



KONFERENZBERICHT

GESUNDHEITSVERSORGUNG OHNE GRENZEN

Erfahrungen und Aussichten in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung

Deutsch-französisch-schweizerische Konferenz
Baden-Baden
17. – 18. November 2014

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Euro
Institut

INHALT

Einleitung	3 - 4
Grußwort	
von Hermann Gröhe, Bundesminister für Gesundheit und Mitglied des Deutschen Bundestages	5
Konferenzprogramm	6 - 8
Synthese der Konferenz	
Grenzüberschreitende Gesundheitskooperation in der Praxis: Bestandsaufnahme und Perspektiven	9 - 17
Projektbeschreibungen	18 - 48
Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) Lörrach, Kooperationsprojekt an der deutsch-schweizerischen Grenze.	19 - 22
Pilotprojekt „GRÜZ“ - Schaffung eines grenzüberschreitenden Versorgungsangebots	23 - 28
Grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Bereich Kardiologie zwischen den SHG-Kliniken Völklingen und dem Centre hospitalier intercommunal UNISANTE+ in Forbach	29 - 35
Grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Bereich Epilepsie zwischen den Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (HUS) und dem Epilepsiezentrum Kork (EZ)	36 - 42
Grenzüberschreitendes Ärztehaus – Grenzüberschreitende Ärztekoooperation	43 - 48
Infos & Impressum	49

EINLEITUNG

An den gemeinsamen Grenzen zwischen Deutschland, Frankreich und der Schweiz gibt es eine Vielzahl an Projekten und Initiativen, die sich eine bessere Versorgung von Patientinnen und Patienten im grenznahen Raum zum Ziel gesetzt haben. Viele dieser Projekte sind einzigartig – sei es auf Grund ihres Pioniergeistes, ihres Umfangs oder ihres Beitrags zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung. In den meisten Fällen handelt es sich um eine komplexe Zusammenarbeit zwischen Akteuren der operationellen, strategischen und institutionellen Ebene dies- und jenseits der Grenze, wodurch für jedes Projekt immer wieder aufs Neue unterschiedliche Handlungslogiken und Vorgehensweisen miteinander in Einklang gebracht werden müssen oder neue, grenzüberschreitende Funktionsweisen entwickelt werden müssen.

Um die grenzüberschreitende Gesundheitskooperation zu erleichtern, sind diverse Rechtsinstrumente geschaffen worden, wie zum Beispiel die EU-Richtlinie 2011/24/EU über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, das deutsch-französische und das französisch-belgische Rahmenabkommen, das französisch-Schweizer Rahmenabkommen (in Vorbereitung), die Vereinbarung zwischen dem baden-württembergischen Gesundheitsministerium und den Schweizer Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft. Dennoch entwickelt sich die grenzüberschreitende Gesundheitskooperation und die Anzahl an grenzüberschreitenden Projekten in diesem Bereich nur langsam.

Die Umsetzung der Projekte gestaltet sich oft langwierig und komplex ist und erfordert viel Motivation und ein unermüdliches Engagement aufseiten der Projektpartner. Gleichzeitig stellt die grenzüberschreitende Gesundheitskooperation jedoch einen wertvollen Nutzen für die in den Grenzregionen lebende Bevölkerung dar, indem sie die wohnortsnahe Gesundheitsversorgung verbessert und auch Synergien zwischen den Gesundheitseinrichtungen dies- und jenseits der Grenze schafft.

Es lässt sich zudem feststellen, dass die im Rahmen einer Projektentwicklung gewonnenen Erkenntnisse fast ausschließlich den wenigen an einem Projekt beteiligten Akteuren zugutekommen. Der Know-how-Transfer ist relativ gering, Erfahrungen und Wissen werden selten für die Entwicklung zukünftiger Projekte dokumentiert und nutzbar gemacht.

Vor diesem Hintergrund hat das Euro-Institut auf Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit 2014 einen Experten-austausch von Good Practices organisiert, um die Herausforderungen und die Potenziale der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit zwischen Deutschland, Frankreich und der Schweiz zu identifizieren und für die Zukunft die entsprechenden Schlüsse aus den gemachten Erfahrungen zu ziehen.

Die trinationale Konferenz „Gesundheitsversorgung ohne Grenzen: Erfahrungen und Aussichten in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung“ hat vom 17. bis 18. November 2014 in Baden-Baden stattgefunden und rund 100 führende Vertreter aus der Verwaltung und aus Gesundheitseinrichtungen versammelt, die in grenzüberschreitende Projekte zwischen Deutschland, Frankreich und der Schweiz involviert sind.

Der vorliegende Konferenzbericht umfasst die Berichterstattungen der Akteure und zeigt die Hauptschwierigkeiten, die Potenziale aber auch die aus den Kooperationen gewonnenen Erkenntnisse und Erfahrungen auf.

Sie finden in dem Bericht neben dem Tagungsprogramm der Konferenz vom 17. und 18. November eine Synthese der wichtigsten Diskussionsergebnisse und Erkenntnisse der Konferenz sowie die Projektbeschreibungen von fünf Leuchtturmprojekten an der deutsch-schweizerischen sowie an der deutsch-französischen Grenze. Die Projektbeschreibungen basieren auf den Interviewaussagen der an der Projektentwicklung beteiligten Akteure. Sie stellen somit eine Zusammenfassung der komplementären Vorstellungen und Wahrnehmungen des gemeinsamen Projekts dar.

Die zwei ersten Projektbeschreibungen präsentieren Kooperationsprojekte an der deutsch-schweizerischen Grenze:

- eine Kooperation zwischen dem Universitätsspital Basel (CH), den Kliniken des Landkreises Lörrach sowie der Onkologischen Schwerpunktpraxis in Lörrach (D), deren Hauptziel die strahlentherapeutische Behandlung deutscher Patienten im Universitätsspital Basel ist
- Die Schaffung einer grenzüberschreitenden Versorgungszone zwischen Basel-Stadt, Basel-Landschaft und dem Landkreis Lörrach (Pilotprojekt „GRÜZ“), die es den Patienten ermöglicht, innerhalb dieser Zone den Ort ihrer Behandlung frei zu wählen

Die drei darauffolgenden Projekte betreffen Realisierungen an der deutsch-französischen Grenze:

- das Kooperationsprojekt im Bereich Kardiologie zwischen den SHG-Kliniken Völklingen (D) und dem Centre hospitalier intercommunal Unisanté+ in Forbach (F), durch das sich die Bewohner der grenznahen lothringischen Gemeinden im Falle eines akuten Herzinfarkts im HerzZentrum Saar (Völklingen) behandeln lassen können
- das Kooperationsprojekt im Bereich Epilepsie zwischen den Universitätskliniken Straßburg (F) und dem Epilepsiezentrum Kork (D), welches die Schaffung eines integrierten, grenzüberschreitenden Behandlungspfades vorsieht durch eine gemeinsame Nutzung des technischen Equipments der beiden Gesundheitseinrichtungen sowie eine gemeinsame Forschung im Bereich Epilepsie zur Verbesserung der Behandlungsmöglichkeiten. Durch dieses Kooperationsprojekt soll der im Grenzgebiet lebenden Bevölkerung eine qualitativ hochwertige und wohnortsnahe Versorgung geboten werden
- ein sich noch in der Entwicklungsphase befindendes Kooperationsprojekt, das die grenzüberschreitenden Möglichkeiten auslotet, ein gemeinsames ambulantes Versorgungsangebot im ländlichen Raum zu schaffen – sei es im Rahmen eines grenzüberschreitenden Ärztehauses oder im Rahmen einer direkten Kooperation zwischen deutschen und französischen Ärzten. Dahinter steckt die Idee, ein wohnortsnahes, ambulantes Versorgungsangebot zu gewährleisten, im Rahmen dessen sich die Patienten unabhängig ihres Versichertenstatus nach den Konditionen ihres Heimatlandes behandeln lassen können

GRUSSWORT ZUR KONFERENZ




Gute Gesundheitsversorgung ist für die Menschen da. Sie soll durch Staatsgrenzen oder Unterschiede im Gesundheitssystem möglichst wenig eingeschränkt werden.

Das gilt ganz besonders in Grenzregionen, in denen Menschen nahezu täglich Grenzen überschreiten, um zur Schule zu gehen, zu arbeiten, den Haushalt zu besorgen oder ihre Freizeit zu gestalten. Es entspricht ihren Bedürfnissen, wenn wir auch im Bereich der Gesundheitsversorgung Grenzen und Systemunterschiede zu überwinden versuchen und Strukturen schaffen, die eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung möglich machen. Dabei stehen auch Fragen der Optimierung unter Qualitäts- und Kostengesichtspunkten im Raum. Im Dreiländereck von Frankreich, der Schweiz und Deutschland sind die ersten Schritte gemacht.

Die Konferenz „Gesundheitsversorgung ohne Grenzen“ bietet die Gelegenheit Erfahrungen auszutauschen und Zukunftsperspektiven aufzuzeigen. Anhand von Best-Practice-Beispielen soll gezeigt werden, was in der Zusammenarbeit möglich ist, wie aber auch Schwierigkeiten und Informationsdefizite in der Umsetzung grenzüberschreitender Projekte überwunden werden können.

Ich wünsche Ihnen allen zwei interessante und aufschlussreiche Konferenztage.



Hermann Gröhe
Bundesminister
Mitglied des Deutschen Bundestages



KONFERENZPROGRAMM

PROGRAMM

Moderation der Konferenz : **Prof. Dr. Joachim Beck**
(HÖV Kehl), wissenschaftlicher Berater des Euro-Instituts

17.11.2014

12.00 – 13.00 Empfang, Registrierung und Stehimbiss

13.00 – 14.00 **EINLEITENDER VORTRAG:**

Ziele der internationalen und grenzüberschreitenden Zusammenarbeit

Annette Widmann-Mauz,

Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesministerium für Gesundheit, Berlin

GRUSSWORT:

Margret Mergen, Oberbürgermeisterin Baden-Baden

14.00 – 15.30 **PODIUMSDISKUSSION 1: Herausforderungen und Potenziale der Krankenhauskooperation an der deutsch-französischen Grenze**

Moderation: **Peter Zeisberger**, Abteilungspräsident, Regierungspräsidium Karlsruhe

Grenzüberschreitende Kooperation zwischen den SHG-Kliniken Völklingen und dem Centre Hospitalier Intercommunal Unisanté Forbach im Bereich der Kardiologie

Karin Mertens, Beauftragte für grenzüberschreitende Zusammenarbeit,

HerzZentrum Saar, SHG-Kliniken Völklingen

Joseph Losson, Directeur de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie du Bas-Rhin

SEEK (Strasbourg Eurodistrict Epilepsie Kork): grenzüberschreitendes Kooperationsprojekt zwischen dem Epilepsiezentrum Kork und den Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

Prof. Dr. Edouard Hirsch, Professeur de neurologie à l'Université de Strasbourg

Sandra Lugbull-Krien, chargée de mission à la coopération transfrontalière, ARS Alsace

Rainer Baudermann, Fachbereichsleiter Versorgungsmanagement,

AOK Baden-Württemberg

15.30 – 16.30 **PODIUMSDISKUSSION 2: Herausforderungen und Potenziale der grenzüberschreitenden Kooperation an der deutsch-schweizerischen Grenze**

Moderation: **Dr. Peter Indra**, Leiter des Gesundheitsdepartements Basel-Stadt

Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) Lörrach

Burkhard Frey, Generalsekretär des Universitätsspitals Basel

Gesundheitszone in Basel-Lörrach (GRÜZ Pilotprojekt)

Remigius Dürrenberger, Leiter Abteilung Projekte und Services, Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

16.30 – 17.00 Kaffeepause

17.00 – 18.00 **FINANZIERUNGSMÖGLICHKEITEN für grenzüberschreitende Kooperationsprojekte**

Programm INTERREG V Oberrhein

Thomas Köhler, Programmleiter INTERREG

Programm INTERREG V Großregion

Karl-Richard Antes, Leiter des Referates INTERREG, Ministerium für Wirtschaft,

Arbeit, Energie und Verkehr, Saarland

Weitere EU-Fördermöglichkeiten

Jean-Jacques Bernardini,

Responsable du Pôle Financement et de la plateforme Alsace Innovation

Fördermöglichkeiten in der Schweiz

Andreas Doppler, Leiter der Förderprogramme, Regio Basiliensis

18.00 – 18.30 Diskussion und Austausch mit dem Publikum: Fragen und Anregungen

19.30 Abendempfang mit Gelegenheit zum Networking

NAVIGATION

» INHALTSVERZEICHNIS » EINLEITUNG » **PROGRAMM** » SYNTHESE » PROJEKTE » INFOS & IMPRESSUM

PROGRAMM

18.11.2014

- 9.00 – 9.15 **Zusammenfassung der Diskussionen vom 17.11. und Einleitung zum Vormittagsprogramm**
 Dr. Peter Indra, Leiter des Gesundheitsdepartements des Kantons Basel-Stadt
 Peter Zeisberger, Abteilungspräsident, Regierungspräsidium Karlsruhe
 Laurent Habert, Directeur Général de l'ARS Alsace
- 9.15 – 09.45 **DEMOGRAFISCHER WANDEL UND PFLEGEKRÄFTEMANGEL IM GRENZRAUM**
Studie „Der Pflegearbeitsmarkt in der Großregion“
 Oliver Lauxen, wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur (IWAK)
 an der Goethe-Universität Frankfurt a.M.
Studie „Fachkräftemangel in medizinischen Berufen am Oberrhein“
 Eddie Pradier, Referent für Studien, Euro-Institut
- 09.45 – 10.15 **VERSORGUNGSMÖGLICHKEITEN IM GRENZRAUM: Herausforderungen und Chancen einer grenzüberschreitenden territorialen Gesundheitskooperation**
Aufbau eines grenzüberschreitenden Ärztehauses an der deutsch-französischen Grenze
 Dirk Fischbach, Geschäftsführer, Barmer GEK
- 10.15 – 11.00 **Aufbau, Chancen und Herausforderungen einer Pilotregion für den Zugang zu grenzüberschreitenden medizinischen Leistungen (PZGML/ ZOAST)**
 Henri Lewalle, Coordinateur des projets de coopération transfrontalière des E.W.I.V. OFBS und LUXLORSAN
 Abdelhafid Rekik, Directeur adjoint de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Meurthe et Moselle
- 11.00 – 11.30 Kaffeepause
- 11.30 – 12.15 **PATIENTENMOBILITÄT**
Umsetzung der EU-Patientenmobilitätsrichtlinie in Deutschland und in Frankreich
 Bettina Redert, Referat EU-Koordinierung, Bundesministerium für Gesundheit, Berlin
 Baptiste Messmer, Conseiller juridique, Direction aux affaires juridiques, Ministère des Affaires sociales et de la Santé, Paris
Patientenmobilität an der schweizerischen Grenze
 Susanne Jeker Siggemann, Stv. Leiterin Sektion Rechtliche Aufsicht, Bundesamt für Gesundheit, Bern
- 12.15 – 12.45 **SCHLUSSRUNDE:**
Aussichten und Perspektiven für die weitere grenzüberschreitende Zusammenarbeit
 Ortwin Schulte, Leiter des Referates Bilaterale Gesundheitspolitik, OECD, Bundesministerium für Gesundheit, Berlin
 Tania Dussey-Cavassini, Botschafterin, Vizedirektorin des Bundesamtes für Gesundheit, Bern
 Eric Trottmann, Chef du bureau International, Europe, Outre-mer, Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, Paris
 Dr. Peter Indra, Leiter des Gesundheitsdepartements des Kantons Basel-Stadt
 Peter Zeisberger, Abteilungspräsident, Regierungspräsidium Karlsruhe
 Laurent Habert, Directeur Général de l'ARS Alsace
- 13.00 Mittagsbuffet
 Ende der Konferenz

NAVIGATION

» INHALTSVERZEICHNIS » EINLEITUNG » **PROGRAMM** » SYNTHESE » PROJEKTE » INFOS & IMPRESSUM

SYNTHESE DER KONFERENZ

GRENZÜBERSCHREITENDE
GESUNDHEITSKOOPERATION IN DER PRAXIS:
BESTANDSAUFNAHME UND PERSPEKTIVEN



SYNTHESE

» GRENZÜBERSCHREITENDE GESUNDHEITSKOOPERATION IN DER PRAXIS: BESTANDSAUFNAHME UND PERSPEKTIVEN

PROF. DR. JOACHIM BECK
Hochschule für öffentliche Verwaltung Kehl,
wissenschaftlicher Berater des Euro-Instituts

EINLEITUNG

Grenzüberschreitende Zusammenarbeit rückt nicht zuletzt seit dem Vertragsziel der Förderung des territorialen Zusammenhalts des Lissabon-Vertrags zunehmend ins Zentrum der Europäischen Politik. Anders als in der Vergangenheit, in der grenzüberschreitende Gebiete oft als peripher und damit vernachlässigbar betrachtet wurden, zeigt sich zunehmend, dass dieser Gebietstypus als Potenzialraum verstanden werden sollte. 30% der EU-Bevölkerung lebt in Grenzgebieten, die Mittel des Kohäsionsfonds für die Territoriale Zusammenarbeit wurden für die neue Planungsperiode 2014 – 2020 erhöht. In vielen Grenzregionen stehen daher mehr Fördermittel für Projekte bereit und es wächst die Erkenntnis, dass Grenzgebiete, wenn sie in einer echten 360° Perspektive, d.h. integrativ, betrachtet werden, für eine Reihe von Politikfeldern Chancenräume für die vor Ort handelnden Akteure sein können.

