewDocument.aspx?siteid=default&contentID=0e6c34f0-64ae-47da-8c5f-45b487eef197](http://cor.ip.lu/COR_cms/ui/ViewDocument.aspx?siteid=default&contentID=0e6c34f0-64ae-47da-8c5f-45b487eef197) (Zugriff: 10.06.2008)

Czarnecka-Zawada, S., Janssen, G. (2005): Rechtsinstrumente der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit zur Umsetzung eines bilateralen IKZM am Stettiner Haff. Coastline Reports 6 (2005), 25-33.

Denters, B., Schobben, R., van der Veen, A. (1998): Governance of European border regions: a legal, economic and political science approach with an application to the Dutch-German and the Dutch-Belgian border. In: Brunn, G., Schmitt-Egner, P. (Hrsg.): Grenzüberschreitende Zusammenarbeit in Europa: Theorie – Empirie – Praxis. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 135-161.

Deutsche Projekt Union GmbH (1999): Grenzüberschreitendes Entwicklungs- und Handlungskonzept der Euroregion Pomerania für den Zeitraum 2000-2006. in Deutsche Projekt Union GmbH in Zusammenarbeit mit FVR Verkehrslogistik und Regionalplanung GmbH, Rostock Und AHT INTERNATIONALE GmbH, Essen.  
[http://www.pomerania.net/download/EHK\\_Pomerania\\_Bericht\\_D.pdf](http://www.pomerania.net/download/EHK_Pomerania_Bericht_D.pdf) (Zugriff 10.06.2008)

Deutscher Bundestag (1992): Gesetzentwurf der Bundesregierung, Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Grundgesetzes. 12. Wahlperiode, BT-Drs. 12/3338 vom 2.10.1992.

dpa / Deutsches Presseamt (2005): Brandenburg schlägt Gesundheitsabkommen mit Polen vor. dpa-Meldung vom 07.10.2005.  
<http://www.kzv-berlin.de/cms/index.php?file=news&mode=detail&number=203&newscat=1> (Zugriff 10.06.2008)

Drespe, A., Thorn, M. (2005): EUREGIOsocial: Euregionale Zusammenarbeit im Gesundheitswesen. Brüssel: Deutsche Sozialversicherung / Europavertretung.

Drewello, H. (2002): Evaluationsmethodik der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit: das Beispiel Oberrhein. Schriftenreihe des Instituts für Öffentliche Dienstleistungen und Tourismus: Beiträge zur Regionalwirtschaft; Bd. 4. Bern, Stuttgart, Wien: Verlag Hans Haupt.

ECOMETRIKA (1993): Grenzüberschreitendes Entwicklungs- und Handlungskonzept Europaregion POMERANIA.

EFPIA / European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations (o.J.): Your guide to structural funding & health. Brussels: EFPIA.

Ellrich, M. (2004): Infoblatt Euregios – Grenzübergreifende Zusammenarbeit zwischen benachbarten Regionen zweier Staaten. Geographie Infothek, Leipzig: Klett  
[http://www.klett.de/sixcms/list.php?page=geo\\_infothek&article=Infoblatt+Euregios&node=Europa%2C+Euregios](http://www.klett.de/sixcms/list.php?page=geo_infothek&article=Infoblatt+Euregios&node=Europa%2C+Euregios) (Zugriff: 10.06.2008)

- empirica GmbH (o.J.): Case study: cross-border cooperation for healthcare provision in Euregio Meuse-Rhine.  
[http://www.ebusiness-watch.org/studies/case\\_studies/documents/Case%20Studies%202004/CS\\_SR10\\_Health\\_2-Euregio.pdf](http://www.ebusiness-watch.org/studies/case_studies/documents/Case%20Studies%202004/CS_SR10_Health_2-Euregio.pdf) (Zugriff 10.6.2008)
- EMR / Euregio Maas-Rhein (Hrsg.) (o.J./a): PGI INTERREG III-A Euregio Maas-Rhein: Jahresbericht 2005.  
[http://interregemr.info/old\\_de/infomaterial/Rapport\\_annuel\\_2005\\_DE.pdf](http://interregemr.info/old_de/infomaterial/Rapport_annuel_2005_DE.pdf) (Zugriff 10.6.2008)
- EMR / Euregio Maas-Rhein (Hrsg.) (o.J./b): Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung in der Euregio Maas-Rhein. Projekt Interreg „Zorg over de grens“. Maastricht: EMR.
- EMR / Euregio Maas-Rhein (Hrsg.) (o.J./c): Antwort des Vorstandes der Euregio Maas-Rhein auf die Konsultation der Europäischen Kommission zu Gemeinschaftsmaßnahmen im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen.  
[http://ec.europa.eu/health/ph\\_overview/co\\_operation/mobility/docs/health\\_services\\_co66\\_de.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/docs/health_services_co66_de.pdf) (Zugriff 10.6.2008)
- EMR / Euregio Maas-Rhein (Hrsg.) (o.J./d): Interreg IIA-Projekte (unveröffentlicht).
- EMR / Euregio Maas-Rhein (Hrsg.) (o.J./e): Euregio Maas-Rhein: Ein Blick über den Horizont. Eine Zukunftsvision für die Euregio Maas-Rhein.  
[http://www.euregio-mr.org/emr\\_site/pdf/Visiedocument\\_D.pdf](http://www.euregio-mr.org/emr_site/pdf/Visiedocument_D.pdf) (Zugriff 10.06.2008)
- EMR / Euregio Maas-Rhein (Hrsg.) (2002a): Programm für die Gemeinschaftsinitiative INTERREG IIIA Euregio Maas-Rhein 2000 – 2006. Fassung April 2002.  
[http://interregemr.info/old\\_de/infomaterial/PIC\\_DE.pdf](http://interregemr.info/old_de/infomaterial/PIC_DE.pdf) (Zugriff 10.06.2008)
- EMR / Euregio Maas-Rhein (Hrsg.) (2002b): Ergänzung zur Programmplanung Interreg IIIA Euregio Maas-Rhein zum Programm für die Gemeinschaftsinitiative Interreg IIIA in der Euregio Maas-Rhein für den Zeitraum 2000-2006. Fassung November 2002.  
[http://interregemr.info/old\\_de/infomaterial/complement\\_DE.pdf](http://interregemr.info/old_de/infomaterial/complement_DE.pdf) (Zugriff 10.06.2008)
- EMR / Euregio Maas-Rhein (Hrsg.) (2006): Vier Grenzregionen tauschten in Luxemburg „best-practice-Modelle“ aus. Pressemitteilung 21.03.2006.  
[http://www.euregio-mr.org/emr\\_site/site\\_de/aktuelles/pm/PM\\_20060321\\_DE.pdf](http://www.euregio-mr.org/emr_site/site_de/aktuelles/pm/PM_20060321_DE.pdf) (Zugriff 10.06.2008)
- Englaender, A. (2006a): Hintergrundpapier für das Expertentreffen „Grenzüberschreitende Erbringung von Dienstleistungen im Gesundheits- und Sozialbereich“, 28. September 2006, Berlin.  
[http://www.soziale-dienste-in-europa.de/dokumente/Aktuelles/ExpertentreffenDienstleistungserbringung\\_Hintergrundpapier.pdf](http://www.soziale-dienste-in-europa.de/dokumente/Aktuelles/ExpertentreffenDienstleistungserbringung_Hintergrundpapier.pdf) (Zugriff 10.06.2008)
- Englaender, Anna (2006b). EuGH-Urteile zur grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen. Observatorium für die Entwicklung der sozialen Dienste in Europa.  
<http://www.greens-efa.org/cms/default/dokbin/191/191218.pdf> (Zugriff 30.5.2008)
- ERAC / European Regional Affairs Consultants (2005): Aktualisierung Halbzeitbewertung – Programm der Gemeinschaftsinitiative Interreg IIIA 2000-2006 Euregio Maas-Rhein.  
[http://interregemr.info/old\\_de/infomaterial/m\\_j\\_valuation\\_interm\\_DE.pdf](http://interregemr.info/old_de/infomaterial/m_j_valuation_interm_DE.pdf) (Zugriff 30.5.2008)
- Erbrich, M. (2004): Wege zu einer europäischen Gesundheitspolitik. Die Krankenversicherung 06/2004, 149-152.
- Erbrich, M. (2007): Politikkoordination im Bereich Patientenmobilität. In: Observatorium für die Entwicklung der sozialen Dienste in Europa (Hrsg.): Dokumentation der Tagung „Grenzüberschreitende Erbringung von Dienstleistungen im Gesundheits- und Sozialbereich“, Berlin, 28. September 2006 (nur als pdf-Datei verfügbar), 36-44.  
[http://www.soziale-dienste-in-europa.de/Anlage23582/GUED\\_im\\_Gesundheits\\_und\\_Sozialbereich.pdf](http://www.soziale-dienste-in-europa.de/Anlage23582/GUED_im_Gesundheits_und_Sozialbereich.pdf) (Zugriff 10.03.2008)

EUREGIO (Hrsg.) (1994): Operationelles Programm für die EUREGIO 1994-1999 im Rahmen von Interreg-II. Gronau: EUREGIO.

EUREGIO (Hrsg.) (1996): EU-Gemeinschaftsinitiative INTERREG für die EUREGIO: Förderung aus dem Europäischen Fonds für Regionalentwicklung EFRE Nr. 91/00/10/018: Endbericht. Gronau: EUREGIO.

EUREGIO (Hrsg.) (2002a): Mozer-Programm(a) sozial-kulturell - sociaal-cultureel. Gronau/Enschede: EUREGIO.

EUREGIO (2002b): EU-Gemeinschaftsinitiative INTERREG-II für die EUREGIO Förderung aus dem Europäischen Fonds für Regionalentwicklung. EFRE Nr. 94/00/10/020 – Endbericht 31.12.2001. Gronau: EUREGIO.

EUREGIO (Hrsg.) (2003): 25 Jahre EUREGIO-Rat. Rückblick auf die Arbeit eines politischen Gremiums im ‚kleinen Europa‘. Gronau/Enschede: EUREGIO.

EUREGIO (Hrsg.) (2005): Euregionaler Strukturbericht: Ein Bild von der EUREGIO anhand ausgewählter Daten zum euregionalen Arbeitsmarkt. Gronau: EUREGIO.  
<http://www.rpatwente.nl/raporten/EURES-Analyse-Strukturbericht101104.definitive%20Version.doc>  
(Zugriff 06.06.2008)

EUREGIO (Hrsg.) (2006): Positionspapier „ETZ in der EUREGIO“. Gronau: EUREGIO.  
[http://www.interreg.euregio.de/frameset/01\\_interreg/01\\_02\\_int3/etz/PositionspapierETZeuregio.pdf](http://www.interreg.euregio.de/frameset/01_interreg/01_02_int3/etz/PositionspapierETZeuregio.pdf)  
(Zugriff: 10.06.2008)

EUREGIO (2007): EU-Gemeinschaftsinitiative INTERREG IIIA für die EUREGIO, Euregio Rhein-Waal und euregio rhein-maas-nord. Förderung aus dem Europäischen Fonds für Regionalentwicklung EFRE-Nr. 2000 RG 16 0 PC 021. 6. Durchführungsbericht für die EUREGIO (31.12.2006) – Zusammenfassung. Gronau/Enschede: EUREGIO.

Euregio Rhein-Waal (2001): Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung in der Euregio Rhein-Waal: Endbericht Interreg IIA 1996-2001. Kleve: Euregio Rhein-Waal.

Euregio Rhein-Waal (2006): Endbericht Projekt Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung I in der Euregio Rhein-Waal. Kleve: Euregio Rhein-Waal.

EUREGIO, Euregio Rhein-Waal und euregio rhein-maas-nord (2006a): Programm der Gemeinschaftsinitiative Interreg IIIA (2000-2006) für die EUREGIO, Euregio Rhein-Waal und euregio rhein-maas-nord. Entscheidung der Kommission K(2006)3576 vom 01. August 2006 CCI-Nr. 2000 RG 16 0 PC 021. Kleve: Euregio Rhein-Waal.  
[http://www.euregio.org/upload/files/GIS\\_PGI\\_060329de.pdf](http://www.euregio.org/upload/files/GIS_PGI_060329de.pdf) (Zugriff: 10.06.2008)

EUREGIO, Euregio Rhein-Waal und euregio rhein-maas-nord (2006b): Gemeinsame Ergänzung zur Programmplanung (EZP) zum Programm der Gemeinschaftsinitiative INTERREG IIIA (2000-2006) für die EUREGIO, Euregio Rhein-Waal, euregio rhein-maas-nord. Basierend auf der am 01. August 2006 von der Europäischen Kommission genehmigten Programmfassung K(2006)3576 - CCI-Nr. 2000 RG 16 0 PC 021. Kleve: Euregio Rhein-Waal.  
[http://www.euregio.org/upload/files/GIS\\_EZP\\_060329de.pdf](http://www.euregio.org/upload/files/GIS_EZP_060329de.pdf) (Zugriff: 10.06.2008)

EuRegio SaarLorLuxRhin (2007): Geschäftsbericht 2006.  
[http://www.euregio.lu/euregio.lu/html\\_de/unsere\\_aktivitaten/2006d.doc](http://www.euregio.lu/euregio.lu/html_de/unsere_aktivitaten/2006d.doc) (Zugriff 08.06.2008)

EuRegio Salzburg-Berchtesgardener Land-Traunstein (2001): EuRegio Entwicklungskonzept.

EUROMOT / Europäisches Netzwerk grenzüberschreitender lokaler Behörden (Hrsg.) (2008): Manifest für die grenzüberschreitende Zusammenarbeit in Europa. Europäisches Kolloquium „Grenzüberschreitende Gebiete: Europa im Alltag“, 8. und 9. November 2007 in Lille, Frankreich.  
[http://www.espaces-transfrontaliers.org/de/MANIFEST\\_DE.pdf](http://www.espaces-transfrontaliers.org/de/MANIFEST_DE.pdf) (Zugriff 08.06.2008)

Europäische Beobachtungsstelle LEADER/AEIDL (2001): Die grenzübergreifende Zusammenarbeit im Rahmen von LEADER II: Lehren aus der Vergangenheit, Instrumente für die Zukunft. Reihe „Innovation im ländlichen Raum“, Nr. 11, März 2001.

[http://www.arge28.at/docs/pdf/Europa/EU\\_LEADER+2000\\_deutsch.pdf](http://www.arge28.at/docs/pdf/Europa/EU_LEADER+2000_deutsch.pdf) (Zugriff 21.2.06)

Europäische Kommission (2000): Mitteilung der Kommission an die Mitgliedstaaten vom 28. April 2000 über die Leitlinien für eine Gemeinschaftsinitiative betreffend die transeuropäische Zusammenarbeit zur Förderung einer harmonischen und ausgewogenen Entwicklung des europäischen Raums – Interreg III. Amtsblatt Nr. C 143 vom 23/05/2000, 6-29.

Europäische Kommission (2004): Mitteilung der Kommission an die Mitgliedstaaten vom 2. September 2004 über die Leitlinien für eine Gemeinschaftsinitiative betreffend die transeuropäische Zusammenarbeit zur Förderung einer harmonischen und ausgewogenen Entwicklung des europäischen Raums - Interreg III. Amtsblatt der Europäischen Union, C 226 vom 10. September 2004, 2-27.

[http://ec.europa.eu/comm/regional\\_policy/sources/docoffic/official/communic/inter2004/226\\_de.pdf](http://ec.europa.eu/comm/regional_policy/sources/docoffic/official/communic/inter2004/226_de.pdf) (Zugriff 10.06.2008)

Europäische Kommission – Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz (2003): Reflexionsprozess auf hoher Ebene über die Patientenmobilität und die Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung in der Europäischen Union. Ergebnis des Reflexionsprozesses, 9.12.2003, HLPR/2003/16.

[http://ec.europa.eu/health/ph\\_overview/Documents/key01\\_mobility\\_de.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/key01_mobility_de.pdf) (Zugriff 10.06.2008)

Europäische Kommission – Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz (2006): Hochrangige Gruppe für das Gesundheitswesen und die medizinische Versorgung: Bericht über die Arbeiten der Hochrangigen Gruppe im Jahr 2006 – Zusammenfassung. HLG/2006/8 ENDG., Brüssel, 10. Oktober 2006.

[http://ec.europa.eu/health/ph\\_overview/co\\_operation/mobility/docs/highlevel\\_2006\\_007\\_sum\\_de.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/docs/highlevel_2006_007_sum_de.pdf) (Zugriff 15.11.2007)

Europäische Kommission – Generaldirektion Regionalpolitik (2000): Gemeinschaftsinitiative INTERREG II 1994-1999: Eine erste Bilanz.

[http://ec.europa.eu/regional\\_policy/sources/docgener/informat/interreg\\_de.pdf](http://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docgener/informat/interreg_de.pdf) (Zugriff 10.06.2008)

Europäische Kommission – Generaldirektion Regionalpolitik (2002): Strukturpolitik und der europäische Raum – Zusammenarbeit ohne Grenzen. Europäische Kommission, Regionalpolitik. Luxemburg: Amt für amtliche Veröff. der Europ. Gemeinschaften.

Europäische Kommission – Generaldirektion Regionalpolitik (Hrsg.) (2007): Der Europäische Verbund für territoriale Zusammenarbeit. Info regio-PANORAMA, Nr. 24, Dezember 2007, 11-13.

Europäischer Rechnungshof (2000): Sonderbericht Nr. 5/99 über die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Rahmen des Phare-Programms (1994-1998), zusammen mit den Antworten der Kommission. Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaften Nr. C 048 vom 21/02/2000, 1-24

<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2000:048:0001:0024:DE:PDF> (Zugriff: 10.06.2008)

Europäisches Parlament (2005a): Bericht über die Rolle der „Euroregionen“ bei der Entwicklung der Regionalpolitik (2004/2257(INI)). Ausschuss für regionale Entwicklung. Berichterstatter: Kyriacos Triantaphyllides. Plenarsitzungsdokument, A6-0311/2005 endgültig, 19.10.2005.

<http://www.europarl.eu.int/omk/sipade3?PUBREF=-//EP//NONSGML+REPORT+A6-2005-0311+0+DOC+PDF+V0//DE&L=DE&LEVEL=0&NAV=S&LSTDOC=Y> (Zugriff 10.06.2008)

Europäisches Parlament (2005b): Patientenmobilität und gesundheitliche Versorgung. Entschließung des Europäischen Parlaments zu der Patientenmobilität und den Entwicklungen der gesundheitlichen Versorgung in der Europäischen Union (2004/2148(INI)). P6\_TA(2005)0236. Amtsblatt der Europäischen Union C 124 E vom 25/05/2006, 543-548.

European Commission – Health and Consumer Protection Directorate-General (2007): Summary report of the responses to the consultation regarding “Community action on health services”. SEC (2006) 1195/4 of 26 September 2006.

[http://ec.europa.eu/health/ph\\_overview/co\\_operation/mobility/docs/health\\_services\\_rep\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/docs/health_services_rep_en.pdf) (Zugriff 10.06.2008)

Euroregion Elbe/Labe (Hrsg.) (1999): Die Entwicklung der Rechtsgrundlagen für eine grenzübergreifende Zusammenarbeit an der deutsch-tschechischen Grenze. Schriftenreihe zur Euroregion Elbe/Labe, Teil 2. Pirna: Euroregion Elbe/Labe.

Euroregion Neisse (1992): Grenzüberschreitende Kooperation im deutsch-polnisch-tschechischen Dreiländereck; Tagung der Friedrich-Ebert-Stiftung am 10. April 1992 in Zittau. Reihe Wirtschaftspolitische Diskurse, 28. Electronic ed.: Bonn: FES Library.

<http://www.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00308toc.htm> (Zugriff 10.06.2008)

Euroregion Pro Europa Viadrina (Hrsg.) (2006): Entwicklungs- und Handlungskonzept Viadrina 2007. Fassung vom 27.06.2006. Frankfurt (Oder): Euroregion Pro Europa Viadrina.

[http://www.euroregion-viadrina.de/Downloads/Information/EHK\\_2007.pdf](http://www.euroregion-viadrina.de/Downloads/Information/EHK_2007.pdf) (Zugriff 3.3.2008)

EWSA / Europäischer Wirtschafts- und Sozialausschuss (2007): Stellungnahme des Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschusses zum Thema 'Euregios'. 2007/C 256/23, Amtsblatt der Europäischen Union vom 27.10.2007, 131-138.

France, G. (1997): Cross-border flows of Italian patients within the European Union: An international trade approach. European Journal of Public Health 7 (3 Supplement), 18-25.

Fyns Amt & Technologie-Region K.E.R.N. (2004): Vorschlag für das Programmplanungsdokument für die Gemeinschaftsinitiative Interreg IIIA Fyns Amt (DK) und Technologie-Region K.E.R.N. (D) 2000-2006. Überarbeitete Fassung: Stand 01.11.2004.

[http://www.interreg.kern.de/docs/PGI-Interreg%20III%204%20Fyn-Kern%20Anpassung%20Nov%202004%20\(in%20schwarz\).pdf](http://www.interreg.kern.de/docs/PGI-Interreg%20III%204%20Fyn-Kern%20Anpassung%20Nov%202004%20(in%20schwarz).pdf) (Zugriff: 27.5.2008)

Gabbe, J. (2002): Regionen und Regionalisierung in Europa – Die Rolle der Grenzregionen und der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit. In: Gu, X. (Hrsg.): Grenzüberschreitende Zusammenarbeit zwischen den Regionen in Europa. Schriften des Zentrums für Europäische Integrationsforschung der Rheinischen Friedrich-Wilhelm-Universität Bonn, Band 39. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 201-210.

Gemeinsame Verwaltungsbehörde Interreg IIIA im Wirtschaftsministerium des Landes Mecklenburg – Vorpommern (2006): Regionales Programm für den deutsch-polnischen Grenzraum Mecklenburg-Vorpommern / Brandenburg (D) Zachodniopomorskie (PL). Jährlicher Durchführungsbericht über die Strukturfondsintervention nach Artikel 37 der VO (EG) Nr. 1260/1999 des Rates zur Umsetzung der Gemeinschaftsinitiative INTERREG III A für das Berichtsjahr 2005. Schwerin, 12.06.2006

[http://www.pomerania.net/download/Jahresbericht\\_MV\\_BB\\_ZACH\\_2005.pdf](http://www.pomerania.net/download/Jahresbericht_MV_BB_ZACH_2005.pdf) (Zugriff 10.06.2008)

Gemeinsame Verwaltungsbehörde INTERREG IIIA im Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Tourismus des Landes Mecklenburg-Vorpommern (2007): Regionales Programm für den deutsch-polnischen Grenzraum Mecklenburg-Vorpommern / Brandenburg (D) Zachodniopomorskie (PL). Jährlicher Durchführungsbericht über die Strukturfondsintervention nach Artikel 37 der VO (EG) Nr. 1260/1999 des Rates zur Umsetzung der Gemeinschaftsinitiative INTERREG III A für das Berichtsjahr 2006. Schwerin, 28.06.2007.

[http://www.pomerania.net/download/Jahresbericht\\_MV\\_BB\\_ZACH\\_2006.pdf](http://www.pomerania.net/download/Jahresbericht_MV_BB_ZACH_2006.pdf) (Zugriff 10.06.2008)

Generalitat Valenciana und Stichting Euregio Maas-Rijn (2005): Good practice INTERREG III reporting template: A tool for better use of European Regional Development Funds commitment. Valencia/Maastricht: INTERACT Point tool Box.

<http://www.interact-eu.net/download/application/pdf/1069721> (Zugriff 10.06.2008)



- Glinos, I.A., Boffin, N., Baeten, R. (2005): Contracting Cross-border Care in Belgian Hospitals: An Analysis of Belgian, Dutch and English Stakeholder Perspectives. Report for the project "Europe for Patients", Brussels: Observatoire social européen.  
[http://www.ose.be/files/health/BelgianCaseStudy\\_ForPrint.pdf](http://www.ose.be/files/health/BelgianCaseStudy_ForPrint.pdf) (Zugriff 10.06.2008)
- GMK / Gesundheitsministerkonferenz (2002): Grundlinien einer europäischen Gesundheitspolitik: Die Position der Länder. Beschluss der 75. Gesundheitsministerkonferenz der Länder vom 20.6.2002, TOP 7.3.  
[http://www.gmkonline.de/?&nav=beschluesse\\_75&id=75\\_7.3](http://www.gmkonline.de/?&nav=beschluesse_75&id=75_7.3) (Zugriff 10.06.2008)
- GMK / Gesundheitsministerkonferenz (2005): Leitantrag zur Europäischen Gesundheitspolitik. Beschluss der 78. Gesundheitsministerkonferenz der Länder vom 1.7.2005, TOP 5.1.  
[http://www.gesundheitsministerkonferenz.de/?&nav=beschluesse\\_78&id=78\\_05.01](http://www.gesundheitsministerkonferenz.de/?&nav=beschluesse_78&id=78_05.01) (Zugriff 10.06.2008)
- Goinga, K. (Hrsg.) (1995): EUREGIO – Das alltägliche Europa in der Praxis. Gronau/Enschede: EU-REGIO.
- Gómez-Matarán, N. (1998): Cross-Border Co-operation in Southern Europe: The Catalunya/ Languedoc Roussillon/ Midi Pyrennes Euroregion. In: Brunn, G., Schmitt-Egner, P. (Hrsg.) (1998): Grenz-überschreitende Zusammenarbeit in Europa: Theorie – Empirie – Praxis. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 162-171.
- Greß, S., Axer, P., Wasem, J., Rupprecht, C. (2003): Europäisierung des Gesundheitswesens – Perspektiven für Deutschland. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.
- Groß, N.C. (2004): Netzwerkbildung in der EU als regionale Standortpolitik? Nordrhein-Westfalen und die transnationalen Beziehungen zu Regionen im Benelux-Raum sowie in Mittel- und Osteuropa. ZEI-Discussion Paper C 134/2004, Bonn: Zentrum für Europäische Integrationsforschung.
- Gustav, A. (2004): Plenary session I: Opening. In: Leiner, G., Illmer, A., Schuppe, M. (eds.): Congress report 7<sup>th</sup> European Health Forum Gastein "Global Health Challenges – European approaches and responsibilities.", Bad Gastein (Austria), 6 to 9 October 2004. Bad Hofgastein: Günther Leiner, 32-33.
- GVG / Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hrsg.) (2005): Mobilising EU funding for health: EU financing and national opportunities in the New Member States. Second, revised edition. Köln: GVG.
- Haase, A. (2004): Kooperation statt Exklusion? Euroregionen an Polens EU-Außengrenzen. Osteuropa, 54 Jg. (5-6), 484-495.
- Hamilton, G-J. (2003): Free movement and cross-border cooperation in Europe: the role of hospitals. In: HOPE & EHL / Standing Committee of the Hospitals of the European Union, Entente des Hopitaux Luxembourgeois (eds.) (2003): Free movement and cross-border cooperation in Europe: the role of hospitals & practical experiences in hospitals. HOPE conference and workshop, Luxembourg, June 2003. November 2003. Luxembourg: EHL, 104-108.
- Harant, P. (2003): Hospital cooperation in border regions in Europe. In: HOPE & EHL / Standing Committee of the Hospitals of the European Union, Entente des Hopitaux Luxembourgeois (eds.) (2003): Free movement and cross-border cooperation in Europe: the role of hospitals & practical experiences in hospitals. HOPE conference and workshop, Luxembourg, June 2003. November 2003. Luxembourg: EHL, 34-37.
- Harant, P. (2006): Hospital cooperation across French borders. In: Rosenmöller, M., McKee, M., Baeten, R. (eds.): Patient mobility in the European Union – learning from experience. Copenhagen: World Health Organization, 157-177.

Harant, P. (2007): Bilateral contracts and cross-border planning: Methods to facilitate cross-border cooperation in the health sector. Vortrag im Rahmen der Abschlusskonferenz des EU-Projektes "UREGIO" am 6. März 2007 in Düsseldorf.

[http://www.euregio.nrw.de/070306\\_european-health-policy/harant\\_070306duesseldorf\\_bilateral-contracts.pdf](http://www.euregio.nrw.de/070306_european-health-policy/harant_070306duesseldorf_bilateral-contracts.pdf) (Zugriff 10.06.2008)

Hase, P (2007): Vernetzung der Kliniken geht weiter. Ostseezeitung, 19. Juli 2007.

Hermans, H.E.G.M., den Exter, A. (1999): Cross-border alliances in health care: International Co-operation between Health Insurers and Providers in the Euregio Meuse-Rhine. *Croat Med J.* 40(2), 266-272.

Hermans, B., Brouwer, W. (2003): Quality issues on cross-border care: a literature search. European Rotterdam/Utrecht: Health Management Association.

Hermesse, J., Lewalle, H., Palm, W. (1997): Patient mobility within the European Union. *European Journal of Public Health* 7 (3 Suppl.), 4-10.

High Level Group on Health Care Services (2006): Summary paper on common principles of care, from the mapping exercise of the High Level Group on Health Care Services 2006.

HLG/CBH/2006/4/4.

[http://ec.europa.eu/health/ph\\_overview/co\\_operation/mobility/docs/high\\_level\\_wg\\_003\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/docs/high_level_wg_003_en.pdf) (Zugriff 10.06.2008)

Hölcker, N. (2004): Regionen in Europa – Gewinner oder Verlierer des europäischen Einigungsprozesses? Eine Betrachtung des Bedeutungswandels der Regionen in Europa am Beispiel der europäischen Regional- und Strukturpolitik von 1957 bis heute. ESH Working Paper No.2, Hannover.

<http://www.gps.uni-hannover.de/europe/workingpapers/hoelcker.pdf> (Zugriff 10.06.2008)

Holzheimer, G., Schiffmann, I. (2001): Grenzüberschreitende Beschäftigung im Gesundheitswesen Saar-Lor-Lux-Rheinland-Pfalz. Bestandaufnahme des grenzüberschreitenden Gesundheitssektors. EURES-Transfrontalier: Saarbrücken: EURES-Transfrontalier.

[http://www.wec-europa.org/download/besch\\_gesundheitswesen\\_slr.pdf](http://www.wec-europa.org/download/besch_gesundheitswesen_slr.pdf) (Zugriff 10.06.2008)

HOPE / Standing Committee of the Hospitals of the European Union (ed.) (2003): Hospital co-operation in border regions in Europe. A report carried out by the HOPE Working Party on Cross-border Co-operation, with the support of the European Commission, June 2003. Brüssel: HOPE.

HOPE / European Hospital and Healthcare Federation (2005): Minutes – working party on cross-border cooperation in border regions of the European Hospital and Healthcare Federation (HOPE). October 24/25, 2005 – Venice (Italy) (unveröffentlicht).

HOPE & EHL / Standing Committee of the Hospitals of the European Union, Entente des Hopitaux Luxembourgeois (eds.) (2003): Free movement and cross-border cooperation in Europe: the role of hospitals & practical experiences in hospitals. HOPE conference and workshop, Luxembourg, June 2003. November 2003. Luxembourg: EHL.

Hrbek, R., Weyand, S. (1994): Betrifft: das Europa der Regionen – Fakten, Probleme, Perspektiven. München: Beck.

IBK / Internationale Bodenseekonferenz (2007): Wir fördern Europa – Interreg IV geht in die vierte Laufzeit. Interreg IV-Programm „Alpenrhein-Bodensee-Hochrhein“ stellt sich vor. Bodensee-Informationsdienst (BI) der Internationalen Bodenseekonferenz (IBK), Ausgabe 15/2007, 20. Juni 2007.

[www.bodenseekonferenz.org/bausteine.net/file/showfile.aspx?downaid=8587&sp=D&domid=1043&f\\_d=3](http://www.bodenseekonferenz.org/bausteine.net/file/showfile.aspx?downaid=8587&sp=D&domid=1043&f_d=3) (Zugriff 01.05.2008)

IfS / Institut für Stadtforschung und Strukturpolitik GmbH (2003a): Halbzeitbewertung zur Gemeinschaftsinitiative Interreg IIIA im Freistaat Sachsen. Los 2: Programm Freistaat Sachsen – Woiwodschafft Niederschlesien 2000-2006. Endbericht, Materialband.

