

# STUDIE ÜBER DIE SCHAFFUNG EINER PILOTREGION FÜR DEN ZUGANG ZU GRENZÜBERSCHREITENDEN MEDIZINISCHEN LEISTUNGEN IM EURODISTRIKT STRASBOURG-ORTENAU

## Endbericht

Januar 2013



Studie beauftragt durch den  
Eurodistrict Strasbourg-Ortenau

Durchgeführt vom  
Zentrum für Europäischen Verbraucherschutz e.V.



Centre Européen de la Consommation  
Zentrum für Europäischen Verbraucherschutz e.V.  
[www.cec-zev.eu](http://www.cec-zev.eu)



**Das Zentrum für Europäischen Verbraucherschutz e. V. möchte sich bei allen im Rahmen der Studie getroffenen Ansprechpartnern (Politiker, Kassen, medizinische Einrichtungen und Behörden, Ärzte, Krankenhaus- und Klinikleiter) für Ihre wertvolle Kooperation bedanken.**

**Seinen besonderen Dank möchte das ZEV an Dr. Alexandre Feltz und Dr. Claus-Dieter Seufert, Vorsitzende der Arbeitsgruppe Gesundheit des Eurodistrikts Strasbourg-Ortenau, für die qualifizierte Beratung und die Betreuung der Studie aussprechen.**

Dr. jur. Martine Mérigeau  
Vorstand

Christian Tiriou  
Projektleiter

**Dieser Bericht ist eine Übersetzung der französischen Originalfassung, angefertigt durch das ZEV e.V. Nur die französische Originalfassung ist verbindlich.**

Dieser Bericht unterliegt dem Urheberrecht und dem Recht des geistigen Eigentums. Jegliche auch teilweise Reproduktion ist ohne die ausdrückliche Genehmigung des Zentrums für Europäischen Verbraucherschutz e.V. und des EVTZ Eurodistrikt Strasbourg-Ortenau nicht gestattet.



# INHALT

S.1	<b>Vorwort</b>
S.1	A. Hintergrund der Studie
S.2	B. Vorbemerkungen
S.7	<b>I. Bestandsaufnahme des Versorgungsangebotes im Eurodistrikt Strasbourg-Ortenau</b>
S.7	A. Vergleich der stationären Behandlungsangebote: Aufbau und Planung
S.7	1. Die verschiedenen Krankenhausstrukturen in der Stadtgemeinschaft Straßburg
S.9	2. Die Krankenhausplanung in Frankreich
S.10	3. Krankenhäuser auf deutscher Seite des Eurodistrikt
S.11	4. Die Krankenhausplanung im Ortenaukreis
S.12	B. Das Methodische Vorgehen und die damit verbundenen Schwierigkeiten
S.16	C. Ergebnisse der Bestandsaufnahme: neue Denkanstöße
S.16	1. Komplementäre Strukturen zeichnen sich ab
S.16	2. Die zahlreichen Referenzzentren auf französischer Seite
S.17	3. Technische Ausstattung und niedergelassene Ärzte der Ortenau: eine Vielzahl von Möglichkeiten die französischen Wartelisten zu umgehen
S.19	<b>II. Möglichkeiten der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit: ein Panel der potentiellen Versorgungsangebote</b>
S.20	A. Im Bereich der bildgebenden Diagnostik
S.20	1. Gemeinsame Nutzung des MRT
S.22	2. Gemeinsame Nutzung von PET-Scannern
S.23	B. In der Notfallversorgung
S.23	1. Kooperation im Bereich der Handchirurgie
S.25	2. Die Zusammenarbeit im Bereich der Neurologie / Neurochirurgie
S.26	C. Auf dem Gebiet der Onkologie
S.26	1. Im Bereich der Strahlentherapie
S.28	2. Kooperation im Bereich der Rehabilitation/ Nachsorgebehandlungen
S.29	D. Weitere Bereiche mit Kooperationspotential
S.29	1. Kooperationen im Bereich der ambulanten Chirurgie: Gemeinsame Nutzung von medizinischer Ausstattung
S.31	2. Kooperation im Bereich der Geburtshilfe
S.33	Zusammenfassung der Kooperationsprojekte
S.36	<b>III. Analyse der rechtlichen Rahmenbedingungen</b>
S.37	A. Die Umsetzung der Gesundheitsrichtlinie 2011/24/EU: eine Chance für die PZGML
S.37	1. Schaffung eines kohärenteren und einheitlicheren rechtlichen Rahmens für die PZGML
S.40	2. Begleitung der grenzüberschreitenden Kooperation
S.41	3. Antizipierung des zu erwartenden Anstiegs grenzüberschreitender Versorgung im Eurodistrikt
S.43	Fokus auf die EU-Gesundheitsrichtlinie
S.45	B. Das Deutsch-Französische Rahmenabkommen über die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich: Ein unentbehrliches aber zugleich zu wenig genutztes rechtliches Instrument
S.46	1. Unzureichende Nutzung des Rahmenabkommens an der deutsch-französischen Grenze
S.47	2. Grenzüberschreitende Kooperationen im Gesundheitsbereich: Eine Bezugnahme auf das Rahmenabkommen erscheint unbedingt erforderlich
S.48	3. Die mehrdeutige Auslegung des Rahmenabkommens

#### S.49 **IV. Identifizierung von Hindernissen: Damit die Gesundheit nicht mehr auf Grenzen stößt**

- S.49 A. Geographische Kriterien
- S.50 B. Die Interessen der Patienten gegenüber der ökonomischen Logik der Einrichtungen
- S.50 C. Mangel einer grenzüberschreitenden Perspektive im Gesundheitswesen
- S.50 D. Kulturelle und sprachliche Barrieren
- S.51 E. Die Vielzahl und Vielfalt an gesetzlichen Krankenkassen
- S.51 F. Die stärkere Wettbewerbsorientierung in Deutschland
- S.51 G. Die Intransparenz der Tarifsysteme auf beiden Seiten der Grenze
- S.52 H. Ambivalenz der Prioritäten
- S.52 I. Die Logik der Behörden behindert die Zusammenarbeit
- S.52 J. Unterschiedliche Kompetenz der Ansprechpartner
- S.52 K. Die Rolle der Staaten

#### S.53 **V. Handlungsempfehlungen**

- S.54 A. Erarbeitung einer Modellrahmenvereinbarung für zukünftige Partnerschaften im Gesundheitsbereich innerhalb des Eurodistrikts
- S.55 B. Berücksichtigung grenzüberschreitender Aspekte bei der Planung des Versorgungsangebotes
  - S.55 1. Grenzüberschreitende Abstimmung: Einsatz einer Expertengruppe
  - S.55 2. Schaffung von Arbeitsgruppen zwischen den Krankenhäusern
  - S.55 3. Austausch von Best-practices im medizinischen Bereich
  - S.56 4. Förderung der ambulanten Chirurgie
  - S.56 5. Erweiterung und Vereinfachung des grenzüberschreitenden Zugangs zu Referenzzentren
- S.56 C. Vorrangstellung der Patienten des Eurodistrikts
  - S.56 1. Erarbeitung einer grenzüberschreitenden Patientencharta
  - S.57 2. Verbesserung der Informationen und der Rechtsberatung: Die Rolle der nationalen Kontaktstellen
- S.58 D. Vereinfachung der Rückerstattung der Behandlungskosten durch Ausarbeitung eines vertraglichen Tarifsystems
- S.59 E. Entwurf einer interaktiven Karte über das Versorgungsangebot im Eurodistrikt Strasbourg-Ortenau
- S.59 F. Errichtung einer grenzüberschreitenden Beobachtungsstelle im Gesundheitsbereich
  - S.61 1. Die grenzüberschreitende Beobachtungsstelle im Gesundheitsbereich als Bindeglied der PZGML
  - S.62 2. Der Eurodistrikt Strasbourg - Ortenau als Projektträger ?
- S.63 G. Die politische Rolle des Eurodistrikts

#### S.65 **Anhang**

- S.66 A. Durchzuführende Maßnahmen im Rahmen der Partnerschaft zwischen dem Eurodistrikt Strasbourg-Ortenau und dem Zentrum für Europäischen Verbraucherschutz e.V.
- S.70 B. Anhang zu der Partnerschaftsvereinbarung zwischen dem Eurodistrikt Strasbourg-Ortenau und dem Zentrum für Europäischen Verbraucherschutz e.V. zur Schaffung einer „Pilotregion für den Zugang zu grenzüberschreitenden medizinischen Leistungen“
- S.72 C1. Bestandsaufnahme des Versorgungsangebots zum 31.01.2013 anhand der schriftlichen Antworten der im Ortenaukreis kontaktierten Einrichtungen
- S.78 C2. Bestandsaufnahme des Versorgungsangebots zum 31.01.2013 anhand der schriftlichen Antworten der in Straßburg kontaktierten Einrichtungen
- S.84 D. Ansprechpartner im Rahmen der Studie
- S.87 E. Geführte Einzelgespräche
- S.88 F. Arbeitssitzungen
- S.89 G. Sitzungsprotokolle
- S.123 H. Vorträge und Konferenzen
- S.124 I. Fragebogen für Krankenhäuser und Kliniken im Eurodistrikt Strasbourg-Ortenau

# EINLEITUNG

## A. HINTERGRUND DER STUDIE

Als grenzüberschreitendes Pilotgebiet möchte der Eurodistrikt Strasbourg-Ortenau konkreten deutsch-französischen Kooperationsprojekten im Gesundheitswesen neue Impulse verleihen, mit dem Ziel, französischen und deutschen Bürgerinnen und Bürgern im besagten Einzugsgebiet einen leichteren Zugang zur Gesundheitsversorgung im Nachbarland zu ermöglichen.