Auch die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen gewinnt in diesem Zusammenhang an neuer Aufmerksamkeit. Daher das Ziel der Tagung: Bestehende Ansätze und Erfahrungen unterschiedlicher territorialer Reichweiten und sachlicher Bezüge zusammenzutragen und unter der Frage zu bewerten, welche Lessons learned für eine neue Perspektive und Qualität der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit hieraus entwickelt werden können.

Der grenzüberschreitende Gesundheitssektor hat besondere Bedeutung, weil horizontale Mobilität tendenziell zunimmt: Immer mehr Menschen haben eine grenzüberschreitende Lebensorientierung, sei es, weil sie – in einem eher traditionellen Sinne – als Grenzgänger in einem Mitgliedstaat wohnen und in einem anderen Staat arbeiten; sei es, dass sie – bei Beibehaltung des Arbeitsplatzes in einem Staat – grenznah in einen anderen Staat ziehen; sei es, weil sie ihren Lebensabend zwischen zwei nationalen Wohnorten verbringen; sei es, weil sie als Konsumenten Angebote in Dienstleistung und Handel im Nachbarstaat wahrnehmen und aus dieser Haltung auch neue Ansprüche an die Offenheit nationaler Gesundheitssysteme (Stichwort freie Arztwahl) stellen. Hinzu kommen weitere Trends, die auch im Gesundheitssektor in grenzüberschreitender Perspektive spürbar werden: Der demografische Wandel erschwert z.T. bereits die Versorgung, insbesondere im ländlichen Raum und macht perspektivisch zudem das Gewinnen qualifizierter Fachkräfte in manchen medizinischen Berufen bereits heute zum Problem. Ökonomischer Handlungsdruck kann dazu beitragen, aus dem Blickwinkel der beteiligten nationalen Partner neue Effizienzen durch synergetische grenzüberschreitende Vorgehensansätze zu erschließen und dadurch notwendige betriebliche und/oder funktionale Betriebsgrößen neu zu entwickeln, bzw. bestehende kooperativ zu sichern. Lerneffekte durch Vergleiche und/oder

NAVIGATION

» INHALTSVERZEICHNIS » EINLEITUNG » PROGRAMM » **SYNTHESE** » PROJEKTE » INFOS & IMPRESSUM

Kombinationen unterschiedlicher Systeme können zu neuen Qualitäten im Angebot und zu interessanten auch interkulturellen Innovationen führen.

Die Tagung hat das Thema der grenzüberschreitenden Gesundheitskooperation daher unter einem ganzheitlichen Blickwinkel behandelt und dabei unterschiedliche Dimensionen beleuchtet: Neben der grenzüberschreitenden Krankenhauskooperation im deutsch-französischen sowie im deutsch-schweizerischen Kontext sowie der Erörterung möglicher Finanzierungen auf Projektebene sowie im Bereich der Forschung, wurde auch thematisiert, wie sich der demografische Wandel und Pflegekräftemangel im Grenzraum konkret auswirkt, welche neuen Versorgungsmöglichkeiten im Grenzgebiet entwickelt werden können und welche Herausforderungen und Chancen sich hieraus für die territoriale Gesundheitskooperation ergeben sowie die Frage der praktischen Ausgestaltung der rechtlichen Rahmenbedingungen einer grenzüberschreitenden Patientenmobilität zwischen Deutschland, Frankreich und der Schweiz.

Für jeden Themenblock wurden in den fachlichen Beiträgen zu relevanten Projektbeispielen die Ziele/Hintergründe, Umsetzungsschritte, spezifische Herausforderungen sowie relevante Erfolgsfaktoren herausgearbeitet. Durch dieses methodische Vorgehen wurden die Grundlagen für eine vergleichende Querschnittsanalyse zu relevanten Schlüsselfaktoren und entsprechender Perspektiven gelegt, welche in dieser Synthese geleistet werden soll.

QUERSCHNITTSERGEBNISSE ZU SCHLÜSSELFAKTOREN

Die im Rahmen der Tagung präsentierten und diskutierten Praxisbeispiele, die in diesem Bericht im 4. Kapitel näher dargestellt sind, lassen eine Reihe von Schlüsselfaktoren für den Aufbau grenzüberschreitender Gesundheitskooperationen erkennen.

Zu nennen sind hier zunächst die **spezifischen Herausforderungen**, die sich aus den doch sehr unterschiedlichen Gesundheitssystemen Deutschlands, Frankreichs und der Schweiz nach wie vor ergeben. So wird die praktische Arbeit vor Ort nicht nur durch die Unterschiedlichkeit der rechtlichen Rahmenbedingungen sowie die strukturellen Differenzen im Hinblick auf die Rollen, Zuständigkeiten und Selbstverständnisse der beteiligten Akteure, sondern ganz wesentlich eben auch durch weiche Faktoren wie etwa mangelnde sprachliche Kompetenzen sowie insbesondere interkulturelle Herausforderungen, erschwert. Dass die Partner dabei im Wesentlichen noch immer primär ihren eigenen rechtlichen Rahmen sowie ihre eigenen systemischen Sichten anwenden und sich nicht auf belastbare grenzüberschreitende Standards stützen können, kommt erschwerend hinzu. Wie in vielen anderen Feldern der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit, ist es auch im Gesundheitswesen so, dass die Entwicklung innovativer Ansätze nicht selten zunächst zu einem kulturellen Schock führt. Um effektiv kooperieren zu können, müssen die Akteure die rechtlichen Rahmenbedingungen des Nachbarn kennenlernen. Neben den großen Unterschieden zwischen den beteiligten Gesundheitswesen selbst (Rolle und Handlungsspielräume der staatlichen Akteure, Gesundheitseinrichtungen und Kassen), im engeren Sinne, treten bei der Entwicklung und Ausgestaltung von Kooperationsprojekten auch noch systemische Unterschiede im Bereich des Arbeitsrechts, der gegenseitigen Anerkennung beruflicher Abschlüsse sowie der fachpolitischen Genehmigungen in den Vordergrund. Wie das Beispiel der Kooperation zwischen dem Universitätsspital Basel und dem Landkreis Lörrach zeigt, kann dabei ein aus fachlicher Sicht gewünschter und tragfähiger grenzüberschreitender Handlungsansatz in seiner Implementierung und perspektivischen Weiterentwicklung stark behindert werden. Grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Bereich Gesundheitspolitik ist insofern in besonderem Maße darauf angewiesen, sogenannte funktionale Äquivalente zwischen unterschiedlichen Systemen zu identifizieren und als Grundlage der Kooperation auszugestalten. Das Identifizieren der richtigen Ansprechpartner im Nachbarstaat sowie der Umgang mit einer hochkomplexen rechtlichen und

administrativen Unterschiedlichkeit führen dabei im Ergebnis zu ausgesprochen langen Zeithorizonten.

Die zweite Herausforderung, die aus der Analyse der präsentierten Praxisbeispiele ersichtlich wird, kann als grenzüberschreitendes Wissensproblem bezeichnet werden. Kooperationsprojekte im Gesundheitsbereich können sich nur in den seltensten Fällen auf eine verlässliche Daten- und Faktenbasis stützen. Statistiken und Systeme der Gesundheitsberichterstattung sind nach wie vor sehr stark national geprägt. Handlungsbedarfe aber eben auch Potenziale der Kooperation sind insofern in einer ex ante Perspektive nur sehr schwer zu erkennen, was dazu führt, dass grenzüberschreitende Handlungsansätze zumeist noch immer eher punktueller Natur sind. Zudem basieren diese zumeist auf einer ad hoc Bedarfsprüfung und Genehmigung. So könnte im Bereich der Kooperation zwischen Krankenhäusern ein größerer Mehrwert erzielt werden, wenn diese sich auf eine grenzüberschreitend besser abgestimmte Krankenhausplanung beziehen könnte. Auch das Wissensmanagement über systemische Bedingungen im grenzüberschreitenden Kontext ist offensichtlich erst im Ansatz entwickelt. Dies gilt sowohl für die Kommunikation relevanter Rahmenbedingungen als auch für die Verbreitung guter Praktiken und Erfahrungswerte unter den Akteuren vor Ort.

Als dritte Herausforderung stellt sich der grenzüberschreitend nach wie vor nur sehr gering ausgeprägte Kompetenzrahmen, der die Handlungsspielräume der Akteure sehr einschränkt. Zwar gibt es zwischen Deutschland und Frankreich ein grenzüberschreitendes Rahmenabkommen und auch die EU hat mit dem EVTZ ein Instrument etabliert, das grenzüberschreitende Projekte entsprechend strukturieren könnte. In der Praxis stellen sich die damit verbundenen Verfahren jedoch als sehr schwerfällig und voraussetzungsvoll da. Die Übertragung funktionaler Kompetenzen von der Ebene der nationalen Partner auf grenzüberschreitende Einrichtungen und Handlungsansätze ist noch kaum ausgeprägt. Auch die grenzüberschreitenden Verwaltungsverfahren sind dadurch gekennzeichnet, dass diese aus Sicht der beteiligten Akteure in der Regel noch immer eher die Ausnahme denn die Regel darstellen und damit entsprechend schwerfällig und komplex sind.

Als vierte Herausforderung stellt sich der grenzüberschreitenden Gesundheitspolitik die in der Praxis zumeist noch immer schwierige Interaktion zwischen unterschiedlichen Arbeits- und Verwaltungskulturen bzw. die Kommunikation in unterschiedlichen Sprachen. Jenseits der offensichtlichen Unterschiedlichkeit etwa zwischen einer so genannten „Gerätemedizin“ auf der deutschen Seite und der „sprechenden Medizin“ auf der französischen Seite, kommt diese Herausforderung im Aufeinandertreffen tief verwurzelter unterschiedlicher Kulturen und Traditionen zum Tragen, die sich etwa auf so unterschiedliche Dimensionen wie das Selbstverständnis von Planungsprozessen, Handlungsautonomien beteiligter Akteure, Qualifikationsmuster von Mitarbeitern, aber eben auch solch handfester Aspekte wie Erstattungsquoten oder Kostenkalkulationen beziehen. Hinzu kommt die Erfahrung, dass eine alltagsweltliche grenzüberschreitende Orientierung der beteiligten Akteure nicht immer eine hinreichende Voraussetzung für die professionelle grenzüberschreitende Interaktion darstellt. Dies lässt sich insbesondere auch im Bereich der Sprachkompetenzen feststellen, wo bisweilen die mangelnden fachsprachlichen Kompetenzen nicht nur ein Hindernis für die handelnden Akteure sondern eben auch für die zu erschließenden Zielgruppen darstellen.

Als fünfte Herausforderung kann die Schwierigkeit einer sachgerechten Strukturierung der Kooperation herausgearbeitet werden. Hier lässt sich vielfach ein Spannungsfeld zwischen einzelnen Akteuren und deren informellen Netzwerkstrukturen sowie dem offiziellen institutionellen Rahmen beobachten. Oft werden Kooperationen auf Grund individueller Kontakte zwischen einzelnen Akteuren (Ärzte, Verwaltungsleiter usw.) entwickelt. Sollen diese bilateralen Kontakte zu tragfähigen Musterkooperationen entwickelt werden, bedarf es einer Verankerung und aktiven Unterstützung durch die jeweils relevanten nationalen Institutionen. Interessanterweise zeigt sich, dass viele gut funktionierende Kooperationen von informellen Kontakten verstetigt werden.

Andererseits lassen die dargestellten Projektbeispiele durchaus erkennen, wie schwer voraussetzungsvoll sich die Prozesse einer sachgerechten rechtlichen und administrativen Absicherung bisweilen gestalten. Sollen grenzüberschreitende Kooperationen jenseits der Symbolik zu tragfähigen Lösungen führen, bedarf es belastbarer rechtlicher und administrativer Grundlagen. Da diese allerdings wiederum tendenziell aus einer „experimentellen Ausnahme“ eine „Anspruch begründende Regel“ machen, sind diese gerade in politisch-strategischer Hinsicht zwischen den Partnern oftmals nicht unumstritten. Die Frage, wie sich aus informellen guten Praktiken einzelner Personen tragfähige Formen von Handlungsansätzen zwischen offiziellen Partnern entwickeln lassen, stellt vielfach eine noch immer offene Frage dar.

Dies hat unter anderem auch mit der sechsten Herausforderung, nämlich der Schwierigkeit des Messens von Mehrwert und Wirksamkeit der grenzüberschreitenden Gesundheitskooperation und damit letztlich mit deren evidenzbasierter Legitimierung zu tun. Die im Rahmen der Konferenz präsentierten Praxisbeispiele lassen erkennen, dass diese nicht nur einen extrem langen Zeitraum für die Entwicklung benötigen, sondern auch in der Regel nur schwer nach den üblichen nationalen Effektivitäts- und Effizienzkriterien der Gesundheitssysteme bewertet werden können. Wenn während der gesamten bisherigen Laufzeit der Vereinbarung zwischen dem Epilepsiezentrum Kork und den Universitätskliniken von Straßburg bislang nur 100 Patienten behandelt wurden, nur 260 Patienten im Jahr im Rahmen der Vereinbarung der GRÜZ und nur maximal 15 Patienten im Rahmen der Vereinbarung zwischen der Unfallklinik Ludwigshafen und der Région Alsace, so stellt sich vielen fremden Ländern vor Ort die Frage, ob der Aufwand tatsächlich dem praktischen Nutzen entspricht. Vielfach erscheint es so, dass nicht nur das grenzüberschreitende Projekt, sondern auch die grenzüberschreitende Lebensorientierung der Bevölkerung eher die Ausnahme als die Regel darstellt. Inwiefern in grenzüberschreitenden Maßstäben das Angebot tatsächlich eine Nachfrage wie z.B. im Bereich der programmierten Behandlungen generiert, ist zumeist noch sehr umstritten. Zumindest fehlen Kriterien und Maßstäbe, mit denen das tatsächlich Erreichte qualitativ und quantitativ bewertet werden kann.