[http://www.interreg3a.info/media/files/endbericht\\_hzb\\_materialband\\_sn-wns.pdf](http://www.interreg3a.info/media/files/endbericht_hzb_materialband_sn-wns.pdf) (Zugriff 10.06.2008)

- IfS / Institut für Stadtforschung und Strukturpolitik GmbH (2003b): Halbzeitbewertung zur Gemeinschaftsinitiative Interreg IIIA im Freistaat Sachsen. Los 1: Programm Freistaat Sachsen – Tschechische Republik 2000-2006. Endbericht, Materialband.  
[http://www.interreg3a.info/media/files/endbericht\\_hzb\\_materialband\\_sn-tr.pdf](http://www.interreg3a.info/media/files/endbericht_hzb_materialband_sn-tr.pdf) (Zugriff 10.06.2008)
- ILS / Institut für Landes- und Stadtentwicklungsforschung des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (1986): „Grenzüberschreitendes Aktionsprogramm“ für die Euregio Maas-Rhein. Dortmund: ILS.
- ILS / Institut für Landes- und Stadtentwicklungsforschung des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (1989): Grenzüberschreitendes Entwicklungs- und Handlungskonzept der Regio Rhein-Waal. Dortmund: waz-Druck.
- Infrastruktur & Umwelt, Professor Böhm und Partner (2005): Aktualisierung der Halbzeitbewertung INTERREG III A 2000 –2006 Brandenburg, Polen / Lubuskie sowie Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg, Polen / Zachodniopomorskie. Endbericht. Potsdam/Trier: 14. Oktober 2005. Infrastruktur & Umwelt, Professor Böhm und Partner in Zusammenarbeit mit TAURUS Institut an der Universität Trier.  
[http://www.pomerania.net/download/Kurzfassung\\_HZB\\_Aktualisierung\\_2005.pdf](http://www.pomerania.net/download/Kurzfassung_HZB_Aktualisierung_2005.pdf) (Zugriff: 10.06.2008)
- INTERACT Point Qualification and Transfer (ed.) (2005): Effective management of INTERREG IIIA programmes – a set of information sheets. INTERACT Point Qualification and Transfer: Viborg.  
<http://www.interact-eu.net/download/application/pdf/766079> (Zugriff: 10.06.2008)
- INTERACT Point Qualification and Transfer (ed.) (2006): Cross-border cooperation in Europe – an overview of INTERREG IIIA programmes 2000-2006, April 2006. Viborg: INTERACT Point Qualification and Transfer.  
<http://www.interact-eu.net/download/application/pdf/766196> (Zugriff 10.06.2008)
- INTERACT Point Tool Box (ed.) (2005): Programme summary of the Euregio Meuse-Rhine INTERREG IIIA PROGRAMME. Valencia & Maastricht: INTERACT Point Tool Box.  
<http://www.interact-eu.net/download/application/pdf/1108613> (Zugriff: 10.06.2008)
- INTERACT Point Tool Box (ed.) (2006a): Interreg III programmes – facts and figures. Valencia & Maastricht: INTERACT Point Tool Box.  
<http://www.interact-eu.net/download/application/pdf/1203150> (Zugriff: 10.06.2008)
- INTERACT Point Tool Box (ed.) (2006b): Good practice INTERREG III partnership agreement – a tool for better use of the European Regional Development Fund. Valencia & Maastricht: INTERACT Point Tool Box.  
<http://www.interact-eu.net/download/application/pdf/1157421> (Zugriff: 10.06.2008)
- INTERACT Programme Secretariat (ed.) (2005a): A study of the mid term evaluations of INTERREG programmes for the programming period 2000 until 2006. Wien: Interact Programme Secretariat.  
<http://www.interact-eu.net/download/application/pdf/719485> (Zugriff: 10.06.2008)
- INTERREG-Sekretariat des Interreg IIIA-Programms EUREGIO, Euregio Rhein-Waal und euregio-rhein-maas-nord (o.J.): Durchführungsbericht für das Jahr 2006 gemäß Art. 37 der Verordnung (EG) Nr. 1260/1999 vom 21.06.1999, Berichtszeitraum: 01.01.2006 – 31.12.2006. Kleve: Gemeinsames Interreg-Sekretariat.
- ISS / Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e. V. (Hrsg.) (2006): Expertentreffen „Grenzüberschreitende Erbringung von Dienstleistungen im Gesundheits- und Sozialbereich“. ISS informiert 3/2006, 2.
- Jurczek, P. (2002): Euroregionen an der Grenze zu Polen und Tschechien. Deutsche Fassung des Vortrages „Euroregions on the border to Poland and the Czech Republic“ im Rahmen der Tagung Außenpolitik von Regionen. Ziele, Dimensionen, Strategien und Bedeutung der Außenbeziehungen von Regionen in Europa und der Welt“; durchgeführt vom Europäischen Zentrum für Föderalismusforschung Tübingen (EZFF) in Zusammenarbeit mit dem Staatsministerium Baden-Württemberg. Kommunal- und regionalwissenschaftliche Arbeiten online (KrAo), Nr. 5.  
<http://www.tu-chemnitz.de/phil/geographie/download/krao5.pdf> (Zugriff 10.06.2008)

Kepka, J. M. M. (2004): The Nysa Euroregion: the first ten years. *Eurasian Geography and Economics*, 45 (3), 162-189.

Kommission der Europäischen Gemeinschaften (2000): Mitteilung der Kommission an die Mitgliedstaaten vom 28.4.00 über die Leitlinien für eine Gemeinschaftsinitiative betreffend die transeuropäische Zusammenarbeit zur Förderung einer harmonischen und ausgewogenen Entwicklung des europäischen Raums – Interreg IIIA. Brüssel, den 28.4.00, K(2000) 1101 – DE.

Kommission der Europäischen Gemeinschaften (2001): Mitteilung der Kommission über die Auswirkungen der Erweiterung für die an Beitrittsländer angrenzenden Regionen – Gemeinschaftsaktion für Grenzregionen. Brüssel, den 25.7.2001, KOM(2001) 437 endgültig.  
<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2001:0437:FIN:DE:PDF> (Zugriff: 10.06.2008)

Kommission der Europäischen Gemeinschaften (2003): Arbeitsdokument der Kommissionsdienststellen. Zusammenfassender Bericht Anwendung der Binnenmarktvorschriften im Bereich der Gesundheitsdienste, Durchführung der Rechtssprechung des Gerichtshofes durch die Mitgliedstaaten. Brüssel, den 28.7.2003, SEK(2003) 900.  
[http://europa.eu.int/comm/internal\\_market/services/docs/services-dir/background/2003-report-health-care\\_de.pdf](http://europa.eu.int/comm/internal_market/services/docs/services-dir/background/2003-report-health-care_de.pdf) (Zugriff: 10.06.2008)

Kommission der Europäischen Gemeinschaften (2004): Reaktion auf den Reflexionsprozess auf hoher Ebene über die Patientenmobilität und die Entwicklungen der gesundheitlichen Versorgung in der Europäischen Union. Mitteilung der Kommission, Brüssel, den 20.04.2004, KOM(2004) 301 endgültig.  
[http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/de/com/2004/com2004\\_0301de01.pdf](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/de/com/2004/com2004_0301de01.pdf) (Zugriff 10.06.2008)

Kommission der Europäischen Gemeinschaften (2006a): Jährliche Strategieplanung für 2007 – Durch Handeln das Vertrauen stärken. Mitteilung der Kommission an das Europäische Parlament, den Rat, den Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen. Brüssel, den 14.3.2006, KOM(2006) 122 endgültig.  
[http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/de/com/2006/com2006\\_0122de01.pdf](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/de/com/2006/com2006_0122de01.pdf) (Zugriff 10.06.2008)

Kommission der Europäischen Gemeinschaften (2006b): Mitteilung der Kommission: Konsultation zu Gemeinschaftsmaßnahmen im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen. Brüssel, den 26. September 2006, SEC (2006) 1195/4.  
[http://ec.europa.eu/health/ph\\_overview/co\\_operation/mobility/docs/comm\\_health\\_services\\_comm2006\\_de.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/docs/comm_health_services_comm2006_de.pdf) (Zugriff 10.06.2008)

Kommission der Europäischen Gemeinschaften (2007): Weissbuch: Gemeinsam für die Gesundheit – Ein strategischer Ansatz der EU für 2008-2013. (von der Kommission vorgelegt) {SEK(2007) 1374}, {SEK(2007) 1375}, {SEK(2007) 1376}, Brüssel, den 23.10.2007, KOM(2007) 630 endgültig.  
[http://ec.europa.eu/health/ph\\_overview/Documents/strategy\\_wp\\_de.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_de.pdf) (Zugriff 10.06.2008)

Kommission der Europäischen Gemeinschaften (2008): Vorschlag für eine Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung. Brüssel, den 2.7.2008, KOM(2008) 414 endgültig, 2008/0142 (COD).

Kommunalgemeinschaft Europaregion Pomerania e.V. (Hrsg.) (2006): Fortschreibung – Grenzüberschreitendes Entwicklungs- & Handlungskonzept der Euroregion POMERANIA für den Zeitraum 2007 – 2013 (EHK). Endbericht August 2006.  
[http://www.pomerania.net/download/EHK\\_POMERANIA\\_2007-13\\_Endfassung\\_DE.pdf](http://www.pomerania.net/download/EHK_POMERANIA_2007-13_Endfassung_DE.pdf) (Zugriff 10.06.2008)

Kowalke, H. (1997): Die neuen Euroregionen an der östlichen Außengrenze der Europäischen Union. In: Eckart, K. E., Kowalke, H. (Hrsg.): Die Euroregionen im Osten Deutschlands. Schriftenreihe der Gesellschaft für Deutschlandforschung, Bd. 55. Berlin: Duncker & Humblot, 13-28.

Kreis Heinsberg (o.J.): Klasse in Bewegung – Haltung und Entspannung im Klassenzimmer. Abschlussbericht des Kreises Heinsberg und der Deutschsprachigen Gemeinschaft Belgien.

- Krenek, T. (2005): Die Entwicklungspotenziale und -hindernisse der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im tschechisch-polnisch-slowakischen Dreiländereck. Inaugural Dissertation, Philosophische Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität zu Münster (Westf.).
- Lafourcade, M., Paluzie, E. (2007): European integration, FDI and the internal geography of trade: evidence from Western European border regions. Working Paper n°145, Espai de Recerca en Economia, Universitat de Barcelona.
- Landesregierung NRW (2007) Grenzenlose Entwicklung der Euregio: EU fördert nachhaltige Regionalentwicklung. Nachricht vom Donnerstag, 23. August 2007.  
[http://www.media.nrw.de/media2/site/index.php?id=73&tx\\_ttnews%5Btt\\_news%5D=53597&cHash=56da4e6507](http://www.media.nrw.de/media2/site/index.php?id=73&tx_ttnews%5Btt_news%5D=53597&cHash=56da4e6507) (Zugriff 22.5.2008)
- Landeszentralbank Nordrhein-Westfalen (2000): Euregios im Grenzraum Nordrhein-Westfalen. Sonderkapitel der Jahresberichte der ehemaligen Landeszentralbank in Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf.  
<http://bundesbank.de/download/hv/duesseldorf/sonder00.pdf> (Zugriff 10.06.2008)
- Leidl, R. (2001): Konvergenz der Gesundheitssysteme in der Europäischen Union. Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement 6(2), 44-53.
- Löchter, K. (2007): INTERREG III A Förderperiode 2000 – 2006. Vortrag auf der INTERREG III A – Abschlussveranstaltung des Interreg IIIA-Programms Mecklenburg-Vorpommern / Brandenburg und Polen (Wojewodschaft Zachodniopomorskie) am 24.09.2007 in Pasewalk.  
[http://www.pomerania.net/download/VORTRAG\\_MV\\_INTERREG%20IIIA\\_Pasewalk\\_240907.pdf](http://www.pomerania.net/download/VORTRAG_MV_INTERREG%20IIIA_Pasewalk_240907.pdf) (Zugriff 10.06.2008)
- lögd NRW / Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2004): Risikoverhalten Jugendlicher: Ergebnisse der Befragung in der Euregio Maas-Rhein 2001-2002. Wissenschaftliche Reihe Band 18, Bielefeld: lögd NRW.
- lögd NRW / Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2006): Evaluation of Border Regions in the European Union (EUREGIO): Second Interim Report (2005-06-01 – 2006-06-01).  
[http://www.euregio.nrw.de/files/2nd-interim-report/2nd\\_interim\\_report.pdf](http://www.euregio.nrw.de/files/2nd-interim-report/2nd_interim_report.pdf) (Zugriff 10.06.2008)
- lögd NRW / Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2007): Evaluation of border regions in the European Union (EUREGIO) – Final Report.  
[http://www.euregio.nrw.de/files/final\\_report\\_euregio\\_en.pdf](http://www.euregio.nrw.de/files/final_report_euregio_en.pdf) (Zugriff 10.06.2008)
- LRDP / Local and Regional Development Planning LTD. (2003): Ex-Post Evaluierung der Gemeinschaftsinitiative INTERREG II (1994 – 1999), Kurzbericht. London: LRDP.  
[http://ec.europa.eu/regional\\_policy/sources/docgener/evaluation/inter2a/summary\\_de.pdf](http://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docgener/evaluation/inter2a/summary_de.pdf) (Zugriff 10.06.2008)
- Madelin, R. (2007): Common values and principles of the European Union. Speech at the EHMA Conference "Shaping the future for Community action in health services", Brussels, 30 March 2007.  
[http://ec.europa.eu/health/ph\\_overview/co\\_operation/mobility/docs/speech\\_20070330\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/docs/speech_20070330_en.pdf) (Zugriff 10.06.2008)
- Malchus, V. Frhr. v. (2006): Rechtliche Instrumente: „Von der Madrider Rahmenkonvention zum Anholter Abkommen, zum Karlsruher Übereinkommen und zu den Eurodistrikten“. In: Janssen, G. (Hrsg.): Europäische Verbände für territoriale Zusammenarbeit (EVTZ). Berlin: LIT (Juristische Schriftenreihe), 19-46.
- Malchus, V. Frhr. v. (2007): Die Bedeutung der Euregios für die grenzüberschreitende Zusammenarbeit – unter besonderer Berücksichtigung des Gesundheitswesens. In: Observatorium für die Entwicklung der sozialen Dienste in Europa (Hrsg.): Dokumentation der Tagung „Grenzüberschreitende Erbringung von Dienstleistungen im Gesundheits- und Sozialbereich“, Berlin, 28. September 2006 (nur als pdf-Datei verfügbar), 36-44.  
[http://www.soziale-dienste-in-europa.de/Anlage23582/GUED\\_im\\_Gesundheits\\_und\\_Sozialbereich.pdf](http://www.soziale-dienste-in-europa.de/Anlage23582/GUED_im_Gesundheits_und_Sozialbereich.pdf) (Zugriff 10.03.2008)

- Mayring, P. (1999): Einführung in die qualitative Sozialforschung: eine Anleitung zu qualitativem Denken, 4. Auflage. Weinheim: Beltz, Psychologie-Verl.-Union.
- Merten, M. (2003): Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung: Harmonisierung in kleinen Schritten. Deutsches Ärzteblatt, Heft 1, Januar 2003, 25-27.
- MGSFF NRW / Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2001): Gesundheitspolitik in Europa – Entwicklungen, Chancen, Perspektiven aus der Sicht des Landes Nordrhein-Westfalen. Bielefeld: Iögd NRW.
- Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg (Hrsg.) (2005): Gesundheit ohne Grenzen – Kooperationen in der stationären Versorgung. Tagungsunterlagen des 2. Gesundheitsforums, 28. September 2005 in Basel. Stuttgart: Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg. <http://www.regbas.ch/files/Gesundheitskongress-Tagungsband-doppelseitig-endg21.9.05.pdf> (Zugriff 28.6.2006)
- MOT / Mission opérationnelle transfrontalière (2008): Proceedings "Cross-border territories: day-to-day Europe". European conference, 8 and 9 Novembre 2007 in Lille – France. Paris: Mission opérationnelle transfrontalière [http://www.espaces-transfrontaliers.org/Colloque/ACTES\\_EN.pdf](http://www.espaces-transfrontaliers.org/Colloque/ACTES_EN.pdf) (Zugriff 08.06.2008)
- NEI / Nederlands Economisch Instituut Rotterdam (1986a): Grenzüberschreitendes Aktionsprogramm für das Gebiet der EUREGIO: I Zusammenfassende Analyse. Rotterdam: NEI.
- NEI / Nederlands Economisch Instituut Rotterdam (1986b): Grenzüberschreitendes Aktionsprogramm für das Gebiet der EUREGIO: II Entwicklungsziele, III Entwicklungsaktivitäten. Rotterdam: NEI.
- Niedobitek, M. (2001): Das Recht der grenzüberschreitenden Verträge: Bund, Länder und Gemeinden als Träger grenzüberschreitender Zusammenarbeit. Jus Publicum, Bd. 66. Tübingen: Mohr Siebeck.
- Öresundskomiteen & Øresunddirekt (2003): Health care without borders in the Öresund Region. Copenhagen: Öresundskomiteen.
- Palm, W., Nickless, J., Lewalle, H., Coheur, A. (2000): Implications of recent jurisprudence on the coordination of health care protection systems. Summary report produced for the European Commission Directorate-General for Employment and Social Affairs. Brussels: Association Internationale de la mutualité.
- Perkmann, M. (2003a): The rise of the Euroregion. A bird's eye perspective on European cross-border co-operation. Published by the Department of Sociology, Lancaster University, Lancaster LA1 4YN, UK. <http://www.lancs.ac.uk/fass/sociology/papers/perkmann-rise-of-euroregion.pdf> (Zugriff: 10.06.2008)
- Perkmann, M. (2003b): Cross-border regions in Europe: significance and drivers of regional cross-border co-operation. European Urban and Regional Studies, 10, 153-171.
- Perkmann, M. (2005a): The emergence and governance of Euroregions: The case of the EUREGIO on the Dutch-German border. Workshop: Euroregions: experiences and lessons, University Institute for European Studies of the Universitat Autònoma de Barcelona, 15-16 December 2005.
- Perkmann, M. (2005b): Cross-border co-operation as policy entrepreneurship: explaining the variable success of European cross-border regions. CSGR Working Paper No. 166/05.
- Perkmann, M (2007): Construction of new territorial scales: a framework and case study of the EUREGIO cross-border region'. Regional Studies 41(2), 253-266.
- PHEA / Public Health Executive Agency (o.J.): Programme of Community action in the field of Public Health. Project abstracts – call für proposals 2007 (draft). [http://ec.europa.eu/phea/documents/Abstracts\\_2007\\_all.pdf](http://ec.europa.eu/phea/documents/Abstracts_2007_all.pdf) (Zugriff 10.06.2008)

- Projektgruppe EIS (Hrsg.) (2008): Euregionaler Informations-Service (EIS) – Euregio Maas-Rhein in Zahlen 2007. Voerendaal: SchrijenLippertzHuntjens.  
[http://www.eis.abf.nl/media/27967/eis\\_emr\\_2007.pdf](http://www.eis.abf.nl/media/27967/eis_emr_2007.pdf) (Zugriff 10.06.2008)
- Raich, S. (1995): Grenzüberschreitende und interregionale Zusammenarbeit in einem „Europa der Regionen“: dargestellt anhand der Fallbeispiele Großregion Saar-Lor-Lux, EUREGIO und „Vier Motoren für Europa“; ein Beitrag zum Europäischen Integrationsprozess. Schriftenreihe des Europäischen Zentrums für Föderalismus-Forschung, Bd. 3. Baden-Baden: Nomos-Verl.-Ges.
- Ramakers, M., Bindels, T., Wellding, J. (2007): Grenzüberschreitende Hilfeleistung in der Euregio Maas-Rhein. Gesetze und Regelungen, Abkommen und Vereinbarungen zum grenzüberschreitenden Einsatz von medizinischen Rettungsdiensten und Feuerwehren in der Euregio Maas Rhein. Project EMRIC, GGD Zuid Limburg.
- Regierung der Bundesrepublik Deutschland und Regierung der Französischen Republik (2005): Rahmenabkommen zwischen der Regierung der Bundesrepublik Deutschland und der Regierung der Französischen Republik über die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich. Weil am Rhein, 22. Juli 2005.
- REGIO Aachen e.V. (Hrsg.) (o.J.): Jahresbericht 2005 der REGIO Aachen e.V.  
[new.heimat.de/regioaachen/neu/download.php?id=6807](http://new.heimat.de/regioaachen/neu/download.php?id=6807) (Zugriff 01.06.2008)
- Region Sønderjylland/Schleswig (o.J.): Jahresbericht 2006.  
<http://www.region.de/wm225419> (Zugriff 15.06.2008)
- Regionale Arbeitsgruppe der Länder Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg, des Wirtschaftsministeriums Polens und der Wojewodschaft Zachodniopomorskie (2004): INTERREG III A Joint Programming Document 2000 – 2006. Regionales Programm des deutsch-polnischen Grenzraumes im Gebiet der Länder Mecklenburg-Vorpommern / Brandenburg und Polen (Wojewodschaft Zachodniopomorskie), in der redaktionellen Überarbeitung vom 28.05.2004.  
[http://www.pomerania.net/download/Interreg3a\\_Regionalprogramm\\_2004-05-28.pdf](http://www.pomerania.net/download/Interreg3a_Regionalprogramm_2004-05-28.pdf) (Zugriff 01.06.2008)
- Regionale Arbeitsgruppe der Länder Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg, des Wirtschaftsministeriums Polens und der Wojewodschaft Zachodniopomorskie (2005): INTERREG III A Joint Programming Document 2000 – 2006. Regionales Programm des deutsch-polnischen Grenzraumes im Gebiet der Länder Mecklenburg-Vorpommern / Brandenburg und Polen (Wojewodschaft Zachodniopomorskie). Ergänzung zur Programmplanung in der redaktionellen Überarbeitung vom 19.01.2005.  
[http://www.pomerania.net/download/Interreg3a\\_EzP\\_2005-01-19.pdf](http://www.pomerania.net/download/Interreg3a_EzP_2005-01-19.pdf) (Zugriff 01.06.2008)
- Regionomica (1999): Entwicklungs- und Handlungskonzept der Euroregion Spree – Neiße – Bober. Überarbeitung des Konzeptes vom Dezember 1993, im Auftrag der Euroregion Spree – Neiße – Bober e.V., Berlin.
- Resmini, L. (2002): European integration and adjustment in border regions in accession countries. Paper presented at the 42<sup>nd</sup> European congress of the European Regional Science Association (ERSA), August 27<sup>th</sup>-31<sup>st</sup>, Dortmund.  
<http://www.ersa.org/ersaconfs/ersa02/cd-rom/papers/193.pdf> (Zugriff: 10.06.2008)
- Ricq, C. (1996): Handbook on transfrontier co-operation for local and regional authorities in Europe. 3rd edition, Strasbourg: Council of Europe Publishing.
- Ricq, C. (2006): Handbook of transfrontier co-operation. 2006 edition, Strasbourg: Council of Europe Publishing.
- Risikogedrag Adolescenten (2004): Risikoverhalten Jugendlicher aus der euregionalen Perspektive. Interreg III –Projekt „Risikogedrag Adolescenten“. Maastricht.
- Rosenmöller, M., McKee, M., Baeten, R. (eds.) (2006): Patient Mobility in the European Union – Learning from experience. Copenhagen: World Health Organization.

Ruge, U. (2003): Die Erfindung des "Europa der Regionen": kritische Ideengeschichte eines konservativen Konzepts. Frankfurt/New York: Campus.

Sächsisches Staatsministerium für Wirtschaft und Arbeit (Hrsg.) (2007a): Jährlicher Durchführungsbericht zum Programm der Gemeinschaftsinitiative Interreg III A 2000 – 2006 Freistaat Sachsen – Republik Polen (Woiwodschaft Niederschlesien): Berichtsjahr 2006. Jährlicher Durchführungsbericht gemäß Artikel 37 der Verordnung (EG) Nr. 1260/1999 bestätigt vom Begleitausschuss Interreg III A Freistaat Sachsen – Republik Polen (Woiwodschaft Niederschlesien) durch Beschluss vom 19.06.2007 [http://www.interreg3a.info/media/files/jahresdurchfuehrungsbericht\\_2006\\_sn\\_pl.pdf](http://www.interreg3a.info/media/files/jahresdurchfuehrungsbericht_2006_sn_pl.pdf) (Zugriff: 10.06.2008)

Schaffer, H. (2000): Österreichische Ost-Euregios, ein Netzwerk mit Zukunft. Zusammenfassung der Tagung „EUREGIOs – Kooperationen an Österreichs EU-Außengrenze“ am 22. Oktober 1999 in Poysdorf, 35-38. [http://www.euregioforum.at/download/tbzf\\_99\\_de.pdf](http://www.euregioforum.at/download/tbzf_99_de.pdf) (Zugriff: 10.06.2008)

Schaub, V.E. (2001): Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung in der Europäischen Union: die gesetzlichen Gesundheitssysteme im Wettbewerb. Baden-Baden: Nomos-Verl.-Ges.

Schelberg, W.L.G. (1998): EUREGIO – Grenzüberschreitende Zusammenarbeit in der Praxis. Westfälische Geographische Studien, Band 48, 55-62.

Schelberg, W.L.G. (2001) EUREGIO: Pioneer in the practice of European cross-border co-operation. Administration 49 (2), 23-34.

Scheres, J. (2003): Cross-border health care in the Euroregion Meuse-Rhine, pilot for Europe? In: HOPE & EHL / Standing Committee of the Hospitals of the European Union, Entente des Hopitaux Luxembourgeois (eds.) (2003): Free movement and cross-border cooperation in Europe: the role of hospitals & practical experiences in hospitals. Hope Conference and Workshop, Luxembourg, June 2003. November 2003. Luxembourg: EHL, 40-43.

Scheres J. (2006a): Chancen und Möglichkeiten der grenzüberschreitenden Kooperation: die Euregio Maas Rhein. Vortrag im Rahmen der Fachtagung Healthregio am 26./27. Februar 2006 in Wien. <http://www.healthregio.net/bilder/ScheresPPT.pdf> (Zugriff: 10.06.2008)

Scheres, J. (2006b): Coordinating structures in cross-border care. In: Brand, H., Holleder, A., Ward, G., Wolf, U. (eds.): Cross-border activities – good practice for better health. Workshop of the project "Evaluation of border regions in the European Union (EUREGIO)", 20/21 January 2006, Bielefeld. Wissenschaftliche Reihe, Bd. 21. Bielefeld: Iögd NRW, 37-50

Schleswig-Holsteinischer Landtag (2002): Bericht der Landesregierung „Grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen“. Beschluss des Landtages vom 13. September 2002. Drucksache 15/2232, 02-11-05. <http://www.lvn.parlanet.de/infothek/wahl15/drucks/2200/drucksache-15-2232.pdf> (Zugriff 10.06.2008)

Schlosser, G. (2008): Europäische Territoriale Zusammenarbeit (ETZ) im Rahmen der Strukturfonds 2007-2013. Erstellt von BMWi, EB 2 Gregor Schlosser, Stand: 01.04.2008. <http://www.bmw.de/BMWi/Redaktion/PDF/E/europaeische-territoriale-zusammenarbeit,property=pdf,bereich=bmw,sprache=de,rwb=true.pdf> (Zugriff: 20.04.2008)

Schmitt-Egner, P. (1998): Grenzüberschreitende Zusammenarbeit (GZA) in Europa als Gegenstand wissenschaftlicher Forschung und Strategie transnationaler Praxis. Anmerkungen zur Theorie, Empirie und Praxis des Transnationalen Regionalismus. In: Brunn, G., Schmitt-Egner, P. (Hrsg.): Grenzüberschreitende Zusammenarbeit in Europa: Theorie – Empirie – Praxis. Schriftenreihe des Institutes für Europäische Regionalforschung, Bd. 3. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 27-77.

Schmucker, R. (2003): Europäische Integration und Gesundheitspolitik. Arbeitspapier Nr. 23/2003 des Instituts für Medizinische Soziologie am Klinikum der Johann Wolfgang-Goethe Universität, Frankfurt a.M.



Schölkopf, M. (2003): Was gibt es heute schon an grenzüberschreitender Versorgung? Ergebnisse einer Umfrage der DKG. Vortrag auf dem HealthUpdate-Kongress, 26. März 2003, Nürnberg (unveröffentlicht)

Schöne, M. (2006): Bedeutung, Typologie und Entwicklungsperspektiven der deutsch-polnischen und deutsch-tschechischen Euroregionen. Dissertation, Fakultät Forst-, Geo- und Hydrowissenschaften der Technischen Universität zu Dresden.

Schröder, J. (2007): Euregio Meuse-Rhine: Promoting and hindering factors in cross-border cooperation in health. Präsentation im Rahmen der Abschlusskonferenz "Cross-Border Activities – Good Practice for Better Health" des EU-Projektes „EUREGIO“ am 6. März 2007 in Düsseldorf.  
[http://www.euregio.nrw.de/070306\\_european-health-policy/schroeder\\_070306duesseldorf\\_euregio-meuse-rhine.pdf](http://www.euregio.nrw.de/070306_european-health-policy/schroeder_070306duesseldorf_euregio-meuse-rhine.pdf) (Zugriff: 10.06.2008)

Schultze R.-O. (1990): Ungleiche Entwicklung und Regionalpolitik in Kanada: Gibt es Alternativen? In: Vogelsang, R. (Hrsg.): Kanada im Spannungsfeld regionaler Gegensätze: Untersuchungen zu Bevölkerungsentwicklung, Regionalpolitik und Verfassungsreform in den 80er Jahren. Bochum: Brockmeyer, 80-131.

Sozialministerium des Landes Baden-Württemberg (Hrsg.) (2003): Baden-Württemberg im Europa der Regionen – Dimensionen und Perspektiven bei grenzübergreifenden Gesundheitsleistungen. Stuttgart: Sozialministerium des Landes Baden-Württemberg.

Spiegelberg, P. (2005): Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung – Viel Rauch um Nichts. KlinikManagement aktuell 1/05, 22-24.

Spiegelberg, P. (2008): EU-Richtlinie zu grenzüberschreitenden Patientenrechten: Vermintes Gelände. Dtsch Ärztebl 2008, 105(6), A-259.

Spinnewyn, F. (2002): Bedeutung und Rolle des Europäischen Fonds für regionale Entwicklung (EFRE) für die Entwicklung euregionaler Zusammenarbeit im Sozial- und Gesundheitsbereich. In: Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V. (Hrsg.): Dokumentation der Tagung „Grenzüberschreitende soziale Dienste/Sozialarbeit“. 23./24. April 2002, Aachen. Frankfurt am Main: Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V., 169-183.

Staatskanzlei des Landes Brandenburg (Hrsg.) (2007): Jahresbericht 2006 Regionalprogramm INTERREG III A Brandenburg – Lubuskie Förderperiode 2000 – 2006. Jährlicher Durchführungsbericht nach Artikel 37 VO (EG) Nr. 1260/1999 des Rates vom 21. Juni 1999 CCI: 2000 CB 16 0 PC 005 - K (2001) 2107 bestätigt vom Begleitausschuss INTERREG III A Brandenburg – Lubuskie durch Beschluss vom 12. Juni 2007.  
[http://www.wirtschaft.brandenburg.de/cms/media.php/lbm1.a.3615.de/Jahresbericht\\_2006\\_Endfassung.pdf](http://www.wirtschaft.brandenburg.de/cms/media.php/lbm1.a.3615.de/Jahresbericht_2006_Endfassung.pdf) (Zugriff 21.3.2008)

Stahl-Rolf, S., Hamann, O., Wilkens, M., Hausberg, B. (2002): Innovationsnetze in internationaler Perspektive: Vorgehensweise und wichtigste Ergebnisse, Abschlussbericht 05/12/2002. Düsseldorf: VDI – Technologiezentrum.

Stichting EMR / Stichting Euregio Maas-Rhein (o.J.): Liste der in Interreg IIA realisierten Projekte (unveröffentlicht).