### Vereinfachung ambulanter und stationärer Leistungsanspruchnahme im Eurodistrikt

Die Idee zur Zusammenarbeit im stationären Bereich gründet in der geographischen Nähe, sowie in der bereits erkannten Komplementarität des Angebots medizinischer Infrastruktur auf beiden Seiten des Rheins. Denn trotz eines im Allgemeinen zufriedenstellenden Versorgungsangebotes auf beiden Seiten des Rheins, sind sowohl in Frankreich, als auch in Deutschland Versorgungslücken zu verzeichnen, welche durch eine grenzüberschreitende Zusammenarbeit zwischen den Krankenhäusern geschlossen werden könnten.

Die Mobilität der Patienten im Eurodistrikt findet auch in der Vielfalt an ambulanten Versorgungsangeboten ihren Niederschlag (Behandlung bei einem Allgemeinmediziner oder bei einem Facharzt, ambulante Chirurgie). Unter diesem Gesichtspunkt erscheint die Vereinfachung der Regelungen zur Kostenübernahme durch die Krankenkassen unbedingt erforderlich. In dieser Hinsicht spielt der Eurodistrikt wiederum eine entscheidende Rolle und könnte als Vorbild für andere europäische Grenzgebiete fungieren.

Nach der Konferenz zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, die im Jahre 2010<sup>1</sup> in Straßburg stattfand, hat der Eurodistrikt Ende 2010 die **Arbeitsgruppe Gesundheit**<sup>2</sup> ins Leben gerufen. Das Zentrum für Europäischen Verbraucherschutz (ZEV e.V.) wurde eingeladen, sich, als juristischer Experte in allen Fragen der Gesundheitsversorgung in Europa, aktiv an dieser Arbeitsgruppe zu beteiligen.

**Ziel: Errichtung einer „Pilotregion für den Zugang zu grenzüberschreitenden medizinischen Leistungen (PZGML) im Eurodistrikt Strasbourg-Ortenau“**

In der am **17.02.2012** abgeschlossenen **Partnerschaftvereinbarung** (siehe Anhang A) beauftragte der Eurodistrikt das ZEV mit der Durchführung einer Studie über den aktuellen Stand der medizinischen Versorgung sowie den Bedarf an grenzüberschreitender Zusammenarbeit in dessen Einzugsgebiet.

---

*1. Die Konferenz «Gesundheit ohne Grenzen: Bürger des Eurodistrikts stellen Fragen», fand am 8. Juli 2010 in Kooperation des Eurodistrikts Strasbourg-Ortenau und des Zentrums für Europäischen Verbraucherschutz statt. Ebenfalls anwesend war die Europa-Abgeordnete Françoise Grossetête, die zum damaligen Zeitpunkt Berichterstatterin des Richtlinienprojekts über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung war.*

*2. Die Arbeitsgruppe ist durch den Beschluss des Eurodistrikts vom 25.11.2010 zusammengetreten. Unter dem gemeinsamen Vorsitz von Herrn Alexandre Feltz (Vize-Präsident der Stadtgemeinschaft Straßburg und Mitglied des Eurodistrikts) auf französischer Seite sowie Herrn Dr. Claus-Dieter Seufert (Mitglied des Gemeinderates der Stadt Kehl und Mitglied des Eurodistrikts) auf deutscher Seite, wurde diese Arbeitsgruppe beauftragt, die strategischen Leitlinien im Bereich Gesundheit umzusetzen, die in der Sitzung des Eurodistriktrates am 01.07.2011 festgelegt wurden.*

Die Durchführung der Analyse und die Erarbeitung von Handlungsempfehlungen/Vorschlägen sollen die politischen und administrativen Verantwortlichen in die Lage versetzen, adäquate Maßnahmen zur Unterstützung der Patientenmobilität, zur Optimierung der Nutzung von vorhandener medizinischer Ausstattung und medizinischen Kompetenzen im Eurodistrikt Strasbourg-Ortenau zu ergreifen. Diese Ziele lassen sich durch angemessene grenzüberschreitende Kooperationen erreichen, die die bereits bestehenden Angebote der Patientenversorgung sowie die praktizierenden Ärzte in der Region einbeziehen.

Die Arbeitsgruppe betonte in diesem Zusammenhang insbesondere die Bedeutung der Errichtung einer sogenannten Pilotregion für den Zugang zu grenzüberschreitenden medizinischen Leistungen (PZGML). Letztere würde darauf abzielen:

- Die Qualität und Transparenz der Informationen und Beratungen für die grenzüberschreitenden Patienten im Eurodistrikt sicherzustellen,
- Den Zugang zu einer grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung im Eurodistrikt zu erleichtern, zu vereinfachen und zu beschleunigen, und zwar einschließlich der Verfahren der Kostenübernahme von Behandlungen im Nachbarland, um somit die bestehenden Rechtsunsicherheiten zu beseitigen,
- Das Vertrauen der Bürger in die Errichtung des Eurodistrikts Strasbourg-Ortenau zu stärken: d.h. die konkreten Vorteile des Eurodistrikt-Projektes für das tägliche Leben der deutschen und französischen Bürger in ihrem Alltag hervorzuheben;
- die Sicherstellung von Information, Transparenz und grenzüberschreitender Patientenberatung im Eurodistrikt,
- die Förderung, Vereinfachung und Beschleunigung der Verfahren zur Übernahme von Gesundheitskosten, die

Patienten im Nachbarland verauslagern müssen, sowie die Abschaffung der bestehenden Rechtsunsicherheit in diesem Bereich,

- die Stärkung des Vertrauens der Bürger in den Aufbau des Eurodistrikts Strasbourg-Ortenau: Aufzeigen der konkreten Vorteile des Projekts des Eurodistrikts für deutsche und französische Bürger in ihrem Alltag,
- die Schaffung eines leistungsstarken grenzüberschreitenden Raums im Bereich der Kooperation in der Gesundheitsversorgung, der zu einer Pilot- und Modellregion an der deutsch-französischen Grenze oder sogar in ganz Europa werden könnte,
- die Komplementarität des bereits bestehenden Leistungsangebotes im Hinblick auf die medizinische Ausstattung, und das medizinische Angebot zu gewährleisten, um auf diese Weise einen Beitrag zum Abbau der budgetären Schwierigkeiten der lokalen Gebietskörperschaften, die mit der aktuellen Wirtschaftskrise verbunden sind, zu leisten.

## B. VORBEMERKUNGEN

### Methodik der Studie

Das ZEV hat im Rahmen der vorliegenden Studie Analysen durchgeführt, Vergleiche erstellt und Handlungsempfehlungen erarbeitet. Das Vorgehen fokussierte dabei auf die Entwicklung eines Gesamtkonzepts zur Realisierung der festgelegten Ziele sowie auf den Abschluss von grenzüberschreitenden medizinischen Kooperationen innerhalb des Eurodistrikts Strasbourg-Ortenau.

In einem ersten Schritt hat das ZEV eine **Bestandsaufnahme und Zusammenfassung des bestehenden Versorgungsangebotes** im



Eurodistriktraum erstellt. D.h. es wurden die Aufnahmekapazitäten sowie die medizinische Ausstattung der wichtigsten Krankenhäuser und Kliniken analysiert.

Hierzu erfolgte eine umfangreiche Recherche (Analyse von Internetseiten, Jahresberichten und Broschüren der betroffenen Gesundheitseinrichtungen). Des Weiteren wurden Gespräche mit der Leitung der jeweiligen Krankenhäuser sowie mit den zuständigen medizinischen Behörden des Gesundheitswesens durchgeführt. Diese Daten wurden schließlich durch einen Fragebogen ergänzt. Letzterer wurde unmittelbar an die deutschen und französischen Gesundheitseinrichtungen im Eurodistrikt versandt. Der Rücklauf belief sich auf fast 70% (siehe Anhang I).