Insofern ist es auch nicht erstaunlich, dass sich als siebente Herausforderung in der Praxis oftmals die Frage der Sicherung der Nachhaltigkeit grenzüberschreitender Gesundheitsprojekte stellt. Wie kann es gelingen, von punktuellen Einzelprojekten zu einer breiteren Durchdringung und Förderung des grenzüberschreitenden Gesundheitssektors zu kommen? Dass Vereinbarungen zwar notwendige, aber offensichtlich keinesfalls hinreichende Voraussetzungen einer nachhaltigen Entwicklung des grenzüberschreitenden Gesundheitswesens darstellen, lassen die Beispiele erkennen. Die Frage, wie sowohl in temporaler als auch in territorialer und funktionaler Perspektive eine größere Breitenwirkung und damit Nachhaltigkeit einzelner geförderter Pilotprojekte erzielt werden kann, dürfte für die weitere Entwicklung der grenzüberschreitenden Gesundheitspolitik eine strategische Frage darstellen.

Die im Rahmen der Tagung vorgestellten Projekte und Initiativen lassen andererseits erkennen, dass durch grenzüberschreitende Kooperation für die beteiligten Akteure, vor allem aber auch für die Zielgruppen in den grenzüberschreitenden Gebieten, eine ganze Reihe von spezifischen Ergebnissen realisiert werden konnten, die zu realen **Mehrwerten** führen. Es lässt sich durch die vier vorgestellten Vereinbarungen erkennen, dass hier jeweils in den definierten Behandlungsparametern bedarfsgerechte Lösungen befördert wurden. So konnten sowohl die spezifischen Bedarfe als auch die entsprechenden ökonomischen Interessen der beteiligten Partner aufeinander bezogen werden. Insbesondere in Bereichen in denen ein aktueller Handlungsbedarf gegeben ist, können Kooperationsansätze im Nahbereich Defizite von einem oder beiden beteiligten Partnern kompensieren. Sowohl das Beispiel Völklingen als auch die Kooperation zwischen der Unfallklinik Ludwigshafen und der Région Alsace zeigen beeindruckend, wie entsprechende Kooperationsansätze zu territorialen Synergien im Bereich der medizinischen Versorgung führen. Das Beispiel der Kooperation zwischen dem Universitätsspital Basel und dem Landkreis

Lörrach wiederum zeigt, wie durch grenzüberschreitende Zusammenarbeit die für die Erhaltung und Nutzung bestehender medizinischer Infrastrukturen notwendige Größenordnungen erreicht werden können. Um ein Universitätsspital wirtschaftlich zu führen, bedarf es einer Bevölkerung von 1 Million Einwohnern – dieser räumliche Parameter konnte im Falle von Basel nur in einer grenzüberschreitenden Perspektive entwickelt werden. Auch Antworten auf die Fragestellung, wie mit den Folgen des demografischen Wandels effektiv umzugehen ist, können aus einer grenzüberschreitenden Perspektive gewonnen werden. Schließlich zeigen die Beispiele, dass auch die territoriale Gesundheitskooperation zu neuen Versorgungsmöglichkeiten im Grenzraum führen kann. Der Aufbau eines grenzüberschreitenden Ärztehauses an der deutsch-französischen Grenze oder in einer breiteren Perspektive die Schaffung einer Pilotregion für den Zugang zu grenzüberschreitenden medizinischen Leistungen im Bereich der Region zeigen eindringlich, wie grenzüberschreitende Gebiete zum Kristallisationspunkt für die Verwirklichung des europäischen Ziels einer größeren Patientenmobilität in Europa werden können. Dass hierbei eine Flexibilisierung des rechtlichen Handlungsrahmens eine notwendige Voraussetzung ist, lässt sich im deutsch-schweizerischen Kontext beobachten. Die im Schweizer Recht bereits seit längerem bestehende Experimentierklausel hat nachweislich dazu geführt, dass bedarfsgerechte Handlungsansätze einfacher entwickelt werden konnten. In genereller Hinsicht ist auch der Mehrwert nicht zu unterschätzen, der sich aus der unmittelbaren Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Akteuren ergibt. Das gegenseitige Lernen guter Praktiken des Nachbarn kann so zu einer Reflexion der eigenen systemischen und funktionalen Handlungsweisen führen. Es können aber, wie das Beispiel des Ärztehauses zeigt, auch neue Qualitäten in der Gestaltung des medizinischen Angebotes realisiert werden. Zudem haben sich nicht selten aus institutionellen Kooperationsansätzen auch neue Formen der bilateralen Zusammenarbeit im Bereich der Forschung oder der Zusammenarbeit zwischen medizinischem und administrativem Personal ergeben. Hier hat also die grenzüberschreitende Zusammenarbeit durchaus dazu beigetragen, sehr spezifische Innovationen zu befördern, welche als Potenzial für die weitere Entwicklung der nationalen Gesundheitssektoren in einem europäischen Maßstab genutzt werden können.

Ein ganz wesentliches Ergebnis der Tagung kann schließlich auch darin gesehen werden, dass erstmals ein grenzüberschreitender Austausch über die Frage der relevanten **Erfolgsfaktoren** stattgefunden hat. Diese können in fünf Kategorien zusammengefasst werden. Zum einen zeigen alle Beispiele nachdrücklich, dass eine grenzüberschreitende Kooperation im Gesundheitswesen, soll sie nachhaltig und erfolgreich sein, auf einen stabilen rechtlichen und finanziellen Handlungsrahmen angewiesen ist. Des Weiteren ist erkennbar, dass ohne eine gründliche Kenntnis der systemischen Besonderheiten des Nachbarn sowohl auf Ebene der handelnden Menschen, der institutionellen Partner als auch der Fachkräfte des Gesundheitsbereichs, eine grenzüberschreitende Zusammenarbeit nicht möglich ist. Diese Systemkenntnis schließt das Beherrschen der Fachsprache des Nachbarn ein. Der dritte Erfolgsfaktor kann darin gesehen werden, dass nicht nur ein besonders aktives Engagement und ein langer Atem der Beteiligten notwendig sind, sondern dass grenzüberschreitende Kooperation im Gesundheitsbereich in besonderem Maße ein professionelles Vorgehen erforderlich macht. Nur wenn hauptamtliche Koordinatoren, die über die notwendigen interkulturellen und systemischen Fachkompetenzen verfügen, maßgeblich an der Entwicklung und Umsetzung von grenzüberschreitenden Kooperationsprojekten beteiligt sind, besteht tatsächlich die Chance, dass diese auch die intendierten Breitenwirkungen hervorrufen. Professionelles Projektmanagement in einem interkulturellen und interinstitutionellen Kontext erscheint als ein besonders wichtiger Erfolgsfaktor. Zudem kann als vierter Erfolgsfaktor die Notwendigkeit hervorgehoben werden, grenzüberschreitende Kooperationsprojekte mit dem Aspekt der medizinischen Forschung zu kombinieren. Immer dann, wenn intendierte Projekte auf einer soliden medizinischen und fachlichen Bedarfsanalyse beruhen bzw. durch entsprechende Forschungsansätze begleitet und kapitalisiert werden, kann davon ausgegangen werden, dass diese auch durch eine entsprechende Nachhaltigkeit gekennzeichnet sind. Die Frage, wie entsprechende statistische Informationen des nationalen Kontexts in einer grenzüberschreitenden und europäischen Perspektive noch besser

für Kooperationsansätze genutzt werden können, kann als ein besonders erfolgskritischer Faktor gesehen werden. Schließlich stellt die Frage, wie mit den bestehenden rechtlichen und administrativen Rahmenbedingungen flexibel und pragmatisch umgegangen werden kann, einen weiteren Erfolgsfaktor dar: Die Praxisbeispiele zeigen eindrücklich, dass ohne Mut und Kreativität kaum ein grenzüberschreitendes Kooperationsprojekt im Gesundheitsbereich möglich wäre und dass umgekehrt eben genau darin vielfach eine wichtige Innovationsdimension zu sehen ist.

SCHLUSSENFOLGERUNG UND PERSPEKTIVEN

Die Tagung hat einerseits erkennen lassen, dass der Bereich der grenzüberschreitenden Gesundheitspolitik durch sehr spezifische Rahmenbedingungen charakterisiert ist. Andererseits lassen sich auch die eher klassischen Herausforderungen erkennen, wie sie letztlich in allen Bereichen der grenzüberschreitenden Kooperation nach wie vor von Bedeutung sind: Unterschiedliche Handlungssysteme und Kulturen der beteiligten Partner, die Schwierigkeit grenzüberschreitende Bedarfe und Potenziale qualitativ und quantitativ zu belegen und nachzuweisen, Sprachprobleme und ein starrer rechtlicher Rahmen tragen dazu bei, dass erfolgsversprechende Initiativen und Ansätze bislang im Ergebnis noch nicht die Ergebnisse bewirkt haben, die man sich in einer territorialen Entwicklungsperspektive erwarten könnte. Die Frage lautet daher, welche perspektivischen Schlussfolgerungen aus der Bestandsanalyse gezogen werden können, um die Dynamik der grenzüberschreitenden Gesundheitskooperation in Zukunft noch besser zu entfalten. Die folgenden Handlungsfelder erscheinen vor dem Hintergrund der Tagung von besonderer Bedeutung:

1. Angesichts der relativ geringen Fallzahlen und der damit verbundenen Frage nach der realen Bedarfsorientierung, stellt sich perspektivisch die Frage, mit welchem Ansatz man hier weiter kommen kann. Es stellt sich die Alternative zwischen Fläche (Gesundheitszone/ZOAST) und Spezialisierung (z.B. seltene Krankheiten) bzw. deren sinnvoller Kombination. Die Frage ist differenziert zu betrachten, setzt aber in jedem Fall in Zukunft eine bessere, d.h. belastbare Faktenbasis voraus. Ohne diese dürften weder vorhandene Potenziale erkannt und zielgerichtet entwickelt noch die erzielten Mehrwerte plausibel dargelegt, bewertet und weiterentwickelt werden. Die Zukunft der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit setzt sowohl eine größere Evidenz-Basierung der zu diskutierenden/konzipierenden Kooperationsansätze als auch eine bessere Wirkungsorientierung bzw. Passgenauigkeit ihrer Umsetzung voraus – auch und gerade wenn entsprechende EU-Fördermittel genutzt werden sollen. Dies bedeutet, das System der grenzüberschreitenden Wissensgenerierung (Statistiken, Forschung) und des Wissensmanagements (Dokumentation, Dissemination, Kommunikation z.B. über gute Praktiken) im Gesundheitsbereich deutlich zu verbessern.
2. Vor dem Hintergrund der Befunde der vorliegenden Beiträge erscheint es ferner zielführend, in einer praxisorientierten Sicht zukünftig noch mehr (informelle und formelle) Plattformen für grenzüberschreitendes Lernen, interaktionsbezogene



Innovation sowie die weitere Professionalisierung zu schaffen. Es besteht offensichtlich großer Bedarf, die Vernetzung und „Transkulturation“ nationaler Akteure und Praktiken in der grenzüberschreitenden Gesundheitskooperation bewusster zu fördern. Hierzu bedarf es eines transnationalen „Capacity-buildings“ in Form professionell getragener und gemanagter Vernetzungsstrategien. Ganz wesentliches Ziel sollte es dabei sein, von einer Koordination hin zu einer verstärkten territorialen Integration der grenzüberschreitenden Gesundheitspolitik zu kommen.

3. Ferner erscheint es notwendig, sowohl die bestehenden rechtlichen Möglichkeiten auf nationaler sowie auf EU-Ebene noch besser auszuschöpfen, als auch perspektivisch über die Möglichkeiten einer besseren Flexibilisierung des rechtlichen und administrativen Handlungsrahmens in Bereichen, die eine Vertiefung der Kooperation derzeit tendenziell behindern (z.B. Arbeits- und Sozialrecht), nachzudenken. Hier wäre zu eruieren, wie ggf. grenzüberschreitende Öffnungs- und/oder Experimentierklauseln auf der Ebene von fachrechtlichen Verordnungen entwickelt werden könnten. Basis könnten z.B. grenzüberschreitende „deminimis“-Regelungen sein, die innerhalb definierter Grenzwerte „abweichendes“ (d.h. flexibleres) Handeln der Gesundheitsakteure des definierten Grenzraums im Verhältnis zum nationalen Standard erlauben. Ein anderer Weg könnte auch in der Anerkennung der jeweiligen fachlich-rechtlichen Standards des Nachbarn innerhalb des eigenen Systems liegen (Prinzip der vom EUGH für den Bereich der nicht harmonisierten Produkte entwickelten Rechtsfigur der „mutual recognition“).
4. Zudem erscheint es zielführend ganz generell die Information/Sensibilisierung der (internen wie externen) Zielgruppen des grenzüberschreitenden Gesundheitssektors über bestehende und neu Angebote durch Schulungen, Fortbildungen und geeignete Instrumente (Social Media) etc. zu verbessern, um die quantitative Durchdringung dieses Politikfelds zu verbessern.
5. Schließlich könnte ein interessanter Ansatz darin bestehen, in der Zukunft im Bereich der medizinischen Versorgung verstärkt Ansätze eines grenzüberschreitenden Shared Services zu verwirklichen und diese neuen Organisationsformen auch rechtlich-administrativ tragfähig abzusichern. Beispiele wie die arbeitsteilige Spezialisierung benachbarter Kliniken oder grenzüberschreitende Ärztehäuser erscheinen geeignet, nicht nur ökonomisch sinnvolle (und in der Zukunft immer nötigere) Effizienzpotenziale in grenzüberschreitenden Gebieten zu realisieren, sondern eben auch interkulturelle Synergien für eine zunehmend mobilitätsorientierte Bevölkerung zu entwickeln.



Diese Fragen stellen sich derzeit für eine ganze Reihe grenzüberschreitender Politikfelder um in eine neue Qualitätsstufe der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit 2.0 eintreten zu können. Die grenzüberschreitende Gesundheitskooperation erscheint in diesem Zusammenhang als ein in vielerlei Hinsicht besonders prospektiver Sektor. Ob das Zusammentreffen unterschiedlicher Strukturen, Verfahren, Werte, Aufgabenverteilungen, Handlungsspielräume etc. sich produktiv gestaltet oder zu regelmäßigen Blockaden führt, wird in Zukunft ganz wesentlich dadurch bestimmt, inwiefern die handelnden Akteure willens und in der Lage sind, den vielfältigen intersystemischen und interkulturellen Herausforderungen aktiv zu begegnen und diese produktiv als Chance für die Entwicklung eines auf gegenseitigem Lernen beruhenden territorialen Innovations- bzw. Integrationspfad zu nutzen. Dabei ergibt sich die doppelte Herausforderung, dass solches Lernen – soll es territorial nachhaltig sein – sowohl auf der interpersonellen als auch auf der interinstitutionellen Ebene stattfinden muss. Wenn im Zusammenhang mit den Perspektiven einer Weiterentwicklung der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit in Europa in Wissenschaft wie Praxis immer häufiger das Konzept des Netzwerks als normative Denkfigur einer territorialen Governance bemüht wird, so verbinden sich damit unter den realweltlichen Bedingungen letztlich die Fragen nach den Akteuren selbst sowie nach deren Handlungsspielräumen im grenzüberschreitenden Raum. Die analysierte Praxis verdeutlicht, wie sehr grenzüberschreitende Gebiete und die Funktionalität der in ihnen stattfindenden Kooperationen nicht nur von der passiven Tolerierung, sondern auch und gerade von der aktiven Förderung durch die beteiligten territorialen, institutionellen und auch zivilgesellschaftlichen Partner des jeweiligen „Heimatkontexts“ abhängig sind.