Stichting EMR (2000): Statuten der Stichting Euregio Maas-Rhein, mit Sitz in Maastricht gemäss der Statutenabänderung vom 6. Januar 2000.

Stichting EMR / Stichting Euregio Maas-Rhein (2005): Europa konkret. Maastricht: EMR.

Sturm, R. (2001): Föderalismus in Deutschland / Beiträge zur Politik und Zeitgeschichte. Opladen: Leske + Budrich.

TK / Techniker Krankenkasse (Hrsg.) (2003): Medizin und Europa - Ergebnisse der TK-Mitglieder-Befragung 2003. Hamburg: Techniker Krankenkassen.

Topaloglou, L., Kallioras, D., Manetos, P., Petrakos, G. (2005): A border regions typology in the enlarged European Union. *Journal of Borderland Studies* 20 (2), 67-89.

van der Goot, A. (2006): Auf dem Wege zu einer neuen Europäischen Konvention über den Verbund der territorialen Zusammenarbeit. Internationales Seminar „Rechtsstellung von Strukturen der grenzüberschreitenden Kooperation (CBC)“ Vilnius, 5.-6. Dezember 2006.  
[http://www.coe.int/t/e/legal\\_affairs/local\\_and\\_regional\\_democracy/Main\\_Bodies/Sub-Committees/LR-CT/Vilnius\\_AukevanderGoot\\_German.asp](http://www.coe.int/t/e/legal_affairs/local_and_regional_democracy/Main_Bodies/Sub-Committees/LR-CT/Vilnius_AukevanderGoot_German.asp) (Zugriff: 10.06.2008)

Verordnung (EG) Nr. 1260/1999 des Rates vom 21. Juni 1999 mit allgemeinen Bestimmungen über die Strukturfonds. *Amtsblatt der EG L 161*, 1-42.

Verordnung (EG) Nr. 1083/2006 des Rates vom 11. Juli 2006 mit allgemeinen Bestimmungen über den Europäischen Fonds für regionale Entwicklung, den Europäischen Sozialfonds und den Kohäsionsfonds und zur Aufhebung der Verordnung (EG) Nr. 1260/1999. *Amtsblatt der EG L 207* vom 11. Juli 2006, 25-77.

Verordnung (EG) Nr. 1080/2006 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 5. Juli 2006 über den Europäischen Fonds für regionale Entwicklung und zur Aufhebung der Verordnung (EG) Nr. 1783/1999. *Amtsblatt der EG L 207* vom 5. Juli 2006, 1-11.

Vershelde, N. (2007): From Interreg III to European Territorial Co-operation: the challenges ahead. Vortrag im Rahmen der Abschlusskonferenz des EU-Projektes „EUREGIO“ am 6. März 2007 in Düsseldorf.  
[http://www.euregio.nrw.de/070306\\_european-health-policy/ostergren&vershelde\\_070306duesseldorf\\_interreg-iii.pdf](http://www.euregio.nrw.de/070306_european-health-policy/ostergren&vershelde_070306duesseldorf_interreg-iii.pdf) (Zugriff: 10.06.2008)

VRE / Versammlung der Regionen Europas (2002): Satzung der Versammlung der Regionen Europas (VRE) in der Fassung vom 28. November 2002.  
[http://www.a-e-r.org/fileadmin/user\\_upload/GoverningBodies/GeneralAssembly/Statutes/Statutes-200x/DE-Statuts-Naples2002.pdf](http://www.a-e-r.org/fileadmin/user_upload/GoverningBodies/GeneralAssembly/Statutes/Statutes-200x/DE-Statuts-Naples2002.pdf) (Zugriff: 21.5.2008)

Weihrauch, B. (2003): Cross-border cooperation and free choice of health care for patients from various viewpoints. In: HOPE / Standing Committee of the Hospitals of the European Union (ed.): *Free movement and cross-border cooperation in Europe: the role of hospitals & practical experiences in hospitals*. Luxembourg: EHL, 58-60.

Wismar, M. (1998): Europa regiert schon lange heimlich mit. *Gesundheit und Gesellschaft* 10, 28-35.

Wismar, M., Busse, R. (1999): Effects of the European single market integration on the German public health system (Auswirkungen der europäischen Binnenmarktintegration auf das deutsche Gesundheitswesen). In: Bellach, B.-M., Stein, H. (eds.): *The new public health policy of the European Union – past experience, present needs, future perspectives (Die neue Gesundheitspolitik der Europäischen Union – Erfahrungen, Anforderungen, Perspektiven)*. Tagungsbericht Potsdam 27.-29. Januar 1999. München: Urban und Vogel, 83-99.

WSR / Wirtschafts- und Sozialrat der Deutschsprachigen Gemeinschaft (Hrsg.) (2005): *Tätigkeitsbericht 2005*. Eupen: WSR.  
[http://www.dglive.be/PortalData/2/Resources/downloads/wirtschaft/WSR\\_T%C3%A4tigkeitsbericht\\_2005.doc](http://www.dglive.be/PortalData/2/Resources/downloads/wirtschaft/WSR_T%C3%A4tigkeitsbericht_2005.doc) (Zugriff 22.5.2008)

Wolf, U. (2006a): Working groups – executive summary. In: Brand, H., Holleder, A., Ward, G., Wolf, U. (eds.): *Cross-border activities – good practice for better health. Workshop of the project “Evaluation of border regions in the European Union (EUREGIO)”, 20/21 January 2006*, Bielefeld. *Wissenschaftliche Reihe*, Bd. 21. Bielefeld: lögd NRW, 75-79.

Wolf, U. (2006b): Cross-border health activities in Europe – the „EUREGIO“ project. In: Brand, H., Holleder, A., Ward, G., Wolf, U. (eds.): *Cross-border activities – good practice for better health. Workshop of the project “Evaluation of border regions in the European Union (EUREGIO)”, 20/21 January 2006*, Bielefeld. *Wissenschaftliche Reihe*, Bd. 21. Bielefeld: lögd NRW, 17-31.

Wolf, U., Holleder A., Brand H. (2006): Grenzübergreifende Zusammenarbeit in Europa: Was sind Euregios? Gesundheitswesen 68, 667-673.

Wolfe, C. (2007): Interreg, irrelevant or indispensable? Inforegio Panorama No 24, 7-10.

Yin, R. (1994): Case study research – design and methods. 2. ed. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications.

Zhurzhenko, T. (2004): Cross-border cooperation and transformation of regional identities in the Ukrainian-Russian borderlands: towards a Euroregion „Slobozhanshchyna“?, part 1. Nationalities Papers 32, 207-232.

### **Operationelle Programme (OP) Interreg IIIA**

OP Interreg IIIA Alpenrhein-Bodensee-Hochrhein (2001): INTERREG III A-Programm „Alpenrhein-Bodensee-Hochrhein“ 2000-2006, von der EU-Kommission am 01.10.2001 genehmigt <http://www.interact-eu.net/download/application/pdf/1006472> (Zugriff 10.06.2008)

OP Interreg IIIA Deutschland – Luxemburg mit der Deutschsprachigen Gemeinschaft/Wallonischen Region Belgiens (2001): Programm der Gemeinschaftsinitiative INTERREG IIIA Deutschland – Luxemburg mit der Deutschsprachigen Gemeinschaft/Wallonischen Region Belgiens, November 2001 [http://www.interreg3a-delux.org/dokumente/1\\_interreg3\\_pgi\\_delux.pdf](http://www.interreg3a-delux.org/dokumente/1_interreg3_pgi_delux.pdf) (Zugriff 10.06.2008)

OP Interreg IIIA Ems Dollart Region (2001): Gemeinschaftsinitiative Interreg III Ems Dollart Region – Programm im Rahmen der Gemeinschaftsinitiative Interreg III A 2000-2006, September 2001. [http://www.edr.icserver8.de/fileadmin/Mediendatenbank/pdf/programm\\_d.pdf](http://www.edr.icserver8.de/fileadmin/Mediendatenbank/pdf/programm_d.pdf) (Zugriff 10.06.2008)

OP Interreg IIIA EUREGIO, Euregio Rhein-Waal und Euregio rhein-maas-nord (2006): Programm der Gemeinschaftsinitiative Interreg IIIA (2000-2006) für die EUREGIO, Euregio Rhein-Waal und Euregio rhein-maas-nord, Entscheidung der Kommission K(2006)3576 vom 01. August 2006, CCI-Nr. 2000 RG 16 0 PC 021 [http://www.euregio.org/upload/files/GIS\\_PGI\\_060329de.pdf](http://www.euregio.org/upload/files/GIS_PGI_060329de.pdf) (Zugriff: 10.06.2008)

OP Interreg IIIA Freistaat Bayern – Tschechische Republik (2001): Gemeinsames Programmdokument Freistaat Bayern – Tschechische Republik (INTERREG III A – PHARE CBC) als Programm der Gemeinschaftsinitiative INTERREG III A für den bayerisch - tschechischen Grenzraum sowie Teildokument zum Joint Programming Document Bundesrepublik Deutschland - Tschechische Republik gefördert aus: EU - Gemeinschaftsinitiative INTERREG II A (Freistaat Bayern) und EU - Programm PHARE CBC (Tschechische Republik), Entscheidung der Kommission C/2001/2042 vom 06.08.2001 <http://www.interact-eu.net/download/application/pdf/1020168> (Zugriff 10.06.2008)

OP Interreg IIIA Freistaat Sachsen – Tschechische Republik (2001): Programm „Freistaat Sachsen – Tschechische Republik“ im Rahmen der Gemeinschaftsinitiative Interreg III A zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Tschechischen Republik 2000-2006, CCI-Code: 2001 CB 16 O PC 005, von der Europäischen Kommission genehmigte Fassung vom 13. Juli 2001. <http://www.interact-eu.net/download/application/pdf/1010313> (Zugriff: 10.06.2008)

OP Interreg IIIA Freistaat Sachsen – Woiwodschaft Niederschlesien (2001): Programm „Freistaat Sachsen – Woiwodschaft Niederschlesien“ im Rahmen der Gemeinschaftsinitiative Interreg III A zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Tschechischen Republik 2000-2006, CCI-Code: 2001 CB 16 O PC 004, von der Europäischen Kommission genehmigte Fassung vom 13. Juli 2001. <http://www.interact-eu.net/download/application/pdf/1006672> (Zugriff: 10.06.2008)

OP Interreg IIIA Fyns Amt – K.E.R.N. (2001): Vorschlag für das Programmplanungsdokument für die Gemeinschaftsinitiative INTERREG III A FYNS AMT (DK) und TECHNOLOGIE-REGION K.E.R.N. (D) 2000 – 2006, überarbeitete Fassung: Stand 29.10.2001 <http://www.interreg.kern.de/docs/PGI.pdf> (Zugriff 10.06.2008)

OP Interreg IIIA Land Brandenburg und Wojewodschaft Lubuskie (2004): Programm der Gemeinschaftsinitiative Interreg III A Brandenburg / Polen (Wojewodschaft Lubuskie) 2000 – 2006, CCI 2000 CB 16 0 PC 005. Vom Begleitausschuss gebilligt in der Sitzung am 12. Dezember 2003, in der redaktionellen Überarbeitung vom 27. Mai 2004  
[http://www.wirtschaft.brandenburg.de/cms/media.php/lbm1.a.3615.de/PGI\\_08\\_06\\_05\\_endgültig.pdf](http://www.wirtschaft.brandenburg.de/cms/media.php/lbm1.a.3615.de/PGI_08_06_05_endgültig.pdf)  
(Zugriff 10.06.2008)

OP Interreg IIIA Mecklenburg-Vorpommern / Brandenburg – Wojewodschaft Zachodniopomorskie (2004): INTERREG III A Joint Programming Document 2000 – 2006: Regionales Programm des deutsch-polnischen Grenzraumes im Gebiet der Länder Mecklenburg-Vorpommern / Brandenburg und Polen (Wojewodschaft Zachodniopomorskie) in der redaktionellen Überarbeitung vom 28.5.2004  
[http://www.wirtschaft.brandenburg.de/cms/media.php/lbm1.a.3615.de/JPD\\_MV\\_BB\\_Z%20aktuell.pdf](http://www.wirtschaft.brandenburg.de/cms/media.php/lbm1.a.3615.de/JPD_MV_BB_Z%20aktuell.pdf)  
(Zugriff: 10.06.2008)

OP Interreg IIIA Oberrhein Mitte Süd (2001) Interreg Programm Oberrhein Mitte Süd III – Operationelles Programm, November 2001, durch die Europäische Kommission am 27. Dezember 2001 genehmigt  
<http://sites.region-alsace.fr/Interreg/DE/Documentation/Documents.htm> (Zugriff 10.06.2008)

OP Interreg IIIA Österreich – Deutschland/Bayern (o.J.): Interreg IIIA 2000–2006 Österreich – Deutschland/Bayern, PROGRAMMPLANUNGSDOKUMENT. CCI 2001 RG 16 0 PC 009, Geändertes Programm Entscheidung der Europäischen Kommission K(2004)5739 vom 27. Dezember 2004, Entscheidung der Europäischen Kommission K(2005)4963 vom 05. Dezember 2005, Entscheidung der Europäischen Kommission C(2007)1571 vom 02. April 2007  
[http://www.interreg-bayaut.net/dokus/programmgebietsbezogene/PGI%20A%20-%20D-Bayern%20Programmaenderung%202006\\_endg%FCItig.pdf](http://www.interreg-bayaut.net/dokus/programmgebietsbezogene/PGI%20A%20-%20D-Bayern%20Programmaenderung%202006_endg%FCItig.pdf) (Zugriff 10.06.2008)

OP Interreg IIIA Regio Pamina (o.J.): Operationelles Programm Interreg IIIa Regio Pamina  
<http://www.interact-eu.net/download/application/pdf/1258153> und <http://www.interact-eu.net/download/application/pdf/1258376> (Zugriff: 10.06.2008)

OP Interreg IIIA Saarland-Moselle(-Lothringen)-Westpfalz (2001): Programm im Rahmen der EU-Gemeinschaftsinitiative INTERREG IIIA (PGI) für das Programmgebiet Saarland-Moselle(-Lothringen)-Westpfalz, Stand: 16.11.2001  
<http://www.interact-eu.net/download/application/pdf/1008043> (Zugriff: 10.06.2008)

OP Interreg IIIA Sønderjyllands Amt – Region Schleswig (o.J.): Programm für die Gemeinschaftsinitiative INTERREG III A Sønderjyllands Amt (DK) und Region Schleswig e.V. (D) 2000 – 2006  
<http://www.interact-eu.net/download/application/msword/1258156> (Zugriff: 10.06.2008)

OP Interreg IIIA Storstrøms Amt – Kreis Ostholstein – Lübeck (o.J.): Vorschlag für das Programm für die Gemeinschaftsinitiative INTERREG III A zwischen Storstrøms Amt (DK) und Kreis Ostholstein/Hansestadt Lübeck (D) 2000-2006  
[http://www.fehmarnbeltregion.net/de/downloads/nps/pgi\\_de.doc](http://www.fehmarnbeltregion.net/de/downloads/nps/pgi_de.doc) (Zugriff 10.06.2008)

## Operationelle Programme (OP) Interreg IVA

OP Interreg IVA Alpenrhein – Bodensee – Hochrhein (2007): Interreg IV-Programm „Alpenrhein – Bodensee – Hochrhein“ im Rahmen des Ziels „Europäische territoriale Zusammenarbeit“ 2007 – 2013. Genehmigt durch die EU-Kommission am 26.09.2007, Nummer C(2007)4345.  
<http://www.interreg.org/ViewContent.php?targetid=190> (Zugriff 21.5.2008)

OP Interreg IVA Deutschland/Bayern-Österreich (2007): Operationelles Programm „Ziel Europäische Territoriale Zusammenarbeit“ Deutschland/Bayern – Österreich 2007-2013. CCI-Nr. 2007CB163PO004, genehmigt am 18.09.2007, Entscheidung der Kommission E/2007/1971 – C(2007)4242.  
[http://www.interreg-bayaut.net/interreg\\_iv/content/dokumente/programmgebietsbezogene/Programmdokument%20By-%D6%202007-2013%20mit%20Deckblatt.pdf](http://www.interreg-bayaut.net/interreg_iv/content/dokumente/programmgebietsbezogene/Programmdokument%20By-%D6%202007-2013%20mit%20Deckblatt.pdf) (Zugriff 21.5.2008)

OP Interreg IVA Deutschland – Niederlande (2007): Operationelles Programm Interreg IV A Deutschland Niederlande 2007-2013. Genehmigt durch die EU-Kommission am 3.12.2007.  
<http://www.mw.niedersachsen.de/servlets/download?C=44327312&L=20> (Zugriff 22.5.2008)

OP Interreg IVA Euregio Maas-Rhein (2007): Operationelles Programm Ziel Europäische Territoriale Zusammenarbeit Interreg IV-A Euregio Maas-Rhein 2007-2013, C 2007CB163PO001.  
[http://www.dglive.be/PortalData/2/Resourcen/downloads/europa/Operationelles\\_Programm\\_INT\\_4\\_EMR\\_DE.pdf](http://www.dglive.be/PortalData/2/Resourcen/downloads/europa/Operationelles_Programm_INT_4_EMR_DE.pdf) (Zugriff 21.5.2008)

OP Interreg IVA Fehmarnbeltregion (2007): Operationelles Programm Europäische Territoriale Zusammenarbeit (INTERREG IV A) 2007-2013, Fehmarnbeltregion. 2007CB163PO057.  
[http://www.fehmarnbeltregion.net/de/downloads/nps/Deutsches\\_Programm\\_2007.pdf](http://www.fehmarnbeltregion.net/de/downloads/nps/Deutsches_Programm_2007.pdf) (Zugriff 21.5.2008)

OP Interreg IVA Freistaat Sachsen- Tschechische Republik (2007): Programmdokument Ziel 3 / Cil 3 zur Förderung der grenzübergreifenden Zusammenarbeit 2007 – 2013 zwischen dem Freistaat Sachsen und der Tschechischen Republik im Rahmen des Ziels „Europäische territoriale Zusammenarbeit“. CCI-Code: 2007CB163PO017, Fassung vom 18.10.2007, von der Europäischen Kommission genehmigt am 20.12.2007  
[http://www.ziel3-cil3.eu/servlet/PB/show/1038137\\_11/2007-12-20\\_DE\\_Programmdokument\\_Ziel3-Cil3.pdf](http://www.ziel3-cil3.eu/servlet/PB/show/1038137_11/2007-12-20_DE_Programmdokument_Ziel3-Cil3.pdf) (Zugriff 21.5.2008)

OP Interreg IVA Freistaat Bayern - Tschechische Republik (2007): Ziel 3-Programm zur grenzübergreifenden Zusammenarbeit Freistaat Bayern-Tschechische Republik 2007-2013. Entscheidung der Kommission C (2007) 6484 vom 20.12.2007  
[http://www.stmwivt.bayern.de/EFRE/Downloads/Interreg\\_IV/Programmdokument\\_2.pdf](http://www.stmwivt.bayern.de/EFRE/Downloads/Interreg_IV/Programmdokument_2.pdf) (Zugriff 22.5.2008)

OP Interreg IVA Großregion (2007): Europäische Territoriale Zusammenarbeit 2007-2013, Operationelles Programm zur grenzüberschreitenden Zusammenarbeit „Großregion“ (12. Dezember 2007), 2007CB163PO064.  
[http://www.wbri.be/cgi/objects3/objects/media/0/1/3/2/8/0132894\\_media/media0132894\\_media\\_1.pdf](http://www.wbri.be/cgi/objects3/objects/media/0/1/3/2/8/0132894_media/media0132894_media_1.pdf) (Zugriff 22.5.2008)

OP Interreg IVA Mecklenburg-Vorpommern/Brandenburg - Wojewodschaft Zachodniopomorskie (2007): Operationelles Programm des Ziels 3 „Europäische territoriale Zusammenarbeit“ – „Grenzübergreifende Zusammenarbeit“ der Länder Mecklenburg-Vorpommern/Brandenburg und der Republik Polen (Wojewodschaft Zachodniopomorskie) 2007-2013. Redaktionelle Fassung vom 30.11.2007, von der Europäischen Kommission am 27.03.2008 unter der Nummer K(2008)1085 genehmigt.  
[http://www.brandenburg.de/cms/media.php/lbm1.a.3615.de/Ziel\\_3\\_A\\_OP\\_MV\\_BB\\_Z\\_27\\_03\\_2008\\_genehmigt\\_EU\\_DE.pdf](http://www.brandenburg.de/cms/media.php/lbm1.a.3615.de/Ziel_3_A_OP_MV_BB_Z_27_03_2008_genehmigt_EU_DE.pdf) (Zugriff 21.5.2008)

OP Interreg IVA Oberrhein (2007): Kohäsionspolitik der Europäischen Union, Ziel Europäische territoriale Zusammenarbeit 2007-2013: Operationelles Programm INTERREG IV A Oberrhein. EU-Programm zur Förderung der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit am Oberrhein. Fassung vom 12.07.2007 Genehmigt durch die EU-Kommission am 24.10.2007, Nr. CCI 2007 CB 163 PO 039.  
<http://www.interreg-oberrhein.eu/dokumente,10286/> (Zugriff 21.5.2008)

OP Interreg IVA Polen (Wojewodschaft Lubuskie) – Brandenburg (2007): Operationelles Programm zur grenzübergreifenden Zusammenarbeit – Polen (Wojewodschaft Lubuskie) - Brandenburg 2007 – 2013 im Rahmen der „Europäischen territorialen Zusammenarbeit“. Fassung vom 28. November 2007, genehmigt durch die Europäische Kommission am 25.03.2008.  
[http://www.brandenburg.de/cms/media.php/lbm1.a.3615.de/OP\\_Ziel\\_3\\_PL\\_BB\\_Endfassung.pdf](http://www.brandenburg.de/cms/media.php/lbm1.a.3615.de/OP_Ziel_3_PL_BB_Endfassung.pdf) (Zugriff 21.5.2008)

OP Interreg IVA Region Südliche Ostsee (2007): South Baltic cross-border co-operation programme. Operational Programme approved by the European Commission on 20<sup>th</sup> december 2007.  
<http://www.interreg.gov.pl/NR/ronlyres/A6BD61BC-EABA-478E-97B9-897198B34133/43313/SouthBalticOPECAppeared.pdf> (Zugriff 21.5.2008)

OP Interreg IVA Sachsen – Polen (2007): Operationelles Programm der grenzübergreifenden Zusammenarbeit Sachsen – Polen 2007 – 2013. CCI-Code 2007CB163PO018, Fassung vom 15.11.2007, von der Europäischen Kommission genehmigt am 21.12.2007.

<http://www.interreg.gov.pl/NR/rdonlyres/997DB198-D56D-4C23-8456-AB522555FFED/42151/20080109genehmigteGesamtfassungDE.pdf> (Zugriff 21.5.2008)

OP Interreg IVA Syddanmark-Schleswig-K.E.R.N. (2007): INTERREG IV A - Operationelles Programm für Syddanmark-Schleswig-K.E.R.N. 2007-2013 im Rahmen des Ziels Europäische Territoriale Kooperation, grenzüberschreitende Zusammenarbeit. CCI: 2007CB163PO056, genehmigt am 20. Dezember 2007.

[http://www.eanord.de/fileadmin/downloads/OP\\_Interreg\\_IV\\_A\\_Syddanmark-Schleswig-KERN\\_20\\_12\\_2007.pdf](http://www.eanord.de/fileadmin/downloads/OP_Interreg_IV_A_Syddanmark-Schleswig-KERN_20_12_2007.pdf) (Zugriff 21.5.2008)

## Gründungsdokumente

EDR / Ems Dollart Region (2004): Zweckverband Ems Dollart Region – Satzung. 7. Änderung vom 11.12.2004. Amtsblatt des Reg.-Bez. Weser-Ems, Nr. 50 v. 10.12.2004: 1206.

EUREGIO e.V. (2006): Satzung der EUREGIO e.V. (Stand Januar 2006). Beschlossen am 09.06.1999 in Münster, geändert am 19.01.2001 in Wettringen und 27.01.2006 in Bad Bentheim

[http://www.euregio.nl/cms/publish/content/downloadaddocument.asp?document\\_id=16](http://www.euregio.nl/cms/publish/content/downloadaddocument.asp?document_id=16) (Zugriff: 10.06.2008)

Euregio Inntal (o.J.): Satzung der Euregio Inntal.

Euroregion Pomerania (o.J.): Vertrag über den Beitritt des Gemeindeverbandes SKÅNE zur Euroregion Pomerania.

[http://www.pomerania.net/download/Vertrag\\_Euroregion\\_POMERANIA\\_1998.pdf](http://www.pomerania.net/download/Vertrag_Euroregion_POMERANIA_1998.pdf) (Zugriff 10.06.2008)

Euroregion Pro Europa Viadrina (1998): Vertrag über die Gründung der Euroregion „Pro Europa Viadrina“ vom 21.12.1993 (ergänzt am 6.6.1998). In: Euroregion Pro Europa Viadrina (Hrsg.) (2001): Gemeinschaftsinitiative INTERREG: Rückblick auf die Jahre 1995 bis 1999 und Perspektiven. Euroregion Pro Europa Viadrina: Frankfurt (Oder).

Euregio Rhein-Waal (1999): Satzung des Zweckverbandes Euregio Rhein-Waal, Fassung vom 01.10.1999.

<http://www.euregio.org/upload/files/Satzungneu.pdf> (Zugriff am 10.06.2008)

EuRegio Salzburg – Berchtesgadener Land – Traunstein (2005): Vertrag der EuRegio Salzburg – Berchtesgadener Land – Traunstein genehmigt von der Gründungsversammlung vom 22.05.1995 mit Änderungen des EuRegio-Rates vom 23.05.1997, 20.11.1997, 28.06.1999, 26.05.2004 und 08.05.2006.

Euregio SaarLorLuxRhein (1995): Statuten zur Bildung der EuRegio SaarLorLux+ a.s.b.l. als gemeinnützigen Verein nach luxemburgischen Recht.

[http://www.euregio.lu/euregio.lu/html\\_de/statuten/index.html](http://www.euregio.lu/euregio.lu/html_de/statuten/index.html) (Zugriff am 10.06.2008)

Euregio via salina (o.J.): Vertragstext der EUREGIO Allgäu - Außerfern - Kleinwalsertal / Bregenzerwald „EUREGIO via salina“

Euregio Zugspitze – Wetterstein – Karwendel (2005): Vertragstext der EUREGIO Zugspitze – Wetterstein – Karwendel genehmigt von der Gründungsversammlung vom 8. Juni 1998 mit Änderungen der EUREGIO- Mitgliederversammlung vom 5. April 2005

Euroregion Egrensis (1994): Vereinbarung zwischen der Euregio Egrensis, Arbeitsgemeinschaft Bayern e.V., der Euregio Egrensis, Arbeitsgemeinschaft Vogtland/Westerzgebirge e.V. und der Euregio Egrensis, Arbeitsgemeinschaft Böhmen e.V. Fassung vom 3. Februar 1993, Geändert am 28. Juni 1994.

Euroregion Elbe/Labe (2003): Rahmenvereinbarung der Euroregion Elbe/Labe vom 24. Juni 1992 in der Fassung vom 14. Februar 1995 zuletzt geändert am 23. September 2003.

Euroregion Erzgebirge Krusnohori (1993): Vertrag über die Zusammenarbeit und gegenseitige Hilfe zwischen der Euroregion Krusnohori und der Euroregion Erzgebirge e.V.

Euroregion Neisse-Nisa-Nysa (2005): Rahmenvereinbarung der Euroregion Neisse-Nisa-Nysa

Euroregion Spree – Neisse – Bober (1993): Vertrag über die Gründung der Euroregion „Spree – Neisse – Bober“ zwischen dem „Verein der Gemeinden der Republik Polen Euroregion Spree – Neisse – Bober“ und dem deutschen Verein „Euroregion Spree – Neisse – Bober e.V.“

Regio Pamina (2003): Satzung des grenzüberschreitenden örtlichen Zweckverbandes „REGIO PAMINA“, Fassung vom 8. Dezember 2003.

Regio TriRhena (2003): Vereinssatzung genehmigt am 28 März 2003 „RegioTriRhena-Rat e.V.“  
[http://www.regiotrirhena.org/dn\\_DE-Mentiondimpression/](http://www.regiotrirhena.org/dn_DE-Mentiondimpression/) (Zugriff am 10.06.2008)

Region Sønderjylland-Schleswig (2002): Vereinbarung zur deutsch-dänischen Zusammenarbeit in der Region Sønderjylland-Schleswig, Vereinbarung zur Errichtung der Region Sønderjylland-Schleswig vom 16.09.1997, geändert am 10.10.2002 zwischen der Stadt Flensburg, dem Kreis Nordfriesland, dem Kreis Schleswig-Flensburg - auf der deutschen Seite - sowie dem Amt Sønderjylland - auf dänischer Seite.

<http://www.region.de/wm210226> (Zugriff am 10.06.2008)

Stichting EMR (2000): Statuten der Stichting Euregio Maas-Rhein, mit Sitz in Maastricht gemäss der Statutenabänderung vom 6. Januar 2000.

Euregio rhein-maas-nord (2003): Satzung für einen Zweckverband Euregio rhein-maas-nord, von der Mitgliederversammlung am 26.5.2003 beschlossene Fassung. Amtsblatt für den Regierungsbezirk Düsseldorf, 186 Jahrgang, Nr. 26, ausgegeben am 24. Juni 2004: 209-225

Zukunft SaarMoselle Avenir (2007): Satzung des Vereins „Zukunft SaarMoselle Avenir“.  
[http://www.saarmoselle.fr/upload/703bb\\_stzg\\_zsma\\_d\\_2007.pdf](http://www.saarmoselle.fr/upload/703bb_stzg_zsma_d_2007.pdf) (Zugriff am 10.06.2008)

## Projektlisten bzw. Projektdatenbanken der Interreg IIIA-Programme

Alpenrhein – Bodensee – Hochrhein

<http://interreg.org.dd6908.kasserver.com/ViewProjects.php?per=III&aktsubid=1011&subnavid=373&targetid=172> (Zugriff 15.06.2008)

Bayern – Österreich

<http://www.interreg-bayaut.net/pool.html> (Zugriff 15.06.2008)

Deutschland – Luxemburg – Deutschsprachige Gemeinschaft Belgiens

<http://www.interreg3a-delux.org/projekte/projekte.shtml> (Zugriff 15.06.2008)

EUREGIO, Euregio Rhein-Waal, Euregio rhein-maas-nord

<http://www.interreg.euregio.de>, Zugriff 15.06.2008

<http://www.euregio.org/themagebieten.cfm?action=ShowPage&PageID=65b2756e-50e0-47ef-a6f3-d3d9b0815da7>, Zugriff 15.06.2008

<http://www.euregio-rmn.de/euregioFörderungen/Projekte/tabid/68/Default.aspx> (Zugriff 15.06.2008)

Euregio Maas-Rhein

[http://interregemr.info/old\\_de/projekte/prioritaeten.php](http://interregemr.info/old_de/projekte/prioritaeten.php) (Zugriff 15.06.2008)

FYN-K.E.R.N.