Bezüglich der medizinischen Großgeräte (bildgebende Verfahren) hat das ZEV die Untersuchungen über die stationären Angebote in diesem Bereich hinaus, auf den ambulanten Sektor in der Stadtgemeinschaft Straßburg und der Ortenau ausgedehnt. Dies geschah, um der Tatsache Rechnung zu tragen, dass das ambulante Versorgungsangebot – insbesondere im Bereich der bildgebenden Verfahren – in Deutschland wesentlich stärker ausgeprägt ist als in Frankreich.

Parallel hierzu hat das ZEV im Laufe des Jahres 2012 die Meinungen der Hauptakteure im Gesundheitswesen innerhalb des Eurodistrikts erhoben. Die im Folgenden aufgeführten Ansprechpartner haben auf die Anfrage des ZEV reagiert und jeweils an persönlichen Gesprächen oder Arbeitssitzungen teilgenommen:

- **Vertreter der wichtigsten Kliniken und Krankenhäuser der Stadtgemeinschaft Straßburg und dem Ortenaukreis:** die Leitung der Universitätskliniken Straßburg (HUS), der drei Kliniken (Adassa, Saint Odile und Diaconat), des Krankenhausverbundes St. Vincent, des Krebszentrums Paul Strauss sowie des Ortenau Klinikums
- **Französische und deutsche niedergelassene Ärzte in Straßburg und Kehl mit einem Interesse an grenzüberschreitender Zusammenarbeit:** So hat sich eine entsprechende Arbeitsgruppe mehrmals im Rahmen einer Arbeitssitzung versammelt.

Diese setzte sich unter anderem aus Fachärzten im Bereich der Zahnmedizin, der Augenheilkunde, der Gastroenterologie, der Gynäkologie, der Radiologie etc. zusammen. All diese Ärzte kennzeichnet eine Gemeinsamkeit, insofern als dass sie alle in der Stadtgemeinschaft Straßburg und/oder der Ortenau praktizieren und über profunde Kenntnisse des deutschen sowie des französischen Gesundheitssystem verfügen.

- **Gesundheitsbehörden:** Agence Régionale de Santé Elsass und der Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins des Départements Bas-Rhin auf französischer sowie die Landesärztekammer Baden-Württemberg auf deutscher Seite.
- **Krankenkassen:** die AOK Baden-Württemberg.
- **Treffen mit politischen Vertretern des Eurodistrikts mit dem Tätigkeitsschwerpunkt „Gesundheit“.**

Insgesamt wurden im Laufe des Jahres 2012 mehr als 50 Ansprechpartner befragt und mehr als 25 Arbeitssitzungen abgehalten.

### ***Identifizierung von potentiellen grenzüberschreitenden Kooperationsvereinbarungen im Gesundheitswesen***

Basierend auf den Ergebnissen der Bestandsaufnahme sowie der Bilanz der ebenfalls durchgeführten Arbeitstreffen, hat das ZEV eine nicht abschließende Liste an Versorgungsangeboten erstellt, bei denen Kooperationen zwischen den Krankenhäusern oder bestimmten niedergelassenen Arztpraxen im Eurodistrikt Strasbourg-Ortenau vorteilhaft und einfach umzusetzen wären.

**Das ZEV hat hierbei auf die Hilfe und Beratung der Arbeitsgruppe Gesundheit des Eurodistrikts zurückgegriffen.**

Darüber hinaus enthält der vorliegende Bericht eine detaillierte juristische Analyse der geltenden nationalen und europäischen Rechtsvorschriften. Auf diese Weise kann ein geeigneter rechtlicher

Rahmen zur konkreten Umsetzung potentieller grenzüberschreitender Kooperationen im Gesundheitswesen definiert werden.

Sofern dies erwünscht ist, könnten die Kooperationsentwürfe politisch validiert und den Krankenkassen präsentiert werden.

Abgesehen von diesem Panel an Versorgungsangeboten und dessen punktuell denkbaren Kooperationen schlägt das ZEV, in dem vorliegenden Bericht, eine bestimmte Anzahl an Handlungsempfehlungen allgemeinerer Art vor, mit dem Ziel den Eurodistrikt bei der Erreichung seines Ziels - der Erleichterung des Zugangs zu grenzüberschreitenden Versorgungsangeboten in der Region - zu unterstützen. Dabei wird auch den notwendigen Gesetzesänderungen zugunsten der künftigen Umsetzung der europäischen Richtlinie „Gesundheit“<sup>1</sup> Rechnung getragen.

### Konkretes Vorgehen

Die Arbeitstreffen und die Gespräche mit den Akteuren vor Ort (Ärzte, Klinikleitungen etc.) nahmen im Sinne einer Politik der „kleinen Schritte“, welche zu einem neuen Bewusstsein bei den Entscheidungsträgern führen soll, eine prioritäre Stellung ein.

Das methodische Vorgehen des ZEV war durch einen pragmatischen Ansatz gekennzeichnet. Es fokussierte darauf, Hindernisse zu identifizieren und Empfehlungen auszusprechen, um diese zu überwinden, sowie die Machbarkeit der von den Leistungsanbietern selbst vorgeschlagenen Kooperationsmaßnahmen zu eruieren.

Die Zurückhaltung der Behörden, die derzeit den medizinischen Bereich dominiert, sollte, um den aktuellen sowie künftigen Bedürfnissen der Patienten im Eurodistrikt Strasbourg-Ortenau gerecht werden zu können, von einem tatsächlichen Willen zur Kooperation abgelöst werden.

Es sollte nicht nur aufgezeigt werden, dass **Kostenbewusstsein und grenzüberschreitende Zusammenarbeit keinen Widerspruch bilden,**

**sondern dass darüber hinaus dank der Zusammenarbeit Kostenersparnisse erzielt werden können!**

Die politischen Entscheidungsträger sollten zeigen, dass die ihnen zur Verfügung stehenden rechtlichen Instrumente - und insbesondere das 2005<sup>2</sup> unterzeichnete Deutsch-Französische Rahmenabkommen – ausreichend sind. Sie sollten die Bereitschaft signalisieren, dieses anzuwenden um die grenzüberschreitende Zusammenarbeit, die spätestens im Oktober 2013 mit der bevorstehenden Umsetzung der europäischen Richtlinie „Gesundheit“ unumgänglich wird, weiterzuentwickeln.

Wenn der erste Schritt in Richtung Zusammenarbeit getan wird, sollte er unweigerlich von allen Partnern (Krankenkassen und Leistungsanbietern im Gesundheitswesen) gemeinsam vollzogen werden. Die Kooperation sollte nicht nur politisch, auf lokaler und nationaler Ebene, getragen werden, sondern darüber hinaus von den Akteuren vor Ort – den Leistungsanbietern selbst - unterstützt werden. Denn die Initiative und der Impuls zur Kooperation gehen auf die Leistungsanbieter vor Ort selbst zurück. Die Kraft solcher Kooperationen liegt ausdrücklich im Pragmatismus. Der Wille der Akteure vor Ort muss in diesem Sinne stärker sein, als die Hindernisse, die sich ihnen in den Weg stellen.

Die Arbeitstreffen die im Verlauf des Jahres stattfanden, haben gezeigt, dass die persönlichen Beziehungen (um nicht zu sagen die persönlichen Überzeugungen) und menschlichen Aspekte die Basis für alle konkreten Maßnahmen zum Wohle der Patienten bilden.

Deutsch-französische Kooperationen im Gesundheitswesen können nur dann etabliert werden, wenn Komplementarität und das Prinzip der Gegenseitigkeit gegeben sind und somit jede Form von „Misstrauen“ aus dem Weg geräumt ist. Abgesehen davon sollten alle Formen der Zusammenarbeit berücksichtigt werden: sei es die gemeinsame Nutzung von medizinischen Großgeräten, um lange Wartezeiten zu vermeiden oder die Begünstigung ihres Zugangs durch das Auswahlkriterium der geographischen Nähe.

1. Die Patientenmobilitätsrichtlinie 2011/24/EU des Europaparlaments und des Europarates vom 9. März 2011 über die Anwendung von Patientenrechten in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung

2. Das Rahmenabkommen zwischen der Regierung der BRD und der Regierung der Republik Frankreich vom 22. Juli 2005 über die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen

Des Weiteren kann die Kooperation in der gegenseitigen Inanspruchnahme von technischer Ausstattung bestehen, oder im Austausch und Vertretungen von Ärzten auf beiden Seiten der Grenze.