GRENZÜBERSCHREITENDE GESUNDHEITSPROJEKTE

PROJEKTE

» MEDIZINISCHES VERSORGUNGSZENTRUM (MVZ) LÖRRACH

AKTEURE:

Universitätsspital Basel (USB), Kliniken des Landkreises Lörrach, Onkologie Dreiländereck

ZIEL:

1. D: Strahlentherapie im Landkreis Lörrach anbieten
2. CH: Patienten am USB zu halten

ENTWICKLUNGSDAUER:

4 Jahre

GEGENSTAND

Das MVZ Lörrach ist eine interdisziplinäre, ambulante Praxisklinik und ein Unternehmen des Universitätsspitals Basel (USB), welches insbesondere im Bereich der Strahlentherapie grenzüberschreitende Kooperationen unterhält. Es handelt sich hierbei nicht um ein zeitlich befristetes Projekt, sondern vielmehr um eine langfristig angelegte Initiative im Bereich grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung. Vor Gründung des MVZs erhielten deutsche Patienten ihre Strahlentherapie am USB und stellten damit 40% der Strahlentherapiepatienten am USB dar. Der Landkreis Lörrach strebte jedoch an, den Versorgungsauftrag im Bereich Strahlentherapie selbst abzubilden, um den betroffenen Patienten eine wohnortnahe Behandlung in Deutschland zu ermöglichen und die deutschen Krankenversicherungen finanziell zu entlasten. Den ausgeschriebenen Wettbewerb des Kreiskrankenhauses Lörrach Ende 2011 gewann das USB, welches mit seiner Bewerbung aus drei Gründen das Ziel verfolgte, die deutschen Patienten weiterhin zu halten. Erstens wurde zum Wohle der Patienten angestrebt, die bereits etablierte Vertrauensbasis weiterzuführen. Zweitens ist zur Aufrechterhaltung einer hochspezialisierten, universitären Forschung eine Versorgungspopulation von ca. 1 Mio. Menschen nötig, die aus einem nahe gelegenen Einzugsgebiet mit festgelegtem Umkreis stammen, welcher im vorliegenden Fall jedoch durch eine Staatsgrenze durchschnitten wird. Drittens sollte die aufgebaute Infrastruktur im Bereich der Strahlentherapie weiterhin ausgelastet werden.



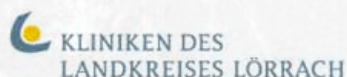
Universitätsspital Basel

NAVIGATION

» INHALTSVERZEICHNIS » EINLEITUNG » PROGRAMM » SYNTHESE » **PROJEKTE** » INFOS & IMPRESSUM

AKTEURE

	Schweiz	Deutschland
Initiatoren	USB	Kliniken des LK Lörrach/ Onkologischer Schwerpunkt (OSP) Onkologie Dreiländereck
Planung und Entwicklung	Herr Dr. Kübler (GF, Eigentümer) Herr Frey (GF, Eigentümer) Bauprojektleitung Gesamtprojektleitung Steuerungsausschuss Task Force	Frau Jost (GF seit 2013)



ETAPPEN

Da das USB zu Beginn des Vorhabens noch keine eigene Rechtspersönlichkeit besaß*, wurde im Namen des Universitätsdirektors zunächst die Rhenus Ergotherapie GmbH gegründet, die dann die Rhenus Ronk GmbH als Tochtergesellschaft gründete. Dies ermöglichte schließlich den Aufbau des MVZs Lörrach auf Grundlage einer Partnerschaft öffentlicher und privater Träger (Public-Private-Partnership).

Das MVZ wurde ab November 2011 zunächst als Interimsbetrieb in angemieteten Räumen mit den Fachdisziplinen Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Oralchirurgie sowie Neurochirurgie geführt, da die Einrichtung der Strahlentherapie längere Zeit in Anspruch nahm und ein MVZ gemäß gesetzlicher Vorgaben innerhalb von drei Monaten mit mindestens zwei Fachdisziplinen betrieben werden muss. Die Wahl fiel auf die oben genannten Fachdisziplinen, da diese bereits langjährige Kooperationen mit dem Kreiskrankenhaus und dem St. Elisabethen Krankenhaus in Lörrach unterhielten. Parallel hierzu wurde ein Neubau für die Strahlentherapie in Kooperation mit der onkologischen Schwerpunktpraxis Onkologie Dreiländereck errichtet. Im März 2013 wurde auch die Beratungsstelle der Strahlentherapie in das MVZ integriert, bis schließlich, nach Einbau und Erhalt der Betriebsgenehmigung des Linearbeschleunigers im Neubau, am 23.06.2014 die erste strahlentherapeutische Behandlung stattfinden konnte. Auch nach Eröffnung des Neubaus wurde der bisherige Hauptsitz als Standort beibehalten.

* Das Universitätsspital Basel (USB) ist seit dem 1. Januar 2012 eine selbstständige, öffentlich-rechtliche Anstalt mit eigener Rechtspersönlichkeit.

NAVIGATION

» INHALTSVERZEICHNIS » EINLEITUNG » PROGRAMM » SYNTHESE » **PROJEKTE** » INFOS & IMPRESSUM

CHRONOLOGIE

- 2011 - 2012: Planung
- seit 11.2011: Betrieb des provisorischen Standorts
- 2012 - 2014: Errichtung Neubau
- 2014:
 - Einbau LINAC
 - Eröffnung
 - Regelbetrieb

HERAUSFORDERUNG

Es gibt kaum Experten, die sich mit grenzüberschreitenden Kooperationsprojekten im Gesundheitsbereich zwischen Deutschland und der Schweiz auskennen. Insofern musste ein Learning-by-Doing-Ansatz verfolgt werden. Die Herausforderungen der Projektentwicklung hingen überwiegend mit der wirtschaftlich und rechtlich komplexen Grenzsituation zusammen. Die größten Herausforderungen waren die folgenden:

- Die Zulassung zur Radioonkologie (der Bedarf an Radioonkologie musste dem Zulassungsausschuss der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) vom USB im Voraus nachgewiesen werden)
- Die Anerkennung sowie der Erhalt des Berufsausübungsrechts für Ärzte mit Schweizer Approbation in Deutschland sowie die Facharztanerkennung und die damit verbundene Zulassung durch den Zulassungsausschuss
- Die Anerkennung aller Abschlüsse, die zur Ausübung strahlentherapeutischer Behandlungen berechtigen sowie die Kenntnis und die Berücksichtigung der Strahlenschutzvorschriften
- Die Weiterbildungermächtigung für Professoren des Universitätsspitals Basel in Deutschland
- Die unterschiedlichen Verwaltungs-, Versorgungs- und Vergütungssysteme
- Die Ausgestaltung des Arbeitsrechts
- Grenzüberschreitender Datenschutz

Eine der größten Herausforderungen stellte darüber hinaus die Personalgewinnung dar, welche immer noch nicht abgeschlossen ist. Zur Überbrückung wurden zunächst Ärzte aus dem USB angestellt, jedoch zu Schweizer Konditionen, die höher sind, als dies die Vergütungen der deutschen Krankenversicherungen für ambulante Leistungen vorsehen.

Es ist schwierig, hochqualifiziertes medizinisches Personal für das MVZ Lörrach zu rekrutieren, obgleich es sich hier nicht um eine typisch ländliche Region handelt. Hinzu kommt, dass es sowohl für Schweizer als auch für deutsche Ärzte in der Grenzregion attraktiver ist, in der Schweiz zu arbeiten. Zur Lösung dieses personellen Problems, müssen attraktive Stellenangebote für deutsche und Schweizer Fachärzte bzw. nichtärztliches Fachpersonal geschaffen werden, um so ggf. auch einen umgekehrten Pendlerstrom von Grenzgängern mit Wohnsitz in der Schweiz nach Deutschland zu ermöglichen. Die moderne Infrastruktur im Neubau, die Atmosphäre sowie das selbständige Arbeiten in einem interdisziplinären Team stellen attraktive Arbeitsbedingungen dar. Dennoch müssen auch Versorgungsstrukturen wie sie die Schweiz in punkto Sozialversicherungen und Altersversorgung kennt, durch individuell zusammengestellte, alternative Angebote in Deutschland Berücksichtigung finden.

NAVIGATION

» PILOTPROJEKT GRÜZ

„GRENZÜBERSCHREITENDE ZUSAMMENARBEIT DEUTSCHLAND – SCHWEIZ
IM GESUNDHEITSWESEN AM BEISPIEL DER GRENZREGION BASEL-STADT/
BASEL-LANDSCHAFT / LANDKREIS LÖRRACH“

AKTEURE:

Kanton Basel-Stadt, Kanton Basel-Landschaft, Landkreis Lörrach,
teilnehmende Krankenhäuser im grenzüberschreitenden Projektgebiet

ZIEL:

Evaluierung der Konsequenzen einer unbefristeten Erweiterung der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung zwischen der Schweiz und Deutschland
(an Hand eines bestimmten, eingeschränkten Untersuchungsgebiets)

DAUER DES PROJEKTES:

voraussichtlich 11 Jahre (2007-2018)

PATIENTENANZAHL:

2013: 234 Schweizer Patienten in Deutschland

GEGENSTAND

Das Pilotprojekt „Grenzüberschreitende Zusammenarbeit Deutschland – Schweiz im Gesundheitswesen am Beispiel der Grenzregion Basel-Stadt / Basel-Landschaft / Landkreis Lörrach“, kurz „GRÜZ“ genannt, hat zum Ziel, in einem kontrollierten und begrenzten Rahmen die Auswirkungen (Behandlungspfade, Patientenströme, Nachfrage, Patientenzufriedenheit) sowie die Zweckmäßigkeit einer unbefristeten Erweiterung der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im Gesundheitswesen zwischen der Schweiz und Deutschland zu prüfen. Das Pilotprojekt wird auf Schweizer Seite durch das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) wissenschaftlich begleitet und ausgewertet. Die Indikatoren für die jährlichen Monitoring-Berichte sind hierbei: die Berechtigten im Pilotprojekt, das Patientenpotenzial im Rahmen des Projekts, die Anzahl an Pilotprojektfällen, die Mobilitätsrate, die Aufenthaltsdauer der Patienten, die totalen Behandlungskosten und die Fallkosten. Seit dem Austritt der AOK aus dem Pilotprojekt im Jahr 2011, wird die Evaluation durch das Kompetenz-Centrum Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement (KCQ) auf deutscher Seite nicht mehr durchgeführt.

Das Projekt ermöglicht gesetzlich krankenversicherten Patienten im Landkreis Lörrach und in den Kantonen Basel-Stadt sowie Basel-Landschaft eine grenzüberschreitende Wahlbehandlung im wohnortsnahen Ausland. Zudem hat sich durch das Projekt die Kenntnis der Akteure im Gesundheitswesen über die grenznahen Einrichtungen und deren medizinisches Angebot erhöht, was sich förderlich auf eine verstärkte grenzüberschreitende Kooperation auswirkt. Langfristig strebt das Pilotprojekt eine gemeinsame Planung der Gesundheitsversorgung im Dreiländereck an, die zum Wohle der Patienten eine Nutzung der Kapazitäten im benachbarten Ausland ermöglicht.

AKTEURE

	Schweiz	Deutschland
Initiatoren	Kanton Basel-Stadt Kanton Basel-Landschaft	Landkreis Lörrach
Planung und Entwicklung	Kanton Basel-Stadt Kanton Basel-Landschaft Bundesregierung Schweiz	Landkreis Lörrach Landesregierung BW
Planung und Entwicklung	Herr Faller (Gesundheitsdepartement Basel-Stadt) Herr Dürrenberger (Gesundheitsdepartement Basel-Stadt)	Herr Zisselsberger (damaliger Geschäftsführer der AOK Lörrach)

ETAPPEN

Die Entwicklung des seit 2005 diskutierten Projektes konnte mit der Revision der Schweizer Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) im Jahre 2006 eingeleitet werden. Letztere ermöglicht es, durch den neuen Artikel 36a, Pilotprojekte befristet zu bewilligen, die eine Kostenübernahme für Leistungen vorsehen, welche in Grenzgebieten für in der Schweiz wohnhafte Versicherte erbracht wurden. Gleichzeitig hat der deutsche Gesetzgeber* mithilfe einer Anpassung des SGB V die Schweiz dauerhaft mit anderen EU-Staaten gleichgestellt in Bezug auf die Finanzierung von grenzüberschreitenden Leistungen durch die Krankenversicherung sowie die Möglichkeit für deutsche Krankenversicherer, Versorgungsverträge mit Schweizer Spitälern abzuschließen.

* Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg



Erste Phase (2007-2009):

Die möglichen Behandlungen für Schweizer Patienten im grenznahen Deutschland wurden durch den grenzüberschreitenden Leistungskatalog definiert. Auf deutscher Seite oblag es den deutschen Krankenversicherern und Basler Spitälern mögliche Behandlungen für deutsche Patienten in Schweizer Spitälern vertraglich zu regeln.

Auf dem Behandlungspfad zwischen Schweizer Akut- und deutschen Rehabilitationskliniken verlief die erste Phase des Pilotprojektes im Wesentlichen erfolgreich. Weitere Projektziele hatten nur eine mittlere oder kleine Zielerreichung. Auf deutscher Seite entsprachen jährlich lediglich fünf bis elf Behandlungsfälle den Rahmenbedingungen des Pilotprojektes, d.h., die Hoffnung, dass sich durch vertraglich-wettbewerbliche Mechanismen ein grenzüberschreitendes integriertes Versorgungsangebot entwickelt, erwies sich in diesem Fall als trügerisch. Möglicher Hintergrund hierfür sind Informationsdefizite sowie fehlende Anreize für Patienten und Ärzte auf beiden Seiten an diesem Pilotprojekt teilzunehmen. Es zeichnete sich während der ersten Projektphase ab, dass eine weitere Phase benötigt würde, um die Auswirkungen der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung einschätzen zu können, wodurch eine Verlängerung des Projektes bewirkt wurde.



Zweite Phase (2010-2014):

Während auf Schweizer Seite die Beschränkung auf einen Leistungskatalog aufgehoben wurde, bleibt diese Regelung auf deutscher Seite weiterhin wie in Phase I bestehen. Auf diese Weise kann das gesamte Leistungsspektrum eines am Projekt beteiligten Krankenhauses grenzüberschreitend genutzt werden. Hinzu kam eine stärkere Projektbeteiligung der Schweizer Krankenversicherer aufgrund des passiven Beitrittsverfahrens zum Vertrag der Phase II. Nach wie vor zeichnen sich jedoch keine Tendenzen zu einer breiteren Nutzung des Angebots in den deutschen Kliniken im Rahmen des Pilotprojektes ab. Da in Deutschland keine Evaluierung mehr stattfindet, kann zu den Ergebnissen der zweiten Phase auf deutscher Projektseite keine Aussage getroffen werden.