<http://www.interreg.kern.de/de/projekte.htm> und [www.interreg4a.de/dwn54037](http://www.interreg4a.de/dwn54037) (Stand August 2007, Zugriff 15.06.2008)

Mecklenburg-Vorpommern/Brandenburg – Zachodniopomorskie  
<http://www.pomerania.net/main.cfm?l=de&rubrik=5&th=15> (Zugriff 15.03.2008)

Oberrhein Mitte-Süd  
<http://sites.region-alsace.fr/Interreg/DE/Projets/Interreg+3.htm> (Zugriff 15.06.2008)

Pamina  
<http://www.regio-pamina.eu/interreg/spip.php?rubrique80&lang=de> (Zugriff 20.06.2008)

Sachsen – Polen  
[http://www.interreg3a.info/templates/tyTP\\_projects.php?topic=Projektdatenbank](http://www.interreg3a.info/templates/tyTP_projects.php?topic=Projektdatenbank) (lediglich exemplarische Projekte, Zugriff 15.06.2008)

Sachsen-Tschechische Republik  
[http://www.interreg3a.info/templates/tyTP\\_projects.php?topic=Projektdatenbank](http://www.interreg3a.info/templates/tyTP_projects.php?topic=Projektdatenbank) (lediglich exemplarische Projekte, Zugriff 15.06.2008)

Sønderjylland – Schleswig:  
[http://www.eanord.de/fileadmin/downloads/INTERREG\\_III\\_A\\_Projektbeschreibung.pdf](http://www.eanord.de/fileadmin/downloads/INTERREG_III_A_Projektbeschreibung.pdf) (Stand September 2007, Zugriff 15.06.2008)

Storstrøm – Ostholstein – Lübeck  
<http://www.fehmarnbeltregion.net/de/projekte/index.php?page=projekte> (Zugriff 15.06.2008)

## Internetquellen

**URL 1:** Wörterbuch „Wirtschaftliche und soziale Entwicklung ländlicher Gebiete“.  
<http://www.translationwomennet.at/terminologie.php> (Zugriff 21.05.2008)

**URL 2:** Arbeitsgemeinschaft Europäischer Grenzregionen (AGEG) – Ziele und Aufgaben der AGEG.  
<http://www.aebr.net/index.php> (Zugriff: 21.05.2008)

**URL 3:** Regio Basiliensis – Veranstaltung „Europäische Gesundheitskooperationen – Mehrwert für Menschen, Wirtschaft und Regionen“ (27.-28. September 2005, Basel)  
[http://www.regbas.ch/d\\_veranstaltungen\\_rueckblick.cfm?cmd=details&ID=9](http://www.regbas.ch/d_veranstaltungen_rueckblick.cfm?cmd=details&ID=9) (Zugriff: 21.05.2008)

**URL 4:** Regio Basiliensis – Veranstaltung „Konferenz Europäische Gesundheitskooperation II“ (22. Februar 2008, Basel)  
[http://www.regbas.ch/d\\_veranstaltungen\\_rueckblick.cfm?cmd=details&ID=35](http://www.regbas.ch/d_veranstaltungen_rueckblick.cfm?cmd=details&ID=35) (Zugriff: 21.05.2008)

**URL 5:** Versammlung der Regionen Europas (VRE) – Kommission 2 „Sozialpolitik & Öffentliches Gesundheitswesen“  
<http://www.a-e-r.org/de/ueber-die-vre/kommission-sozialer-zusammenhalt-gesundheit-soziales.html> (Zugriff 21.05.2008)

**URL 6:** Europäisches Parlament – Ausschuss der Regionen  
[http://www.europarl.de/europa/institutionen/ausschuss\\_regionen.html](http://www.europarl.de/europa/institutionen/ausschuss_regionen.html) (Zugriff: 21.05.2008)

**URL 7:** Ausschuss der Regionen – Der Ausschuss der Regionen auf einen Blick  
<http://www.cor.europa.eu/pages/PresentationTemplate.aspx?view=folder&id=2a8fcc83-2b33-4054-9694-0da8bb12a6dd&sm=2a8fcc83-2b33-4054-9694-0da8bb12a6dd> (Zugriff: 21.05.2008)

**URL 8:** Der Kongress der Gemeinden und Regionen des Europarates – allgemeine Informationen  
[http://www.coe.int/t/d/congress/Uberblick\\_DE.asp#Kongress](http://www.coe.int/t/d/congress/Uberblick_DE.asp#Kongress) (Zugriff 21.05.2008)

**URL 9:** Regions for Health Network (RHN)  
<http://www.euro.who.int/RHN> (Zugriff: 21.05.2008)



**URL 10:** Regions for Health Network (RHN) – Projekt “Cross-Border Health Tourism (Free Movement of Patients in Europe)”

[http://www.euro.who.int/RHN/Projects/20040513\\_3](http://www.euro.who.int/RHN/Projects/20040513_3) (Zugriff: 21.05.2008)

**URL 11:** INTERREG II A – Cross-border co-operation 1994-1999

[http://ec.europa.eu/regional\\_policy/interreg3/inte2/inte2a.htm](http://ec.europa.eu/regional_policy/interreg3/inte2/inte2a.htm) (Zugriff: 21.05.2008)

**URL 12:** ENLARGE-NET – Das Projekt

<http://enlarge-net.dresden.de/enlarge-net/de/a1/b1/frame> (Zugriff: 21.05.2008)

**URL 13:** Vorschläge der Erweiterten Koordinierungsgruppe ENLARGE-NET – Entwurf einer Vereinbarung zwischen den Regierungen der Bundesrepublik Deutschland, der Republik Polen und der Tschechischen Republik über die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Raum Sachsen-Niederschlesien-Nordböhmen

[http://enlarge-net.dresden.de/enlarge-net/de/a5/b6/PDF/Entwurf\\_Staatsvertrag.pdf](http://enlarge-net.dresden.de/enlarge-net/de/a5/b6/PDF/Entwurf_Staatsvertrag.pdf) (Zugriff: 21.05.2008)

**URL 14:** Projekt „Evaluation der Grenzregionen in der Europäischen Union (EUREGIO)“ – Liste von Euregios und ähnlichen Strukturen in der EU

<http://www.euregio.nrw.de/links.html> (Zugriff: 21.05.2008)

**URL 15:** EUREGIO – Das Gebiet

<http://www.euregio.de/cms/publish/content/showpage.asp?themeid=35> (Zugriff: 21.05.2008)

**URL 16:** EUREGIO – Organisationsstruktur

<http://www.euregio.de/cms/publish/content/showpage.asp?pageid=115> (Zugriff: 21.05.2008)

**URL 17:** EUREGIO – Programm Interreg IIIA

<http://www.interreg.euregio.de> (Zugriff: 21.05.2008)

**URL 18:** Euregio Maas-Rhein – administrative Gliederung

[http://www.euregio-mr.org/emr\\_site/pdf/Euregio\\_administrativ.pdf](http://www.euregio-mr.org/emr_site/pdf/Euregio_administrativ.pdf) (Zugriff: 21.05.2008)

**URL 19:** Euregio Maas-Rhein – Organisation

[http://www.euregio-mr.org/emr\\_site/site\\_de/emr/uebersicht.php](http://www.euregio-mr.org/emr_site/site_de/emr/uebersicht.php) (Zugriff: 21.05.2008)

**URL 20:** Euregio Maas-Rhein – Interreg IIIA-Projekte

[http://interregemr.info/old\\_de/projekte/prioritaeten.php](http://interregemr.info/old_de/projekte/prioritaeten.php) (Zugriff: 21.05.2008)

**URL 21:** Euroregion Pomerania – Mitglieder/Struktur

<http://www.pomerania.net/main.cfm?l=de&rubrik=5&th=32> (Zugriff: 21.05.2008)

**URL 22:** Euroregion Pomerania – Organisationsstruktur

[http://www.pomerania.net/download/Euroregion\\_Pomerania\\_OrgStruktur.pdf](http://www.pomerania.net/download/Euroregion_Pomerania_OrgStruktur.pdf) (Zugriff: 21.05.2008)

**URL 23:** Fördergebiet des Interreg IIIA-Programms „Mecklenburg-Vorpommern/Brandenburg und Polen (Wojewodschaft Zachodniopomorskie)“

[http://www.pomerania.net/main.cfm?l=de&rubrik=2&th=17&b=interreg3a\\_gebiet](http://www.pomerania.net/main.cfm?l=de&rubrik=2&th=17&b=interreg3a_gebiet) (Zugriff: 21.05.2008)

**URL 24:** Interreg IIA in der Euroregion Pomerania

<http://www.pomerania.net/main.cfm?rubrik=2&th=16&l=de> (Zugriff: 21.5.2008)

**URL 25:** Interreg IIIA in der Euroregion Pomerania

<http://www.pomerania.net/main.cfm?rubrik=2&th=17&l=de> (Zugriff: 21.5.2008)

**URL 26:** Europäische Kommission – EU-Gesundheitsportal

[http://ec.europa.eu/health-eu/index\\_de.htm](http://ec.europa.eu/health-eu/index_de.htm) (Zugriff: 21.05.2008)

**URL 27:** Bundesministerium für Gesundheit – Informationen zum Thema Europäische Krankenversicherungskarte

[http://www.die-gesundheitskarte.de/gesundheitskarte\\_aktuell/ehic/index.html](http://www.die-gesundheitskarte.de/gesundheitskarte_aktuell/ehic/index.html) (Zugriff: 21.05.2008)

**URL 28:** EUROPHAMILI – Datenbank „European Health Cooperation Database“  
<http://www.europhamili.org/php/cooperation/> (Zugriff: 21.05.2008)

**URL 29:** Projekt „Evaluation der Grenzregionen in der Europäischen Union (EUREGIO)“ – Datenbank grenzübergreifender Gesundheitsprojekte  
<http://www.euregio.nrw.de/portal-start.html> (Zugriff: 21.05.2008)

**URL 30:** INTERACT Programme – INTERREG Projekt Datenbank  
<http://www.interact-eu.net/604900/604903/0/0> (Zugriff: 21.05.2008)

**URL 31:** Cooperation and Working Together – Publications  
<http://www.cawt.com/site/default.asp?CATID=8> (Zugriff 21.05.2008)

**URL 32:** Telemedizinisches Netzwerk zur Unterstützung der Tumorversorgung in der Euroregion Pomerania  
<http://telemedizin-mv.fh-stralsund.de/> (Zugriff: 21.05.2008)

**URL 33:** Das Projekt „EuregioGesundheitsPortal“  
<http://www.euregiogezondheidsportaal.nl/euregioportal/index.php?id=5> (Zugriff: 21.05.2008)

**URL 34:** European Health Management Association – Projekt „Mapping Health Services Access: National and Cross-Border Issues (HealthAccess)“  
<http://www.ehma.org/projects/default.asp?NCID=113> (Zugriff: 21.05.2008)

**URL 35:** Projekt „Evaluation der Grenzregionen in der Europäischen Union (EUREGIO)“  
[www.euregio.nrw.de](http://www.euregio.nrw.de) (Zugriff: 21.05.2008)

**URL 36:** Europäische Kommission – Projekt „Safety Improvement for Patients in Europe (S.IM.PAT.IE)“  
[http://ec.europa.eu/health/ph\\_projects/2004/action1/action1\\_2004\\_19\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2004/action1/action1_2004_19_en.htm) (Zugriff: 21.05.2008)

**URL 37:** Projekt „Bordnet“  
<http://www.bordnet.eu/> (Zugriff: 21.05.2008)

**URL 38:** Projekt „Europe für Patients (E4P)“  
[http://www.iese.edu/en/files/6\\_14028.pdf](http://www.iese.edu/en/files/6_14028.pdf) (Zugriff: 21.05.2008)

**URL 39:** European Health Management Association – Das Projekt „Health Benefits and Service costs in Europe (HealthBASKET)“  
<http://www.ehma.org/projects/default.asp?NCID=112> (Zugriff: 21.05.2008)

**URL 40:** Projekt „Methods of Assessing Response to Quality Improvement Strategies (MARQuIS)“  
<http://www.marquis.be/Main> (Zugriff: 21.05.2008)

**URL 41:** Region Veneto – Workshop „Healthcare cross-border co-operation in border regions“ und Anschlusskonferenz (25.-27. Oktober 2005, Venedig)  
<http://www.regione.veneto.it/La+Regione/Sede+di+Bruxelles/Settori+di+Intervento/Sanit%C3%A0/European+Conference+on+Health+Care.htm> (Zugriff 21.05.2008)

**URL 42:** Projekt „Europe für Patients (E4P)“ – Abschlusskonferenz  
<http://www.iese.edu/en/events/Projects/conference/Home/e4pFinalConference.asp> (Zugriff 21.05.2008)

**URL 43:** Wikipedia – EU-Gemeinschaftsinitiative LEADER II  
<http://de.wikipedia.org/wiki/LEADER> (Zugriff: 21.05.2008)

**URL 44:** Europarat – Liste der Euroregionen  
[http://www.coe.int/t/e/legal\\_affairs/local\\_and\\_regional\\_democracy/areas\\_of\\_work/transfrontier\\_cooperation/euroregions/List\\_of\\_Euroregions.asp](http://www.coe.int/t/e/legal_affairs/local_and_regional_democracy/areas_of_work/transfrontier_cooperation/euroregions/List_of_Euroregions.asp) (Zugriff 21.05.2008)

- URL 45:** Euregio Rhein-Waal – Organisationsstruktur  
<http://www.euregio.org/index.cfm?action=ShowPage&PageID=91fc326e-d3e5-4717-b25a-6315af417737> (Zugriff 21.05.2008)
- URL 46:** Euregio Bayerischer Wald – Böhmer Wald – Unterer Inn  
[http://www.euregio.at/index\\_at.htm](http://www.euregio.at/index_at.htm) (Zugriff 21.05.2008)
- URL 47:** Euregio Zugspitze – Wetterstein – Karwendel  
<http://www.euregio-zwk.org/> (Zugriff 21.05.2008)
- URL 48:** EUREGIO: INTERREG-III A – Trotz sichtbarer Erfolge weiterer Handlungsbedarf  
<http://www.interreg.euregio.de/> (Rubrik „Programm Interreg IIIA“, Zugriff 21.05.2008)
- URL 49:** Interreg-Projekte in der Euroregion POMERANIA  
<http://www.pomerania.net/main.cfm?l=de&rubrik=5&th=15> (Zugriff: 1.06.2008)
- URL 50:** Interreg EUREGIO – Projekte der abgeschlossenen Programme I und II sowie des auslaufenden Programms INTERREG IIIA  
<http://www.interreg.euregio.de/> (Rubrik „Projekte“, Zugriff: 01.06.2008)
- URL 51:** Euregionales Servicezentrum für Gesundheit (ESG): Arbeitsgruppen – 5 Deutsch-Niederländische Euregios  
<http://www.esg.org/> (Rubrik „Arbeitsgruppen“, Zugriff: 10.09.2007)
- URL 52:** Haus der Niederlande: Euregios – Arnhem-overleg  
<http://www.uni-muenster.de/HausDerNiederlande/Zentrum/Projekte/NiederlandeNet/NRW-BeNeLux/10/euregios.html> (Zugriff 21.05.2008)
- URL 53:** Euregionalen Servicezentrums für Gesundheit (ESG)  
<http://www.esg.org> (Zugriff: 10.09.2007)
- URL 54:** Projekt MRSA-net  
<http://www.mrsa-net.org/indexDE.html> (Zugriff: 10.09.2007)
- URL 55:** Interreg IIIA-Programm Euregio Maas-Rhein – Projekt „Grenzüberschreitende Gesundheitsfürsorge“  
[http://interregemr.info/old\\_de/projekte/07\\_DE.pdf](http://interregemr.info/old_de/projekte/07_DE.pdf) (Zugriff: 01.06.2008)
- URL 56:** Interreg IIIA-Programm Euregio Maas-Rhein – realisierte Projekte  
[http://interregemr.info/old\\_de/projekte/prioritaeten.php](http://interregemr.info/old_de/projekte/prioritaeten.php) (Zugriff: 01.06.2008)
- URL 57:** EU-Projekt „EUREGIO“ – Kooperation zwischen dem niederländischen Universitätsklinikum Maastricht und dem belgischen Allgemeinkrankenhaus in Tongeren (Projektbeschreibung, englisch)  
[http://www.euregio.nrw.de/project-descriptions/id-333-cross-b\\_coop\\_hospitals\\_maastricht\\_tongeren.descr.pdf](http://www.euregio.nrw.de/project-descriptions/id-333-cross-b_coop_hospitals_maastricht_tongeren.descr.pdf) (Zugriff: 01.06.2008)
- URL 58:** Euregio Maas-Rhein – Kommission für Gesundheit, Soziales, Gesellschaftliche Angelegenheiten und Sicherheit (Kommission IV)  
[http://www.euregio-mr.org/emr\\_site/site\\_de/emr/kommission\\_4.php](http://www.euregio-mr.org/emr_site/site_de/emr/kommission_4.php) (Zugriff: 01.06.2008)
- URL 59:** Zusammenschluss von Organisationen der Selbsthilfe und Patientenbelange in der Euregio Maas-Rhein (self-help emr)  
<http://www.selfhelp-emr.eu> (Zugriff: 01.06.2008)
- URL 60:** Abkommen zwischen dem Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit der Bundesrepublik Deutschland und dem Minister für Gesundheitswesen und Sozialfürsorge der Volksrepublik Polen über die Zusammenarbeit auf dem Gebiet des Gesundheitswesens und der medizinischen Wissenschaft  
[http://www.bmg.bund.de/cln\\_041/nn\\_604254/SharedDocs/Download/DE/Themenschwerpunkte/Europa/Abkommen-Polen.html](http://www.bmg.bund.de/cln_041/nn_604254/SharedDocs/Download/DE/Themenschwerpunkte/Europa/Abkommen-Polen.html) (Zugriff: 01.10.2007)

**URL 61:** Schlusskommuniqué der 17. Sitzung der Deutsch-Polnischen Regierungskommission für regionale und grenznahe Zusammenarbeit in Berlin am 23. Oktober 2006  
<http://www.auswaertiges-amt.de/diplo/de/Europa/DeutschlandInEuropa/BilateraleBeziehungen/Polen/RegGreZusammenarbeit/DEPLRegkommSchlusskommunique.pdf> (Zugriff 01.10.2007)

**URL 62:** Beschreibung des Projektes „Telemedizinisches Netzwerk zur Unterstützung der Tumorversorgung in der Euroregion POMERANIA“ (Phase I und II)  
<http://www.pomerania.net/main.cfm?l=de&rubrik=5&th=15&prog=3&hf=&proid=1106> und  
<http://www.pomerania.net/main.cfm?l=de&rubrik=5&th=15&prog=3&hf=&proid=1150> (Zugriff: 01.10.2007)

**URL 63:** Vereinsgründung TelemedEuroPom e.V.  
<http://www.pomerania.net/main.cfm?rubrik=5&th=29&archiv=news&anewsid=725> (Zugriff: 01.10.2007)

**URL 64:** Beschreibung des Projektes „Grenzüberschreitendes Netzwerk in der Suchtvorbeugung für die Euroregion Pomerania“ (Phase I und II)  
<http://www.pomerania.net/main.cfm?l=de&rubrik=5&th=15&prog=&hf=&proid=1068> und  
<http://www.pomerania.net/main.cfm?l=de&rubrik=5&th=15&prog=&hf=&proid=1463> (Zugriff: 01.10.2007)

**URL 65:** Deutsch-Polnisches Gesundheitsforum e.V.  
<http://www.deutsch-polnisches-gesundheitsforum.de> (Zugriff: 01.10.2007)

**URL 66:** Deutsch-Polnische Gesundheitsakademie e.V.  
<http://dpga.de> (Zugriff: 01.10.2007)

**URL 67:** Projekt „EU-MED-East“ – Grenzüberschreitende Regionalnetzwerke im Gesundheits- und Sozialwesen“  
<http://eu-med-east.dresden.de> (Zugriff: 01.10.2007)

**URL 68:** EU-Programm INTERACT  
<http://www.interact-eu.net/> (Zugriff: 10.06.2008)

**URL 69:** Bank für Sozialwirtschaft – EU-Glossar  
<http://www.eufis.de/eu-glossar.html?type=0&uid=114&cHash=c94bb135d5> (Zugriff: 10.06.2008)

**URL 70:** Elektronischer Interreg-Newsletter Nr 14: Zusammenarbeit über Grenzen hinweg bekommt höheren Status  
[http://www.interreg.ch/news/d\\_2CE158F4161344EBB1CC71EDB456A1FC.htm](http://www.interreg.ch/news/d_2CE158F4161344EBB1CC71EDB456A1FC.htm) (Zugriff: 10.06.2008)

**URL 71:** Netzwerk EurActiv – Streit um grenzübergreifende Gesundheitsversorgung (Nachricht vom Donnerstag 17. Juli 2008)  
<http://www.euractiv.com/de/gesundheit/streit-um-grenzubergreifende-gesundheitsversorgung/article-174313?Ref=RSS> (Zugriff: 10.06.2008)

**URL 72:** Observatoire Franco Belge de la Santé (OFBS)  
<http://www.ofbs.eu/pages/ofbs/ofbs.php> (Zugriff: 10.06.2008)

**URL 73:** Interreg IIIA-Projekt LuxLorSan  
<http://www.luxlorsan.eu/> (Zugriff: 10.06.2008)

# Anlagen



## Merkmale von Euregios mit deutscher Beteiligung

Jahr	Name	Beteiligte Staaten	Fläche in km <sup>2</sup>	Bevölkerung	Einwohner je km <sup>2</sup> - eigene Berechnung -	Rechtsform
Gruppe 1: „Alte“ Euregios ohne Beteiligung der neuen Mitgliedstaaten						
1958 <sup>1</sup>	EUREGIO	DE/NL <sup>1</sup>	13.000 <sup>3</sup>	3.400.000 <sup>3</sup>	245	Grenzübergreifender Zusammenschluss (privatrechtlich) <sup>4</sup>
1976 <sup>1</sup>	Euregio Maas-Rhein	DE/NL/BE <sup>1</sup>	10.793 <sup>8</sup>	3.905.191 <sup>8</sup>	362 <sup>8</sup>	Stichting (Stiftung) nach niederländischem Recht (privatrechtlich) <sup>4</sup>
1977 <sup>1</sup>	Ems Dollart Region	DE/NL <sup>1</sup>	14.000 <sup>1</sup>	2.000.000 <sup>1</sup>	143	Grenzübergreifender Zweckverband (öffentlich-rechtlich) <sup>4</sup>
1978 <sup>1</sup>	Euregio Rein-Waal	DE/NL <sup>1</sup>	5.000 <sup>1</sup>	2.700.000 <sup>1</sup>	540	Grenzübergreifender Zweckverband (öffentlich-rechtlich) <sup>4</sup>
1978 <sup>1</sup>	euregio rhein-maas-nord	DE/NL <sup>1</sup>	3.439 <sup>1</sup>	2.000.000 <sup>1</sup>	582	Grenzübergreifender Zweckverband (öffentlich-rechtlich) <sup>4</sup>
Gruppe 2: „Junge“ Euregios ohne Beteiligung der neuen Mitgliedstaaten						
1994 <sup>3</sup>	Euregio Inn-Salzach <sup>149</sup>	DE/AT <sup>1</sup>	570 <sup>1</sup>	109.611 <sup>1</sup>	192	Arbeitsgemeinschaft von zwei nationalen Vereinen (ohne Rechtspersönlichkeit) <sup>4</sup>
1995 <sup>1</sup>	Regio TriRhena	DE/CH/FR <sup>1</sup>	8.700 <sup>1</sup>	2.300.000 <sup>1</sup>	264	Verein nach deutschem Recht (privatrechtlich) <sup>4</sup>
1995 <sup>1</sup>	EuRegio Salzburg-Berchtesgardener Land-Traunstein	DE/AT <sup>1</sup>	4.700 <sup>1</sup>	650.000 <sup>1</sup>	138	Arbeitsgemeinschaft von zwei nationalen Vereinen (ohne Rechtspersönlichkeit) <sup>4</sup>
1995 <sup>1</sup>	EuRegio SaarLorLuxRhein	DE/FR/BE/LU <sup>1</sup>	k.A.	k.A.	k.A.	Verein nach luxemburgischem Recht (privatrechtlich) <sup>4</sup>
1997 <sup>1</sup>	Region Sønderjylland-Schleswig	DE/DK <sup>1</sup>	8.100 <sup>1</sup>	7.000.000 <sup>1</sup>	864	ohne Rechtspersönlichkeit <sup>6</sup>
1997 <sup>1</sup>	Zukunft SaarMoselle Avenir	DE/FR <sup>1</sup>	k.A.	1.000.000 <sup>1</sup>	k.A.	Verein nach französischem Recht (privatrechtlich) <sup>4</sup>
1997 <sup>1</sup>	Euregio via salina	DE/AT <sup>1</sup>	k.A.	450.000	k.A.	Arbeitsgemeinschaft (ohne Rechtspersönlichkeit) <sup>4</sup>
1998 <sup>1</sup>	Euregio Zugspitze-Wetterstein-Karwendel	DE/AT <sup>1</sup>	1.100 <sup>3</sup>	110.000 <sup>3</sup>	100	Arbeitsgemeinschaft vom drei nationalen Vereinen (ohne Rechtspersönlichkeit) <sup>4</sup>
1998 <sup>5</sup>	Euregio Inntal	DE/AT <sup>1</sup>	5.144 <sup>3</sup>	ca. 637.000 <sup>3</sup>	124 <sup>3</sup>	Eingetragener Verein nach österreichischem Recht (privatrechtlich) <sup>4</sup>
2003 <sup>1</sup>	REGIO PAMINA	DE/FR <sup>1</sup>	6.000 <sup>1</sup>	1.500.000 <sup>1</sup>	250	Grenzübergreifender Zweckverband nach französischem Recht (öffentlich-rechtlich) <sup>4</sup>

<sup>1</sup> = Quelle: Ergebnisse des EU-Projektes „EUREGIO“ (Euregio-Befragung); <sup>2</sup> = Quelle: Euroregion Pro Europa Viadrina 2006; <sup>3</sup> = Quelle: Internetseite der jeweiligen Euregio (EU-REGIO: <http://www.euregio.de/cms/publish/content/showpage.asp?themeid=35>, Euregio Zugspitze Wetterstein Karwendel: [www.euregio-zwk.org](http://www.euregio-zwk.org), Euregio Inntal: [www.euregio-inntal.com/region](http://www.euregio-inntal.com/region), Euroregion Elbe/Labe: [www.euroregion-labe.cz/de/eel-vi.asp](http://www.euroregion-labe.cz/de/eel-vi.asp), Zugriff: 10.6.2008), <sup>4</sup> = Quelle: Schöne 2006: XIIIff.; <sup>5</sup> = Quelle: <http://www.interreg-bayaut.net/kontaktliste.html>, <sup>6</sup> = Drespe & Thorn 2005, <sup>7</sup> = Quelle: Internetseiten der jeweiligen Euregios, <sup>8</sup> = Quelle: Projektgruppe EIS 2008: 16ff., <sup>9</sup> = Quelle: Kommunalgemeinschaft Europaregion Pomerania e.V. 2006: 9

<sup>149</sup> Die Euregio Inn-Salzach-Euregio setzt sich aus den Vereinen Inn-Salzach-Euregio e.V. und dem Regionalmanagement Innviertel-Hausruck zusammen. Im Jahr 2004 wurde der Verein Inn-Salzach-Euregio e.V. aufgelöst und neu strukturiert.

=

## Merkmale von Euregios mit deutscher Beteiligung (Fortsetzung)

Jahr	Name	Beteiligte Staaten	Fläche in km <sup>2</sup>	Bevölkerung	Einwohner je km <sup>2</sup> - eigene Berechnung -	Rechtsform
Gruppe 3: „Junge“ Euregios mit Beteiligung der neuen Mitgliedstaaten (CZ, PL)						
1991 <sup>1</sup>	Euroregion Neiße-Nisa-Nysa	DE/PL/CZ <sup>1</sup>	14.000 <sup>1</sup>	1.800.000 <sup>1</sup>	129	Freiwillige Interessengemeinschaft (ohne Rechtspersönlichkeit) <sup>6</sup>
1992 <sup>1</sup>	Euroregion Elbe/Labe	DE/CZ <sup>1</sup>	5.500 <sup>3</sup>	1.404.000 <sup>3</sup>	255	Freiwillige Interessengemeinschaft (ohne Rechtspersönlichkeit) <sup>6</sup>
1992 <sup>1</sup>	Euroregion Erzgebirge/ Krušnohoří	DE/CZ <sup>1</sup>	5.202 <sup>1</sup>	875.000 <sup>1</sup>	168	Interessengemeinschaft (ohne Rechtspersönlichkeit) <sup>6</sup>
1993 <sup>1</sup>	Euroregion Pro Europa Viadrina	DE/PL <sup>2</sup>	10.255 <sup>2</sup>	823.827 <sup>2</sup>	80	Freiwilliger Zusammenschluss <sup>3</sup> (ohne Rechtspersönlichkeit) <sup>6</sup>
1993 <sup>1</sup>	Euroregion Spree-Neiße-Bober	DE/PL <sup>1</sup>	9.793 <sup>1</sup>	906.000 <sup>1</sup>	92	Freiwilliger Zusammenschluss <sup>3</sup> (ohne Rechtspersönlichkeit) <sup>6</sup>
1993 <sup>1</sup>	Euregio Egrensis	DE/CZ <sup>1</sup>	20.000 <sup>1</sup>	2.000.000 <sup>1</sup>	100	Freiwilliger Zusammenschluss <sup>3</sup> (ohne Rechtspersönlichkeit) <sup>6</sup>
1993 <sup>1</sup>	Euregio Bayerischer Wald-Böhmerwald-Unterer Inn	DE/AT/CZ <sup>1</sup>	20.000 <sup>1</sup>	2.000.000 <sup>1</sup>	100	freiwilliger Zusammenschluss <sup>3</sup> (ohne Rechtspersönlichkeit) <sup>6</sup>
1995 <sup>1</sup>	Euroregion POMERANIA	DE/PL/SE <sup>1</sup>	49.747 <sup>9</sup>	3.901.979 <sup>9</sup>	78 <sup>9</sup>	Kommunaler Zweckverband <sup>3</sup> (ohne Rechtspersönlichkeit) <sup>6</sup>

<sup>1</sup> = Quelle: Ergebnisse des EU-Projektes „EUREGIO“ (Euregio-Befragung); <sup>2</sup> = Quelle: Euroregion Pro Europa Viadrina 2006; <sup>3</sup> = Quelle: Internetseite der jeweiligen Euregio (EU-REGIO: <http://www.euregio.de/cms/publish/content/showpage.asp?themeid=35>, Euregio Zugspitze Wetterstein Karwendel: [www.euregio-zwk.org](http://www.euregio-zwk.org), Euregio Inntal: [www.euregio-inntal.com/region](http://www.euregio-inntal.com/region), Euroregion Elbe/Labe: [www.euroregion-labe.cz/de/eel-vi.asp](http://www.euroregion-labe.cz/de/eel-vi.asp), Zugriff: 10.6.2008), <sup>4</sup> = Quelle: Schöne 2006: XIII f.; <sup>5</sup> = Quelle: <http://www.interreg-bayaut.net/kontaktliste.html>, <sup>6</sup> = Drespe & Thorn 2005, <sup>7</sup> = Quelle: Internetseiten der jeweiligen Euregios, <sup>8</sup> = Quelle: Projektgruppe EIS 2008: 16ff., <sup>9</sup> = Quelle: Kommunalgemeinschaft Europaregion Pomerania e.V. 2006: 9



### Interreg IIIA- und IVA-Programme mit deutscher Beteiligung: Übersicht über Gebietsgröße, Bevölkerungszahl und -dichte