Nur durch die quasi natürliche Überwindung dieses „Misstrauens“, das der Kooperation im Gesundheitswesen diametral entgegensteht, lassen sich nach und nach Fortschritte im Eurodistrikt Strasbourg-Ortenau erzielen.

**Deshalb erscheint es sinnvoll, sich in jeder Weise um einen Anfang zu bemühen und sei es lediglich durch sektorale Kooperationen, wie sie in zahlreichen Gesprächen angerissen wurden. Entscheidend ist, einen Anfang zu wagen!**

### **Der Eurodistrikt Strasbourg-Ortenau: Hintergründe und Herausforderungen der Zusammenarbeit**

Die Mobilität der Menschen ist den Grenzgebieten (in denen 10% der europäischen Bevölkerung leben) besonders offensichtlich. Diese Gebiete sind Wirtschafts- und Arbeitsmarkträume geworden, in denen die Mobilität der Bewohner kein Randphänomen mehr darstellt. Solche Grenzregionen, wie an der deutsch-französischen Grenze, sind im Laufe der Zeit wahrhafte „Lebensräume“ geworden, die nach schnellen und adäquaten Lösungen in den Bereichen Transport, Bildung und medizinische Versorgung verlangen. Berufliche Versetzungen, binationale Ehen, die Entscheidungen für einen Auslandswohnsitz im Rentenalter und die Arbeitssuche jenseits der Grenze sind keine Ausnahmeentscheidungen mehr, vielmehr wird diese Mobilität der europäischen Bürger Realität im alltäglichen Leben.

Aus dieser Entwicklung entsteht die immer dringender werdende Notwendigkeit einen grenzüberschreitenden Zugang zur medizinischen Versorgung zu schaffen, um den neuen Erwartungen der Patienten und dem Recht zur freien Arzt- oder Krankenhauswahl gerecht werden zu können. An dieser Stelle ist nicht der sog. „Medizintourismus“ gemeint, sondern vielmehr eine adäquate Antwort auf die spezifischen Bedarfe der einzelnen Grenzregionen. Dies gilt selbstredend auch für die Pilotregion des Eurodistrikts Strasbourg-Ortenau.

Es existiert demnach ein tatsächlicher Kooperationsbedarf. Dennoch besteht nur insofern Aussicht auf Erfolg und auf Anerkennung durch die lokalen Akteure im Gesundheitswesen, wenn es gelingt, defizitäre und komplementäre Bereiche zu identifizieren.

Es besteht daher die Notwendigkeit diese „defizitären“ oder komplementären Bereiche zu analysieren und aufzuzeigen. Die Herausforderung der Pilotregion für den Zugang zu grenzüberschreitenden medizinischen Leistungen besteht darin, Bereiche der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit zu identifizieren, die die folgenden Voraussetzungen erfüllen:

- **Existenz eines Mangels oder eines Defizites in einem bestimmten Bereich** (wenn im Nachbarland ein äquivalentes Angebot besteht, kann es keine Kooperation geben). Die Wartezeiten für eine Untersuchung könnten als ein objektives Kriterium zur Feststellung eines Defizits fungieren.
- **Komplementarität:** Suche nach Komplementaritäten (z.B. kann eine Zusammenarbeit mit einem Krankenhaus auf der anderen Seite der Grenze nur dann stattfinden, wenn diese Einrichtung selbst Defizite in anderen Bereichen aufweist).
- **Vermeidung von wettbewerbsträchtigen Sektoren** (die bereits auf der anderen Seite des Rheins anzutreffen sind), mit anderen Worten: Es sollte sichergestellt werden, dass keine territorialen Konkurrenzsituationen entstehen. Kann in einem bestimmten geografischen Gebiet kein Defizit identifiziert werden, muss die Frage nach der Bedeutung wirtschaftlicher Interessen gegenüber den Interessen der Patienten gestellt werden. Auf dieser Ebene sollte ein weiteres Kriterium hinzugezogen werden, dass die rein wirtschaftlichen Interessen der Partner aufwiegt: Das der Reziprozität.
- **Reziprozität:** Ein wesentliches Kriterium für den Erfolg einer Kooperation ist das der Reziprozität. Die Zusammenarbeit muss in beide Richtungen erfolgen (Frankreich-Deutschland, Deutschland-Frankreich).

Im Verlauf der Studie wurden folgende Fragen aufgeworfen:

- » **Wie können die bereits vorhandenen Ressourcen genutzt werden, um den Patienten auf beiden Seiten des Rheins ein besseres Versorgungsangebot zu gewähren?**

Das Ziel besteht darin, durch konkrete Projekte eine bessere Zusammenarbeit zu etablieren. Auf diese Weise ließen sich die bereits vorhandenen Ressourcen auf beiden Seiten des Rheins effektiver und zum Wohle des Patienten nutzen. Daher basieren die zur Rede stehenden Kooperationen in der Suche nach bereits bestehenden komplementären Strukturen auf beiden Seiten der Grenze, die die Lücken in der Versorgung füllen können.

- » **Inwiefern kann die grenzüberschreitende Zusammenarbeit zu Kosteneinsparungen führen?**

Durch eine grenzüberschreitende Planung sollen Kostenvorteile erzielt und verhindert werden, dass doppelte Infrastrukturen entstehen (z.B. durch die gemeinsame Nutzung von Großgeräten). Dank der Verfügbarkeit von Ärzten, die mit der modernen Diagnosetechnologie oder der medikamentösen Behandlung vertraut sind, ist ein unmittelbarer Einsatz möglich. Letzterer kann ohne die Entstehung zusätzlicher Kosten erfolgen.

- » **Wie lassen sich die gegenwärtigen Interessen miteinander in Einklang bringen?**

Der Ursprung dieser Art der Zusammenarbeit liegt in den spezifischen Bedürfnissen der Grenzregion. Dennoch sind die gegenwärtigen Interessen mitunter schwer miteinander zu vereinbaren (Patienten, Krankenkassen, Behörden).

- » **Wie kann es in einer Grenzregion wie dem Eurodistrikt gelingen einen Bedarf an Kooperation vorherzusagen oder wie kann der Eurodistrikt die zukünftigen Entwicklungen vorbereiten?**

Es gilt zum einen eine Antwort auf die demographischen Probleme (Alterung der Bevölkerung und Ärztemangel in den kommenden Jahren) zu erarbeiten. Zum anderen muss auch den Auswirkungen der Richtlinie auf das Patientenverhalten begegnet werden. Denn gerade in den Grenzregionen werden diese sich besonders stark zeigen.

# I. BESTANDSAUFNAHME DES VERSORGUNGSANGEBOTES IM EURODISTRIKT STRASBOURG- ORTENAU

*Eines der Hauptziele der Studie bestand darin, das bestehende Behandlungsangebot innerhalb des Eurodistrikts zu ermitteln und anschließend zusammenzufassen. Auf diese Weise können die Kooperationspotentiale auf beiden Seiten des Rheins leichter erkannt werden.*

*Um diese Bestandsaufnahme demzufolge effektiv nutzen zu können, galt es zunächst die Krankenhauslandschaften in Deutschland und Frankreich zu vergleichen. Die Struktur und Organisation der deutschen Krankenhäuser ist wesentlich flexibler und gewährt den Einrichtungen ein weitaus größeres Maß an Autonomie.*

## A. VERGLEICH DER STATIONÄREN BEHANDLUNGSANGEBOTE: AUFBAU UND PLANUNG

### 1. DIE VERSCHIEDENEN KRANKENHAUSSTRUKTUREN IN DER STADTGEMEINSCHAFT STRASSBURG

#### a. Die öffentlichen Krankenhäuser

In Frankreich sind die öffentlichen Krankenhäuser (bzw. die öffentlichen Einrichtungen im Gesundheitswesen) juristische Personen des öffentlichen Rechts und der staatlichen Kontrolle

unterworfen. Sie sind in der Regel jedoch an die lokalen Gebietskörperschaften angegliedert. Die Ärzte die in diesen Krankenhäusern praktizieren sind nahezu alle Angestellte.

Die Gesamtheit an Einrichtungen im Gesundheitswesen im Elsass besteht zu 51,7% aus öffentlichen Krankenhäusern<sup>1</sup>.

In der Stadtgemeinschaft Straßburg sind die Universitätskliniken in dieser Kategorie anzusiedeln.

Generell lassen sich drei Typen öffentlicher Krankenhäuser unterscheiden. Diese Typen erfüllen jeweils verschiedene Aufgaben:

---

<sup>1</sup> Quelle: FINESS Juni 2012



- **Die Centres Hospitaliers Regionaux Universitaires (CHRU; regionale Universitätskliniken).**

Sie verfolgen eine dreifache Zielsetzung: Neben der medizinischen Versorgung sind sie auch für Lehre und Forschung zuständig. In diesen Krankenhäusern stehen zwei Arten von Versorgungsangeboten zur Verfügung.