Dritte Phase (2015-2018):

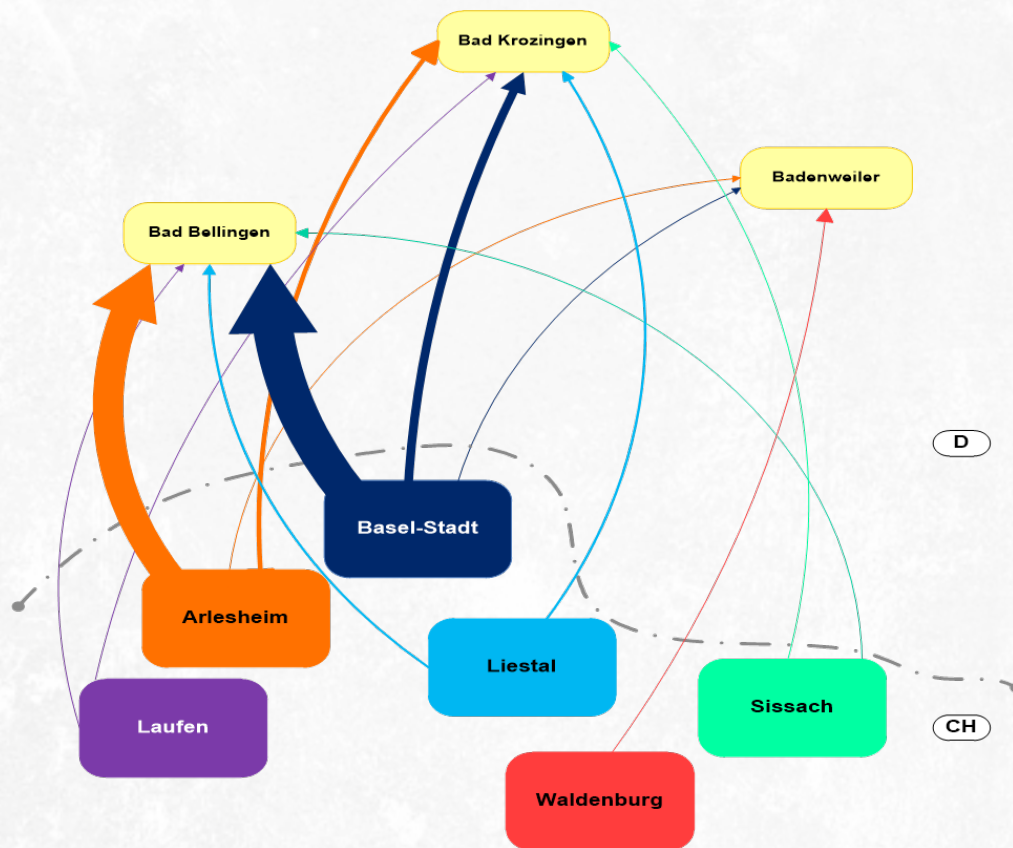
In dieser Phase wird das Pilotprojekt durch eine weitere Verlängerung unverändert weitergeführt. Gleichzeitig wird auf Schweizer Seite ein Gesetzgebungsverfahren eingeleitet, um eine Gesetzesgrundlage für eine zeitlich unbefristete Zusammenarbeit in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung zwischen Deutschland und der Schweiz ab spätestens dem Jahr 2019 zu verwirklichen.

HERAUSFORDERUNGEN

- **Rechtliche Grundlagen:**
Grundlegende rechtliche Hindernisse konnten aufgrund guter Kontakte zum Bundesministerium für Gesundheit (BMG) in Berlin und dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) in Bern überwunden werden.
- **Vergütungssätze:**
Die unterschiedlichen Vergütungssätze waren und sind die größte Herausforderung des Projektes. Es wurde diesbezüglich eine Zeit lang die Idee verfolgt, einen Fonds einzurichten, aus dem die anfallenden Kosten abgegolten werden können. Diese Idee wurde jedoch wieder verworfen.
- **Vertragserstellung:**
Die Ausgestaltung von Verträgen zwischen Krankenhäusern und systemfremden Krankenkassen bzw. deren Verbänden des jeweils anderen Landes, brachte Schwierigkeiten mit sich. Hierbei haben die Vertragsteilnehmer selbst die Lösungen erarbeitet.
- **Informationsverbreitung:**
Eine weitere Herausforderung des Projekts besteht darin, dass die zuweisenden Ärzte bzw. die Krankenversicherungen ihre Patienten häufig nicht umfassend über das Projekt und den damit verbundenen Nutzen für den Patienten informieren. Dies ist insofern problematisch, da einzig die Akteure des Gesundheitswesens durch eine entsprechende Information ihrer Patienten die treibende Kraft hinter einer gesteigerten Nachfrage an Behandlungen im grenznahen Ausland sein können. Trotz diverser Informationskampagnen über unterschiedlichste Kanäle konnte diese Problematik bisher nicht gelöst werden.

ERGEBNISSE

Durch das Pilotprojekt wurde das Ziel einer kontrollierten, grenzüberschreitenden Patientenmobilität erreicht, die Grenzöffnung hat jedoch zu keinen entscheidenden Veränderungen der Patientenströme geführt. Die Behandlungen beschränken sich bisher mehrheitlich auf Rehabilitationsleistungen für Schweizer Patienten, die für diese Behandlungen nach Deutschland kommen. Dies macht 12 Prozent der möglichen Rehabilitationsbehandlungen in Basel-Stadt und Basel-Land aus, wobei die Patienten überwiegend aus Basel-Stadt und den Stadtrandgebieten stammen. Bei den Beteiligten zeigt sich eine hohe Patientenzufriedenheit. Es kann aus Sicht des Kantons Basel-Stadt gefolgert werden, dass das grenzüberschreitende Angebot im Bereich der Rehabilitation etabliert werden konnte. Die kontrollierte Öffnung der Grenze ergänzt das bestehende Angebot in der Schweiz sinnvoll, da Schweizer für Rehabilitationsleistungen nach Deutschland gehen können, die dort kostengünstiger und zugleich qualitativ gleichwertig sind. Die Erwartung, dass sich deutsche Grenzgänger durch das Pilotprojekt hochspezialisierten Behandlungen eher in der Schweiz unterziehen, hat sich bisher nicht bewahrheitet. 2013 betrafen 99% der im Rahmen des Projekts definierten grenzüberschreitenden Fälle Schweizer Rehabilitationspatienten, d.h., das Versorgungsangebot wird nur partiell grenzüberschreitend genutzt und der Patientenfluss besteht zu überwiegender Mehrheit aus Schweizer Staatsangehörigen.



Patientenflüsse zwischen den Bezirken und den Klinikstandorten, 2013

© Obsan

An dieser Stelle sei festzuhalten, dass Patienten sich immer noch primär in ihren Heimatregionen Gesundheitsbehandlungen unterziehen, da für sie der persönliche Kontakt mit dem Leistungsanbieter sehr wichtig ist. Sie betrachten eine grenznahe Behandlung im Ausland vielmehr als zusätzliche Möglichkeit im Falle spezieller Bedürfnisse, die nicht wohnortsnah im eigenen Land befriedigt werden können. Zudem kann geschlussfolgert werden, dass durch das ausgezeichnete Gesundheitsangebot in Lorraine sowie in Basel keine große Notwendigkeit besteht, Gesundheitsleistungen im grenznahen Ausland in Anspruch zu nehmen. Im Umkehrschluss bedeutet dies aber auch, dass in den Regionen, in denen ein Bedarf an einer besseren Gesundheitsversorgung besteht, ein solches grenzüberschreitendes Projekt sehr sinnvoll sein kann.

WEITERENTWICKLUNGSPOTENZIAL

- Schweizer Krankenversicherungen: Erkennen und Nutzen der Vorteile, Versicherungsnehmer in Deutschland behandeln zu lassen
- Deutsche Krankenversicherungen: Intensivierung der Zusammenarbeit mit Schweizer Krankenhäusern
- Bewilligung des Erwerbs rezeptpflichtiger Medikamente im grenznahen Ausland
- Einbeziehung ambulanter Behandlungen
- Miteinbeziehung der französischen Teilregion des Dreiländerecks in diese grenzüberschreitende Kooperation

ERFOLGSFAKTOREN

- Geduld und Ausdauer - Konsensbildung auf verschiedenen Ebenen, in diversen Institutionen nötig
- Weitblick und Auffinden von Win-win-Situationen
- Vorhandensein eines Projektverantwortlichen in jedem der beteiligten Länder
- „Netzwerker“, der Beteiligte zusammenbringt
- Planungs- und Rechtssicherheit

Diese Projektbeschreibung basiert auf den Interviewaussagen von

- Herrn Remigius Dürrenberger (Gesundheitsdepartement Basel-Stadt)
- Herrn Günter Zisselsberger (ehemaliger Geschäftsführer der AOK Lörrach).

Verfasserin: Julia Benzing

» GRENZÜBERSCHREITENDE ZUSAMMEN- ARBEIT IM BEREICH KARDIOLOGIE

ZWISCHEN DEN SHG-KLINIKEN VÖLKLINGEN UND DEM CENTRE HOSPITALIER
INTERCOMMUNAL UNISANTE+ IN FORBACH

OPERATIONELLE PROJEKTPARTNER:

C.H.I.C. Unisanté+ und SHG-Kliniken Völklingen

ZIELE:

1. Transfer und Versorgung von Patienten, die einen akuten Herzinfarkt in grenznahen lothringischen Gemeinden erleiden, im HerzZentrum Saar der SHG-Kliniken Völklingen
2. Verstärkung des Ärzteteams der kardiologischen Intensivstation des C.H.I.C. Forbach durch Ärzte der SHG-Kliniken Völklingen
3. Die Förderung des Austauschs in Sachen Best Practice

DAUER (PROJEKTENTWICKLUNG):

10 Jahre

UNTERZEICHNUNG:

19. März 2013

ANZAHL DER BEHANDELTEN PATIENTEN:

im Durchschnitt 3 pro Monat

GEGENSTAND

Die Abteilungen für Kardiologie der Krankenhäuser in Forbach und Völklingen haben ihre Zusammenarbeit durch den Abschluss einer lokalen, grenzüberschreitenden Kooperationsvereinbarung auf Basis des deutsch-französischen Rahmenabkommens über die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich langfristig verankert. Die Kooperationsvereinbarung ermöglicht den Zugang zur Krankenhausversorgung auf der anderen Seite der Grenze durch Abschaffung der sonst notwendigen Vorabgenehmigung.

NAVIGATION

» INHALTSVERZEICHNIS » EINLEITUNG » PROGRAMM » SYNTHESE » **PROJEKTE** » INFOS & IMPRESSUM



Die vorliegende Kooperation beruht auf den drei folgenden, komplementären Schwerpunkten:

1. Die Optimierung der zeitkritischen Versorgung französischer Notfallpatienten durch Einbeziehung der SHG-Kliniken Völklingen in die lothringische Versorgungskette mit dem Ziel, die Krankentransportzeit dieser Patienten mit akutem Koronarsyndrom zu verkürzen. Patienten, die in einer der 27 festgelegten, lothringischen Gemeinden wohnen, können sich auf diese Weise statt in den weiter entfernt liegenden C.H.R in Metz oder dem C.H.U Nancy in den näher gelegenen SHG-Kliniken Völklingen behandeln lassen. Jeder Patient kann jedoch weiterhin über den Ort seiner Krankenhausbehandlung frei entscheiden. Die Kooperation sieht außerdem eine Kontinuität der Versorgung der in Deutschland behandelten französischen Patienten vor. Sobald die Patienten stabil sind, werden sie in das C.H.I.C. Forbach mit einem französischen Verlegungs- und Koronarangiographiebericht rückverlegt. Die Übernahme der Behandlungskosten sowie die Abrechnungsmodalitäten sind ebenfalls in der Kooperationsvereinbarung geregelt. Außerdem ist ein medizinischer und administrativer Begleitausschuss im Rahmen der Umsetzung der Vereinbarung vorgesehen.
2. Die Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen medizinischen Patientenversorgung am C.H.I.C. Forbach trotz personeller Schwierigkeiten auf Grund des Ärztemangels. Ziel der Projektpartner ist es, ein grenzüberschreitendes Ärzteteam auf die Beine zu stellen, um junge Fachärzte anzuziehen und dauerhaft den Fortbestand der kardiologischen Intensivstation von Forbach zu sichern. In einem ersten Schritt wird daher das medizinische Personal des C.H.I.C. Unisanté+ durch Ärzte des HerzZentrums Saar der SHG-Kliniken Völklingen verstärkt, um die Aufrechterhaltung des medizinischen Versorgungsangebots zu gewährleisten.
3. Komplementär hierzu: die Organisation eines regelmäßigen Fachaustauschs über Best Practices sowie das Angebot von gegenseitigen Hospitationen zur besseren Abstimmung der Abläufe zwischen den beiden Einrichtungen. Außerdem die Verbesserung der Sprachkompetenz des ärztlichen und pflegerischen Personals durch Sprachkurse.

AKTEURE

	Schweiz	Deutschland
Operationelle Ebene	Das medizinische Personal sowie die Leitung des C.H.I.C. Unisanté+ SMUR	Das medizinische Personal, die Leitung und die Beauftragte für grenzüberschreitende Zusammenarbeit der SHG-Kliniken Völklingen
Institutionelle Ebene	Agence régionale de santé Lothringen	
Krankenkassen	CNAMTS / CPAM 67	



Die SHG-Kliniken in Völklingen



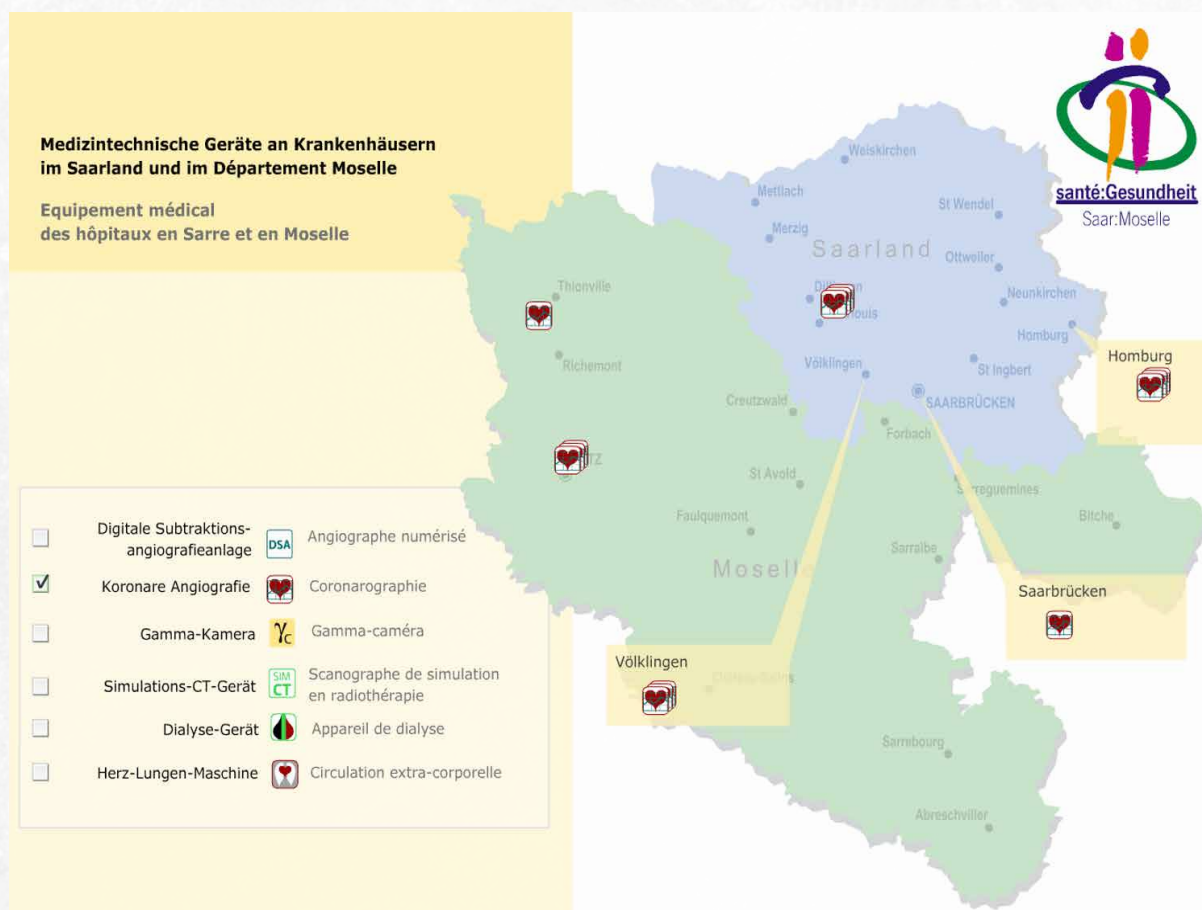
C.H.I.C. Unisanté+ in Forbach

ANMERKUNGEN

- Seit 2012 ist die CPAM des Departement Bas-Rhin im Elsass die Referenzkrankenkasse für die französische Krankenversicherung in punkto grenzüberschreitender Kooperationsvereinbarungen mit Deutschland. Vor diesem Hintergrund ist sie ebenfalls in dieses Kooperationsprojekt involviert, auch wenn das Anwendungsgebiet der Vereinbarung ausschließlich auf das Departement Moselle begrenzt ist.
- Auch das saarländische Gesundheitsministerium und die saarländischen Krankenkassen nahmen als Beobachter zu Beginn an den Verhandlungen teil.