Förderperiode	Programme	Beteiligte Staaten	Gebietsgröße (km <sup>2</sup> )	Bevölkerung (Mio.)	Bevölkerungsdichte (EW/km <sup>2</sup> )	Isolation <sup>5</sup>
Programme im Norden Deutschlands						
Interreg IVA	Region südliche Ostsee	DE/DK/SE/PL/LT	11.463.000 <sup>3</sup>	8,67 <sup>3</sup>	76 <sup>3</sup>	----
Interreg IIIA	Storstrøm – Ostholstein-Lübeck	DE/DK	5.000 <sup>1</sup>	0,7 <sup>1</sup>	140 <sup>4</sup>	Gering
Interreg IVA	Fehmarnbeltregion	DE/DK	9.962 <sup>3</sup>	1,36 <sup>3</sup>	136 <sup>4</sup>	----
Interreg IIIA	Fyn – K.E.R.N.	DE/DK	6.400 <sup>1</sup>	1,17 <sup>1</sup>	183 <sup>4</sup>	Gering
	Sønderjylland – Schleswig	DE/DK	8.115 <sup>2</sup>	0,7 <sup>2</sup>	86 <sup>4</sup>	Gering
Interreg IVA	Syddanmark – Schleswig – K.E.R.N.	DE/DK	k.A.	2,24 <sup>3</sup>	k.A.	----
Programme im Westen Deutschlands						
Interreg IIIA	Ems-Dollart-Region	DE/NL	19.023 <sup>1</sup>	2,64 <sup>1</sup>	139 <sup>4</sup>	Gering
	EUREGIO, Euregio Rhein-Waal, euregio rhein-maas-nord	DE/NL	22.300 <sup>1</sup>	7,7 <sup>1</sup>	345 <sup>4</sup>	Gering
Interreg IVA	Deutschland – Niederlande	DE/NL	46.737 <sup>3</sup>	12,1 <sup>3</sup>	259 <sup>4</sup>	----
Interreg IIIA	Euregio Maas-Rhein	DE/NL/BE	13.275 <sup>1</sup>	3,9 <sup>1</sup>	298 <sup>2</sup>	Gering
Interreg IVA	Euregio Maas-Rhein	DE/NL/BE	13.008 <sup>3</sup>	3,92 <sup>3</sup>	301 <sup>3</sup>	----
Programme im Osten Deutschlands						
Interreg IIIA	Mecklenburg-Vorpommern/ Brandenburg – Zachodniopomorskie	DE/PL	27.000 <sup>1</sup>	2,2 <sup>1</sup>	81 <sup>4</sup>	Hoch
Interreg IVA	Mecklenburg-Vorpommern/ Brandenburg – Wojewodschaft Zachodniopomorskie	DE/PL	38.318 <sup>3</sup>	2,73 <sup>3</sup>	71 <sup>3</sup>	----
Interreg IIIA	Brandenburg – Lubuskie	DE/PL	21.896 <sup>1</sup>	1,75 <sup>2</sup>	80 <sup>4</sup>	Hoch
Interreg IVA	Brandenburg – Polen (Wojewodschaft Lubuskie)	DE/PL	20.314 <sup>3</sup>	1,70 <sup>3</sup>	84 <sup>3</sup>	----
Interreg IIIA	Sachsen – Polen	DE/PL	10.813 <sup>2</sup>	1,8 <sup>2</sup>	166 <sup>4</sup>	Hoch
Interreg IVA	Sachsen – Polen	DE/PL	22.745 <sup>3</sup>	2,60 <sup>3</sup>	114 <sup>4</sup>	----
Interreg IIIA	Sachsen – Tschechische Republik	DE/CZ	20.385 <sup>2</sup>	2,97 <sup>2</sup>	146 <sup>2</sup>	Hoch
Interreg IVA	Sachsen – Tschechische Republik	DE/CZ	28.054 <sup>3</sup>	4,52 <sup>3</sup>	179 <sup>4</sup>	----
Interreg IIIA	Bayern – Tschechische Republik	DE/CZ	19.830 <sup>2</sup>	1,7 <sup>2</sup>	86 <sup>2</sup>	Hoch
Interreg IVA	Bayern – Tschechische Republik	DE/CZ	39.171 <sup>3</sup>	3,68 <sup>3</sup>	94 <sup>3</sup>	----

<sup>1</sup> = Quelle: Interreg-Survey; <sup>2</sup> = Quelle: Programmdokumente der jeweiligen Interreg IIIA-Programme (siehe Literaturliste); <sup>3</sup> = Quelle: operationelle Programme der jeweiligen Interreg IVA-Programme (siehe Literaturliste), Einzelwerte wurden hierfür zum Teil aufaddiert; <sup>4</sup> = eigene Berechnung aus den Angaben Gebietsgröße und Einwohnerzahl; <sup>5</sup> = Quelle: LRDP 2003 und INTERACT Programme Secretariat 2005a; zu den Programmen mit hoher Isolation gehören hiernach Programmgebiete mit unzureichende Transport/Kommunikationsverbindungen (fehlende oder keine bedeutenden Grenzübergänge, Tunnel, Fährdienste etc., zu Programmen mit geringer Isolation hingegen Gebiete, in denen ausreichende Verbindungen verfügbar sind und der alltägliche Kontakt ist möglich ist (d.h. hinsichtlich des Reisekomforts und der Kosten im Vergleich zu den Transportverbindungen innerhalb des gleichen Landes)

### Interreg IIIA- und IVA-Programme mit deutscher Beteiligung: Übersicht über Gebietsgröße, Bevölkerungszahl und -dichte (Fortsetzung)

Förderperiode	Programme	Beteiligte Staaten	Gebietsgröße (km <sup>2</sup> )	Bevölkerung (Mio.)	Bevölkerungsdichte (EW/km <sup>2</sup> )	Isolation <sup>5</sup>
Programme im Süden Deutschlands						
Interreg IIIA	Deutschland – Luxemburg – Deutschsprachige Gemeinschaft Belgiens	DE/LU/BE	6.827 <sup>2</sup>	0,94 <sup>2</sup>	137 <sup>2</sup>	Gering
	Saarland – Mosel/Lothringen – Westpfalz	DE/FR	9.147 <sup>2</sup>	2,3 <sup>2</sup>	222 <sup>4</sup>	Gering
Interreg IVA	Großregion <sup>150</sup>	BE/DE/FR/LU	65.000 <sup>3</sup>	11,30 <sup>3</sup>	174 <sup>3</sup>	----
Interreg IIIA	Pamina	DE/FR	6.000 <sup>1</sup>	1,5 <sup>1</sup>	250 <sup>4</sup>	Gering
	Oberrhein Mitte-Süd	DE/FR/CH	15.611 <sup>1</sup>	4,11	263 <sup>4</sup>	Gering
Interreg IVA	Oberrhein	DE/FR/CH	21.518 <sup>3</sup>	5,8 <sup>3</sup>	210 <sup>3</sup>	----
Interreg IIIA	Alpenrhein – Bodensee – Hochrhein	AT/DE/CH/LI	26.539 <sup>2</sup>	4,44 <sup>2</sup>	168 <sup>2</sup>	Gering
Interreg IVA	Alpenrhein – Bodensee – Hochrhein	AT/DE/CH/LI	27.838 <sup>3</sup>	5,21 <sup>3</sup>	187 <sup>4</sup>	----
Interreg IIIA	Bayern – Österreich	AT/DE	39.467 <sup>2</sup>	3,73 <sup>2</sup>	95 <sup>2</sup>	Gering
Interreg IVA	Bayern – Österreich	AT/DE	56.205 <sup>3</sup>	5,80 <sup>3</sup>	103 <sup>3</sup>	----

<sup>1</sup> = Quelle: Interreg-Survey; <sup>2</sup> = Quelle: Programmdokumente der jeweiligen Interreg IIIA-Programme (siehe Literaturliste); <sup>3</sup> = Quelle: operationelle Programme der jeweiligen Interreg IVA-Programme (siehe Literaturliste), Einzelwerte wurden hierfür zum Teil aufaddiert; <sup>4</sup> = eigene Berechnung aus den Angaben Gebietsgröße und Einwohnerzahl; <sup>5</sup> = Quelle: LRDP 2003 und INTERACT Programme Secretariat 2005a; zu den Programmen mit hoher Isolation gehören hiernach Programmgebiete mit unzureichende Transport/Kommunikationsverbindungen (fehlende oder keine bedeutenden Grenzübergänge, Tunnel, Fährdienste etc., zu Programmen mit geringer Isolation hingegen Gebiete, in denen ausreichende Verbindungen verfügbar sind und der alltägliche Kontakt ist möglich ist (d.h. hinsichtlich des Reisekomforts und der Kosten im Vergleich zu den Transportverbindungen innerhalb des gleichen Landes)

<sup>150</sup> In dem Interreg IVA-Programm „Großregion“ wurden neben den beiden in der Tabelle aufgeführten Interreg IIIA-Programmen „Deutschland – Luxemburg – Deutschsprachige Gemeinschaft Belgiens“ und „Saarland – Mosel/Lothringen – Westpfalz“ auch das Programm „Wallonien – Lothringen – Luxemburg“ zusammengeführt.

### Interreg IIA-, IIIA- und IVA- Programme mit deutscher Beteiligung: Übersicht über EU-Fördermittel

Förderperiode	Programme	Beteiligte Staaten	EFRE-Fördermittel (Mio. Euro)	Gesamtbudget (Mio. Euro)
<b>Programme im Norden Deutschlands</b>				
Interreg IVA	Region südliche Ostsee	DE/DK/SE/PL/LT	60,7	75,3
Interreg IIA	Storstrøm – Ostholstein	DE/DK	5	10
Interreg IIIA	Storstrøm – Ostholstein – Lübeck	DE/DK	9,6	19,2
Interreg IVA	Fehmarnbeltregion	DE/DK	22,9	31,4
Interreg IIA	(a) Fyn – K.E.R.N.	DE/DK	3	5
	(b) Sønderjylland – Schleswig	DE/DK	11	22
Interreg IIIA	(a) Fyn – K.E.R.N.	DE/DK	9,9	20,0
	(b) Sønderjylland – Schleswig	DE/DK	14,3	28,2
Interreg IVA	Sydanmark – Schleswig – K.E.R.N.	DE/DK	44,3	68,9
<b>Programme im Westen Deutschlands</b>				
Interreg IIA	Ems-Dollart-Region	DE/NL	23	67
	EUREGIO	DE/NL	23	63
	Euregio Rhein-Waal	DE/NL	12	28
	euregio rhein-maas-nord	DE/NL	7	13
Interreg IIIA	Ems-Dollart-Region	DE/NL	36,0	95,2
	EUREGIO, Euregio Rhein-Waal, euregio rhein-maas-nord	DE/NL	99,9	214,4
Interreg IVA	Deutschland – Niederlande	DE/NL	138,6	293,9
Interreg IIA	Euregio Maas-Rhein	DE/NL/BE	37	86
Interreg IIIA	Euregio Maas-Rhein	DE/NL/BE	53,9	107,8
Interreg IVA	Euregio Maas-Rhein	DE/NL/BE	72,0	144,1
<b>Programme im Osten Deutschlands</b>				
Interreg IIA	Pomerania (Deutschland – Polen)	DE/PL	65	98
Interreg IIIA	Mecklenburg-Vorpommern/Brandenburg – Zachodniopomorskie	DE/PL	118,2	157,6
Interreg IVA	Mecklenburg-Vorpommern/Brandenburg – Wojewodschaft Zachodniopomorskie	DE/PL	132,8	156,2
Interreg IIA	Brandenburg (Deutschland – Polen)	DE/PL	75	137
Interreg IIIA	Brandenburg – Lubuskie	DE/PL	132,2	176,9
Interreg IVA	Brandenburg – Polen (Wojewodschaft Lubuskie)	DE/PL	124,5	146,5
Interreg IIA	Sachsen (Deutschland – Polen – Tschechische Republik)	DE/PL/CZ	152	223
Interreg IIIA	Sachsen – Polen	DE/PL	71,9	95,9
	Sachsen – Tschechische Republik	DE/CZ	190,4	253,9
Interreg IVA	Sachsen – Polen	DE/PL	105,1	123,7
Interreg IVA	Sachsen – Tschechische Republik	DE/CZ	207,4	244,0
Interreg IIA	Bayern – Tschechische Republik	DE/CZ	17	41
Interreg IIIA	Bayern – Tschechische Republik	DE/CZ	76,4	147,1
Interreg IVA	Bayern – Tschechische Republik	DE/CZ	115,5	135,9

Quelle: eigene Darstellung nach LRDP 2003, INTERACT Point Tool Box 2006a und den jeweiligen operationellen Interreg IVA-Programmen

## Interreg IIA-, IIIA- und IVA- Programme mit deutscher Beteiligung: Übersicht über EU-Fördermittel (Fortsetzung)

Förderperiode	Programme	Beteiligte Staaten	EFRE-Fördermittel (Mio. Euro)	Gesamtbudget (Mio. Euro)
Programme im Süden Deutschlands				
Interreg IIA	Deutschland – Luxemburg	DE/LU	8	30
	Saarland – Lothringen – Westpfalz	DE/FR	25	67
Interreg IIIA	Deutschland – Luxemburg – Deutschsprachige Gemeinschaft Belgiens	DE/LU/BE	9,9	19,9
	Saarland – Mosel/Lothringen – Westpfalz	DE/FR	26,2	52,4
Interreg IVA	Großregion <sup>151</sup>	BE/DE/FR/LU	106,0	212,0
Interreg IIA	Pamina	DE/FR	12	25
	Oberrhein Mitte-Süd	DE/FR/CH	26	56
Interreg IIIA	Pamina	DE/FR	14,1	28,2
	Oberrhein Mitte-Süd	DE/FR/CH	32,1	64,1
Interreg IVA	Oberrhein	DE/FR/CH	67,2	132,3
Interreg IIA	Alpenrhein – Bodensee – Hochrhein	AT/DE/CH/LI	7	15
Interreg IIIA	Alpenrhein – Bodensee – Hochrhein	AT/DE/CH/LI	17,9	37,0
Interreg IVA	Alpenrhein – Bodensee – Hochrhein	AT/DE/CH/LI	23,9	39,8
Interreg IIA	Bayern – Österreich	AT/DE	25	53
Interreg IIIA	Bayern – Österreich	AT/DE	47,3	94,6
Interreg IVA	Bayern – Österreich	AT/DE	54,1	72,1

Quelle: eigene Darstellung nach LRDP 2003, INTERACT Point Tool Box 2006a und den jeweiligen operationellen Interreg IVA-Programmen

<sup>151</sup> In dem Interreg IVA-Programm „Großregion“ wurden neben den beiden in der Tabelle aufgeführten Interreg IIIA-Programmen „Deutschland – Luxemburg – Deutschsprachige Gemeinschaft Belgiens“ und „Saarland – Mosel/Lothringen – Westpfalz“ auch das Interreg IIIA-Programm „Wallonien – Lothringen – Luxemburg“ (BE/FR/LU) zusammengeführt.

## Interreg IIA-, IIIA- und IVA-Programme mit deutscher Beteiligung: Zuordnung der Euregios

### 1.) Interreg IIA-Programme mit deutscher Beteiligung (1994-1999): Zuordnung der Euregios

Interreg IIA-Programme	Beteiligte Staaten	Euregios im Interreg-Programmgebiet	Anzahl der Euregios im Programmgebiet
<b>Programme im Norden Deutschlands</b>			
Storstrøm – Ostholstein	DE/DK	----	0
Fyn – K.E.R.N.	DE/DK	----	0
Sønderjylland – Schleswig	DE/DK	Region Sønderjylland – Schleswig*	1
<b>Programme im Westen Deutschlands</b>			
Ems-Dollart-Region	DE/NL	Ems-Dollart	1
EUREGIO	DE/NL	EUREGIO	1
Euregio Rhein-Waal	DE/NL	Euregio Rhein-Waal	1
euregio rhein-maas-nord	DE/NL	euregio rhein-maas-nord	1
Euregio Maas-Rhein	DE/NL/BE	Euregio Maas-Rhein	1
<b>Programme im Osten Deutschlands</b>			
Pomerania (Deutschland – Polen)	DE/PL	Euroregion Pomerania*	1
Brandenburg (Deutschland – Polen)	DE/PL	Euroregion Spree-Neisse-Bober, Euroregion Pro Europa Viadrina	2
Sachsen (Deutschland – Polen – Tschechische Republik)	DE/PL/CZ	Euroregion Neisse-Nysa, Euroregion Elbe/Labe, Euroregion Erzgebirge-Krusnohori, Euroregion Egrensis, Euregio Bayerischer Wald-Böhmer Wald-Unterer Inn	5
Bayern – Tschechische Republik	DE/CZ	Euroregion Egrensis, Euregio Bayerischer Wald-Böhmer Wald-Unterer Inn	2
<b>Programme im Süden Deutschlands</b>			
Deutschland – Luxemburg	DE/LU	EuRegio SaarLorLuxRhein*	1
Saarland – Lothringen – Westpfalz	DE/FR	EuRegio SaarLorLuxRhein*, Zukunft SaarMoselle Avenir*	2
Pamina	DE/FR	---	0
Oberrhein Mitte-Süd	DE/FR/CH	Regio TriRhena*	1
Alpenrhein – Bodensee – Hochrhein	AT/DE/CH/LI	Euregio via salina*	1
Bayern – Österreich	AT/DE	Inn-Salzach Euregio, Euregio Salzburg-Berchtesgadener Land-Traunstein*, Euregio via salina*, Euregio Zugspitze-Wetterstein-Karwendel*, Euregio Inntal*	5

Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Interreg-Befragung des Projektes „EUREGIO“ und der operationellen Interreg-Programme der Förderphase Interreg IIIA und IVA

\* Gründung zwischen 1995 und 1998, d.h. nach Beginn der Förderperiode Interreg IIA

## Interreg IIA-, IIIA- und IVA-Programme mit deutscher Beteiligung: Zuordnung der Euregios (Fortsetzung)

### 2.) Interreg IIIA-Programme mit deutscher Beteiligung (2000-2006): Zuordnung der Euregios

Interreg IIIA-Programme	Beteiligte Staaten	Euregios im Interreg-Programmgebiet	Anzahl der Euregios im Programmgebiet
<b>Programme im Norden Deutschlands</b>			
Storstrøm – Ostholstein – Lübeck	DE/DK	---	0
Fyn – K.E.R.N.	DE/DK	---	0
Sønderjylland – Schleswig	DE/DK	Region Sønderjylland- Schleswig	1
<b>Programme im Westen Deutschlands</b>			
Ems-Dollart-Region	DE/NL	Ems Dollart Region	1
EUREGIO, Euregio Rhein-Waal, euregio rhein-maas-nord	DE/NL	EUREGIO, Euregio Rhein-Waal, euregio rhein-maas-nord	3
Euregio Maas-Rhein	DE/NL/BE	Euregio Maas-Rhein	1
<b>Programme im Osten Deutschlands</b>			
Mecklenburg-Vorpommern/Brandenburg – Zachodniopomorskie	DE/PL	Euroregion Pomerania	1
Brandenburg – Lubuskie	DE/PL	Euroregion Spree-Neisse-Bober, Euroregion Pro Europa Viadrina	2
Sachsen – Polen	DE/PL	Euroregion Neisse-Nysa	2
Sachsen – Tschechische Republik	DE/CZ	Erzgebirge-Krusnohori, Euroregion Elbe/Labe, Euroregion Neisse-Nysa, Euroregion Egrensis	4
Bayern – Tschechische Republik	DE/CZ	Euregio Bayerischer Wald-Böhmer Wald-Unterer Inn, Euroregion Egrensis	2
<b>Programme im Süden Deutschlands</b>			
Deutschland – Luxemburg – Deutschsprachige Gemeinschaft Belgiens	DE/LU/BE	EuRegio SaarLorLuxRhein	1
Saarland – Mosel/Lothringen – Westpfalz	DE/FR	Zukunft SaarMoselle Avenir, EuRegio SaarLorLuxRhein	2
Pamina	DE/FR	Regio Pamina**	1
Oberrhein Mitte-Süd	DE/FR/CH	Regio TriRhena	1
Alpenrhein – Bodensee – Hochrhein	AT/DE/CH/LI	Euregio via salina	1
Bayern – Österreich	AT/DE	Euregio via salina, Euregio Salzburg-Berchtesgadener Land-Traunstein, Euregio Zugspitze-Wetterstein-Karwendel, Inn-Salzach Euregio, Euregio Inntal, Euregio Bayerischer Wald-Böhmer Wald-Unterer Inn	6

Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Interreg-Befragung des Projektes „EUREGIO“ und der operationellen Interreg-Programme der Förderphase Interreg IIIA und IVA

\*\* Gründung im Jahr 2003, d.h. nach Beginn der Förderperiode Interreg IIIA

## Interreg IIA-, IIIA- und IVA-Programme mit deutscher Beteiligung: Zuordnung der Euregios (Fortsetzung)

### 3.) Interreg IVA-Programme mit deutscher Beteiligung (2007-2013): Zuordnung der Euregios

Interreg IVA-Programme	Beteiligte Staaten	Euregios im Interreg-Programmgebiet	Anzahl der Euregios im Programmgebiet
<b>Programme im Norden Deutschlands</b>			
Region Südliche Ostsee	DE/DK/SE/PL/LT	Euroregion Pomerania	0
Sydanmark – Schleswig – K.E.R.N.	DE/DK	Region Sonderjylland- Schleswig	1
Fehmarnbeltregion	DE/DK	---	0
<b>Programme im Westen Deutschlands</b>			
Deutschland – Niederlande	DE/NL	Ems Dollart Region, EUREGIO, Euregio Rhein-Waal, euregio rhein-maas-nord	4
Euregio Maas-Rhein	DE/NL/BE	Euregio Maas-Rhein	1
<b>Programme im Osten Deutschlands</b>			
Brandenburg – Polen (Wojewodschaft Lubuskie)	DE/PL	Euroregion Spree-Neisse-Bober, Euroregion Pro Europa Viadrina	2
Mecklenburg-Vorpommern/Brandenburg – Wojewodschaft Zachodniopomorskie	DE/PL	Euroregion Pomerania	1
Sachsen – Polen	DE/PL	Euroregion Neisse-Nysa, Euroregion Spree-Neisse-Bober	2
Sachsen – Tschechische Republik	DE/CZ	Erzgebirge-Krusnohori, Euroregion Elbe/Labe, Euroregion Neisse-Nysa, Euroregion Egrensis	4
Bayern – Tschechische Republik	DE/CZ	Euregio Bayerischer Wald-Böhmer Wald-Unterer Inn, Euroregion Egrensis	2
<b>Programme im Süden Deutschlands</b>			
Großregion	BE/DE/FR/LU	Zukunft SaarMoselle Avenir, EuRegio SaarLorLuxRhein	2
Oberrhein	DE/FR/CH	Regio Pamina, Regio TriRhena	2
Alpenrhein – Bodensee – Hochrhein	AT/DE/CH/LI	Euregio via salina	1
Bayern – Österreich	AT/DE	Euregio via salina, Euregio Salzburg-Berchtesgadener Land-Traunstein, Euregio Zugspitze-Wetterstein-Karwendel, Inn-Salzach Euregio, Euregio Inntal, Euregio Bayerischer Wald-Böhmer Wald-Unterer Inn	6

Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Interreg-Befragung des Projektes „EUREGIO“ und der operationellen Interreg-Programme der Förderphase Interreg IIIA und IVA

X

## Euregios mit deutscher Beteiligung: Beteiligung an Interreg-Programmentwicklung und -umsetzung

### Informationsquellen

„Beteiligung an Interreg IIIA-Kooperationsstrukturen“: Operationelle IIIA-Programme und ergänzende Programmplanungsdokumente; INTERACT Point Tool Box 2006a; [http://www.interreg-bayaut.net/content/programm/dokumente/Lenkungsausschuss\\_Mitglieder.pdf](http://www.interreg-bayaut.net/content/programm/dokumente/Lenkungsausschuss_Mitglieder.pdf) (Zugriff: 20.9.2007); und [http://www.interreg-bayaut.net/dokus/Begleitausschuss\\_Geschaeftsordnung.doc](http://www.interreg-bayaut.net/dokus/Begleitausschuss_Geschaeftsordnung.doc) (Zugriff: 20.9.2007)

„Interregprogramm mit deutscher Beteiligung im Gebiet der Euregio – Interreg IIIA“: Ergebnisse der Befragung der Interreg IIIA-Sekretariate, Operationelle Interreg IIIA-Programme

„Interregprogramm mit deutscher Beteiligung im Gebiet der Euregio – Interreg IVA“: Operationelle Interreg IVA-Programme

“Programmentwicklung Interreg IIIA“: Operationelle Interreg IIIA-Programme

“Programmentwicklung Interreg IVA“: Operationelle Interreg IVA-Programme

Name der Euregio/Euroregion	Beteiligung an Interreg IIIA-Kooperationsstrukturen					Interreg-Programm im Gebiet der Euregio		Programmentwicklung	
	VB	ZS	GTS	BA	LA	Interreg IIIA	Interreg IVA	Interreg IIIA	Interreg IVA
<b>Gruppe 1: „Alte“ Euregios ohne Beteiligung der neuen Mitgliedstaaten</b>									
Ems Dollart Region	---	---	X	X	X	Ems-Dollart-Region	Deutschland – Niederlande	X	X
EUREGIO	---	---	(X) <sup>152</sup>	X	X	EUREGIO/Euregio Rhein-Waal/euregio rhein-maas-nord	Deutschland – Niederlande	X	X
Euregio Rhein-Waal	---	---	X	X	X	EUREGIO/Euregio Rhein-Waal/euregio rhein-maas-nord	Deutschland – Niederlande	X	X
euregio rhein-maas-nord	---	---	(X) <sup>4</sup>	X	X	EUREGIO/Euregio Rhein-Waal/euregio rhein-maas-nord	Deutschland – Niederlande	X	X
Euregio Maas-Rhein	X	X	X	X	X	Euregio Maas-Rhein	Euregio Maas-Rhein	X	X

--- = keine Beteiligung/Zuständigkeit; X = Beteiligung/Zuständigkeit; BA = Begleitausschuss; GTS = Gemeinsames technisches Sekretariat; LA = Lenkungsausschuss; PE = Programmentwicklung; VB = Verwaltungsbehörde, ZS = Zahlstelle; k.A. = keine Angaben

<sup>152</sup> Programmmanagement für die Unterprogramme; GTS bei der Euregio Rhein-Waal angesiedelt



## Euregios mit deutscher Beteiligung: Beteiligung an Interreg-Programmentwicklung und -umsetzung (Fortsetzung)

Name der Euregio/Euroregion	Beteiligung an Interreg IIIA-Kooperationsstrukturen					Interregprogramm im Gebiet der Euregio		Programmentwicklung	
	VB	ZS	GTS	BA	LA	Interreg IIIA	Interreg IVA	Interreg IIIA	Interreg IVA
<b>Gruppe 2: „Junge“ Euregios ohne Beteiligung der neuen Mitgliedstaaten</b>									
Region Sønderjylland/ Schleswig	---	---	---	---	---	Sønderjylland – Schleswig	Syddanmark – Schleswig - K.E.R.N.	---	--- <sup>153</sup>
Euregio SaarLorLuxRhin	---	---	---	---	---	Deutschland – Luxemburg – Deutschsprachige Gemeinschaft Belgiens	Großregion	k.A. <sup>154</sup>	k.A. <sup>155</sup>
	---	---	---	---	---	Saarland – Mosel/Lothringen – Westpfalz		k.A. <sup>6</sup>	
Zukunft Saar Moselle Avenir	---	---	---	---	---	Saarland – Mosel/Lothringen – Westpfalz	Großregion	k.A. <sup>6</sup>	k.A. <sup>7</sup>
Regio Pamina	X	X	X	X	X	Pamina	Oberrhein	X	X <sup>156</sup>
Regio TriRhena	---	---	---	(X) Bera- tung	(X) Bera- tung	Oberrhein Mitte-Süd	Oberrhein	k.A. <sup>157</sup>	X <sup>8</sup>

--- = keine Beteiligung/Zuständigkeit; X = Beteiligung/Zuständigkeit; BA = Begleitausschuss; GTS = gemeinsames technisches Sekretariat; LA = Lenkungsausschuss; PE = Programmentwicklung; VB = Verwaltungsbehörde, ZS = Zahlstelle; k.A. = keine Angaben

<sup>153</sup> Die am Prozess beteiligten Institutionen werden im Interreg IVA-Programmdokument „Syddanmark-Schleswig - K.E.R.N.“ nicht aufgeführt. Es wird jedoch vermutet, dass die Region Sønderjylland-Schleswig nicht hieran beteiligt war, da es sich hierbei um eine Struktur handelt, die laut Programm organisatorisch und administrativ unabhängig von der INTERREG Programmverwaltung läuft. Es erfolgt jedoch eine laufende gegenseitige Unterrichtung und Abstimmung von Vorhaben

<sup>154</sup> Die am Prozess beteiligten Institutionen werden im Interreg IIIA-Programmdokument Saarland-Moselle-(Lothringen)-Westpfalz nicht aufgeführt.

<sup>155</sup> Die am Prozess beteiligten Institutionen werden im Interreg IVA-Programmdokument „Großregion“ nicht aufgeführt.

<sup>156</sup> Die am Prozess beteiligten Institutionen werden im Interreg IVA-Programmdokument „Oberrhein“ nicht im einzelnen aufgeführt. Es bleibt daher unklar, ob die Regio Pamina auch an der Programm-Steuerungsgruppe beteiligt war. Im Interreg IIIA-Begleitausschuss PAMINA (an dem auch die Regio Pamina vertreten ist) wurden jedoch Programmelemente vorgestellt und die Programmentwurf verabschiedet.

<sup>157</sup> Die Regio TriRhena war laut Interreg IIIA-Programmdokument Oberrhein Mitte-Süd am Konsultationsprozess beteiligt. Inwieweit sie ansonsten in den Prozess der Programm-erstellung beteiligt war, kann dem Dokument nicht entnommen werden.

## Euregios mit deutscher Beteiligung: Beteiligung an Interreg-Programmentwicklung und -umsetzung (Fortsetzung)

Name der Euregio/Euroregion	Beteiligung an Interreg IIIA-Kooperationsstrukturen					Interregprogramm im Gebiet der Euregio		Programmentwicklung	
	VB	ZS	GTS	BA	LA	Interreg IIIA	Interreg IVA	Interreg IIIA	Interreg IVA
Euregio via salina	---	---	---	X	---	Alpenrhein – Bodensee – Hochrhein	Alpenrhein – Bodensee – Hochrhein	k.A. <sup>158</sup>	(X) <sup>159</sup>
	---	---	---	X	X	Bayern – Österreich	Bayern – Österreich	X	X
Euregio Salzburg-Berchtesgadener Land-Traunstein	---	---	---	X	X	Bayern – Österreich	Bayern – Österreich	X	X
Euregio Zugspitze Wetterstein-Karwendel	---	---	---	X	X	Bayern – Österreich	Bayern – Österreich	X	X
Euregio Inn-Salzach	---	---	---	X	X	Bayern – Österreich	Bayern – Österreich	X	X
Euregio Inntal	---	---	---	X	X	Bayern – Österreich	Bayern – Österreich	X	X
<b>Gruppe 3: „Junge“ Euregios mit Beteiligung der neuen Mitgliedstaaten (CZ, PL)</b>									
Euroregion Pomerania	---	---	---	X	X	Mecklenburg-Vorpommern/Brandenburg – Zachodniopomorskie	Mecklenburg-Vorpommern/Brandenburg – Zachodniopomorskie	X	X
							Region Südliche Ostsee	Programm in Interreg IIIA n.v.	X
Euroregion Pro Europa Viadrina	---	---	---	X	X	Brandenburg – Lubuskie	Brandenburg – Lubuskie	X	X
Euroregion Spree-Neisse-Bober	---	---	---	X	X	Brandenburg – Lubuskie	Brandenburg – Lubuskie Sachsen – Polen	X	X k.A. <sup>160</sup>
Euroregion Neisse-Nisa-Nysa	---	---	---	X	X	Sachsen – Polen	Sachsen – Polen	X	k.A. <sup>12</sup>
							Sachsen – Tschechische Republik	X	X

--- = keine Beteiligung/Zuständigkeit; X = Beteiligung/Zuständigkeit;

BA = Begleitausschuss; GTS = gemeinsames technisches Sekretariat; LA = Lenkungsausschuss; PE = Programmentwicklung; VB = Verwaltungsbehörde, ZS = Zahlstelle; k.A. = keine Angaben

<sup>158</sup> Die am Prozess beteiligten Institutionen werden im Interreg IVA-Programmdokument Oberrhein nicht aufgeführt.

<sup>159</sup> Die Euregio via salina war nicht an der Programmierungsgruppe, die das Programm erarbeitet hat, beteiligt. Im Interreg IIIA-Begleitausschuss (an dem auch die Euregio via salina vertreten ist) wurde der Programmentwurf jedoch vorgestellt und einstimmig befürwortet.

<sup>160</sup> Die am Programm beteiligten Akteure werden nur in Teilen im einzelnen aufgeführt. So waren z.B. Wirtschafts- und Sozialpartner an der Programmausgestaltung beteiligt. Ob auch die am Programmgebiet beteiligten Euroregionen hierunter fallen, bleibt unklar.