Diese CHRU decken zum einen die allgemeine Versorgung der örtlichen Patienten ab, zum anderen können sie aber auch von anderen Krankenhäusern bzw. Kliniken der Region eingeschaltet werden und übernehmen in diesen Fällen die Versorgung.

- **Die Centres Hospitaliers Generaux (CHG; allgemeine Krankenhäuser)**

Sie bieten diagnostische Verfahren und Akutmedizin an, sowie Chirurgie, Geburtshilfe und nicht zu vergessen Nachsorge- und Langzeitbehandlungen. Fast 1/5 der CHG ist unter anderem auf den psychiatrischen Bereich spezialisiert.

- **Die Hôpitaux Locaux (lokale Krankenhäuser)**

Sie sind in der Regel die erste Anlaufstelle für die Versorgung der Bevölkerung für die routinemäßige Behandlung der Bewohner aus den umliegenden Orten zuständig. Zu ihren Angeboten zählen Nachsorge, Rehabilitation, stationäre Behandlung ambulante Hilfe oder Pflegedienste. Ältere oder pflegebedürftige Menschen werden im Rahmen spezieller Dienstleistungen betreut.

Die in den lokalen Krankenhäusern praktizierenden Ärzte sind keine Angestellte, sondern selbstständig.

## **b. Die privaten Einrichtungen ohne Gewinnerzielungsabsicht**

In der Stadtgemeinschaft Straßburg werden sie oft durch kirchliche Träger oder Stiftungen unterhalten. Im Unterschied zu Einrichtungen des öffentlichen Rechts sind sie nicht dem freien Wettbewerb unterworfen, orientieren sich aber an dessen Prinzipien. Es gibt zwei Arten von privaten Einrichtungen ohne Gewinnzielungsabsicht:

- Die Etablissement de Santé Privés à but non lucratif d'Intérêt collectif (ESPIC): private Einrichtungen ohne Gewinnerzielungsabsicht meist in Trägerschaft von Stiftungen etc. „nach öffentlichem Interesse“, wie z.B. der Krankenhausverbund St. Vincent.
- Die Etablissement de Santé privé à but non lucratif Entreprise Libérale (private Einrichtungen ohne Gewinnerzielungsabsicht in privater Trägerschaft) wie z.B. die Klinik St Odile, Adassa, das Diakonie-Krankenhaus sowie die zukünftige Klinik Tamaris.

Die Gesamtheit an Einrichtungen im Gesundheitswesen im Elsass besteht zu 43,4% aus diesen Kliniken.

## **c. Privatkliniken**

Lediglich 4,9% der Einrichtungen und Dienstleistungen im Elsass sind privatwirtschaftlich organisiert.

Die Gründung der Kapitalgesellschaften erfolgt mit privaten Mitteln. Die praktizierenden Ärzte sind selbständig und werden demnach pro Behandlung bezahlt.

Für die Stadtgemeinschaft Strasbourg, bspw.: La Clinique de l'Orangerie.

## **d. Tarifliche Preisgestaltung**

Seit der großen Reform, die im Jahr 2004 verabschiedet wurde, basiert die Abrechnung in den französischen Krankenhäusern auf der Art und Dauer der Behandlung sowie der Anzahl der im Krankenhaus verbrachten Tage. Diese Art der Finanzierung wird als „T2A“ (Einzelfallbezogene Abrechnung) bezeichnet. Bei anderen Behandlungsarten, die nicht der klassischen

Medizin, der Chirurgie oder der Geburtshilfe (MCO) zuzuordnen sind, bleibt das Prinzip der Pauschalfinanzierung bestehen.

## Die Funktionsweise des T2A

Das T2A funktioniert über die Anwendung von *Diagnosis Related Groups*. Letztere werden in Frankreich als *Groupes Homogènes de Malades* (GHM) bezeichnet und entsprechen den deutschen diagnosebezogenen Fallgruppen.

Diese Art der Tarifgestaltung erfolgt durch die Auswertung der Behandlungen einer jeden Einrichtung im Gesundheitswesen und die Klassifizierung des Aufenthaltes eines jeden Patienten in einer GHM. Jede GHM wird verschlüsselt durch einen alphanumerischen Code bezeichnet. Dieser Code entspricht einer medizinischen Bezeichnung (z.B. GHM 760: Öffnung des Karpaltunnels in der ambulanten Chirurgie). Für jede GHM gibt es, entsprechend der Klassifizierung durch die Krankenkasse, eine *Groupe Homogène de Séjour* (GHS, Fallgruppen nach Aufenthaltsdauer). **Die Kombination aus GHM/ GHS ermöglicht somit die Verarbeitung sowohl der medizinischen Daten als auch der entsprechenden Rechnungsdaten der Krankenhäuser.**

Die T2A ist die nunmehr einzig gültige Finanzierungsart im Bereich der öffentlichen und privaten MCO (Medizin, Chirurgie, Geburtshilfe). Diese Vergütung nach Art und Umfang der Behandlungen und Aufenthaltsdauer soll die Verantwortlichkeit der Krankenhäuser stärken. Ferner würden auf diese Weise die Finanzierungsmodalitäten der Einrichtungen im Gesundheitswesen vereinheitlicht. Es gilt an dieser Stelle darauf hinzuweisen, dass Dienstleistungen oder Behandlungsformen die nicht der Gruppe der MCO zuzuordnen sind (Aufgaben von allgemeinem Interesse, Forschung und Lehre), einer globalen Budgetierung durch die *Agence Régionale de Santé* (ARS) unterliegen.

## 2. DIE KRANKENHAUSPLANUNG IN FRANKREICH

### a. *Schéma Régional d'Organisation Sanitaire*

Um auf die medizinischen Bedürfnisse der Bevölkerung optimal eingehen zu können, muss das Behandlungsangebot entsprechend der lokalen Gegebenheiten der Region geplant werden. Um dieser Tatsache Rechnung zu tragen, ist die Erstellung eines *Schéma Régional d'Organisation Sanitaire* (SROS, regionaler Krankenhausplan) vorgesehen. Im SROS werden die wesentlichen Aspekte jeder Region sowie entsprechenden vertraglichen Regelungen hinsichtlich der Ziele und Mittel festgehalten. Der SROS plant die Verteilung der Behandlungsangebote in der Region, so dass bestmöglich auf die gesundheitlichen Bedürfnisse der Bevölkerung reagiert werden kann. Außerdem legt der SROS auch die Umsetzung des erforderlichen Angebotes fest (Zusammenschluss, Gründung, Streichung von medizinischer Ausstattung oder Behandlungsarten).

Der SROS bildet den Bezugsrahmen für die Genehmigung von Gründungsbefugnissen, Umstrukturierungen, Zusammenschlüssen von Behandlungsangeboten und Anschaffungen an medizinischer Ausstattung oder medizinischem Großgerät.

Er unterstützt die Koordination Stadt/Klinik, die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Einrichtungen im Gesundheitswesen und die Umstrukturierung des Krankenhauswesens.

Damit die Ziele in der Region erreicht werden können, werden mehrjährige Verträge über Ziel- und Mittelgestaltung zwischen den Einrichtungen des Gesundheitswesens und der Direktion der *Agence Régionale de Santé* abgeschlossen.

Neben dem SROS regelt das *Schéma Régional d' Organisation Médico-Social* die erforderlichen Änderungen des Pflege- und Betreuungsangebots für behinderte oder pflegebedürftige Menschen.

## **b. Der Ausbau des Behandlungsangebotes in einem Krankenhaus**

Die Planung des Versorgungsangebotes im Krankenhaus- oder im medizinisch-sozialen Bereich, ist in Frankreich verbindlich. Das Angebot und die Tätigkeiten der Einrichtungen werden strikt festgelegt.

### **Medizinisches Großgerät: Vorabgenehmigung durch die ARS**

Die ARS entscheidet als zuständige Planungsbehörde sowohl über jede Umstrukturierung oder Erweiterung des Behandlungsangebotes einer Einrichtung im Gesundheitswesen, als auch über die zusätzliche Anschaffung von hochwertiger medizinischer Ausstattung (Scanner, MRT, usw.). Die ARS kann allerdings, ohne vorherige Rücksprache mit der *Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie* (CRSA) keine Entscheidung treffen.

Die Genehmigung von Behandlungsangeboten sowie die Anschaffung von medizinischem Großgerät erweist sich daher als relativ komplex. Auf der einen Seite stellt der Code de la Santé Public (Sozialgesetzgebung) strikte Anforderungen: eine Vielzahl an formalen Voraussetzungen müssen eingehalten werden. Außerdem muss sich das Versorgungsangebot in der Region hinsichtlich des vorgesehenen SROS als absolut unzureichend herausstellen.