ETAPPEN

Die Idee einer Zusammenarbeit im Bereich Kardiologie zwischen Lothringen und dem benachbarten Saarland geht ursprünglich auf einen freiberuflichen Kardiologen aus dem grenznahen östlichen Teil des Départements Moselle und auf einen deutschen Kardiologen aus Völklingen zurück, die in engem Kontakt miteinander standen. Der französische Kardiologe hegte den Wunsch, seine Patienten nach Deutschland zu überweisen zu können, um sie dann dort selbst zu behandeln. 2002 wurden erste Schritte zur Umsetzung dieser Idee unternommen, die jedoch folgenlos bleiben. Hintergrund dieser Initiative war der steigende Ärztemangel im lothringischen Kohlebecken sowie ihre größere geografische Entfernung zu der nächsten inländischen kardiologischen Fachklinik in Metz, was insbesondere im Bereich Herz-Kreislaufkrankungen problematisch ist, da diese meist eine Notfallbehandlung erfordern.



Seit 2007 beschäftigen die SHG-Kliniken Völklingen eine Beauftragte für grenzüberschreitende Zusammenarbeit, was von ihrem Interesse an einer Kooperation mit Frankreich zeugt. 2008 stand eine Kooperation zwischen den Krankenhäusern von Freyming-Merlebach und Völklingen mit der Caisse d'assurance maladie des mineurs - CARMI zur Diskussion. Ein Projekt, das dann aber wieder fallengelassen wurde auf Grund einer internen Reform der französischen Gesundheitsverwaltung. Im Rahmen dieser internen Verwaltungsreform wurden die ehemaligen, dezentrierten, staatlichen Einrichtungen wie die ARH (Agence régionale de l'hospitalisation), die URCAM (Unions régionales des caisses d'assurance maladie) und die DRASS (Direction régionale des affaires sanitaires et sociales) zur Agence Régionale de Santé (ARS) fusioniert. Vor diesem Hintergrund blieb damals weniger Zeit für grenzüberschreitende Aktivitäten.

Im Rahmen dieser Umstrukturierung der französischen Verwaltung wurde auf Grundlage eines Verwaltungsentscheids eine kardiologische Intensivstation im Krankenhaus von Forbach eingerichtet. Auf Grund ihrer strukturellen Aufbauschwierigkeiten, wendeten sich die Verantwortlichen an das Krankenhaus in Völklingen. 2010 werden erstmals Überlegungen bzgl. einer Kooperation angestellt. Ziel ist der Aufbau eines Kontakts zwischen den Ärzten dieser beiden Einrichtungen sowie dass sie gemeinsam lernen und praktizieren. Aufseiten der operationellen Akteure existiert ein breiter Konsens zur Umsetzung dieser Idee. Das Kooperationsprojekt wird der ARS präsentiert, die ebenfalls von dieser Kooperationsidee überzeugt ist und diese sogar in dem Regionalen Gesundheitsplan (Schéma Régional d'Organisation des Soins- SROS) aufnehmen will.

Auf Grund eines Direktionswechsels bei der ARS und einer darauffolgenden Übergangszeit wird eine grenzüberschreitende Kooperation im Bereich Kardiologie in dem im Januar 2012 veröffentlichten Regionalen Gesundheitsplan allerdings nicht erwähnt. Im März 2012 nimmt die ARS mit den deutschen und französischen Partnern wieder Kontakt auf, um über den Abschluss einer Kooperationsvereinbarung zu verhandeln. Die Vereinbarung wird sehr schnell (innerhalb von zwei Monaten) ausgearbeitet. Der einzige Verhandlungspunkt, der sich etwas in die Länge zog, betraf den Punkt der „Kostenrückerstattung“, da die CPAM des Departement Bas-Rhin sich diesbezüglich mit der ARS Lothringen einigen musste. Die Kooperationsvereinbarung wurde schließlich im März 2013 unterzeichnet.

CHRONOLOGIE

- 2002: Idee einer medizinischen Kooperation im Bereich Kardiologie zwischen dem Departement Moselle und dem Saarland, insbesondere mit den SHG-Kliniken Völklingen
- 2007: Einstellung einer Beauftragten für grenzüberschreitende Zusammenarbeit in den SHG-Kliniken Völklingen
- 2008: Erstes Kooperationsprojekt zwischen den Krankenhäusern von Freyming-Merlebach und Völklingen
- 2010: Diskussion eines Kooperationsprojekts zwischen den Krankenhäusern von Forbach und Völklingen
- 2012-2013: Verhandlungsgespräche bzgl. der Kooperationsvereinbarung
- 19.03.2013: Unterzeichnung der Kooperationsvereinbarung
- 02.04.2013: Inkrafttreten der Kooperationsvereinbarung

HERAUSFORDERUNGEN

Im Laufe des Projekts haben die Akteure gelernt, mit dem Personalwechsel im medizinischen und im Verwaltungsbereich umzugehen (insbesondere mit den Direktionswechseln auf Leitungsebene der beiden Krankenhäuser sowie bei der ARH und der ARS). Diese der französischen Verwaltungskultur inhärenten Personalwechsel konnten durch eine stete Bekundung des weiterbestehenden Interesses an diesem Projekt und eine entsprechende Aufklärungsarbeit vonseiten der Projektpartner, erfolgreich überbrückt werden.

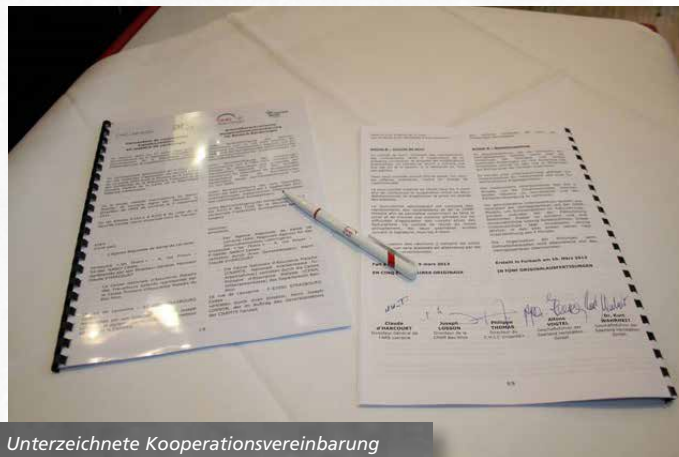
Trotz der auch für das Projekt ausschlaggebenden geografischen Nähe der Projektpartner, ist diese dennoch durch die deutsch-französische Landesgrenze geprägt. So stellte auch die Bewusstwerdung über diese Unterschiedlichkeit der Projektpartner eine der Herausforderungen dar, derer man sich auch stellen sollte ohne die

Notwendigkeit, sprachliche und interkulturelle Kompetenzen für die Zusammenarbeit zu entwickeln, zu vernachlässigen. Die Unterschiede betreffen sowohl ganz allgemein den Aufbau und die Funktionsweise der Gesundheitssysteme in Deutschland und Frankreich sowie die Kostenrückerstattungsverfahren im Speziellen.

Eine weitere große Herausforderung stellte das deutsch-französische Rahmenabkommen per se sowie seine Anwendung und Weiterentwicklung dar. Denn auf deutscher Seite gehört der Projektpartner und Unterzeichner – in diesem Fall die SHG-Kliniken Völklingen - der operationellen Ebene an. Wohingegen auf französischer Seite das Krankenhaus Forbach nicht zu den einzigen Unterzeichnern der Kooperation gehört. Auf französischer Seite wurde die Kooperationsvereinbarung insbesondere auf Verwaltungsebene durch die ARS verhandelt. Somit standen sich also ungleiche Verhandlungspartner gegenüber. Auf französischer Seite fungierte die ARS als regionale Verwaltungsbehörde zur Planung des regionalen Versorgungsangebots auf deutscher Seite einem Krankenhaus als Verhandlungspartner gegenüber, welches einen Versorgungsauftrag erfüllt und damit der operationellen Ebene angehört, ohne jedoch im direkten Kontext einer französischen, regionalen Verwaltungsbehörde zu arbeiten.

Vor diesem Hintergrund musste auch der Verhandlungskontext per se erst einmal entsprechend verhandelt und bestätigt werden. So war es auf der einen Seite für den deutschen Projektpartner nicht leicht, die ARS davon zu überzeugen, nur mit einem Krankenhaus auf operationeller statt auf regionalplanerischer Ebene zu verhandeln. Und auf der anderen Seite mag die ARS an mancher Stelle darüber verwundert gewesen sein, nicht dem saarländischen Gesundheitsministerium als Verhandlungspartner gegenüber gestanden zu sein, das aus ihrer Sicht der entsprechende Verhandlungspartner gewesen wäre. Für das saarländische Gesundheitsministerium hingegen fiel die Aushandlung der Kooperation in den Zuständigkeitsbereich des Krankenhauses, da die Planung des Versorgungsangebots in Deutschland in erster Linie durch Angebot und Nachfrage geregelt wird, also wettbewerblich durch die Krankenhäuser selbst.

Hinzu kam außerdem, dass das Rahmenabkommen eine Einbeziehung der Krankenkassen nicht explizit vorsieht. Die deutschen Projektpartner hingegen hätten die Krankenkassen gerne von Verhandlungsbeginn an miteinbezogen und waren verwundert über diese Entwicklung. Eine zentrale Herausforderung der Umsetzung dieser Kooperation bestand darin, ein gewisses Durchhaltevermögen und eine entsprechende Ausdauer aufzubringen, um die zahlreichen Wendungen, die das Projekt angenommen hatte, den Wechsel der Akteure sowie die Übergangszeiten erfolgreich zu überbrücken. An dieser Stelle sei das Engagement der SHG-Kliniken Völklingen betont, die seit 2002 an diesem Kooperationsprojekt arbeiten.



Unterzeichnete Kooperationsvereinbarung

NAVIGATION

» INHALTSVERZEICHNIS » EINLEITUNG » PROGRAMM » SYNTHESE » **PROJEKTE** » INFOS & IMPRESSUM

ERGEBNISSE

- Ein binationales Team, das sich auf dem Weg zur Zweisprachigkeit befindet
- Die Einrichtung einer kardiologischen Intensivstation am C.H.I.C. Unisanté+ in Forbach am 22. Juli 2013, dessen medizinisches Personal durch Personal der SHG-Kliniken Völklingen verstärkt wurde, welches ca. acht Bereitschaftsdienste pro Monat übernimmt
- Erhöhung der Attraktivität des C.H.I.C. Forbach und seiner kardiologischen Abteilung
- Entwicklung eines grenzüberschreitenden Behandlungspfades zur Behandlung akuter Myokardinfarkte von Patienten, die in einer der 27 grenznahen lothringischen Gemeinden leben
 - Medizinische Betreuung französischer Patienten in Völklingen
 - Überweisung in das C.H.I.C. Forbach nach ungefähr drei Tagen
 - Entlassungsbrief auf Französisch
 - 90% der Kosten werden nach mindestens 45 Tagen rückerstattet
 - 100% Patientenzufriedenheit
 - 65% der Patienten sprechen Deutsch
- Ein Austausch von Best Practices, auch durch Hospitationen und Symposien

ERFOLGSFAKTOREN DER ZUSAMMENARBEIT

- Die gute Zusammenarbeit zwischen den Verwaltungsstellen und dem medizinischen Fachpersonal
- Das große und langjährige Engagement der operationellen Partner
- Der breite Konsens und das gute Verhältnis zwischen dem medizinischen Personal dies- und jenseits der Grenze
- Die Förderung der Fremdsprachenkompetenz durch das Angebot von Sprachkursen für Ärzte und Pflegekräfte
- Das Vertrauen und die volle Transparenz zwischen den zwei Partnern dank einer langfristig verankerten Kooperation
- Die Existenz eines Koordinators und zentralen Ansprechpartners für die Behörden und Institutionen der beiden Länder, was vom Willen des Krankenhauses zeugt, die grenzüberschreitenden Projekte zu Ende zu bringen
- Die Kenntnis des Gesundheitssystems des anderen Landes dank:
 - vorhergehender INTERREG-Projekte
 - Kooperationen mit Aus- und Weiterbildungseinrichtungen (Vereinbarung SHG-Kliniken – IFSI Sarreguemines zum Beispiel)
- Den Expertenstatus innerhalb der saarländischen Delegation im Wirtschafts- und Sozialausschuss der Großregion

Diese Projektbeschreibung basiert auf den Interviewaussagen von:

Frau Karin Mertens, Beauftragte für grenzüberschreitende Zusammenarbeit bei den SHG-Kliniken Völklingen.

Verfasserin: Christelle Moussus

» SEEK - GRENZÜBERSCHREITENDE ZUSAMMENARBEIT IM BEREICH EPILEPSIE

GRENZÜBERSCHREITENDE GESUNDHEITSVEREINBARUNGEN
ZUR GEMEINSAMEN VERSORGUNG VON EPILEPSIEPATIENTEN

OPERATIONELLE AKTEURE:

HUS, EZ und AOK (deutsche Krankenkasse)

ZIEL:

Schaffung eines integrierten, grenzüberschreitenden Behandlungspfads basierend auf der komplementären Nutzung der Mittel und Instrumente beider Einrichtungen sowie auf den Fortschritten im Bereich der Erforschung und Behandlung von Epilepsie zur schnellst möglichen und schnellst besten Behandlung deutscher und französischer Patienten

DAUER:

2007-2014 (Entwicklung des INTERREG-Projekts, anschließend Ausarbeitung der zwei Vereinbarungen)

UNTERZEICHNUNG DER VEREINBARUNGEN:

14 November 2014

GEGENSTAND

Die medizinische und wissenschaftliche Zusammenarbeit im Bereich Epilepsie zwischen den Krankenhäusern in Straßburg und in Kork ist insbesondere auf die Bedürfnisse der Patienten in diesem geografischen Raum ausgerichtet. Das Know-how der beiden operationellen Akteure ist komplementär und erleichtert hierdurch die gemeinsame Versorgung von Patienten. Die gemeinsame medizinische Betreuung von pharmakoresistenten fokalen Epilepsien in Straßburg und in Kork, ermöglicht zudem eine wohnortnahe Behandlung zu Gunsten der Patienten.