### Euregios mit deutscher Beteiligung: Beteiligung an Interreg-Programmentwicklung und -umsetzung (Fortsetzung)

Name der Euregio/Euroregion	Beteiligung an Interreg IIIA-Kooperationsstrukturen					Interregprogramm im Gebiet der Euregio		Programmentwicklung	
	VB	ZS	GTS	BA	LA	Interreg IIIA	Interreg IVA	Inter-reg IIIA	Inter-reg IVA
Euroregion Erzgebirge-Krušnohoří	---	---	---	X	X	Sachsen – Tschechische Republik	Sachsen – Tschechische Republik	X	X
Euroregion Elbe/Labe	---	---	---	X	X	Sachsen – Tschechische Republik	Sachsen – Tschechische Republik	X	X
Euroregion Egrensis	---	---	---	X	X	Sachsen – Tschechische Republik	Sachsen – Tschechische Republik	X	X
	---	---	---	X	X	Bayern – Tschechische Republik	Bayern – Tschechische Republik	X	X
Euregio Bayerischer Wald-Šumava-Mühlviertel	---	---	---	X	X	Bayern – Tschechische Republik	Bayern – Tschechische Republik	X	X
	---	---	---	X	X	Bayern – Österreich	Bayern – Österreich	X	X

--- = keine Beteiligung/Zuständigkeit; X = Beteiligung/Zuständigkeit

BA = Begleitausschuss; GTS = gemeinsames technisches Sekretariat; LA = Lenkungsausschuss; PE = Programmentwicklung; VB = Verwaltungsbehörde, ZS = Zahlstelle; k.A. = keine Angaben

## Interreg IIA-, IIIA und IVA-Programme mit deutscher Beteiligung: Gesundheitsrelevante Prioritäten und Maßnahmen

Quelle: eigene Darstellung auf Basis der im Rahmen des EU-Projekt „EUREGIO“ gewonnenen Ergebnisse der Interreg-Befragung sowie der operationellen Interreg IIIA- und IVA-Programme<sup>161</sup>

### Programme im Norden Deutschlands

	Programme	Beteiligte Staaten	Priorität/Maßnahme
Interreg IVA	Region Südliche Ostsee	DE/DK/ SE/PL/ LT	<b>Analyse des Programmdokuments:</b> Priorität 1 „Attraktivität und gemeinsame Identität“, Indikative Maßnahme „Initiativen lokaler Gemeinden (Förderung von Netzwerken zwischen Nichtregierungsorganisationen u.a. im Bereich Gesundheitswesen)
Interreg IIA	Storstrøm – Ostholstein	DE/DK	<b>Survey:</b> k.A. im Fragebogen, da keine gesundheitsrelevanten Projekte durchgeführt wurden
Interreg IIIA	Storstrøm – Ostholstein – Lübeck	DE/DK	<b>Survey:</b> Priorität 2: „Stärkung der humanen Ressourcen“ – Maßnahme 3 „Arbeitsmarkt, Soziales, Bildung, Gesundheit“
Interreg IVA	Fehmarnbeltregion	DE/DK	<b>Analyse des Programmdokuments:</b> Priorität 1 „Wirtschaft, Innovation, Maritimes & Umwelt“ – Fokusthema 3 „Gesundheit“ (u.a. Entwicklung von Konzepten in den Bereichen e-health und chronische Krankheiten, Kooperationen im Bereich der Gesundheitswirtschaft)
Interreg IIA	(a) Fyn – K.E.R.N.	DE/DK	<b>Survey:</b> k.A. im Fragebogen, da keine gesundheitsrelevanten Projekte durchgeführt wurden
	(b) Sønderjylland – Schleswig.	DE/DK	<b>Survey:</b> k.A. (Fragebogen wurde nicht beantwortet)
Interreg IIIA	(a) Fyn – K.E.R.N.	DE/DK	<b>Survey:</b> Priorität 3: „Entwicklung der Humanressourcen“ - Maßnahme 3.3: „Gesundheit und Soziales“
	(b) Sønderjylland – Schleswig	DE/DK	<b>Survey:</b> Fragebogen wurde nicht beantwortet <b>Analyse des Programmdokuments:</b> Maßnahme 3.2: „Gesundheit und Soziales“
Interreg IVA	Sydanmark – Schleswig – K.E.R.N.	DE/DK	<b>Analyse des Programmdokuments:</b> Priorität 1 „Stärkung und Konsolidierung der regionalen wissensbasierten Wirtschaft“ – Handlungsfeld 1.5 „Gesundheitsentwicklung“ (u.a. Beiträge zur verbesserten Koordination und Nutzung von Ressourcen, Maßnahmen zur Entwicklung der Bildungsinfrastruktur)

### Programme im Westen Deutschlands

	Programme	Beteiligte Staaten	Priorität/Maßnahme
Interreg IIA	(a) Ems-Dollart-Region	DE/NL	<b>Survey:</b> Priorität E: „Gesellschaftliche Integration“ – Maßnahme E.1: „Gesellschaftliche Integration“
	(b) EUREGIO (c) Euregio Rhein-Waal (d) euregio rhein-maas-nord	DE/NL	<b>Survey:</b> k.A. (Information zu Interreg II Projekten waren nicht verfügbar)

<sup>161</sup> Die Ergebnisse für die Förderperiode Interreg IIIA wurden von der Autorin auch für den Abschlussbericht des EU-Projektes „EUREGIO“ zusammengestellt (Iögd NRW 2007: 164ff.).

### Interreg IIA-, IIIA- und IVA-Programme mit deutscher Beteiligung: Gesundheitsrelevante Prioritäten und Maßnahmen (Fortsetzung)

	Programme	Beteiligte Staaten	Priorität/Maßnahme
Interreg IIIA	(a) Ems-Dollart-Region	DE/NL	<b>Survey:</b> Priorität 5: „Förderung der gesellschaftlichen Integration“ – Maßnahme 5.1: „Gesundheitswesen und öffentliche Sicherheit“
	(b) EUREGIO, Euregio Rhein-Waal, euregio rhein-maas-nord	DE/NL	<b>Survey:</b> Priorität 1: Räumliche Struktur – Maßnahme 1.1: Grenzübergreifende integrierte Raumentwicklung/Funktionsentwicklung“ Priorität 2: „Wirtschaft, Technologie und Innovation, einschl. Tourismus“ – Maßnahme 2.2: „Technologieentwicklung und -transfer“; Priorität 5: „Sozial-kulturelle Integration“ – Maßnahme 5.1: „Soziale Netzwerke/Behebung alltäglicher Grenzprobleme“;
Interreg IVA	Deutschland – Niederlande	DE/NL	<b>Analyse des Programmdokuments:</b> Priorität 1: Wirtschaft, Technologie und Innovation – Handlungsfeld „Förderung von wirtschaftlichen Netzwerken sowie Förderung der grenzübergreifenden Zusammenarbeit von Unternehmen“ (u.a. im Bereich der Gesundheitswirtschaft) Priorität 3 „Integration und Gesellschaft“ – Handlungsfeld „Förderung von grenzübergreifendem Gesundheitswesen und Verbraucherschutz“ (u.a. Maßnahmen zur Verbesserung des Zugang zu Gesundheitsleistungen im Nachbarland, Förderung von Kooperationen zwischen Akteuren im Gesundheitswesen) Priorität 3 „Integration und Gesellschaft“ – Handlungsfeld „Förderung der grenzübergreifenden Zusammenarbeit zur Inneren Sicherheit“ (u.a. Förderung grenzübergreifender Großübungen, Maßnahmen zur Beseitigung technischer Probleme)
Interreg IIA	Euregio Maas-Rhein	DE/NL/BE	<b>Survey:</b> Priorität „Sozio-kulturelle Integration“ – Maßnahme „Sozialpolitik und Gesundheitsfürsorge“
Interreg IIIA	Euregio Maas-Rhein	DE/NL/BE	<b>Survey:</b> Priorität 5: „Förderung der sozialen Integration“ – Maßnahme 5.3: „Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsfürsorgeeinrichtungen und -organisationen“ (Gesundheit), Priorität 5: „Förderung der sozialen Integration“ – Maßnahme 5.4: „Zusammenarbeit der öffentlichen Verwaltung“
Interreg IVA	Euregio Maas-Rhein	DE/NL/BE	<b>Analyse des Programmdokuments:</b> Priorität 3 „Lebensqualität“ – Handlungsfeld „Verbesserung des Gesundheitswesens und der sozialen Kohäsion“ (u.a. ICT-Anwendungen im Gesundheitswesen, Bekämpfung von Suchtgefahren, Bildung von Netzwerken); Priorität 3 „Lebensqualität“ – Handlungsfeld „Intensivierung und Festigung der bestehenden Zusammenarbeit im Bereich der öffentlichen Sicherheit“ (u.a. Abstimmung und Koordination der Zusammenarbeit zwischen Behörden und Rettungsdiensten)

### Programme im Osten Deutschlands

	Programme	Beteiligte Staaten	Priorität/Maßnahme
Interreg IIA	Pomerania (Deutschland – Polen)	DE/PL	<b>Survey:</b> Priorität „Umwelt“
Interreg IIIA	Mecklenburg-Vorpommern/Brandenburg – Zachodniopomorskie	DE/PL	<b>Survey:</b> keine Angabe hierzu im Fragebogen <b>Analyse des Programmdokuments:</b> Priorität F: „Interregionale Zusammenarbeit, Investitionen für Kultur und Begegnung, Fonds für kleine Projekte“

## Interreg IIA-, IIIA- und IVA-Programme mit deutscher Beteiligung: Gesundheitsrelevante Prioritäten und Maßnahmen (Fortsetzung)

	Programme	Beteiligte Staaten	Priorität/Maßnahme
Interreg IVA	Mecklenburg-Vorpommern/Brandenburg – Wojewodschaft Zachodniopomorskie	DE/PL	<p><b>Analyse des Programmdokuments:</b>            Priorität 3 „Grenzübergreifende Entwicklung der Humanressourcen und Unterstützung von grenzübergreifenden Kooperationen in Bereichen wie Gesundheit, Kultur und Bildung“ – Gemeinsame Projekte im Bereich Qualifizierung und Berufsausbildung, Berufsabschlüsse für Tätigkeiten im deutsch-polnischen Fördergebiet Umweltbildung. (u.a. Maßnahmen zur Förderung der Erstausbildung im Bereich des Rettungswesens)            Priorität 3 „Grenzübergreifende Entwicklung der Humanressourcen und Unterstützung von grenzübergreifenden Kooperationen in Bereichen wie Gesundheit, Kultur und Bildung“ – Förderung der nachbarschaftlichen Zusammenarbeit der Gebietskörperschaften sowie privaten Kulturträgern, Vereine und Institutionen zur Weiterentwicklung der guten Beziehungen bzw. der sozialen Kohäsion (u.a. Maßnahmen zur Suchtvorbeugung, Maßnahmen im Bereich der Gesundheitswirtschaft)</p>
Interreg IIA	Brandenburg (Deutschland – Polen)	DE/PL	<p><b>Survey:</b>            Priorität 1C – Maßnahme 1.3: „Umwelt“</p>
Interreg IIIA	Brandenburg – Lubuskie	DE/PL	<p><b>Survey:</b>            Priorität 3: „Umwelt“ – Maßnahme 3.2: „Grenzüberschreitender Brand- und Katastrophenschutz“            Priorität 7: „Besondere Unterstützung für die an Beitrittsländer angrenzenden Regionen“</p>
Interreg IVA	Polen (Wojewodschaft Lubuskie) – Brandenburg	DE/PL	<p><b>Analyse des Programmdokuments:</b>            Priorität 1: „Förderung der Infrastruktur und Verbesserung der Umweltsituation“ – Maßnahme 1.1: „Errichtung und Verbesserung der Infrastruktur“ (u.a. Aktivitäten im Bereich der Gesundheitswirtschaft),            Priorität 1: „Förderung der Infrastruktur und Verbesserung der Umweltsituation“ – Maßnahme 1.2: „Schutz und Bewirtschaftung der natürlichen und kulturellen Ressourcen sowie Brand- und Katastrophenschutz“            Priorität 3: „Förderung der Weiterentwicklung der Humanressourcen und grenzüberschreitender Kooperationen“ – Maßnahme 3.1: „Förderung von Qualifizierungs- und Beschäftigungsprojekten“ (u.a. Maßnahmen zur Förderung der Erstausbildung im Bereich des Rettungsdienst und Gesundheitsschutz)</p>
Interreg IIA	Sachsen (Deutschland – Polen – Tschechische Republik)	DE/PL/CZ	<p><b>Survey:</b>            k.A. (Fragebogen wurde nicht beantwortet)</p>
Interreg IIIA	Sachsen – Polen	DE/PL	<p><b>Survey:</b>            Fragebogen wurde nicht beantwortet  <b>Analyse des Programmdokuments:</b>            Priorität F: „Zusammenarbeit – Kultur, Soziales, Sicherheit“,            Priorität B: „Infrastruktur“</p>
Interreg IVA	Sachsen – Polen	DE/PL	<p><b>Analyse des Programmdokuments:</b>            Prioritätsachse 2 „Grenzübergreifende gesellschaftliche Integration“ – Vorhabensbereich „Soziale Infrastruktur“ (u.a. Maßnahmen zur Erweiterung der medizinischen Dienstleistungsangebote und zur Förderung der Erfahrungsaustausche)            Prioritätsachse 2 „Grenzübergreifende gesellschaftliche Integration“ – Vorhabensbereich „Öffentliche Sicherheit“ (u.a. Maßnahmen im Bereich der Rettungsdienste)</p>

### Interreg IIA-, IIIA- und IVA-Programme mit deutscher Beteiligung: Gesundheitsrelevante Prioritäten und Maßnahmen (Fortsetzung)

	Programme	Beteiligte Staaten	Priorität/Maßnahme
Interreg IIA	Sachsen (Deutschland – Polen – Tschechische Republik)	DE/PL/CZ	<b>Survey:</b> k.A. (Fragebogen wurde nicht beantwortet)
Interreg IIIA	Sachsen – Tschechische Republik	DE/CZ	<b>Survey:</b> Fragebogen wurde nicht beantwortet <b>Analyse des Programmdokuments:</b> Priorität J: „Humanressourcen / Netzwerke“ & Priorität H „Infrastruktur“
Interreg IVA	Sachsen – Tschechische Republik	DE/CZ	<b>Analyse des Programmdokuments:</b> Prioritätsachse 1: „Entwicklung der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen im Fördergebiet“ – Vorhabensbereich „Kooperative Verbesserung und erforderlicher bedarfsorientierter Auf- und Ausbau der Infrastruktur sowie Kooperation im Bereich Regionalplanung und -entwicklung“ (u.a. Maßnahmen zum Aufbau der Infrastruktur im Bereich der Pflegedienste) Prioritätsachse 1: „Entwicklung der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen im Fördergebiet“ – Vorhabensbereich „Kooperation im Bereich Sicherheit, Rettungswesen, Katastrophenschutz und Brandschutz“ (u.a. Aufbau effizienter Rettungsdienststrukturen)
Interreg IIA	Bayern – Tschechische Republik	DE/CZ	<b>Survey:</b> k.A. (Fragebogen wurde nicht beantwortet)
Interreg IIIA	Bayern – Tschechische Republik	DE/CZ	<b>Survey:</b> Fragebogen wurde nicht beantwortet <b>Analyse des Programmdokuments:</b> Maßnahme 4.2 „Allgemeine Bildung, Wissenschaft, Forschung, Kultur, Gesundheit und Zivilschutz“
Interreg IVA	Bayern – Tschechische Republik	DE/CZ	<b>Analyse des Programmdokuments:</b> Priorität 1: „Wirtschaftliche Entwicklung, Humanressourcen und Netzwerke“ – Handlungsfeld „Erziehung und allgemeine Bildung, Wissenschaft, Forschung, Kultur, Gesundheit, Soziales, Zivil- und Katastrophenschutz“ (u.a. Schaffung von Informationssystemen für Krankenhäuser, Maßnahmen zur Drogenprävention, Rettungstechniken)

### Programme im Süden Deutschlands

	Programme	Beteiligte Staaten	Priorität/Maßnahme
Interreg IIA	Deutschland – Luxemburg	DE/LU	<b>Survey:</b> k.A. (Fragebogen wurde nicht beantwortet)
	Saarland – Lothringen – Westpfalz	DE/FR	<b>Survey:</b> Fragebogen wurde nicht beantwortet
Interreg IIIA	Deutschland – Luxemburg – Deutschsprachige Gemeinschaft Belgiens	DE/LU/BE	<b>Survey:</b> Fragebogen wurde nicht beantwortet <b>Analyse des Programmdokuments:</b> Priorität 6: „Netzwerkbildung und Kommunikation“ – Maßnahme 6.1: „Ausbau der institutionellen Zusammenarbeit und grenzüberschreitender Netzwerke“
	Saarland – Mosel/Lothringen – Westpfalz	DE/FR	<b>Survey:</b> Fragebogen wurde nicht beantwortet <b>Analyse des Programmdokuments:</b> Priorität 1: „Umsetzung einer aktiven Strategie der Standortpositionierung angesichts der Grenzlage“ – Maßnahme 1.4.: „Verbraucher, Patienten; Kooperation im Gesundheitswesen und bei der Sozialfürsorge“

## Interreg IIA-, IIIA- und IVA-Programme mit deutscher Beteiligung: Gesundheitsrelevante Prioritäten und Maßnahmen (Fortsetzung)

	Programme	Beteiligte Staaten	Priorität/Maßnahme
Interreg IVA	Großregion <sup>162</sup>	BE/DE/ FR/LU	<b>Analyse des Programmdokuments:</b> Schwerpunkt 3: „Menschen: Den Erwerb und die Verbreitung des Wissens entwickeln, das Kulturerbe aufwerten und die soziale Kohäsion stärken“ - Maßnahme 3.3: „Förderung der Zusammenarbeit im Bereich des Gesundheitswesens“ (u.a. Maßnahmen zur Annäherung der Gesundheitspolitiken, Aktivitäten zur Vernetzung von Rettungsdiensten, Kampagnen zur Informations- und Gesundheitsförderung)
Interreg IIA	Pamina	DE/FR	<b>Survey:</b> Priorität „Integration des PAMINA-Raumes“ - Maßnahme „Verbesserung des Informationsflusses“
	Oberrhein Mitte-Süd	DE/FR/ CH	<b>Survey:</b> k.A. im Fragebogen
Interreg IIIA	Pamina	DE/FR	<b>Survey:</b> Priorität 4: „Sozio-kulturelle Integration“ – Maßnahme 4.2 „Ausbau der Kooperation zwischen Bürgern, Einrichtungen und Diensten sowie der sozialen und medizinischen Infrastruktur zur Behebung alltäglicher Grenzprobleme“
	Oberrhein Mitte-Süd	DE/FR/ CH	<b>Survey:</b> Priorität 1: „Zusammenarbeit im Dienste der Bürger und der Institutionen“ – Maßnahme 1b: „Entwicklung der Solidarität, der Sicherheit und des Gesundheitsbereichs“
Interreg IVA	Oberrhein	DE/FR/ CH	<b>Analyse des Programmdokuments:</b> Priorität B: „Der Oberrheinraum: eine integrierte Bildungs-, Arbeits- und Wohnregion“ - Maßnahme B3 „Förderung der Zusammenarbeit zwischen sozialen und kulturellen Einrichtungen sowie des grenzüberschreitenden Informationsaustauschs“ (u.a. Aktivitäten zur Förderung der komplementären Spezialisierung medizinischer Einrichtungen, Maßnahmen im Bereich der Notfallversorgung)
Interreg IIA	Alpenrhein – Bodensee – Hochrhein	AT/DE/ CH/LI	<b>Survey:</b> k.A. (Fragebogen wurde nicht beantwortet)
Interreg IIIA	Alpenrhein – Bodensee – Hochrhein	AT/DE/ CH/LI	<b>Survey:</b> Priorität 3: „Soziokulturelle Entwicklung“ – Maßnahme „Gesundheit und Soziales“
Interreg IVA	Alpenrhein – Bodensee – Hochrhein	AT/DE/ CH/LI	<b>Analyse des Programmdokuments:</b> Schwerpunkt 2: „Standortqualität und Ressourcenschutz“ - Aktionsfeld 2.1: „Förderung der Standortattraktivität“ Schwerpunkt 2: „Standortqualität und Ressourcenschutz“ - Aktionsfeld 2.2: „Erhalt und Verbesserung der Infrastruktur“ (u.a. Projekte zur grenzübergreifenden Planung, Einrichtung oder Nutzung von Infrastrukturangeboten im Bereich Gesundheit)

<sup>162</sup> In dem Interreg IVA-Programm „Großregion“ wurden neben den beiden in der Tabelle aufgeführten Interreg IIIA-Programmen „Deutschland – Luxemburg – Deutschsprachige Gemeinschaft Belgiens“ und „Saarland – Mosel/Lothringen – Westpfalz“ auch das Interreg IIIA-Programm „Wallonien – Lothringen – Luxemburg“ (BE/FR/LU) zusammengeführt.



### Interreg IIA-, IIIA- und IVA-Programme mit deutscher Beteiligung: Gesundheitsrelevante Prioritäten und Maßnahmen (Fortsetzung)

	Programme	Beteiligte Staaten	Priorität/Maßnahme
Interreg IIA	Bayern – Österreich	AT/DE	<b>Survey:</b> k.A. (Fragebogen wurde nicht beantwortet)
Interreg IIIA	Bayern – Österreich	AT/DE	<b>Survey:</b> Fragebogen wurde nicht beantwortet <b>Analyse des Programmdokuments:</b> Priorität III: „Humanressourcen: Qualifikation, Arbeitsmarkt, Gesundheit und Soziales – Maßnahme 1: „Qualifizierung, Gesundheit und Soziales, Priorität II: „Wirtschaftliche Kooperation – Maßnahme 2: „Tourismus- und Freizeitwirtschaft mit den Schwerpunkten Gesundheit, Kultur und Natur“
Interreg IVA	Bayern – Österreich	AT/DE	<b>Analyse des Programmdokuments:</b> Priorität 2: „Attraktiver Lebensraum durch nachhaltige Entwicklung der Region(en)“ - Aktivitätsfeld 2.1: „Territoriale Grenzraumentwicklung durch nachhaltige Netzwerke und Kooperationsstrukturen (Regional Governance)“ (u.a. Unterstützung von Organisationen bei der grenzübergreifenden Zusammenarbeit u.a. im Gesundheitsbereich) Priorität 2: „Attraktiver Lebensraum durch nachhaltige Entwicklung der Region(en)“ - Aktivitätsfeld 2.4: „Optimierte Aktivitäten in den Bereichen Gesundheit und Sozialwesen durch den Ausbau der Zusammenarbeit, der Kapazitäten und der gemeinsamen Nutzung von Infrastruktur“ (u.a. Entwicklung neuer Dienstleistungen im Gesundheitswesen)


## Untersuchte grenzübergreifende Gesundheitsprojekte mit deutscher Beteiligung (sortiert nach Region)

Lfd. Nummer	Beteiligte Staaten	Projekttitle
1	DE/DK	Gesundheit und Aktivität an Schulen
2	DE/DK	Grenzüberschreitende Entwicklung der Pflegeausbildung
3	DE/NL	Intraluminäre Oxygenierung des Magen-Darm-Traktes
4	DE/NL	Grenzüberschreitende Nutzung von Gesundheitsversorgung
5	DE/NL	Patientenbehandlung ohne Grenzen für spezielle Krankheitsbilder in der Euregio Rhein-Waal (POG)
6	DE/NL	Vorstudie Grenzüberschreitender Einkauf
7	DE/NL	Fachstelle für Suchtprävention und -information (FSI)
8	DE/NL	Deutsch-niederländischer Suchthilfe- und Selbsthilfeverbund
9	DE/NL	Grenzüberschreitende Fortbildung im medizinischen Bereich (Gfo.med)
10	DE/NL	Netzwerk Rettungswesen/Brandschutz
11	DE/NL	Verbesserung der ambulanten sozialpsychiatrischen Versorgung
12	DE/NL	Qualitätsverbesserung in Behandlungsteams
13	DE/NL	Grenzüberschreitender Gefahrenabwehrplan
14	DE/NL	Grenzübergreifende Zusammenarbeit zwischen Universitätsklinikum Aachen (UKA) und Academisch Ziekenhuis Maastricht (AZM)
15	DE/NL	Qualitätsverbesserung in Behandlungsteams eine einjährige Ausbau- und Verfestigungsphase
16	DE/NL	Euregionale Koordination von Patientenbelangen
17	DE/NL	GesundheitsCard international (GCI)
18	DE/NL/BE (UK)	Klasse in Bewegung!
19	DE/NL/BE	Modellprojekt „(Integration)Zorg op maat“
20	DE/NL/BE	EuregioGesundheitsPortal in den Euregios Maas-Rhein, rhein-maas-nord und Rhein-Waal (EGP)
21	DE/NL/BE	Transparenz in der Hilfsmittelversorgung in der Euregio Maas-Rhein; Struktur-, Qualitäts- und Kostenanalyse
22	DE/NL/BE	Implementierung eines MRSA Protokolls für Krankenhäuser im Grenzgebiet
23	DE/NL/BE	Unfallversicherung und Arbeitsschutz im öffentlichen Sektor der Euregio Maas-Rhein
24	DE/NL/BE	Cooperation in Oncology Education, Resarch and Treatment in the region Meuse-Rhine (CONCERT)
25	DE/NL/BE	Chronos
26	DE/NL/BE	Medizinischer Katastrophenschutz über Grenzen
27	DE/NL/BE	Risikoverhalten Jugendlicher (Risicogedrag Adolescenten)
28	DE/NL/BE	Auf- und Ausbau des Euregionalen Netzwerkes mit weiteren Leistungserbringern und Krankenversicherern - auch in der Deutsprachigen Gemeinschaft Belgien (Qualitätskreis Euregionale Krankenhäuser)
29	DE/NL/BE/LU	Euregionales Zentrum für metabolische Erkrankungen
30	DE/PL	Grenzüberschreitendes Netzwerk in der Suchtvorbeugung für die Euroregion Pomerania
31	DE/PL	Abrollbehälter Umwelt und Gefahrgut für die Bereiche Brand- und Katastrophenschutz
32	DE/PL	Netzwerk zur Information und Kommunikation in den Bereichen Feuerwehr, Rettungsdienst und Katastrophenschutz
33	DE/PL	Grenzübergreifender Umwelt- und Katastrophenschutz Landkreise OVP, UER, HGW - Police, Swinemünde, Stettin
34	DE/PL	Untersuchung zum Einfluss des wasserhygienischen Gesamtstatus im Odermündungsbereich auf die Badewassergüte
35	DE/PL	Telemedizinisches Netzwerk zur Unterstützung der Tumorversorgung in der Euroregion Pomerania (Phase 2)

## Untersuchte grenzübergreifende Gesundheitsprojekte mit deutscher Beteiligung (Fortsetzung)

Lfd. Nummer	Beteiligte Staaten	Projekttitel
36	DE/PL	Vorbeugen ist besser als heilen, vorbeugen ist billiger als heilen
37	DE/PL	Schaffung eines grenzübergreifenden Kompetenzzentrums für Notfallmedizin und Katastrophenschutz
38	DE/PL	Greenway – Vorrangschaltungen für Einsatzfahrzeuge an Lichtsignalanlagen
39	DE/PL/CZ	„Suchtprävention ohne Grenzen“ - Erstellung und Umsetzung zielgruppenspezifischer Konzeptionen zur Suchtprävention im grenzüberschreitenden Bereich Sachsen-Polen/Sachsen-Tschechische Republik
40	DE/PL/CZ	Pilotprojekt zur Förderung der Humanressourcen in den Bereichen Gesundheit, Freizeit, Tourismus der vier sächsischen Euroregionen
41	DE/PL/CZ	Streetwork zur Bekämpfung von Aids und sexuellen Erkrankungen in der Euroregion Neiße
42	DE/CZ	Gemeinsame Rettungswache für Notfallrettung und Bergwacht
43	DE/CZ	Grenzüberschreitende Bergrettung in Sachsen
44	DE/CZ	Neubau des Bergwachthauses in Lam
45	DE/CZ	Machbarkeitsstudie zur Umsetzung von grenzüberschreitenden Fachschulen
46	DE/CZ	Errichtung und Betrieb einer Bergrettungswache im Ortsteil Holzau der Gemeinde Rechenberg-Bienenmühle
47	DE/FR	Gesundheit im Oberrheintal
48	DE/FR	Geöffnete grenzüberschreitende Krankenhauskooperation
49	DE/FR	Versorgung Schwerbrandverletzter aus dem Elsass in Ludwigshafen
50	DE/FR	Vergleich der Gesundheitssysteme im Saarland und in Lothringen
51	DE/FR/CH	Epi-Rhin – Grenzüberschreitendes Meldesystem für übertragbare Krankheiten
52	DE/FR/CH	Grenzüberschreitendes Kooperationsprojekt zur Verbesserung der Versorgung Suchtmittelabhängiger im Dreiländereck
53	DE/FR/CH	Gemeinsames Abrufsystem für freie Krankenhausplätze
54	DE/CH	Online Transfer von diagnostischen Daten zwischen dem Institut für Pathologie des Universitätsspitals Basel und den Kliniken des Landkreises Lörrach („Gegenverkehr“) und von Leistungsdaten zwischen dem Institut für Pathologie an die Kliniken des Landkreises Lörrach („Einbahnverkehr“)
55	DE/CH	iPath und iTeach: Eine neue Plattform für die regionale Onkologiebesprechung am Onkologiezentrum Lörrach
56	DE/CH	VOLL Schlank - grenzüberschreitendes Suchtpräventionsprojekt für Jugendliche
57	DE/CH/AT	Koordination im Fachhochschulbereich sowie in der Weiterbildung in den Gesundheitsberufen
58	DE/AT	Mobile Drogenprävention Berchtesgadener Land - Salzburger Land – Traunstein
59	DE/AT	Grenzenlose Hilfe zur Selbsthilfe
60	DE/AT/IT	Video zur Prävention des „Sudden Infant Death Syndrome“ (SIDS)
60	DE/CH/ATLI	Grenzüberschreitende Telemedizin im Laborbereich

# Interreg-Fragebogen

Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW, Westerfeldstr. 35-37, D-33611 Bielefeld 

## Allgemeine Informationen zum Programmgebiet

1. Name Ihres Interreg IIA-Programms: .....
2. Website Ihres Interreg IIA-Programms: .....
3. Bitte nennen Sie die Gebiete, die zu Ihrem Programmgebiet gehören inkl. der Gebiete, die lt. Art. 10 der Interreg-Leitlinien („20%-Flexibilitätsklausel“) aufgenommen wurden. (Bitte geben Sie die Gebiete soweit möglich auf Ebene von NUTS 3 an. Senden Sie uns bitte - falls vorhanden - auch eine Karte des Programmgebietes mit, in der die entsprechenden Gebiete benannt und markiert sind.)  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

[Falls Sie mehr Platz benötigen, bitte gesondertes Blatt benutzen]

4. Wie groß ist das Programmgebiet? ca. .... km<sup>2</sup>  weiß nicht
5. Wie viele Einwohner leben in dem Gebiet? ca. .... Einwohner  weiß nicht
6. Wie hoch ist die Arbeitslosenquote in dem Programmgebiet? ca. ....%  weiß nicht


Falls hierzu Daten getrennt für die einzelnen Staaten des Programmgebietes vorliegen, nennen Sie diese bitte (z.B. deutsche Seite: xx%, niederländische Seite: xy%). Bitte hier nur Daten eintragen, die sich auf das Programmgebiet beziehen.