Andererseits können die Genehmigungsgesuche lediglich in zwei explizit festgelegten Zeitperioden im Jahr gestellt werden. Nur innerhalb dieser, durch Verordnungen festgelegten, „Zeitfenster“ können Anträge gestellt werden.

Ferner kann sich das Einholen von Vorabgenehmigungen als ein langwieriges Verfahren herausstellen. Nach Rücksprache mit der *Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie* kann der Direktor der ARS seine Zustimmung innerhalb einer Frist von sechs Monaten, ab dem Datum der Antragsstellung, geben. Der Antragsteller muss dann nach Erhalt der Genehmigung die Direktion der ARS über die Aufnahme der Tätigkeiten oder die Inbetriebnahme von Geräten informieren. Erst dann kann effektiv mit der Behandlung begonnen oder die neue Ausstattung in Betrieb genommen werden und die Kosten können durch die Krankenkassen getragen werden.

Nach fünf Jahren der Nutzung muss erneut ein Genehmigungsverfahren eingeleitet werden.

## **3. KRANKENHÄUSER AUF DEUTSCHER SEITE DES EURODISTRIKTS**

### **a. Die öffentlichen Krankenhäuser**

In Deutschland unterliegen die öffentlichen Krankenhäuser der Trägerschaft durch Land, Kreis oder Gemeinde.

#### **Struktur des öffentlichen Rechts**

Die öffentlichen Krankenhäuser können als Körperschaft des öffentlichen Rechts geführt werden. Ein Beispiel hierfür ist das Ortenau Klinikum, das einzige öffentliche Krankenhaus im Ortenaukreis. Ferner ist dieses Krankenhaus mit neun Standorten und einer Aufnahmekapazität von 1800 Betten das Bedeutendste des Landkreises.

Das Ortenau Klinikum organisiert sich eigenbetrieblich. Die Spitze des Organigramms bildet der Landrat.

#### **Privatrechtliche Struktur**

Die Krankenhäuser können darüber hinaus in privatrechtlicher Form organisiert sein, es handelt sich meist um gemeinnützige GmbHs (gGmbH, gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung). Diese juristische Form ist allerdings im Landkreis Ortenau nicht repräsentiert.

### **b. Private gemeinnützige Krankenhäuser**

Diese Einrichtungen des Gesundheitswesens werden von Stiftungen, Wohlfahrtsverbänden oder sozialen Hilfseinrichtungen (als gemeinnützig anerkannte Organisationen wie z.B. das Rote Kreuz, die Caritas, die Arbeiterwohlfahrt, das Diakonische Werk, usw.) getragen. Während man in der Stadtgemeinschaft Straßburg zahlreiche Einrichtungen dieser Art findet, gibt es in der Ortenau nur sehr wenige. Ein Beispiel ist die Diakonie in Kork und ihr Epilepsiezentrum.



### c. Die Privatkliniken

Als AG oder GmbH verfolgen diese Gesellschaften ein wirtschaftliches Ziel (Gewinnerzielungsabsicht). Im Ortenaukreis sind wesentlich mehr Privatkliniken anzutreffen als in der Stadtgemeinschaft Straßburg. Als ein Beispiel kann der Krankenhauskomplex MediClin aufgeführt werden. MediClin ist eine Aktiengesellschaft und verfügt über mehrere Einrichtungen im Bereich des Gesundheitswesens in der Ortenau.

### d. Die Tarifgestaltung

Seit dem 01.01.2003 wird die Finanzierung der Gesundheitsversorgung durch Fallpauschalen T2A geregelt. 2009 wurde eine einheitliche Regelung für öffentliche und private Krankenhäuser eingeführt. In Frankreich ist dies bislang noch nicht gelungen. Es gilt an dieser Stelle zu vermerken, dass T2A im Laufe des Jahres 2013 auch im Bereich der psychiatrischen Versorgungsangebote eingeführt wird, während Frankreich diesem Aspekt wesentlich vorsichtiger gegenüberstehen zu scheint. In Deutschland wird die Umsetzung, Überwachung und Weiterentwicklung des Systems der diagnosebezogenen Fallgruppen durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK GmbH) wahrgenommen.

Dieser Plan ist jedoch weniger detailliert und flexibler ausgestaltet, als der SROS in Frankreich.

Letzteres gilt vor allem für die Anschaffung von medizinischem Großgerät. Während in Frankreich in diesem Fall ein komplexes Verfahren vorgesehen ist, müssen die deutschen Krankenhäuser keine Vorabgenehmigung für den Erwerb neuer Gerätschaften einholen.

Im Kern sieht der Krankenhausplan eine Bezuschussung für jede Einrichtung vor, und zwar insbesondere für den Erwerb oder die Erneuerung der medizinischen Ausstattung (z.B. medizinischem Großgerät). Entscheidung über die Verwendung dieser Mittel obliegt dann der betreffenden Krankenhaus- bzw. Klinikleitung. Im deutschen Gesundheitssystem gibt es keine Verfahren der Vorabkontrolle, wie dies in Frankreich durch die ARS geschieht.

**Was die Erweiterung des Versorgungsangebotes angeht, verfügen die deutschen Einrichtungen im Gesundheitswesen im Vergleich zu ihren französischen Äquivalenten über ein wesentlich höheres Maß an Autonomie – auch wenn der deutsche Krankenhausplan selbstverständlich in einem gewissen Umfang die Nutzung der öffentlichen Zuschüsse überwacht. Aber es handelt sich in Deutschland vielmehr um eine nachträgliche Kontrolle.**

## 4. DIE KRANKENHAUSPLANUNG IM ORTENAUKREIS

In Deutschland werden die **Investitionsausgaben eines Krankenhauses durch die Bundesländer getragen, während die Krankenkassen die Betriebskosten finanzieren.** Auf der Grundlage von Vereinbarungen zwischen den Gebietskörperschaften und der gesetzlichen Krankenkassen erhalten die Vertragskrankenhäuser hingegen keine Zuschüsse für Investitionen.

Analog zum französischen SROS plant jedes Bundesland sein stationäres Versorgungsangebot. Jedes Jahr veröffentlicht das Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg einen Krankenhausplan. Letzterer bildet den Bezugsrahmen und legt die Kriterien für die Bezuschussung jedes Krankenhauses fest.

## B. DAS METHODISCHE VORGEHEN UND DIE DAMIT VERBUNDENEN SCHWIERIGKEITEN

Es wurde bislang keine Kartographie des Versorgungsangebotes im Eurodistrikt Strasbourg-Ortenau erstellt. Die Untersuchungen die im Rahmen der vorliegenden Studie durchgeführt wurden, könnten einen wesentlichen Beitrag zu einem entsprechenden Vorhaben leisten. Die Durchführung einer Bestandsaufnahme im Eurodistrikt erforderte ein konsequentes und komplexes Vorgehen. Das Versorgungsangebot wird fortwährend weiterentwickelt und vorhandene Statistiken – sofern sie vollständig sind und sich auf den Eurodistrikt beziehen – veralten schnell.

Darüber hinaus stellt die Zusammenarbeit zwischen den Leistungsanbietern und den zuständigen Gesundheitsbehörden eine Grundvoraussetzung für eine vollständige und korrekte Bestandsaufnahme dar. Nun verlangt diese Zusammenarbeit (Arbeitstreffen, Analysen, Recherche und Weitergabe von Daten) allerdings nach Zeit, was in einem Berufsfeld, wie dem der Leistungsanbieter, oftmals ein sehr knappes Gut ist. Die durchgeführten Untersuchungen erforderten ein hohes Maß an Geduld und Gründlichkeit, um alle Beteiligten in diesem gemeinsamen Großprojekt mit einzubeziehen. Dies bedeutet die mitunter größte Herausforderung dieser Studie. Die Rücklaufquote des Fragebogens (fast 70%) belegt allerdings, dass das Ziel der Schaffung einer PZGML im Eurodistrikt, um der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit neue Impulse zu verleihen, die überwiegende Mehrheit der befragten Leistungsanbieter des Gesundheitswesens überzeugen konnte.

### a. Bestandsanalyse auf grenzüberschreitender Ebene

In einem ersten Schritt wurde recherchiert, ob es bereits bestehende Karten über das deutsch-französische Versorgungsangebot im Eurodistrikt Strasbourg-Ortenau gibt. Die einzigen Karten die ausfindig gemacht werden konnten, sind auf der Webseite des Geographischen Informationssystems

Oberrhein (GISOR/SIGRS)<sup>1</sup> abrufbar. Sie wurden größtenteils 2007/2008 von der D-F-CH Oberreinkonferenz und ihrer Arbeitsgruppe Gesundheitspolitik entworfen.