Von 2009 bis 2012 wurde durch das INTERREG IV A-Projekt Straßburg Epileptologie Eurodistrikt Kork (SEEK) der Rahmen für die Zusammenarbeit zwischen den Einrichtungen geschaffen. Insbesondere durch die Unterzeichnung einer Vereinbarung zur gemeinsamen Nutzung von Behandlungs- und Forschungsinstrumenten im Bereich Epilepsie.

Die Unterzeichnung zweier grenzüberschreitender Gesundheitsvereinbarungen am 14. November 2014 auf Basis des deutsch-französischen Rahmenabkommens, hat die Kooperation nun langfristig verankert und zudem die Patientenübernahme erleichtert. Das deutsch-französische Rahmenabkommen wurde am 22. Juli 2005 von der deutschen und der französischen Regierung unterzeichnet und ermöglicht den Abschluss lokaler Kooperationsvereinbarungen.

Dieser juristische Rahmen soll bürokratische Hürden abbauen, wie beispielsweise durch die Abschaffung der Vorabgenehmigung einer stationären Behandlung im Nachbarland. Die Kooperationsvereinbarungen ermöglichen zudem eine Vereinfachung und Beschleunigung der Kostenrückerstattung durch ein direktes Abrechnungsverfahren zwischen den Gesundheitseinrichtungen und den jeweiligen Krankenkassen der deutschen und französischen Patienten. Zudem wurden hierdurch die Fragen des Krankentransports, der Krankenversicherung sowie der medizinischen Verantwortung für den Patienten geregelt. Kurzum, diese Vereinbarungen konsolidieren die bereits bestehende medizinische und wissenschaftliche Kooperation durch die Schaffung eines wahrhaft integrierten, grenzüberschreitenden Behandlungspfads.

AKTEURE

Frankreich	Deutschland
Das betroffene Personal der Universitätskliniken Straßburg	Personal des Epilepsiezentrum Kork
Agence Régionale de Santé d'Alsace	(punktuell: Sozialministerium Baden-Württemberg)
Caisse Primaire d'Assurance-Maladie du Bas-Rhin	AOK Baden-Württemberg
Direction Régionale du Service Médical	
Communauté urbaine de Strasbourg und Eurodistrikt Straßburg-Ortenau (Unterstützung in der Anfangsphase der Kooperation und Beteiligung im Rahmen des INTERREG IV A-Projekts)	

ETAPPEN

Die Kooperation ermöglicht eine gemeinsame Nutzung personeller Kompetenzen und technischer Instrumente im Fachbereich der fokalen Epilepsie. Sie wird getragen von zwei Initiatoren und ihrer Einrichtungen: Prof. Dr. Hirsch von den Universitätskliniken Straßburg und Prof. Dr. Steinhoff vom Epilepsiezentrum Kork. Bei dieser Kooperation handelt es sich um eine medizinische Zusammenarbeit (im Rahmen der Behandlung von Patienten) sowie um eine wissenschaftliche Zusammenarbeit (im Bereich der Forschung), da für eine Verbesserung der Pflege eine vorausgehende Forschung unabdingbar ist.

An dieser Stelle sei außerdem betont, dass der zwischen dem medizinischen Personal etablierte Vertrauensrahmen den Schlüsselfaktor für den medizinischen Erfolg der Zusammenarbeit darstellt.

NAVIGATION

Diese Kooperation nahm im Rahmen des Programms INTERREG IV A Oberrhein und mit politischer Unterstützung des Eurodistrikts Straßburg-Ortenau die Form eines INTERREG-Projekts an. Die Projektentwicklung erfolgte in den Jahren 2007-2008 bevor 2009 die Umsetzungsphase des Projekts SEEK (Straßburg Epileptologie Eurodistrikt Kork) startete. Ziel ist es, die erste grenzüberschreitende Plattform im Bereich der klinischen Epileptologie aufzubauen. In einem ersten Schritt soll ein medizinisch-wirtschaftliches Modell grenzüberschreitender Patientenmobilität für die Einwohner des Eurodistrikts Straßburg-Ortenau entwickelt werden, das später dann auch auf den Oberrhein ausgedehnt werden kann und sich potentiell zu einem europäischen Exzellenzzentrum entwickeln kann. Im Zentrum des Projekts stehen der Austausch und die gemeinsame Nutzung personeller und materieller Ressourcen (Komplementarität des technischen Equipments).



Mit Ende des INTERREG-Projekts 2012, endete auch die EU-Förderung, die die Akteure jedoch bedacht hatten. Die Zusammenarbeit sollte mithilfe eines juristischen Rahmens und einer durch die Einrichtungen gesicherten Finanzierung langfristig verankert und institutionalisiert werden. 2011 begannen die ersten Beratungen bezüglich der Erarbeitung einer Vereinbarung auf Basis des deutsch-französischen Rahmenabkommens. Zahlreiche Besprechungen haben in diesem Zusammenhang stattgefunden, um die bürokratischen und finanziellen Herausforderungen zu umgrenzen, potentielle Partner zu identifizieren und Lösungen für die diversen im Rahmen des Projekts aufgetretenen Schwierigkeiten zu finden. Während dieser Besprechungen fungierte die ARS Alsace (zukünftige Unterzeichnerin der Vereinbarung) als Koordinator der zahlreichen deutschen und französischen Akteure.

Die grenzüberschreitende Gesundheitsvereinbarung zur Behandlung von Epilepsiepatienten wird erarbeitet (Unterzeichner: ARS, Epilepsiezentrum Kork, HUS). Diese Vereinbarung sichert die medizinische Betreuung französischer Patienten und stellt zugleich die Grundlage für die Unterzeichnung der Vereinbarung zwischen der ARS, den HUS und den deutschen Krankenkassen zur Behandlung deutscher Patienten, dar. Sie wird am 14. November 2014 in Offenburg unterzeichnet.

Im September 2013 starteten parallel die Verhandlungen mit der deutschen Krankenkasse AOK Baden-Württemberg. Das Epilepsiezentrum hatte zuvor die AOK bezüglich fünf Patienten kontaktiert, die einer Behandlung in Straßburg unterzogen werden sollten. Infolgedessen wurde eine zweite Vereinbarung ausgearbeitet zur Regelung der Übernahmemodalitäten von bei der AOK versicherten Epilepsiepatienten, die sich im Universitätsklinikum Straßburg einer neurochirurgischen Behandlung unterziehen müssen, bevor sie wieder im Epilepsiezentrum aufgenommen werden. Diese Vereinbarung, die ebenfalls am 14. November 2014 unterzeichnet wurde, betrifft ausschließlich deutsche Patienten, die bei der AOK versichert sind und stellt eine Grundlage dar, auf der weitere Vereinbarungen mit anderen deutschen Krankenkassen getroffen werden können.



*Unterzeichnung der grenzüberschreitenden Kooperationsvereinbarung
vorne, von links: Laurent Habert, ARS; Petra Spitzmüller, AOK,
Rainer Baudermann, AOK; Christophe Gautier, HUS*

HERAUSFORDERUNGEN

Nachdem die medizinische Zusammenarbeit bereits ein paar Jahre Erfahrungen sammeln konnte, stellte sich die Frage ihrer dauerhaften Verankerung und Optimierung. Die Ausarbeitung einer grenzüberschreitenden Gesundheitsvereinbarung auf Grundlage des deutsch-französischen Rahmenabkommens stellt einen wichtigen Schritt in Richtung ihrer Institutionalisierung dar und erleichtert dabei gleichzeitig die Überwindung geografischer und administrativer Barrieren der rein medizinischen Zusammenarbeit. Die Herausforderungen bestanden insbesondere darin, den Patienten den Zugang zu Gesundheitsleistungen zu erleichtern, den Verwaltungsaufwand für das medizinische Personal zu verringern sowie die Abrechnungssysteme für Patienten, Krankenhäuser und Krankenkassen zu vereinfachen.

Um dieses Kooperationsprojekt zwischen den beiden Gesundheitseinrichtungen auf die Beine zu stellen, haben die Projektpartner wahrhaft Pionierarbeit geleistet. Die erarbeiteten Vereinbarungen zeugen in mehrerer Hinsicht von innovativem Charakter:

- Es handelt sich hierbei um die erste Vereinbarung auf Basis des Rahmenabkommens, bei der ein Patientenstrom in beide Richtungen (nach Deutschland und nach Frankreich) existiert und dies abgesehen von der Vereinbarung in der medizinischen Notfallhilfe
- Dies impliziert für die medizinische Betreuung deutscher Patienten in Frankreich zum ersten Mal eine direkte Zusammenarbeit mit einer deutschen Krankenkasse
- Es handelt sich hierbei zudem um die erste Kooperationsvereinbarung, die nicht die Notfallhilfe betrifft, sondern nicht akute und/oder programmierte Behandlungen
- Auch der Punkt der Patientenübernahme stellt ein Novum dar, denn bis zu diesem Zeitpunkt existierte noch keine entsprechende Vereinbarung für Epilepsiepatienten

NAVIGATION

Während der Ausarbeitung der Kooperationsvereinbarungen stellte die Kenntnis der Unterschiede zwischen den politisch-administrativen Systemen und den Gesundheitssystemen eine zentrale Herausforderung dar. Auch wenn die jeweiligen Systeme der Systemlogik des jeweiligen Landes entsprechen und auch das Rahmenabkommen unterschiedliche Unterzeichnungs- und Verhandlungspartner vorsieht, so erschwert diese Unterschiedlichkeit dennoch die Suche nach entsprechenden Verhandlungspartnern.

Auf französischer Seite besitzen die „Directions Régionales ou Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS oder DDASS), die Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH), [...], sowie die Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM)“ die Unterzeichnungs- und Verhandlungsbefugnis und seit 2010 die Agences Régionales de santé (ARS). Auf deutscher Seite haben „für die Bundesrepublik Deutschland im Rahmen ihrer Zuständigkeit die der Rechtsaufsicht des Bundesversicherungsamtes unterstellten Selbstverwaltungskörperschaften sowie auf der Ebene der Länder die jeweiligen Ministerien sowie die ihnen nachgeordneten Behörden und ihrer Rechtsaufsicht unterstellten Selbstverwaltungskörperschaften sowie sonstige Einrichtungen und Dienste des Gesundheitswesens“ diese Kompetenz inne.

Die unterschiedlichen Rollen und Funktionen der deutschen und französischen Projektpartner im Rahmen der Entwicklung, Verhandlung und Umsetzung des Projekts, aber auch die unterschiedliche Kompetenz- und Aufgabenverteilung in den beiden Ländern, stellen zusätzliche Herausforderungen dar. Obwohl das Gesundheitsministerium Baden-Württembergs nicht direkt an diesem Kooperationsprojekt beteiligt war, so hat es der französischen Verwaltungseinrichtung ARS dennoch wertvolle Hilfestellung bei Fragen bezüglich des deutschen Systems geleistet sowie bei der Identifikation entsprechender Ansprechpartner.

In praktischer Hinsicht fällt die Frage der Behandlungskosten in das Aufgabenfeld der Krankenkassen. In diesem Zusammenhang galt es zu prüfen, dass die Behandlungstarife der Universitätskliniken Straßburg nicht über den Tarifen eines deutschen Krankenhauses lagen, in dem die Behandlungen hätten durchgeführt werden können. Hierzu mussten die Namen und Bezeichnungen von Gesundheitsleistungen im deutschen System exakt in das französische Bezeichnungssystem übertragen werden, was die Umsetzung der Finanzvereinbarung zusätzlich erschwerte.

Auch die Sprache stellte eine weitere Herausforderung bei der Erarbeitung der Vereinbarungen dar. Dank zweisprachiger Projektpartner, die die Übersetzung bei Sitzungen übernahmen und mit Hilfe bilingueller Ärzte, welche die entsprechenden Fachbegriffe übersetzten, konnte die Sprachbarriere überwunden werden.

Fremdsprachenkompetenz stellt auch für das medizinische Personal eine alltägliche Herausforderung bei der Umsetzung der Kooperationsvereinbarung dar. Die betroffenen Abteilungen der Gesundheitseinrichtungen halten zunehmend nach zweisprachigem Pflegepersonal Ausschau und machen sich Gedanken über eine entsprechende grenzüberschreitende Fortbildung ihrer Mitarbeiter.

ERGEBNISSE

- Anzahl behandelter Patienten:
ca. 100 Patienten sind seit Beginn der Kooperation grenzüberschreitend behandelt worden.
- Ein in beide Richtungen verlaufender Patientenstrom und -austausch. Auch wenn die Anzahl der Behandlungsfälle noch nicht sehr hoch ausfällt, so stellt die Komplementarität des medizinischen Personals und des Equipments einen medizinischen Mehrwert für die Patienten und ihre Angehörigen dar. Die Nähe und die guten zwischenmenschlichen Beziehungen zwischen dem Team der Universitätskliniken Straßburg und dem Team des EZ Kork sorgen für ein qualitativ hochwertiges Gesundheitsangebot, was auch die Patienten sehr zu schätzen wissen.
- Der Fortbestand der Kooperation wurde durch die Unterzeichnung der zwei Vereinbarungen zur grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im Fachbereich Epilepsie gesichert: eine „Rahmen“-vereinbarung, die den Gegenstand der Zusammenarbeit festlegt sowie eine Vereinbarung zur Kostenübernahme durch eine deutsche Krankenkasse. Die Kooperationsvereinbarungen verleihen der Zusammenarbeit eine administrative und finanzielle Sicherheit.
- Durch das Kooperationsprojekt wurde medizinisches, verwaltungs- und abrechnungstechnisches Wissen und Know-how weiterentwickelt.
- Die abgeschlossenen Vereinbarungen stellen eine Grundlage für weitere Vereinbarungen mit deutschen Krankenkassen bzgl. der Versorgungsmodalitäten deutscher Patienten, dar.
- Es wurde eine Reihe von Werkzeugen zur Evaluierung dieser Vereinbarungen entwickelt – in Zusammenarbeit mit einem Begleitausschuss, der die Umsetzung der Vereinbarungen überwacht.

ERFOLGSFAKTOREN

- Das gute zwischenmenschliche Verhältnis und das Vertrauen zwischen den Ärzten der beiden Gesundheitseinrichtungen haben den Antsoß für die medizinische und wissenschaftliche Zusammenarbeit gegeben
- Die Unterstützung durch die Leitung der Universitätskliniken Straßburg und des EZ Kork
- Das INTERREG-Projekt SEEK und seine politische Unterstützung; die Hilfe und Unterstützung vonseiten des Eurodistrikts Straßburg-Ortenau bei Projektstart
- Ein enger Kontakt zwischen den Projektpartnern dank:
 - regelmäßiger Treffen zwischen den operativen und strategischen Akteuren
 - eines Informationsaustauschs zwischen dem medizinischen Fachpersonal und den Verwaltungs- und Abrechnungsstellen
 - der Übersetzung aller Arbeitsdokumente in beide Sprachen und der Übersetzung während der Besprechungen und Treffen
- Die Einbeziehung zahlreicher Akteure in die Erarbeitung der Kooperationsvereinbarungen, insbesondere auch einer Krankenkasse bzgl. der Abrechnungsmodalitäten
- Die Rolle der ARS als Koordinator und ihre zweisprachige und engagierte Referentin für grenzüberschreitende Zusammenarbeit

Diese Projektbeschreibung basiert auf den Vorträgen, die im Rahmen der Konferenz gehalten wurden, sowie auf Interviewaussagen von:

- Prof.Dr. Edouard Hirsch, Professor für Neurologie an der Universität Straßburg
- Frau Sandra Lugbull-Krien, Referentin für grenzüberschreitende Zusammenarbeit, ARS Alsace
- Herrn Rainer Baudermann, Fachbereichsleiter Versorgungsmanagement, AOK Baden-Württemberg
- Frau Carola Giesinger, Referentin Grundsatz Leistungen, Fachbereich Versorgungsmanagement, AOK Baden-Württemberg

Verfasserin: Christelle Moussus

»» ÄRZTEHAUS

KONTEXTBESCHREIBUNG:

In Deutschland und Frankreich führen der demografische Wandel und das Niederlassungsverhalten von Ärzten zu einer zunehmenden hausärztlichen Unterversorgung im ländlichen Raum. Hieraus ist die Idee entstanden, nach gemeinsamen grenzüberschreitenden Lösungen für Patienten und Ärzte zu suchen, die gegebenenfalls den Ärztemangel im ländlichen Raum ausgleichen können.