- (a) Name des Staates: ..... ca. ....%
- (b) Name des Staates: ..... ca. ....%
- (c) Name des Staates: ..... ca. ....%  
[Falls weitere Staaten in Ihrer Grenzregion beteiligt sind, bitte gesondertes Blatt benutzen]

7. Wie hoch ist die Ausländerquote in dem Programmgebiet? ca. ....%  weiß nicht  
Falls hierzu Daten getrennt für die einzelnen Staaten des Programmgebietes vorliegen, nennen Sie diese bitte (z.B. deutsche Seite: xx%, niederländische Seite: xy%). Bitte hier nur Daten eintragen, die sich auf das Programmgebiet beziehen.

- (a) Name des Staates: ..... ca. ....%
- (b) Name des Staates: ..... ca. ....%
- (c) Name des Staates: ..... ca. ....%  
[Falls weitere Staaten in Ihrer Grenzregion beteiligt sind, bitte gesondertes Blatt benutzen]

8. Seit wann besteht das Interreg-Sekretariat? seit: ..... (Jahr)  weiß nicht
9. Welche Euregios, Euroregionen oder ähnliche grenzübergreifende Strukturen gehören zu Ihrem Programmgebiet?  
.....  
.....  
.....  
.....

Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW, Westerfeldstr. 35-37, D-33611 Bielefeld 

10. Sind Sie zugleich auch eine Euregio, Euroregion oder eine ähnliche Struktur?  
 ja  nein

## Interreg II A: Projekte in den Bereichen Gesundheit, Rettungswesen, Katastrophenschutz

11. Verfügen Sie über Informationen zu Interreg II A-Projekten?  
 ja => weiter mit Frage 13  
 nein

12. Falls Sie nicht über Informationen zu Interreg II A-Projekten in Ihrer Grenzregion verfügen, wer könnte eventuell Auskunft geben?

Name der Institution: .....

Anschrift der Institution: .....

Ansprechpartner/in (Name, Vorname): .....

Telefon: ..... Fax: .....

E-Mail-Adresse: .....

=> weiter mit Frage 22

13. Wie viele Projekte wurden im Rahmen von Interreg II A insgesamt in Ihrem Programmgebiet durchgeführt?  
..... Projekte  weiß nicht
14. Wurden im Rahmen von Interreg II A Projekte im Gesundheitssektor (inkl. Bereiche Rettungswesen, Katastrophenschutz) durchgeführt?  
 ja  
 nein => weiter mit Frage 22  
 weiß nicht => weiter mit Frage 22

15. Welchen Prioritäten und Maßnahmen wurden diese Projekte zugeordnet?

(A) Projekte im Bereich Gesundheit (falls vorhanden)

Priorität: .....

Maßnahme: .....

(B) Projekte im Bereich Rettungswesen (falls vorhanden)

Priorität: .....

Maßnahme: .....

(C) Projekte im Bereich Katastrophenschutz (falls vorhanden)

Priorität: .....

Maßnahme: .....

16. Bitte teilen Sie uns die Daten zu den Interreg II A- Projekten mit, die in Ihrem Programmgebiet im Gesundheitssektor durchgeführt wurden (inkl. Bereiche Rettungswesen, Katastrophenschutz).

(A) Projekttitel: .....  
Projektstart (Monat/Jahr): .....  
Projektende (Monat/Jahr): .....  
Gesamtkosten: ..... €  
Interreg-Beitrag: ..... €  
Name der Institution des Hauptprojekträgers: .....  
Anschrift des Projektträgers: .....  
Ansprechpartner/in (Name, Vorname): .....  
Telefon: ..... Fax: .....  
E-Mail-Adresse: .....

(B) Projekttitel: .....  
Projektstart (Monat/Jahr): .....  
Projektende (Monat/Jahr): .....  
Gesamtkosten: ..... €  
Interreg-Beitrag: ..... €  
Name der Institution des Hauptprojekträgers: .....  
Anschrift des Projektträgers: .....  
Ansprechpartner/in (Name, Vorname): .....  
Telefon: ..... Fax: .....  
E-Mail-Adresse: .....

(C) Projekttitel: .....  
Projektstart (Monat/Jahr): .....  
Projektende (Monat/Jahr): .....  
Gesamtkosten: ..... €  
Interreg-Beitrag: ..... €  
Name der Institution des Hauptprojekträgers: .....  
Anschrift des Projektträgers: .....  
Ansprechpartner/in (Name, Vorname): .....  
Telefon: ..... Fax: .....  
E-Mail-Adresse: .....

Falls weitere Projekte in diesen Bereichen durchgeführt wurden, bitte gesondertes Blatt benutzen

17. Wie viele Projektanträge zu Projekten im Gesundheitssektor (inkl. Bereiche Rettungswesen, Katastrophenschutz) wurden bei Interreg II A eingereicht?

..... eingereichte Projektanträge  weiß nicht  
06

18. Wie viele dieser Projektanträge wurden abgelehnt?

..... abgelehnte Projektanträge  weiß nicht  
06

19. Wie viele dieser Projektanträge wurden genehmigt?

..... genehmigte Projektanträge  weiß nicht  
06

20. Gab es bei Interreg II A Projekte im Gesundheitssektor, die abgebrochen wurden? (Falls Projekte abgebrochen wurden, nennen Sie bitte die Anzahl der abgebrochenen Projekte.)

ja, es wurden ..... Projekte abgebrochen

nein => weiter mit Frage 22

weiß nicht => weiter mit Frage 22

21. Welche Gründe führten zum Abbruch?

.....  
.....

**Interreg III A: Projekte in den Bereichen Gesundheit, Rettungswesen, Katastrophenschutz**

22. Wie viele Projekte werden bzw. wurden im Rahmen von Interreg III A bisher insgesamt in Ihrem Programmgebiet durchgeführt? (Bitte nennen Sie die Gesamtzahl der laufenden und abgeschlossenen Projekte)

..... Projekte  weiß nicht  
06

23. Werden bzw. wurden im Rahmen von Interreg III A Projekte im Gesundheitssektor (inkl. Bereich Rettungswesen, Katastrophenschutz) durchgeführt? (Bitte nur eine Antwort ankreuzen)

- ja
- nein, entsprechende Projekte sind aber geplant => weiter mit Frage 32
- nein, wurden nicht durchgeführt und sind auch nicht geplant => weiter mit Frage 32
- weiß nicht => weiter mit Frage 32

24. Welchen Prioritäten und Maßnahmen werden bzw. wurden diese Projekte zugeordnet?

(A) Projekte im Bereich Gesundheit (falls vorhanden)

Priorität: .....  
Maßnahme: .....

(B) Projekte im Bereich Rettungswesen (falls vorhanden)

Priorität: .....  
Maßnahme: .....

(C) Projekte im Bereich Katastrophenschutz (falls vorhanden)

Priorität: .....  
Maßnahme: .....

25. Bitte teilen Sie uns die Daten zu den Interreg III A-Projekten mit, die in Ihrem Programmgebiet im Gesundheitssektor (inkl. Bereiche Rettungswesen, Katastrophenschutz) durchgeführt werden bzw. wurden. (Nennen Sie bitte abgeschlossene und aktuell laufende Projekte.)

(A) Projekttitel: .....

Projektstart (Monat/Jahr): .....

Projektende (Monat/Jahr): .....

Gesamtkosten: ..... €

Interreg-Beitrag: ..... €

Name der Institution des Hauptprojekträgers: .....

Anschrift des Projektträgers: .....

Ansprechpartner/in (Name, Vorname): .....

Telefon: ..... Fax: .....

E-Mail-Adresse: .....

(B) Projekttitel: .....

Projektstart (Monat/Jahr): .....

Projektende (Monat/Jahr): .....

Gesamtkosten: ..... €

Interreg-Beitrag: ..... €

Name der Institution des Hauptprojekträgers: .....

Anschrift des Projektträgers: .....

Ansprechpartner/in (Name, Vorname): .....

Telefon: ..... Fax: .....

E-Mail-Adresse: .....

(C) Projekttitel: .....

Projektstart (Monat/Jahr): .....

Projektende (Monat/Jahr): .....

Gesamtkosten: ..... €

Interreg-Beitrag: ..... €

Name der Institution des Hauptprojekträgers: .....

Anschrift des Projektträgers: .....

Ansprechpartner/in (Name, Vorname): .....

Telefon: ..... Fax: .....

E-Mail-Adresse: .....

Falls weitere Projekte in diesen Bereichen durchgeführt wurden, bitte gesondertes Blatt benutzen

26. Wie viele Projektanträge zu Projekten im Gesundheitssektor (inkl. Bereich Rettungswesen, Katastrophenschutz) wurden bei Interreg III A eingereicht?

..... eingereichte Projektanträge  weiß nicht

27. Wie viele dieser Projektanträge wurden abgelehnt?

..... abgelehnte Projektanträge  weiß nicht

28. Wie viele dieser Projektanträge wurden genehmigt?

..... genehmigte Projektanträge  weiß nicht

29. Gab es bei Interreg III A Projekte im Gesundheitssektor, die abgebrochen wurden? (Falls Projekte abgebrochen wurden, nennen Sie bitte die Anzahl der abgebrochenen Projekte.)

ja, es wurden ..... Projekte abgebrochen

nein => weiter mit Frage 31

weiß nicht => weiter mit Frage 31

30. Welche Gründe führten zum Abbruch?

.....

.....

.....

31. Sind weitere Projekte im Gesundheitssektor im Rahmen von Interreg III A geplant?

ja  nein  noch unklar  weiß nicht

**Informationsmaterialien**

Sollte es in Ihrem Programmgebiet keine Projekte im Gesundheitssektor gegeben haben oder aktuell geben, überspringen Sie bitte diese und die nachfolgenden Fragen => weiter mit Frage 37

32. Sind weitergehende Informationen zu den von Ihnen genannten Interreg-Projekten im Interreg-Sekretariat verfügbar?

ja  nein

Falls nähere Informationen über Projekte in Form von Dokumenten (z.B. Berichte, Falblätter etc.) verfügbar sind, würden wir uns freuen, wenn Sie uns diese per Post oder E-Mail an die unten genannte Anschrift zusenden. Sollten diese Informationen auch im Internet zur Verfügung stehen, möchten wir Sie herzlich bitten, uns die entsprechende Internetadresse mitzuteilen.

**Gesundheitsprojekte: Fördernde und hemmende Faktoren**

In der grenzübergreifenden Zusammenarbeit können fördernde und hemmende Faktoren Projekte im Gesundheitssektor beeinflussen. Bitte teilen Sie uns mit, worin Sie die wesentlichen Hemmnisse bzw. Erfolgsfaktoren für die Arbeit grenzübergreifender Projekte im Gesundheitssektor sehen. Setzen Sie bitte die Antwortkreuze in die Kästen

33. In welchem Ausmaß **fördern** Ihrer Ansicht nach die folgenden Faktoren die Arbeit grenzübergreifender Gesundheitsprojekte (inkl. Projekte in den Bereichen Rettungswesen, Katastrophenschutz)?

	sehr förderlich 4	förderlich 3	kaum förderlich 2	nicht förderlich 1	weiß nicht 0
Bekanntheit der Projekte in der Öffentlichkeit					
Politische Unterstützung auf lokaler Ebene					
Unterstützung der Projekte durch Sekretariate in Euregios, Euroregionen u.ä. Strukturen					
Erfahrungen der Projektpartner in der grenzübergreifenden Zusammenarbeit					
Erkennbarer Nutzen der Projekte für die Bevölkerung					
Politische Unterstützung auf regionaler Ebene					
Persönliches Engagement der Projektakteure					
Räumliche Grenznahe der Projektpartner					
Politische Unterstützung auf nationaler Ebene					

34. Gibt es weitere Faktoren, die die Arbeit grenzübergreifender Projekte im Gesundheitssektor fördern? Wenn ja, nennen Sie diese bitte:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

35. In welchem Ausmaß **hemmen** Ihrer Ansicht nach die folgenden Faktoren die Arbeit grenzübergreifender Gesundheitsprojekte (inkl. Projekte in den Bereichen Rettungswesen, Katastrophenschutz)?

	sehr hemmend 4	hemmend 3	kaum hemmend 2	nicht hemmend 1	weiß nicht 0
Fehlende Kooperationsvereinbarungen zwischen den Projektpartnern					
Finanzielle Probleme					
Hoher administrativer Aufwand bei der Projektentwicklung					
Interessenkonflikte zwischen den Projektpartnern					
Personelle Veränderungen im Projekt-Management					
Probleme bei gleichzeitiger Inanspruchnahme verschiedener Förderprogramme (z.B. Interreg und Phare-CBC)					
Rechtliche Probleme					
Schwierigkeiten bei der Suche nach Projektpartnern jenseits der Grenze					
Sehr bürokratisches Projekt-Antragsverfahren					
Sprachbarrieren					
Zu große Unterschiede in der Organisation und Verwaltung der Länder					
Datenschutzprobleme					

36. Gibt es weitere Faktoren, die die Arbeit grenzübergreifender Projekte im Gesundheitssektor **hemmen**? Wenn ja, nennen Sie diese bitte:

.....

.....

[Falls Sie mehr Platz benötigen, bitte gesondertes Blatt benutzen]

37. Dieser Fragebogen wurde ausgefüllt von:

Name: ..... Vorname: .....

Funktion: .....

Telefon: ..... Fax: .....

E-Mail-Adresse: .....

Datum: .....

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Mühe und bitten Sie, uns den Fragebogen bis zum


**30. November 2004**

zuzusenden an das

Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (lög)d NRW  
Ulrika Wolf  
Westerfeldstr. 35-37  
33611 Bielefeld  
Germany

Tel.: +49 (0) 521 - 8007 263  
E-Mail: [ulrika.wolf@lög.d.nrw.de](mailto:ulrika.wolf@lög.d.nrw.de)

# Euregio-Fragebogen

Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW, Westerfeldstr. 35-37, D-33611 Bielefeld 

## Allgemeine Fragen

1. Name Ihrer Euregio/Euroregion/Arbeitsgemeinschaft oder ähnlicher Strukturen\*:

\* Im Folgenden wird nur noch der Ausdruck „Euregio/Euroregion/Arbeitsgemeinschaft“ verwandt, gemeint sind hiermit jedoch auch alle anderen grenzübergreifenden Strukturen

2. Website Ihrer Euregio/Euroregion/Arbeitsgemeinschaft:

3. Wie viele Staaten sind in Ihrer Euregio/Euroregion/Arbeitsgemeinschaft vertreten? Bitte nennen Sie diese:

- 1  2 Staaten (a) ..... (b) .....
- 2  3 Staaten (a) ..... (b) ..... (c) .....
- 3  mehr als 3 Staaten (a) ..... (b) ..... (c) .....  
(d) ..... (e) ..... (f) .....

4. Welche Gebiete umfasst Ihre Euregio/Euroregion/Arbeitsgemeinschaft? Bitte benennen Sie die Gebiete. (Bitte senden Sie uns - falls vorhanden - auch eine entsprechende Karte mit, in der diese Gebiete benannt und markiert sind.)

.....  
.....  
.....  
[Falls Sie mehr Platz benötigen, bitte gesondertes Blatt benutzen]

5. Wann wurde die Euregio/Euroregion/Arbeitsgemeinschaft gegründet?

..... (Jahr)

6. Wie groß ist das Gebiet der Euregio/Euroregion/Arbeitsgemeinschaft?

ca. .... km<sup>2</sup>  weiß nicht

7. Wie viele Einwohner leben in dem Gebiet der Euregio/Euroregion/Arbeitsgemeinschaft?


ca. .... Einwohner  weiß nicht

8. Wie hoch ist die Arbeitslosenquote in dem Gebiet der Euregio/Euroregion/Arbeitsgemeinschaft?

insgesamt ca. .... %  weiß nicht

Falls hierzu Daten getrennt für die einzelnen Staaten vorliegen, nennen Sie diese bitte (z.B. deutsche Seite: xx%, niederländische Seite: xy%). Bitte hier nur Daten eintragen, die sich auf das Gebiet der Euregio/Euroregion/Arbeitsgemeinschaft beziehen.

- (a) Name des Staates: ..... ca. .... %
- (b) Name des Staates: ..... ca. .... %
- (c) Name des Staates: ..... ca. .... %  
[Falls weitere Staaten in Ihrer Grenzregion beteiligt sind, bitte gesondertes Blatt benutzen]

Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW, Westerfeldstr. 35-37, D-33611 Bielefeld 

9. Wie hoch ist die Ausländerquote in dem Gebiet der Euregio/Euroregion/Arbeitsgemeinschaft?

insgesamt ca. .... %  weiß nicht

Falls hierzu Daten getrennt für die einzelnen Staaten vorliegen, nennen Sie diese bitte (z.B. deutsche Seite: xx%, niederländische Seite: xy%). Bitte hier nur Daten eintragen, die sich auf das Gebiet der Euregio/Euroregion/Arbeitsgemeinschaft beziehen.

- (a) Name des Staates: ..... ca. .... %
- (b) Name des Staates: ..... ca. .... %
- (c) Name des Staates: ..... ca. .... %  
[Falls weitere Staaten in Ihrer Grenzregion beteiligt sind, bitte gesondertes Blatt benutzen]

10. Verfügen Sie über ein eigenes finanzielles Budget?

ja  nein

Falls ja, wie hoch ist der prozentuale Anteil von Interreg-Mitteln hieran? ca. .... %  weiß nicht

11. Wie viele Mitarbeiter/innen arbeiten in der Geschäftsstelle bzw. dem Sekretariat? (Bitte geben Sie Vollzeitäquivalente an. Falls es mehrere Geschäftsstellen oder Sekretariate in der Euregio/Euroregion/Arbeitsgemeinschaft gibt, geben Sie bitte in Vollzeitäquivalenten die Zahl der Mitarbeiter/innen insgesamt an.)

..... feste Mitarbeiter/innen  keine festen Mitarbeiter/innen

12. Sind bei Ihnen grenzübergreifende Arbeitsgruppen, Arbeitskreise oder ähnliche Strukturen eingerichtet worden?

ja  nein

Falls ja, wie viele Arbeitsgruppen oder ähnliche Strukturen gibt es aktuell? ..... Arbeitsgruppen o.ä.

13. Wie viele grenzübergreifende Projekte wurden im Rahmen von Interreg IIA insgesamt in Ihrem Grenzgebiet durchgeführt?

..... Projekte  weiß nicht

14. Wie viele grenzübergreifende Projekte werden bzw. wurden im Rahmen von Interreg IIIA insgesamt in Ihrem Grenzgebiet durchgeführt? (Nennen Sie bitte die Gesamtzahl der abgeschlossenen und laufenden Projekte.)

..... Projekte  weiß nicht

## Gesundheit: Ein Thema in der Grenzregion?

Wir möchten Sie bitten, uns mitzuteilen, welche Rolle Gesundheit in der grenzübergreifenden Zusammenarbeit spielt, welche Aktivitäten in diesem Bereich stattgefunden haben und welche Projekte durchgeführt wurden oder derzeit laufen. Im Folgenden wird der Begriff „Gesundheit“ verwandt. Dieser umfasst alle gesundheitlichen Aktivitäten und Versorgungsbereiche, d.h. auch die Bereiche Rettungswesen und Katastrophenschutz.

15. Wie wichtig ist das Thema Gesundheit bei der grenzübergreifenden Zusammenarbeit in Ihrer Euregio/Euroregion/Arbeitsgemeinschaft?

- sehr wichtig (Tätigkeitsschwerpunkt) => weiter mit Frage 17
- 2  wichtig => weiter mit Frage 17
- 3  eher unwichtig => weiter mit Frage 17
- 4  nicht wichtig (kein Thema)



16. Warum ist Gesundheit in Ihrer Grenzregion kein Thema? Was ist der Hauptgrund?  
(Bitte nur eine Antwort ankreuzen)
- 1  keine grenzübergreifenden Probleme in diesem Bereich vorhanden
- 2  zwar grenzübergreifende Probleme in diesem Bereich vorhanden, aber andere Themen sind dringlicher
- 3  zwar grenzübergreifende Probleme in diesem Bereich vorhanden, aber zu schwieriges Tätigkeitsfeld
- 4  Sonstiges: .....
- 5  weiß nicht

=> weiter mit Frage 42

17. Gibt es in Ihrer Euregio/Euroregion/Arbeitsgemeinschaft aktuell grenzübergreifende Arbeitsgruppen, Arbeitskreise oder ähnliche Strukturen zum Thema Gesundheit, Rettungswesen und/oder Katastrophenschutz?
- 1  ja      2  nein => weiter mit Frage 21      3  weiß nicht => weiter mit Frage 21

18. Wie viele Arbeitsgruppen, Arbeitskreise oder ähnliche Strukturen gibt es aktuell zum Thema Gesundheit, Rettungswesen und oder Katastrophenschutz?
- 1  1      2  2      3  3      4  4 oder mehr      5  weiß nicht

19. Wie heißen diese Arbeitsgruppen, Arbeitskreise oder ähnlichen Strukturen?

.....  
 .....  
 .....  
 [Falls Sie mehr Platz benötigen, bitte gesondertes Blatt benutzen]

20. Welche Funktionen haben die grenzübergreifenden Arbeitsgruppen, Arbeitskreise o.ä. Strukturen, die sich mit den Themen Gesundheit, Rettungswesen und/oder Katastrophenschutz befassen?  
(Mehrfachantworten möglich)

- 21  Informationsaustausch zwischen den Mitgliedern
- 22  Beratung von Entscheidungsträgern
- 23  Erstellen von Handlungskonzepten
- 24  Entwicklung von Gesundheitszielen
- 25  Fachliche Beurteilung von Projektvorschlägen
- 26  (Mit-)Entscheidung über Annahme von Projektvorschlägen
- 27  Entwicklung eigener Projektvorschläge
- 28  Durchführung grenzübergreifender Projekte
- 29  Sonstiges: .....

21. Wurden in den letzten 4 Jahren (seit dem 1.1.2000) in der Euregio/Euroregion/Arbeitsgemeinschaft Kongresse, Workshops oder andere Veranstaltungen zu den Themenbereichen Gesundheit, Rettungswesen und/oder Katastrophenschutz durchgeführt?

- 1  ja
- 2  nein      => weiter mit Frage 25
- 3  weiß nicht      => weiter mit Frage 25

22. Wie viele solcher Veranstaltungen wurden seit dem 1.1.2000 durchgeführt?

- 1  1-2      2  3-4      3  5-6      4  7 oder mehr      5  weiß nicht

23. Finden solche Veranstaltungen regelmäßig statt?

- 1  ja      2  nein      3  weiß nicht

24. Falls bekannt, nennen Sie bitte Thema und Jahr der letzten Veranstaltungen  
(Bitte maximal die 3 letzten Veranstaltungen nennen)

- (A) .....
- (B) .....
- (C) .....

25. Wurden seit dem 1.1.2000 grenzübergreifende Kooperationsvereinbarungen in den Bereichen Gesundheit, Rettungswesen und/oder Katastrophenschutz getroffen?  
(z.B. Vereinbarung zur Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern)

- 1  ja      2  nein => weiter mit Frage 28      3  weiß nicht => weiter mit Frage 28

26. Wie viele grenzübergreifende Kooperationsvereinbarungen wurden seit dem 1.1.2000 in den Bereichen Gesundheit, Rettungswesen und/oder Katastrophenschutz getroffen?

- 1  1-2      2  3-4      3  5-6      4  7 oder mehr      5  weiß nicht

27. Bitte geben Sie in Stichworten an, was in den Vereinbarungen in der Hauptsache festgelegt wurde und wann sie abgeschlossen wurden (Beispiel 1: Kooperationsvereinbarung zwischen der Berufsfeuerwehr xx und dem Rettungsdienstträger xy zur Durchführung von Rettungseinsätzen im jeweils anderen Land; Beispiel 2: Kooperationsvereinbarung zwischen der Universitätsklinik xx und der Gesundheitsbehörde xy zur Behandlung von Krebspatienten im Universitätsklinikum).

A) Kooperationspartner: .....

Hauptinhalt: .....

B) Kooperationspartner: .....

Hauptinhalt: .....

C) Kooperationspartner: .....

Hauptinhalt: .....

[Falls Sie mehr Platz benötigen, bitte gesondertes Blatt benutzen]

28. Hat sich die Euregio/Euroregion/Arbeitsgemeinschaft explizite Gesundheitsziele gesetzt?

- 1  ja      2  nein      3  weiß nicht

Falls ja, wie lauten diese Ziele?

.....  
 .....  
 .....  
 [Falls Sie mehr Platz benötigen, bitte gesondertes Blatt benutzen]

**Grenzübergreifende Gesundheitsprojekte**

29. Werden oder wurden gesundheitsrelevante grenzübergreifende Projekte (z.B. im Rahmen von Interreg III A) in Ihrer Grenzregion durchgeführt?

- ja  
 nein => weiter mit Frage 41

Wir möchten Sie bitten, uns im Folgenden nähere Informationen zu den grenzübergreifenden Gesundheitsprojekten mitzuteilen, die in Ihrer Grenzregion durchgeführt wurden bzw. werden. Zu Gesundheitsprojekten zählen alle Projekte in den Bereichen Gesundheitsversorgung, Prävention, Rettungswesen und Katastrophenschutz sowie weitere gesundheitsrelevante Projekte.

Nennen Sie bitte abgeschlossene und aktuell laufende Projekte seit 1994 (keine geplanten Projekte). Es werden folgende drei Kategorien abgefragt:

- A) Interreg II A – Projekte
- B) Interreg III A – Projekte
- C) Projekte, die nicht über Interreg gefördert und ab 1994 begonnen wurden.

**A) Interreg II A: Projekte in den Bereichen Gesundheit, Rettungswesen, Katastrophenschutz**

30. Wurden in der Euregio/Euroregion/Arbeitsgemeinschaft gesundheitsrelevante Projekte im Rahmen von Interreg II A durchgeführt?

- ja  nein => weiter mit Frage 32  weiß nicht => weiter mit Frage 32

31. Bitte teilen Sie uns die Daten zu den Interreg II A- Projekten mit, die in Ihrer Euregio/Euroregion/Arbeitsgemeinschaft im Gesundheitssektor (inkl. Bereiche Rettungswesen, Katastrophenschutz) durchgeführt wurden.

(A) Projekttitel: .....

Projektstart (Monat/Jahr): ..... Projektende (Monat/Jahr): .....

Gesamtkosten: ..... € Interreg-Beitrag: ..... €

Name der Institution des Hauptprojekträgers: .....

Anschrift des Projekträgers: .....

Ansprechpartner/in (Name, Vorname): .....

Telefon: ..... Fax: .....

E-Mail-Adresse: .....

(B) Projekttitel: .....

Projektstart (Monat/Jahr): ..... Projektende (Monat/Jahr): .....

Gesamtkosten: ..... € Interreg-Beitrag: ..... €

Name der Institution des Hauptprojekträgers: .....

Anschrift des Projekträgers: .....

Ansprechpartner/in (Name, Vorname): .....

Telefon: ..... Fax: .....

E-Mail-Adresse: .....

(C) Projekttitel: .....

Projektstart (Monat/Jahr): ..... Projektende (Monat/Jahr): .....

Gesamtkosten: ..... € Interreg-Beitrag: ..... €

Name der Institution des Hauptprojekträgers: .....

Anschrift des Projekträgers: .....

Ansprechpartner/in (Name, Vorname): .....

Telefon: ..... Fax: .....

E-Mail-Adresse: .....

Falls weitere Projekte in diesen Bereichen durchgeführt wurden, bitte gesondertes Blatt benutzen

**B) Interreg III A: Projekte in den Bereichen Gesundheit, Rettungswesen, Katastrophenschutz**

32. Werden bzw. wurden in der Euregio/Euroregion/Arbeitsgemeinschaft gesundheitsrelevante Projekte im Rahmen von Interreg III A durchgeführt?

- ja  nein => weiter mit Frage 34  weiß nicht => weiter mit Frage 34

33. Bitte teilen Sie uns die Daten zu den Interreg III A- Projekten mit, die in Ihrer Euregio/Euroregion/Arbeitsgemeinschaft im Gesundheitssektor (inkl. Bereiche Rettungswesen, Katastrophenschutz) durchgeführt wurden oder aktuell durchgeführt werden.

(A) Projekttitel: .....

Projektstart (Monat/Jahr): ..... Projektende (Monat/Jahr): .....

Gesamtkosten: ..... € Interreg-Beitrag: ..... €

Name der Institution des Hauptprojekträgers: .....

Anschrift des Projekträgers: .....

Ansprechpartner/in (Name, Vorname): .....

Telefon: ..... Fax: .....

E-Mail-Adresse: .....

(B) Projekttitel: .....

Projektstart (Monat/Jahr): ..... Projektende (Monat/Jahr): .....

Gesamtkosten: ..... € Interreg-Beitrag: ..... €

Name der Institution des Hauptprojekträgers: .....

Anschrift des Projekträgers: .....

Ansprechpartner/in (Name, Vorname): .....

Telefon: ..... Fax: .....

E-Mail-Adresse: .....

(C) Projekttitel: .....  
 Projektstart (Monat/Jahr): ..... Projektende (Monat/Jahr): .....  
 Gesamtkosten: ..... € Interreg-Beitrag: ..... €  
 Name der Institution des Hauptprojekträgers: .....  
 Anschrift des Projektträgers: .....  
 Ansprechpartner/in (Name, Vorname): .....  
 Telefon: ..... Fax: .....  
 E-Mail-Adresse: .....

Falls weitere Projekte in diesen Bereichen durchgeführt wurden, bitte gesondertes Blatt benutzen

**C) Projekte in den Bereichen Gesundheit, Rettungswesen, Katastrophenschutz, die nicht über Interreg gefördert wurden**

34. Wurden bzw. werden in der Euregio/Euroregion/Arbeitsgemeinschaft seit 1994 gesundheitsrelevante Projekte durchgeführt, die nicht durch Interreg gefördert sind?

ja  nein => weiter mit Frage 36  weiß nicht => weiter mit Frage 36

35. Bitte teilen Sie uns die Daten zu Projekten im Gesundheitssektor (inkl. Bereiche Rettungswesen, Katastrophenschutz) mit, die nicht über Interreg gefördert wurden bzw. werden. Geben Sie bitte nur Projekte an, die ab 1994 begonnen wurden. (Bitte nennen Sie hier nur Projekte, keine Veranstaltungen.)

(A) Projekttitel: .....  
 Projektstart (Monat/Jahr): ..... Projektende (Monat/Jahr): .....  
 Gesamtkosten: ..... €  
 Name der Institution des Hauptprojekträgers: .....  
 Anschrift des Projektträgers: .....  
 Ansprechpartner/in (Name, Vorname): .....  
 Telefon: ..... Fax: .....  
 E-Mail-Adresse: .....

(B) Projekttitel: .....  
 Projektstart (Monat/Jahr): ..... Projektende (Monat/Jahr): .....  
 Gesamtkosten: ..... €  
 Name der Institution des Hauptprojekträgers: .....  
 Anschrift des Projektträgers: .....  
 Ansprechpartner/in (Name, Vorname): .....  
 Telefon: ..... Fax: .....  
 E-Mail-Adresse: .....

Falls weitere Projekte in diesen Bereichen durchgeführt wurden, bitte gesondertes Blatt benutzen

**Informationsmaterialien**

36. Sind weitergehende Informationen zu den von Ihnen genannten Projekten in Ihrer Geschäftsstelle bzw. Ihrem Sekretariat verfügbar?

ja  nein

Falls nähere Informationen über Projekte in Form von Dokumenten (z.B. Berichte, Faltblätter etc.) verfügbar sind, würden wir uns freuen, wenn Sie uns diese per Post oder E-Mail zusenden.