Abgesehen von der Tatsache, dass das geographische Gebiet nicht exakt mit dem des Eurodistrikts Strasbourg-Ortenau übereinstimmt, konnte diese Kartographie im Rahmen dieser Studie leider nicht verwendet werden, da:

- **Keine regelmäßigen Aktualisierungen** (die letzten Updates sind auf 2009 zurückzuführen),
- **Keine genauen Daten** über die Anzahl der Geräte, die sich am selben Ort befinden, sowie über den Standort des entsprechenden Krankenhauses vorliegen,
- **Das ambulante Versorgungsangebot nicht berücksichtigt** wird. Dies gilt es einzubeziehen, da bestimmte Untersuchungsverfahren mit medizinischem Großgerät (MRT, Scanner usw.) auch ambulant durchgeführt werden können. Im Eurodistrikt Strasbourg-Ortenau ermöglicht der ambulante Sektor häufig einen schnelleren Zugang mit wesentlich kürzeren Wartezeiten für die jeweilige Behandlung. Dies gilt insbesondere für die Praxen der niedergelassenen Ärzte auf deutscher Seite. Der Vollständigkeit halber sollte demzufolge auch die ambulante Versorgung, die in Deutschland wesentlich ausgeprägter ist, als in Frankreich, in der Bestandsaufnahme berücksichtigt werden.

### b. Analyse der amtlichen Daten und Statistiken

Auf französischer Seite wurde eine gründliche Analyse des, auf der Webseite der ARS verfügbaren, PSRS (Plan Stratégique Régional de Santé; regionaler Krankenhausplan) durchgeführt. Eine der Schwierigkeiten lag dabei darin, dass sich der PSRS auf das ganze Elsass - untergliedert in vier „Gesundheitsbezirke“ - bezieht. Bei den Forschungsarbeiten im Rahmen des Entwurfs einer PZGML sind lediglich die Krankenhäuser und Kliniken der Stadtgemeinschaft Straßburg relevant, die Teil des Gesundheitsbezirks Nr. 2 bilden.

1. <http://www.sigrs-gisor.org/?q=fr/Carthotheque&MapType=Sante>

Allerdings reicht der Gesundheitsbezirk Nr. 2 über das Gebiet der Stadtgemeinschaft Straßburg hinaus und umfasst auch Schirmeck und Obernai. Die Ergebnisse der Analyse des PSRS mussten dementsprechend angepasst und mit anderen Informationsquellen verglichen werden.

Auf deutscher Seite wurde der Krankenhausplan 2012 von Baden-Württemberg einer Analyse unterzogen. Dieses Dokument beinhaltet insbesondere die Namen der wichtigsten Einrichtungen des Gesundheitswesens im Ortenaukreis (d.h. jene die Zuschüsse des Landes Baden-Württemberg erhalten) sowie ihr juristischer Status, die Anzahl der Betten und die medizinischen Spezialisierungen.

Als eine weitere offizielle Quelle wurde der, vom Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg<sup>2</sup> (LGA) veröffentlichte, Gesundheitsatlas herangezogen, obgleich die Daten dieses Werks zu allgemein gehalten sind, um sie im Rahmen der Bestandsanalyse einer Untersuchung zu unterziehen.

### **c. Anfragen an die zuständigen Behörden und Vertreter der Ärzteschaft**

Um die Daten aus den bereits erwähnten Quellen zu ergänzen, wurden die nachfolgend aufgelisteten Einrichtungen befragt (persönlich, per E-Mail oder telefonisch):

- *ARS Elsass*
- *Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg*
- *Regierungspräsidium Freiburg*
- *Landratsamt Ortenaukreis*
- *Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg*
- *Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg*
- *Landesärztekammer Baden-Württemberg*

Es sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass nicht alle Einrichtungen auf die Anfragen reagiert haben. Keine Antwort ging, trotz Nachfassaktion, von der Kassenärztlichen Vereinigung ein. Demgegenüber hat ARS Elsass eine Reihe zusätzlicher, ergänzender Daten weitergeleitet, die spezifiziert werden mussten (Angabe der Einrichtungen mit medizinischem Großgerät allerdings ohne eine Konkretisierung der Anzahl der Geräte vor Ort).

Obgleich sich die Mehrzahl der kontaktierten Einrichtungen kooperativ zeigten, erschien es unabdingbar, diese Daten mit solchen zu triangulieren, welche unmittelbar von den Einrichtungen des Gesundheitswesens im Eurodistrikt selbst stammen. Dies geschah unter der Prämisse sicherzustellen, dass die aktuellsten Zahlen erhoben wurden.

### **d. Analyse von Internetseiten (Desk-Research) und Broschüren sowie Geschäftsberichte der Kliniken und Krankenhäuser im Eurodistrikt Strasbourg-Ortenau**

Im Verlauf des Jahres 2012 wurden mit dem Leitungspersonal der bedeutendsten Krankenhäuser im Eurodistrikt sowie mit ambulant praktizierenden Ärzten aus Deutschland und Frankreich Gespräche geführt und Arbeitstreffen veranstaltet. Im Rahmen dieser Gespräche und Sitzungen konnten bezüglich der Bestandsaufnahme nützliche Informationen erhoben werden: mündlich oder schriftlich benannte Details über die medizinische Ausstattung der jeweiligen Krankenhäuser, Übersendung von Jahresberichten, Informationsbroschüren mit Zahlenmaterial usw.

Darüber hinaus bieten einige Kliniken auf ihren Internetseiten umfassende und aktualisierte Beschreibungen ihres Behandlungsangebotes und ihrer medizinischen Ausstattung an, die unmittelbar einer Analyse unterzogen werden konnten.

---

2. <http://www.gesundheitsamt-bw.de/oegd/Gesundheitsthemen/Gesundheitsberichterstattung/Gesundheitsatlas/Themenfeld6/Documents/atlas.html>

## e. Versand eines Fragebogens an deutsche und französische Krankenhäuser im Eurodistrikt

Ergänzend zu den bereits erörterten Analyseschritten, wurde ein Fragebogen (siehe Anhang I) an die wichtigsten deutschen und französischen Krankenhäuser des Eurodistrikts versandt. Die Recherche der Kontaktdaten der Krankenhäuser und der dort zuständigen internen Abteilungen zur Beantwortung des Fragebogens erfolgte über Internet, Email oder Telefon.

Fast 19 Einrichtungen des Gesundheitswesens in der Stadtgemeinschaft Straßburg und weitere 32 im Ortenaukreis nahmen an der Erhebung teil. **Bei insgesamt 51 kontaktierten Krankenhäusern und Kliniken, die sich an der Bestandsanalyse beteiligt haben, lag die Rücklafrate somit bei 67 %.**

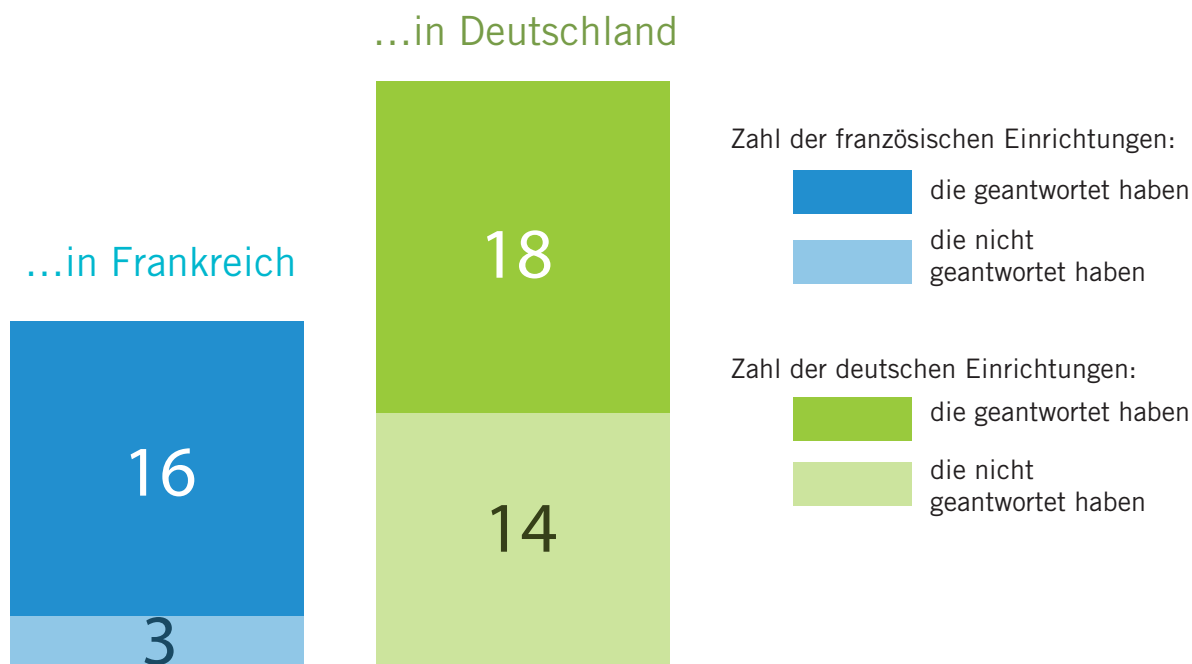
Es gilt an dieser Stelle zu betonen, dass die

wichtigsten Einrichtungen des Gesundheitswesens (die Universitätskliniken Straßburg, 3 Cliniques Straßburg, der Krankenhausverbund St. Vincent, das Krebszentrum Paul Strauss ,das Ortenau Klinikum usw.) den Fragebogen beantwortet haben, so dass ein repräsentatives Bild des Versorgungsangebotes im Eurodistrikt entstehen konnte.