MÖGLICHE ZIELE DER KOOPERATION:

1. Verbesserung des ambulanten, medizinischen Versorgungsangebots durch grenzüberschreitend tätige Ärzte – Kapazitäten gemeinsam nutzen
2. Versorgung von Patienten unabhängig ihrer Herkunft und ihres Versicherterstatus (z.B. Grenzgänger) durch französische oder deutsche Ärzte
3. Vergütung nach Versicherungsstatus des Patienten

DAUER:

Das Projekt wird seit 2012 im Expertenausschuss Gesundheitsversorgung der deutsch-französisch-schweizerischen Oberrheinkonferenz (ORK) diskutiert

VORBEMERKUNG: Zum Zeitpunkt der Abfassung dieser Projektbeschreibung waren die Etappen Projektdefinition und -entwicklung noch nicht abgeschlossen. Der Zweck dieser Projektbeschreibung besteht darin, die Fragestellungen und Probleme herauszuarbeiten, die in der Entwicklungsphase eines grenzüberschreitenden Projekts aufkommen.

GESUNDHEITSVERSORGUNG IM LÄNDLICHEN RAUM – IST GRENZÜBERSCHREITENDE ZUSAMMENARBEIT EINE LÖSUNG FÜR DEN ÄRZTEMANGEL?

In Deutschland wie in Frankreich droht dem ländlichen Raum eine hausärztliche Unterversorgung. Auch wenn der Oberrhein nicht ganz so massiv von diesem Phänomen betroffen ist, so bleibt das Versorgungsangebot in manchen ländlichen Regionen unter dem entsprechenden regionalen Durchschnitt. Der Bedarf, die dortige Gesundheitsversorgung zu verbessern, wurde von den Akteuren auf institutioneller Ebene bestätigt.

Die Projektidee eines grenzüberschreitenden Ärztehauses wurde von den administrativen Akteuren (Expertenausschuss Gesundheitsversorgung der ORK) mit dem Ziel initiiert, die Potenziale und Herausforderungen einer solchen grenzüberschreitenden Kooperation auszuloten und zu testen.

NAVIGATION

»» INHALTSVERZEICHNIS »» EINLEITUNG »» PROGRAMM »» SYNTHESE »» **PROJEKTE** »» INFOS & IMPRESSUM

GEGENSTAND

Als erste ländliche Region, in der grenzüberschreitende Zusammenarbeit dem Ärztemangel Abhilfe verschaffen könnte, wurde das Gebiet rund um Lauterbourg im Nordelsass identifiziert.

Eine Möglichkeit dem Problem der hausärztlichen Unterversorgung hier zu begegnen besteht in der Gründung eines grenzüberschreitenden Ärztehauses mit umfassendem fach- und hausärztlichem Versorgungsangebot. Ein solches Projektvorhaben beruht jedoch insbesondere auf dem Engagement der Ärzte. Diese Projektidee ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt auf Grund mangelnder operationeller Partner aufgegeben worden; sie stellt aber die erste Etappe für ein zweites Projekt im canton Neuf-Brisach (Frankreich) dar, das laut der

Akteure derzeit mehr Chancen hat, umgesetzt zu werden. Der canton Neuf-Brisach ist stark von Ärztemangel betroffen, während es auf der anderen Seiten der Grenze ein ausreichend gutes medizinisches Versorgungsangebot gibt.



© Dirk Fischbach

Eine zweite Lösungsmöglichkeit besteht darin, eine grenzüberschreitende Ärztekooperation im canton Neuf-Brisach zu entwickeln (siehe Kapitelabschnitt Etappen). Dieses Projekt befindet sich derzeit noch in der Entwicklungsphase und beinhaltet zum gegenwärtigen Zeitpunkt folgende Ziele:

- die Eröffnung einer Zweigpraxis durch einen deutschen Arzt in Frankreich
- die gemeinsame Nutzung der Räumlichkeiten einer französischen Praxis durch einen deutschen Arzt
- die Versorgung von Patienten unabhängig ihrer Herkunft und ihres Versicherungsstatus durch deutsche oder französische Ärzte
- die Vergütung nach Versicherungsstatus der Patienten
- eine wissenschaftliche Evaluation und Begleitung zur Dokumentation und Nutzbarmachung der gewonnenen Erkenntnisse und Erfahrungen

AKTEURE

1) Ursprünglich geplant für das grenzüberschreitende Ärztehaus im Nordelsass (Lauterbourg)

	Schweiz	Deutschland
Initiator	Expertenausschuss Gesundheitsversorgung der Oberrheinkonferenz (Leiter: Herr Fischbach, Geschäftsführer der Barmer GEK)	
Projektentwicklung	Agence Régionale de Santé Alsace	
	Direction régionale du service médical d'Alsace-Moselle	Sozialministerium Baden-Württemberg
	Ordre des médecins du Bas-Rhin	Regierungspräsidium Karlsruhe / Arbeitsgruppe Gesundheit der Oberrheinkonferenz
	Barmer GEK	
	Eurodistrikt REGIO PAMINA	

2) Für die grenzüberschreitende Ärztekooperation im canton Neuf-Brisach

	Schweiz	Deutschland
Initiatoren	Expertenausschuss Gesundheitsversorgung der Oberrheinkonferenz (Leiter: Herr Fischbach, Geschäftsführer der Barmer GEK)	
Projektentwicklung	Agence Régionale de Santé Alsace	
	Direction régionale du service médical d'Alsace-Moselle	Sozialministerium Baden-Württemberg
		Regierungspräsidium Karlsruhe / Arbeitsgruppe Gesundheit der Oberrheinkonferenz
	Ordre des médecins du Bas-Rhin	
		Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
		Barmer GEK
	Herr Dr. Ruetsch, Hausarzt, Mitglied der Union Régionale des Professionnels de Santé regroupant les Médecins Libéraux d'Alsace	

ETAPPEN – VOM PROJEKT „GRENZÜBERSCHREITENDES ÄRZTEHAUS“ BIS ZUR „GRENZÜBERSCHREITENDEN ÄRZTEKOOPERATION“

- Als Reaktion auf die zunehmende hausärztliche Unterversorgung im ländlichen Raum hat die französische Regierung Maßnahmen zur Förderung von Ärztehäusern getroffen. Zwei grenznahe Gebiete im Elsass sind von dieser Unterversorgung bedroht: die cantons Lauterbourg und Neuf-Brisach. Die deutsche Grenzseite hingegen zeichnet sich durch ein gutes und sogar sehr gutes Versorgungsangebot an Hausärzten aus, wie beispielsweise die Gemeinde Breisach. Vor diesem Hintergrund ist die Idee entstanden, diese komplementäre Versorgungssituation grenzüberschreitend zu nutzen.
- Die Projektidee, eine genossenschaftliche Struktur mit deutschen und französischen Ärzten zu gründen, stammt ursprünglich aus dem Expertenausschuss Gesundheitsversorgung der deutsch-französisch-schweizerischen Oberrheinkonferenz. Um dem Problem des Ärztemangels zu begegnen, fördert das französische Gesundheitsministerium durch finanzielle Beihilfen generell den Zusammenschluss von medizinischem Fachpersonal und insbesondere die Gründung von interdisziplinären Ärztehäusern. Vor diesem Hintergrund haben die Akteure vorgeschlagen, ein solches Modell grenzüberschreitend zu testen. Das Projekt wird seit 2012 im Rahmen des Expertenausschusses Gesundheitsversorgung der ORK diskutiert.
- Im Juli 2013 fand eine Veranstaltung zur Vorstellung des Projekts in Freiburg statt, zu der Vertreter der französischen Ärztekammer und Ärzte der Union Régionale des Professionnels de Santé regroupant les Médecins Libéraux d'Alsace (URML) eingeladen sind. Während dieser Sitzung erklärte Herr Dr. Ruetsch, dass er bereit sei, eine Kooperation mit einem deutschen Arzt einzugehen. Seine Arztpraxis, die er vor 30 Jahren in Dessenheim im canton Neuf-Brisach gegründet hat, biete mit 200 m² ausreichend Platz zur Niederlassung eines zweiten Arztes. Herr Dr. Ruetsch, Mitglied bei der URML, betreut Ärzte in der Ausbildung und beabsichtigt noch vor seinem Ruhestand sich seine Praxis mit einem zweiten Arzt zu teilen.
- Da kein weiterer französischer Arzt und insbesondere nicht aus dem Raum Lauterbourg, Interesse an einem grenzüberschreitenden Ärztehaus zeigte, nahm dieses Projekt langsam eine andere Gestalt an. Der Expertenausschuss kam zu dem Ergebnis, dass ein grenzüberschreitendes Ärztehaus auf Grund des mangelnden Interesses aufseiten der Ärzte wenig Chancen hat und wendet sich infolgedessen dem Thema der grenzüberschreitenden Ärztekooperation zu. Der Expertenausschuss ist ein Netzwerk bestehend aus deutschen und französischen Gesundheitsexperten, die versuchen, gemeinsam Lösungen zu erarbeiten. 2014 führte er folgende Überlegungen: Auf Grund der guten Erreichbarkeit des cantons Neuf-Brisach, ließe sich vielleicht ein deutscher Arzt finden, der im Rahmen einer Zweigpraxis bei Herrn Dr. Ruetsch eine Kooperation mit Letzterem eingehen könnte. Ziel des Projekts ist weiterhin die Verbesserung der hausärztlichen Versorgung sowie die Behandlung von Patienten nach dem Abrechnungssystem ihres Heimatlandes. Der Expertenausschuss arbeitet derzeit am Abbau der administrativen Hindernisse. Er bereitet die konkrete Umsetzung des Projekts vor, welches in Zukunft Modellcharakter für die grenzüberschreitende Behandlung von Patienten nach ihrem Versichertenstatus haben soll.



© Burkhard Frey

- In einem nächsten Schritt soll eine Veranstaltung mit der Kassenärztlichen Vereinigung und Ärzten in Breisach organisiert werden, um deutsche Ärzte für die Teilnahme an der Ärztekooperation zu gewinnen. Bis dahin sollen alle praktischen Fragen beantwortet sein.
- Sobald die geplante grenzüberschreitende Ärztekooperation funktioniert, soll sie auch wissenschaftlich begleitet und evaluiert werden. Die hieraus gewonnenen Erkenntnisse könnten nämlich weitere Ärztekooperationen in anderen Grenzregionen inspirieren. Die Ärztekooperation stellt letztendlich auch einen ersten Schritt hin zur Gründung eines grenzüberschreitenden, interdisziplinären Ärztehauses dar.

ZEITPLAN

- 2012: Idee, ein grenzüberschreitendes Ärztehaus zu gründen
- 2013: Diskussion im Rahmen des Expertenausschusses Gesundheitsversorgung
- Juli 2013: Veranstaltung mit politischen Organen und französischen Ärzten erste Projektskizze und Projektänderung
- 2015: Strukturierung und Planung der Ärztekooperation
- Frühjahr 2015 (geplant): Informationsveranstaltung für deutsche Ärzte

HERAUSFORDERUNGEN

- Administrative Fragen
 - Zulassungsbedingungen für einen deutschen Arzt auf französischem Boden
 - Budget der deutschen Ärzte
 - Altersversorgung/ Versorgungsanstalt der Ärzte – Arbeitsrechtliche Fragen
 - Steuerliche Aspekte
 - Infrastruktur – Geräte – Ausstattung – Hilfskräfte
 - Vergütungsunterschiede (Vergütungssatz und Bezahlungsmodalitäten)
- Interkulturelle Fragen
 - Sprachbarrieren
 - Medizinische Methodik: Gesprächsmedizin in F vs. Gerätemedizin in D
 - Einen Kooperationspartner finden, der bereit ist, sich auf dieses Abenteuer einzulassen
 - Kenntnis des anderen Gesundheitssystems/ Austausch der Ärzte
 - Würden die Bewohner der Grenzregion ein solches Angebot annehmen?

- Wissensproduktion und Kenntnisse über das Nachbarland
 - Informationen finden über: Steuer, Altersversorgung, Anerkennung der Berufsbezeichnung, Zulassung der Ärztekammern, Abrechnungsmodalitäten usw.

- Finanzielle Fragen
 - Keine eigenen finanziellen Mittel, die dem Projekt zur Verfügung stehen
 - Die Arbeit, die bis jetzt geleistet wurde, beruht auf der ehrenamtlichen Mitarbeit der Mitglieder des Expertenausschusses. Ab einem bestimmten Punkt der Projektentwicklung braucht man Ressourcen für die Projektkoordination
 - Finanzielle Mittel für eine wissenschaftliche Begleitung und Evaluation finden, um die Hemmnisse dokumentieren und den Zukunftscharakter des Projekts bewerten zu können

- Projektmanagement
 - Wer übernimmt die Projektplanung und die Projektumsetzung?
 - Mandat?

ERGEBNISSE

Zunächst einmal ermöglicht der breite Informationsaustausch zwischen den Mitgliedern des Expertenausschusses eine bessere Kenntnis des jeweiligen Gesundheitssystems des Nachbarlandes.

Bezüglich des Projekts der grenzüberschreitenden Ärztekoooperation konnten theoretisch alle rechtlichen Rahmenbedingungen mit Hilfe der französischen und deutschen Ärztekammer, der Sozialministerien (von Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz), der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg, der Agence Régionale de Santé (ARS) Alsace, geklärt werden.

Interessant hierbei ist, dass in der Projektentwicklungsphase ganz andere Fragestellungen auftreten würden, wenn das Projekt umgekehrt konzipiert worden wäre, das heißt, wenn im Rahmen der Ärztekoooperation ein französischer Arzt auf deutschem Boden praktizieren würde.

Diese Projektbeschreibung basiert auf den Interviewaussagen von:

- D. Fischbach, Regionalgeschäftsführer Barmer GEK
- F. Seiller, Médecin conseil bei der ARS Alsace
- Dr. M. Ruetsch, Allgemeinmediziner in Dessenheim (Frankreich)

Verfasserin: Christelle Moussus

INFOS & IMPRESSUM

Einen Großteil der Präsentationen, die im Rahmen der Konferenz gezeigt wurden, können Sie unter folgendem Link abrufen:

<http://www.euroinstitut.org/wDeutsch/5-Veroeffentlichungen/Dokumentationen/2014-BMG.php>

VORBEREITUNG UND INHALTLICHE KOORDINATION DER KONFERENZ:

Anne Dussap

IMPRESSUM

Redaktion und Übersetzung:

Anne Dussap, Sarah Seitz, Euro-Institut
März 2015

Gestaltung:

götzinger + komplizen Werbeagentur GmbH
www.goetzinger-komplizen.de

FÜR WEITERE INFORMATIONEN

Euro-Institut

Institut für grenzüberschreitende Zusammenarbeit

Rehfusplatz 11 · 77694 Kehl · Deutschland

Tel.: 0049 (0)7851 7407-0

E-Mail: euroinstitut@euroinstitut.org

www.euroinstitut.org