**Gesundheitsprojekte: Fördernde und hemmende Faktoren**

In der grenzübergreifenden Zusammenarbeit können fördernde und hemmende Faktoren Projekte im Gesundheitssektor beeinflussen. Bitte teilen Sie uns mit, worin Sie die wesentlichen Hemmnisse bzw. Erfolgsfaktoren für die Arbeit grenzübergreifender Projekte im Gesundheitssektor sehen. Setzen Sie bitte die Antwortkreuze in die Kästen

37. In welchem Ausmaß fördern Ihrer Ansicht nach die folgenden Faktoren die Arbeit grenzübergreifender Gesundheitsprojekte (inkl. Projekte in den Bereichen Rettungswesen, Katastrophenschutz)?

	sehr förderlich 4	förderlich 3	kaum förderlich 2	nicht förderlich 1	weiß nicht 0
Bekanntheit der Projekte in der Öffentlichkeit					
Politische Unterstützung auf lokaler Ebene					
Unterstützung der Projekte durch Interreg-Sekretariate					
Erfahrungen der Projektpartner in der grenzübergreifenden Zusammenarbeit					
Erkennbarer Nutzen der Projekte für die Bevölkerung					
Politische Unterstützung auf regionaler Ebene					
Persönliches Engagement der Projektakteure					
Räumliche Grenznähe der Projektpartner					
Politische Unterstützung auf nationaler Ebene					

38. Gibt es weitere Faktoren, die die Arbeit grenzübergreifender Projekte im Gesundheitssektor fördern? Wenn ja, nennen Sie diese bitte:

.....  
 .....  
 .....

Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW, Westerfeldstr. 35-37, D-33611 Bielefeld

39. In welchem Ausmaß **hemmen** Ihrer Ansicht nach die folgenden Faktoren die Arbeit grenzübergreifender Gesundheitsprojekte (inkl. Projekte in den Bereichen Rettungswesen, Katastrophenschutz)?

	sehr hemmend	hemmend	kaum hemmend	nicht hemmend	weiß nicht
	4	3	2	1	0
Fehlende Kooperationsvereinbarungen zwischen den Projektpartnern					
Finanzielle Probleme					
Hoher administrativer Aufwand bei der Projektabwicklung					
Interessenkonflikte zwischen den Projektpartnern					
Personelle Veränderungen im Projekt-Management					
Probleme bei gleichzeitiger Inanspruchnahme verschiedener Förderprogramme (z.B. Interreg und Phare-CBC)					
Rechtliche Probleme					
Schwierigkeiten bei der Suche nach Projektpartnern jenseits der Grenze					
Sehr bürokratisches Projekt-Antragsverfahren					
Sprachbarrieren					
Zu große Unterschiede in der Organisation und Verwaltung der Länder					
Datenschutzprobleme					

40. Gibt es weitere Faktoren, die die Arbeit grenzübergreifender Projekte im Gesundheitssektor **hemmen**? Wenn ja, nennen Sie diese bitte:

.....

.....

[Falls Sie mehr Platz benötigen, bitte gesondertes Blatt benutzen]

**Weitere Aktivitäten im Gesundheitssektor**

41. Gibt es in Ihrer Euregio/Euroregion/Arbeitsgemeinschaft neben den bisher abgefragten Aktivitäten weitere grenzübergreifende Aktivitäten im Gesundheitssektor?

ja       nein       weiß nicht

Falls ja, nennen Sie diese bitte:

.....

.....

[Falls Sie mehr Platz benötigen, bitte gesondertes Blatt benutzen]

**Die Rolle grenzübergreifender Strukturen bei Interreg III A**

42. Zu welchem Interreg III A-Programmgebiet gehört Ihre Euregio/Euroregion/Arbeitsgemeinschaft? Bitte nennen Sie – falls bekannt – den Namen des Programms (z.B. D/F - Pamina)

.....

43. Ist das Interreg-Sekretariat bei Ihnen angesiedelt?

ja       nein

Copyright © 2004 Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW 9

Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW, Westerfeldstr. 35-37, D-33611 Bielefeld

44. Welche Aufgaben erfüllt Ihre Euregio/Euroregion/Arbeitsgemeinschaft bei Interreg III A? (Bitte kreuzen Sie auch die Aufgaben an, bei denen Sie mitwirken; Mehrfachantworten möglich)

<input type="checkbox"/> Erstellung des operativen Interreg-Programms	<input type="checkbox"/> Durchführung eigener Interreg-Projekte
<input type="checkbox"/> Koordination des Interreg-Programms	<input type="checkbox"/> Evaluation von Interreg-Projekten
<input type="checkbox"/> Einwerben von Projekten für Interreg	<input type="checkbox"/> Öffentlichkeitsarbeit für Interreg
<input type="checkbox"/> Beratung der Projektträger bei der Antragsvorbereitung	<input type="checkbox"/> Weitere: .....
<input type="checkbox"/> Vorauswahl der Projekte	<input type="checkbox"/> keine Aufgabe bei Interreg
<input type="checkbox"/> Mitwirkung bei der Projektgenehmigung	

---

45. Dieser Fragebogen wurde ausgefüllt von:

Name: ..... Vorname: .....

Funktion: .....

Telefon: ..... Fax: .....

E-Mail-Adresse: .....

Datum: .....

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Mühe und bitten Sie, uns den Fragebogen bis zum

**30. November 2004**


zuzusenden an das

Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (lögD) NRW  
Ulrike Wolf  
Westerfeldstr. 35-37  
33611 Bielefeld  
Germany

Tel.: +49 (0) 521 - 8007 263  
E-Mail: [ulrike.wolf@loegd.nrw.de](mailto:ulrike.wolf@loegd.nrw.de)

Copyright © 2004 Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW 10

# Projekträger-Fragebogen

Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW, Westerfeldstr. 35-37, D-33611 Bielefeld 

## Kontakt

Name der Institution / Organisation: .....

Öffentliche bzw. quasi öffentliche Einrichtung<sup>1</sup>  Gemeinnützige Organisation<sup>2</sup>  Privatorganisation<sup>3</sup> (nicht gemeinnützig)

Strasse: ..... Hausnummer: .....

Postleitzahl: ..... Ort: .....

Staat: .....

Ansprechpartner:  Frau  Herr Titel: .....

Vorname: ..... Nachname: .....

Telefon (mit Landes- und Ortsvorwahl): + ..... / ..... / .....

Fax (mit Landes- und Ortsvorwahl): + ..... / ..... / .....

E-mail: .....

**Bitte füllen Sie für jedes Projekt einen Fragebogen aus!**

## Allgemeine Angaben zum Projekt

1. Projekttitel: .....

2. Projektstand  abgeschlossen  in Umsetzung  abgebrochen  in Planung

Falls das Projekt abgebrochen wurde, was war der Grund für den Abbruch: .....

3. Laufzeit des Projektes:

Projektbeginn (mm/jjjj): ..... Projektende (mm/jjjj): .....  Projektende noch offen

4. Wird bzw. wurde Ihr Projekt im Rahmen eines größeren Projektes durchgeführt? (zutreffend z.B. bei Teilprojekten)  ja  nein => weiter mit Frage 7

5. Nennen Sie bitte den Titel des Rahmenprojektes: .....

6. Gibt bzw. gab es für das Rahmenprojekt eine Kooperationsvereinbarung oder einen Kooperationsvertrag?  ja  nein, ist aber geplant  nein, auch nicht geplant


7. Handelt(e) es sich bei Ihrem (Teil-)Projekt um ein Folge- oder Anschlussprojekt?  ja  nein

Falls ja, nennen Sie bitte den Titel und Laufzeit des vorangegangenen Projektes.

Titel: .....

Projektbeginn (mm/jjjj): ..... Projektende (mm/jjjj): .....

<sup>1</sup> z.B. Regierungsorganisationen, akademische Organisationen, Körperschaften des öffentlichen Rechts  
<sup>2</sup> z.B. NRO, Wohltätigkeitsstiftung, Stiftung  
<sup>3</sup> z.B. Handelsunternehmen

Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW, Westerfeldstr. 35-37, D-33611 Bielefeld 

## 8. Welche Staaten sind oder waren an Ihrem Projekt beteiligt?

(a) ..... (b) .....

(c) ..... (d) .....

(e) ..... (f) .....

## 9. Was ist oder war der geographische Wirkungsbereich bzw. Umsetzungsort Ihres Projektes?

.....

.....

.....

[Falls Sie mehr Platz benötigen, bitte gesondertes Blatt benutzen]

## 10. Wird oder wurde das Projekt durch eine Gruppe von externen Fachleuten (z.B. ein Expertengremium) beraten?

ja  nein

## Zielgruppen

11. Innerhalb welcher Altersklasse sind oder waren die Zielgruppe(n) Ihres Projektes angesiedelt? (Mehrfachantworten möglich)

Personen aller Altersklassen (altersunspezifisch)  Erwachsene 18 bis 65 Jahre

Kinder bis 14 Jahre  Ältere Menschen ab 65 Jahre

Jugendliche 14 bis 18 Jahre

12. An welche Zielgruppe(n) richtet sich das Projekt vorrangig? Bitte spezifizieren Sie die Angaben. (Mehrfachantworten möglich)

Keine spezifischen Zielgruppen (alle Menschen sind angesprochen)

Multiplikatoren/innen (z.B. Lehrer/innen): .....

Medizinisches Personal (Berufsgruppe angeben): .....

Mitarbeiter im Rettungsdienst oder Katastrophenschutz

Entscheidungsträger im Bereich: .....

Patientinnen und Patienten im Bereich: .....

Pflegebedürftige Personen

Sonstige: .....

13. Gibt bzw. gab es eine geschlechtsspezifische Zielgruppe? (bitte nur eine Antwort ankreuzen.)

ja, Mädchen oder Frauen als besondere Zielgruppe

ja, Jungen oder Männer als besondere Zielgruppe

nein, das Projekt ist nicht geschlechtsspezifisch ausgerichtet (Frauen und Männer sind Zielgruppe)

14. Begründen Sie bitte die Wahl Ihrer Zielgruppe(n): .....

.....

.....

[Falls Sie mehr Platz benötigen, bitte gesondertes Blatt benutzen]

15. Wie viele Personen wurden bisher durch das Projekt erreicht oder haben an Projektmaßnahmen teilgenommen?  
 ..... Personen

**Projektbeschreibung**

16. Welche(n) inhaltlichen Schwerpunkt(e) hat bzw. hatte das Projekt? (Mehrfachantworten möglich)
- |                                                                                                                          |                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Prävention oder Gesundheitsförderung (z.B. Aidsprävention, Suchtprävention)                     | <input type="checkbox"/> Umweltbezogener Gesundheitsschutz / Umweltmedizin   |
| <input type="checkbox"/> Ambulante Krankenbehandlung                                                                     | <input type="checkbox"/> Aus-, Fort-, Weiterbildung                          |
| <input type="checkbox"/> Stationäre Krankenbehandlung                                                                    | <input type="checkbox"/> Qualitätssicherung / Qualitätsentwicklung           |
| <input type="checkbox"/> Rehabilitation                                                                                  | <input type="checkbox"/> Gesundheitsberichterstattung                        |
| <input type="checkbox"/> Pflege                                                                                          | <input type="checkbox"/> Forschung                                           |
| <input type="checkbox"/> Rettungswesen                                                                                   | <input type="checkbox"/> Gemeinsame Nutzung von Ressourcen                   |
| <input type="checkbox"/> Katastrophenschutz                                                                              | <input type="checkbox"/> Information bzw. Transparenz über Beratungsangebote |
| <input type="checkbox"/> Vereinfachung der Zugänglichkeit oder Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im anderen Land | <input type="checkbox"/> Selbsthilfe                                         |
| <input type="checkbox"/> Telemedizin                                                                                     | <input type="checkbox"/> Kooperation bzw. Vernetzung                         |
| <input type="checkbox"/> Arbeitsschutz                                                                                   | <input type="checkbox"/> Sonstiges: .....                                    |

17. Was war die Ausgangslage bzw. der Problemhintergrund Ihres Projektes?  
 .....  
 .....  
 .....

[Falls Sie mehr Platz benötigen, bitte gesondertes Blatt benutzen]

18. Wurde vor Projektbeginn eine Bedarfsabklärung vorgenommen?  
 ja     nein, da Erkenntnisse bereits vorhanden waren     nein, anderer Grund

Falls ja, wie haben Sie diese Bedarfsabklärung vorgenommen?  
 .....  
 .....  
 [Falls Sie mehr Platz benötigen, bitte gesondertes Blatt benutzen]

19. Nennen Sie bitte die wesentlichen Ziele Ihres Projektes:  
 .....  
 .....  
 .....  
 [Falls Sie mehr Platz benötigen, bitte gesondertes Blatt benutzen]

20. Gibt bzw. gab es in Zahlen messbare Kriterien oder Indikatoren, um zu überprüfen, ob die Projektziele erreicht wurden?

ja     nein => weiter mit Frage 23

21. Was sind bzw. waren Ihrer Ansicht nach die wichtigsten Zielkriterien oder -indikatoren? Bitte nennen Sie maximal drei.

- A) .....  
 .....  
 B) .....  
 .....  
 C) .....  
 .....

[Falls Sie mehr Platz benötigen, bitte gesondertes Blatt benutzen]

22. Zu welchem Grad wurde diese zum jetzigen Zeitpunkt erreicht?  
 Zu A)    Zielerreichungsgrad in Prozent: ..... %     weiß nicht  
 Zu B)    Zielerreichungsgrad in Prozent: ..... %     weiß nicht  
 Zu C)    Zielerreichungsgrad in Prozent: ..... %     weiß nicht

23. Bitte beschreiben Sie in wenigen Sätzen den Ablauf und den Inhalt Ihres Projektes:  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 [Falls Sie mehr Platz benötigen, bitte gesondertes Blatt benutzen]

24. Was sind bzw. waren die Hauptergebnisse und Produkte Ihres Projektes bzw. welche sind zu erwarten?  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 [Falls Sie mehr Platz benötigen, bitte gesondertes Blatt benutzen]

**Projektpartner**

25. Wie viele Institutionen / Organisationen sind bzw. waren als Kooperationspartner an Ihrem Projekt beteiligt?  
..... Institutionen / Organisationen

26. Wer sind bzw. waren die Kooperationspartner Ihres Projektes?

	Name <u>und</u> Art der Institution / Organisation	PLZ, Ort	Land	Öffent-lich/ quasi öffent-lich*	Gemein-nützig <sup>3</sup>	Privat <sup>4</sup>
1.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[Falls Sie mehr Platz benötigen, bitte gesondertes Blatt benutzen]

27. In welchen Bereichen findet bzw. fand eine Kooperation der Partner von beiden Seiten der Grenze statt?

- a) Gemeinsame Planung des Projektes vor Antragstellung .....  ja.  nein
- b) Organisatorische Zusammenarbeit .....  ja  nein  
(gemeinsame Trägerschaft beiderseits der Grenze)
- c) Gemeinsame Durchführung des Projektes .....  ja  nein
- d) Gemeinsames Aufbringen des finanziellen Eigenanteils .....  ja  nein
- e) Gemeinsame Nutzung der Ergebnisse nach Projektabschluss .....  ja  nein

28. Gibt es bzw. gab es eine Kooperationsvereinbarung oder einen Kooperationsvertrag zwischen den Projektpartnern?  
 ja  nein, ist aber geplant  nein, auch nicht geplant

29. Sind bzw. waren grenzübergreifende Strukturen (z.B. Euregios/ Euroregionen, Arbeitsgemeinschaften) in das Projekt eingebunden oder an ihm beteiligt?  
 ja  nein => weiter mit Frage 32

30. Um welche Euregios, Euroregionen oder ähnliche grenzübergreifende Strukturen handelt(e) es sich?  
.....  
.....  
.....

[Falls Sie mehr Platz benötigen, bitte gesondertes Blatt benutzen]

31. Was sind bzw. waren die Aufgaben dieser Struktur(en) in Ihrem Projekt?  
.....  
.....  
.....

[Falls Sie mehr Platz benötigen, bitte gesondertes Blatt benutzen]

<sup>4</sup> z. B. Regierungsorganisationen, akademische Organisationen, Körperschaften des öffentlichen Rechts  
<sup>5</sup> z. B. NRO, Wohltätigkeitsstiftung, Stiftung  
<sup>6</sup> z. B. Handelsunternehmen und andere nicht gemeinnützige Institutionen

**Projektbedingungen**

32. Welche der folgenden Bedingungen treffen bzw. trafen auf Ihr Projekt zu?
- |                                                                                                                                                 | ja                       | nein                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Zeigen oder zeigten die Projektakteure persönliches Engagement? .....                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Sind bzw. waren die Projektpartner mit Strukturen & Einrichtungen des Partnerlandes vertraut? .....                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Wird bzw. wurde Ihr Projekt auf <u>nationaler</u> Ebene politisch unterstützt? .....                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) War das Antragsverfahren Ihres Projektes sehr bürokratisch? .....                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Ist bzw. war Ihr Projekt für die beteiligten Staaten von gleichem Nutzen? .....                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) Gibt bzw. gab es in Ihrem Projekt personelle Veränderungen im Projekt-Management? .....                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) Wird bzw. wurde Ihr Projekt auf <u>lokaler</u> Ebene politisch unterstützt? .....                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h) Ist bzw. war eine räumliche Grenznahe der Projektpartner gegeben? .....                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i) Gibt bzw. gab es Sprachbarrieren? .....                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j) Ist bzw. war der administrative Aufwand bei der Projektabwicklung hoch? .....                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k) Wird bzw. wurde Ihr Projekt durch Sekretariate in Euregios, Euroregionen u.ä. Strukturen unterstützt? .....                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l) Gibt bzw. gab es sehr große Unterschiede in Organisation und Verwaltung zwischen den Staaten, in denen das Projekt durchgeführt wurde? ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m) Wird bzw. wurde Ihr Projekt auf <u>regionaler</u> Ebene politisch unterstützt? .....                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| n) Gab es in Ihrem Projekt Schwierigkeiten bei der Suche nach Projektpartnern jenseits der Grenze? .....                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| o) Gibt bzw. gab es in Ihrem Projekt Datenschutzprobleme? .....                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| p) Wird bzw. wurde Ihr Projekt durch Interreg-Sekretariate unterstützt? .....                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| q) Verfüg(t)en die Projektpartner über Erfahrungen in der grenzübergreifenden Zusammenarbeit? .....                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| r) Gibt bzw. gab es in Ihrem Projekt rechtliche Probleme? .....                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| s) Gibt bzw. gab es in Ihrem Projekt Interessenskonflikte zwischen den Projektpartnern? .....                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| t) Gibt bzw. gab es Mentalitätsunterschiede zwischen den Projektpartnern beiderseits der Grenze? .....                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| u) Hat bzw. hatte Ihr Projekt einen erkennbaren Nutzen für die Bevölkerung? .....                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| v) Gibt oder gab es finanzielle Probleme? .....                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| w) Gibt bzw. gab es Probleme bei gleichzeitiger Inanspruchnahme verschiedener Förderprogramme (z.B. Interreg und Phare CBC)? .....              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Öffentlichkeitsarbeit, Interesse der Öffentlichkeit**

33. Gibt es eine eigene Projekt-Website?  
 ja, unter der Webadresse .....  
 nein, aber Informationen zum Projekt sind zu finden unter .....  
 nein, Informationen zum Projekt liegen im Internet nicht vor

34. Wie werden bzw. wurden das Projekt und die aus dem Projekt gewonnenen Ergebnisse publik gemacht? (Mehrfachantworten möglich)

	bereits erfolgt	geplant
Erstellung von Informationsmaterialien (z.B. Faltblatt, Projektdokumentation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bekanntmachung über Massenmedien (z.B. Presseartikel, Fernsehbeiträge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchführung eigener Informationsveranstaltungen (z.B. Kongresse, Workshops)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Präsentation des Projektes auf Veranstaltungen, Workshops etc. anderer Organisationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35. Wird bzw. wurde ein oder mehrere Projektzwischenberichte erstellt? (bitte nur eine Antwort ankreuzen)

- nein  ja

36. Wird bzw. wurde ein Projektendbericht erstellt? (bitte nur eine Antwort ankreuzen)

- nein, nicht vorgesehen  ja, geplant  ja, in Arbeit  ja, abgeschlossen

37. Falls ein Endbericht erstellt wurde oder noch erstellt wird, wird dieser veröffentlicht?

- nein  ja

Wenn dieser bereits veröffentlicht wurde, geben Sie bitte Titel und Quelle des Berichtes an:

[Falls dieser Bericht verfügbar ist, würden wir uns freuen, wenn Sie uns diesen zusenden würden.]

38. Sind neben den Projektberichten bereits andere Projektveröffentlichungen erfolgt (z.B. Beiträge in Fachzeitschriften oder Sammelbänden)? Falls ja, nennen Sie bitte auch die Anzahl der Veröffentlichungen.

- nein  ja, ..... Veröffentlichungen

39. Wie gut ist bzw. war Ihrer Einschätzung nach das Projekt in der Öffentlichkeit bekannt? Setzen Sie bitte das Antwortkreuz in das Kästchen:

sehr bekannt  1  2  3  4  5  6 gar nicht bekannt

40. Wie gut ist bzw. war Ihrer Einschätzung nach das Projekt in der Zielgruppe bekannt? (Nur 1 Kreuz )

sehr bekannt  1  2  3  4  5  6 gar nicht bekannt

**Projektelevaluation**

41. Wird bzw. wurde eine Projektelevaluation durchgeführt? (bitte nur eine Antwort ankreuzen)

- nein, nicht vorgesehen => weiter mit Frage 46  ja, in Arbeit  
 ja, geplant  ja, abgeschlossen

42. Durch wen wird bzw. wurde die Evaluation durchgeführt? (bitte nur eine Antwort ankreuzen)

- nur durch Projektbeteiligte (Eigenevaluation)  nur durch externe Fachleute (Fremdevaluation)  
 sowohl durch Projektbeteiligte (Eigenevaluation) als auch durch externe Fachleute (Fremdevaluation)

43. Um was für eine Art von Evaluation handelt(e) es sich? (Mehrfachantworten möglich)

- Evaluation vor Beginn der Projektdurchführung  
 Begleitevaluation während des gesamten Projektverlaufs  
 Evaluation der Wirkungen und Ergebnisse nach Projektdurchführung

44. Welche Informationen werden bzw. wurden ausgewertet, um die Wirkung des Projektes festzustellen? (Mehrfachantworten möglich)

- spontane Rückmeldungen aus der Zielgruppe bzw. den Zielgruppen  
 Ergebnisse von Expertenbefragungen, Expertenmeinungen  
 Ergebnisse schriftlicher Zielgruppenbefragungen  
 Ergebnisse mündlicher Zielgruppenbefragungen  
 Sonstiges: .....

45. Wird bzw. wurde ein Evaluationsbericht veröffentlicht? (bitte nur eine Antwort ankreuzen)

- nein, nicht vorgesehen  ja, in Arbeit  
 ja, geplant  ja, abgeschlossen

Wenn dieser bereits veröffentlicht wurde, geben Sie bitte Titel und Quelle des Berichtes an:

[Falls dieser Bericht verfügbar ist, würden wir uns freuen, wenn Sie uns diesen zusenden würden.]

**Innovativer Charakter des Projektes**

46. Was ist der innovative Charakter Ihres Projektes? (Bitte beschreiben Sie kurz, was an Ihrem Projekt besonders, neu und / oder einzigartig ist)

[Falls Sie mehr Platz benötigen, bitte gesondertes Blatt benutzen]

**Fortsetzung der Projektaktivitäten**

47. Ist ein Anschluss- bzw. Folgeprojekt geplant, beantragt oder läuft dieses bereits?

- ja  nein

48. Werden oder wurden entsprechende Aktivitäten nach Abschluss dieses Projektes fortgeführt?

- ja  nein => weiter mit Frage 51

49. Welche Aktivitäten werden bzw. wurden fortgeführt?

[Falls Sie mehr Platz benötigen, bitte gesondertes Blatt benutzen]

50. Werden oder wurden Projektaktivitäten als dauerhaftes Angebot implementiert (Übernahme in das Regelangebot)?

- ja  nein

Falls ja, welche?

[Falls Sie mehr Platz benötigen, bitte gesondertes Blatt benutzen]

51. Entstehen oder entstanden im Rahmen des Projektes Produkte, die auch nach Projektende genutzt werden?

- ja  nein

Falls ja, welche?

[Falls Sie mehr Platz benötigen, bitte gesondertes Blatt benutzen]

52. Werden oder wurden im Rahmen des Projektes grenzübergreifende Netzwerke geschaffen?

- ja  nein



53. Werden oder wurden durch das Projekt zusätzliche Arbeitsplätze geschaffen?  
 ja  nein

Wenn ja, wie viele? (Bitte geben Sie hier Vollzeitäquivalente an.): .....  
 Wenn ja, wie viele dieser Vollzeitäquivalente sind unbefristet?: .....

**Übertragbarkeit auf andere Grenzregionen**


54. Ist das Projekt Ihrer Einschätzung nach auch auf andere Grenzregionen übertragbar?  
 ja  nein

Falls nein, warum nicht?  
 .....  
 [Falls Sie mehr Platz benötigen, bitte gesondertes Blatt benutzen]

**Gesundheitsprojekte: Fördernde und hemmende Faktoren**


In der grenzübergreifenden Zusammenarbeit können fördernde und hemmende Faktoren Projekte im Gesundheitssektor beeinflussen. Bitte teilen Sie uns mit, worin Sie die wesentlichen Erfolgsfaktoren bzw. Hemmnisse für die Arbeit in grenzübergreifenden Projekten sehen.

55. Haben Sie die Fragen 56-59 bereits auf einem anderen Fragebogen ausgefüllt? Falls ja, geben Sie bitte den Titel des Projektes an, für das Sie bereits einen Bogen ausgefüllt haben.  
 ja, für das Projekt ..... => Weiter mit Frage 60  
 nein

56. In welchem Ausmaß fördern Ihrer Ansicht nach die folgenden Faktoren im Allgemeinen die Arbeit grenzübergreifender Gesundheitsprojekte (inkl. Projekte im Bereich Rettungswesen, Katastrophenschutz)?  
 Setzen Sie bitte die Antwortkreuze in die Kästen 

	sehr förderlich	förderlich	kaum förderlich	nicht förderlich	weiß nicht
Bekanntheit der Projekte in der Öffentlichkeit					
Politische Unterstützung auf nationaler Ebene					
Räumliche Grenz Nähe der Projektpartner					
Unterstützung der Projekte durch Sekretariate in Euregios, Euroregionen u.ä. Strukturen					
Unterstützung der Projekte durch Interreg-Sekretariate					
Erfahrungen der Projektpartner in der grenzübergreifenden Zusammenarbeit					
Erkennbare Nutzen der Projekte für die Bevölkerung					
Politische Unterstützung auf regionaler Ebene					
Persönliches Engagement der Projektaktoren					
Politische Unterstützung auf lokaler Ebene					
Gleicher Nutzen eines Projektes für alle am Projekt beteiligten Staaten					
Vertrautheit der Akteure mit den Strukturen und Einrichtungen jenseits der Grenze					

57. Gibt es weitere wichtige Faktoren, die die Arbeit grenzübergreifender Projekte im Gesundheitssektor fördern? Wenn ja, nennen Sie diese bitte:  
 .....  
 .....  
 [Falls Sie mehr Platz benötigen, bitte gesondertes Blatt benutzen]

58. In welchem Ausmaß hemmen Ihrer Ansicht nach die folgenden Faktoren im Allgemeinen die Arbeit grenzübergreifender Gesundheitsprojekte (inkl. Projekte im Bereich Rettungswesen, Katastrophenschutz)?  
 Setzen Sie bitte die Antwortkreuze in die Kästen 

	Sehr hemmend	hemmend	kaum hemmend	nicht hemmend	weiß nicht
Fehlende Kooperationsvereinbarungen zwischen den Projektpartnern					
Mentalitätsunterschiede					
Schwierigkeiten bei der Suche nach Projektpartnern jenseits der Grenze					
Finanzielle Probleme					
Hoher administrativer Aufwand bei der Projektentwicklung					
Interessenskonflikte zwischen den Projektpartnern					
Personelle Veränderungen im Projekt-Management					
Probleme bei gleichzeitiger Inanspruchnahme verschiedener Förderprogramme (z.B. Interreg und Phare CBC)					
Rechtliche Probleme					
Sehr bürokratisches Projekt-Antragsverfahren					
Sprachbarrieren					
Zu große Unterschiede in der Organisation und Verwaltung der Länder					
Datenschutzprobleme					

59. Gibt es weitere wichtige Faktoren, die die Arbeit grenzübergreifender Projekte im Gesundheitssektor hemmen? Wenn ja, nennen Sie diese bitte:  
 .....  
 .....  
 [Falls Sie mehr Platz benötigen, bitte gesondertes Blatt benutzen]

**Projektfinanzierung**

60. Wie hoch sind bzw. waren die Gesamtkosten des Projektes?  
 ..... €  andere Währung, nämlich .....

61. Wird bzw. wurde das Projekt durch die EU gefördert?  
 ja, in Höhe von ..... €  andere Währung, nämlich .....  
 nein => weiter mit Frage 63

62. Falls ja, geben Sie bitte die Art der EU-Förderung an. (Mehrfachantworten möglich)  
 Interreg II  Interreg III  Phare CBC  Sonstige: .....

**Gesundheitsziele**

63. Wird bzw. wurde Ihr Projekt auch im Grenzgebiet von Nordrhein-Westfalen (Deutschland) durchgeführt?  
 ja  nein => weiter mit Frage 65

XXXX

Anlagen

64. Das Projekt könnte zur Erreichung der folgenden Gesundheitsziele beitragen (Mehrfachantworten möglich):

- Strukturziel 1: Prävention und Gesundheitsförderung ausbauen
- Strukturziel 2: Bürgernähe schaffen und Gesundheitsverantwortung fördern
- Strukturziel 3: Neue Versorgungsformen entwickeln
- Strukturziel 4: Gesundheitsinformationen weiterentwickeln
- Strukturziel 5: Forschung und Entwicklung im Gesundheitsbereich stärken
- Krankheitsbezogenes Ziel 1: Krebs bekämpfen
- Krankheitsbezogenes Ziel 2: Herz-Kreislauf-Erkrankungen reduzieren
- Krankheitsbezogenes Ziel 3: Rückenleiden minimieren
- Krankheitsbezogenes Ziel 4: Sucht bekämpfen
- Krankheitsbezogenes Ziel 5: Depressionen erkennen und behandeln

**Mitwirkung**

Ende 2005 / Anfang 2006 ist ein zweitägiger Workshop in Bielefeld geplant. Hierzu wollen wir Vertreterinnen und Vertreter aus ca. 40 Projekten einladen (Reise- und Hotelkosten werden übernommen). Der Workshop dient der Vernetzung der Akteure sowie der Präsentation der Projekte.

65. Hätten Sie oder eine andere Person, die über das Projekt gut informiert ist, generell Interesse an diesem Workshop teilzunehmen und Ihr Projekt zu präsentieren?

- ja, ich bzw. wir haben generell Interesse     nein, ich bzw. wir haben generell kein Interesse

**Projektorganisation**

66. Wir interessieren uns für Ihre Projektorganisation. Bitte fügen Sie - falls vorhanden - ein entsprechendes Organigramm bei.

**Weitere Projekte**

67. Wurde Ihnen von uns ein Fragebogen für ein weiteres grenzüberschreitendes gesundheitsbezogenes Projekt zugesandt?

- nein     ja => Füllen Sie bitte auch für dieses Projekt einen Fragebogen aus.

Dieser Fragebogen wurde ausgefüllt von:  Herr  Frau    Titel: .....

Name: .....    Vorname: .....

Funktion: .....

Telefon (mit Landes- und Ortsvorwahl): + ..... / ..... / .....

Fax (mit Landes- und Ortsvorwahl): + ..... / ..... / .....

E-Mail-Adresse: .....    Datum: .....

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Mühe und bitten Sie, uns den Fragebogen bis zum

**30. April 2005**

zuzusenden an das

Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (iögd) NRW  
Ulrike Wolf, Westerfeldstr. 35-37  
33611 Bielefeld, Germany

Tel.: +49 (0) 521 - 8007 263  
E-Mail: [ulrike.wolf@ioegd.nrw.de](mailto:ulrike.wolf@ioegd.nrw.de)

## **Eidesstattliche Erklärung**

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig verfasst habe. Dabei verwendete Hilfsmittel habe ich angegeben und wörtliche wie inhaltliche Zitate gekennzeichnet.

Ich versichere, dass die vorliegende Arbeit nicht anderweitig in dieser Form als Dissertation eingereicht wurde und ich bisher auch keine weiteren Versuche zur Promotion unternommen habe.

Bielefeld, September 2008

Ulrike Wolf