Es sei an dieser Stelle auch darauf hingewiesen, dass die Bestandsanalyse im Dezember 2012 abgeschlossen und nachfolgende Entwicklungen im Bereich der medizinischen Ausstattung nicht mehr berücksichtigt wurden.

Mit Hilfe des Fragebogens konnten Daten der kontaktierten Krankenhäuser und Kliniken bezüglich der Aufnahmekapazitäten (Anzahl der Betten), der Personalstärke (medizinisches und Verwaltungspersonal), der Anzahl und Art medizinischer Ausstattung, der medizinischen Spezialisierungen sowie der verfügbaren Spezialausstattung (PET-Scanner, MRT Scanner, Gammakameras) erhoben werden.

## Kontaktierte Einrichtungen:



## f. Fokussierung bei der Bestandsaufnahme auf spezifische Ausstattung

Aufgrund der oben skizzierten Schwierigkeiten, erschien es unmöglich eine erschöpfende Bestandsaufnahme der gesamten medizinischen Ausstattung in allen Krankenhäusern und Kliniken im Eurodistrikt Strasbourg-Ortenau zu erstellen.

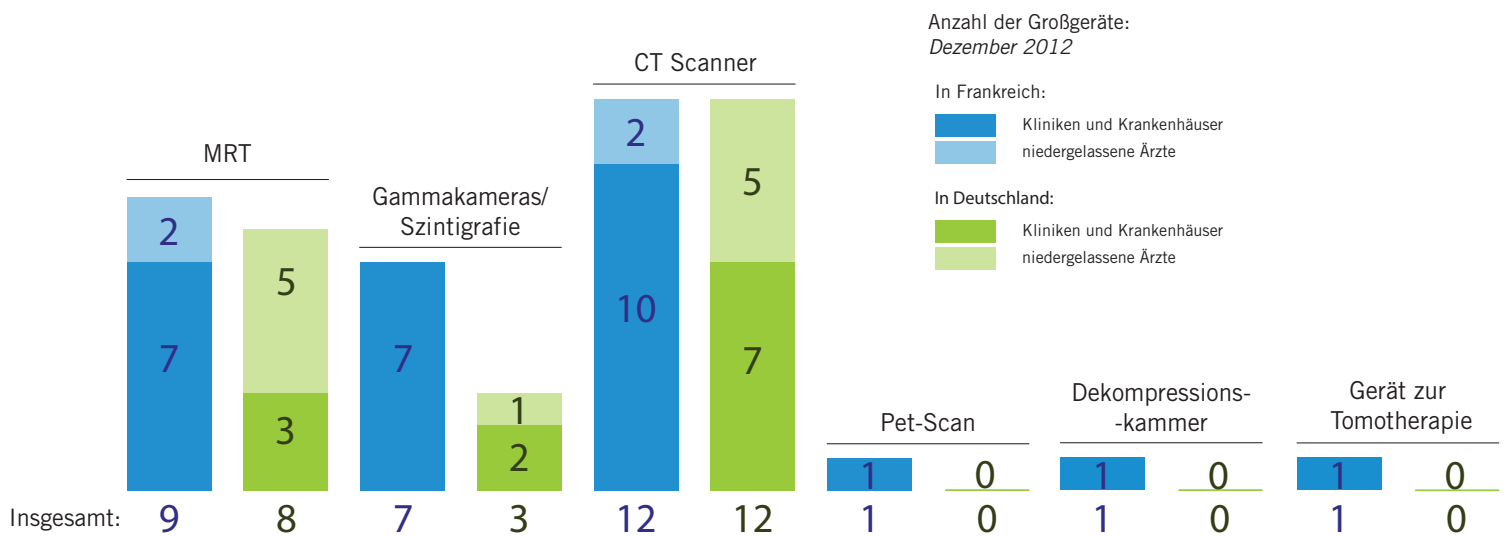
Der **Bereich der Radiologie sowie von medizinischem Großgerät** wurde einer detaillierteren vergleichenden Analyse unterzogen.

Es handelt sich dabei um:

- Extrem kostspieliges medizinisches Gerät, um Kooperations- oder Austauschpotentiale im Eurodistrikt zu eruieren,

- Behandlungsangebote, bei denen laut französischem Rechte eine Vorabgenehmigung zwingend erforderlich ist. Ein Patient aus der Stadtgemeinschaft Straßburg, der sich einer solchen Untersuchung im Ortenaukreis unterziehen möchte, muss entsprechend des erwähnten Prinzips noch vor Beginn der Behandlung eine Vorabgenehmigung bei seiner Krankenkasse einholen. Demgegenüber besteht das Ziel der PZGML in der Vereinfachung der Patientenmobilität im Eurodistrikt, insbesondere durch Abschaffung des Systems der Vorabgenehmigungen für die betroffenen Behandlungsangebote.

Durch diese verschiedenen Schritte konnte ein vergleichsweise detaillierter Vergleich des Versorgungsangebotes auf den beiden Seiten des Rheins gezogen werden (siehe Anhang C).



## C. ERGEBNISSE DER BESTANDSAUFNAHME: NEUE DENKANSTÖSSE

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass der Eurodistrikt Strasbourg-Ortenau über eine gute flächendeckende Versorgung im Gesundheitsbereich verfügt: Es gibt mehrere Krankenhauskomplexe mit mehr als 500 Betten (die Universitätskliniken von Straßburg, das Ortenau Klinikum, der Krankenhausverbunds St. Vincent, 3 Cliniques).

### 1. KOMPLEMENTÄRE STRUKTUREN ZEICHNEN SICH AB

Unter geographischen Aspekten lässt sich der Eurodistrikt schematisch in zwei unterschiedliche Zonen unterteilen. Diese Zonen sind kongruent mit den Verwaltungsgrenzen des Eurodistrikts. Im Westen des Eurodistrikts kann das französische Gebiet mit Straßburg und noch weiter gefasst mit der Stadtgemeinschaft Straßburg als wesentlich urbaner charakterisiert werden.

Es leben fast 470.000 Einwohner auf fast 305 Km<sup>2</sup>. Der Osten des Eurodistrikts auf deutscher Seite erscheint wesentlich ländlicher: Offenburg mit seinen 60.000 Einwohnern ist die größte Stadt im Ortenaukreis, in dem ca. 420.000 Einwohner auf etwa 2000 km<sup>2</sup> leben.

### 2. DIE ZAHLREICHEN REFERENZZENTREN AUF FRANZÖSISCHER SEITE

Aus der beschriebenen Situation resultiert die Tatsache, dass das Versorgungsangebot auf der französischen Seite des Eurodistrikts wesentlich umfassender und spezialisierter ist. Insbesondere verfügt es über ein großes Behandlungszentrum: Die **Universitätskliniken von Straßburg (HUS)**.

Zu den HUS gehören viele regionale und überregionale „Referenzzentren“, wie zum Beispiel das Zentrum für seltene Erkrankungen und der Station für Pädiatrische Chirurgie. Die HUS gehört

damit zu den medizinischen Exzellenzzentren. Die HUS Straßburg verfügen auch über medizinische Spitzentechnologie und kostspielige medizinische Gerätschaften, die entsprechend selten verfügbar sind. Letzteres gilt insbesondere für den Bereich der bildgebenden Verfahren. So verfügen die HUS über den einzigen PET-Scanner im ganzen Eurodistrikt Strasbourg-Ortenau. Genauer gesagt befindet sich das Gerät in den Räumlichkeiten des Universitätsklinikums, wird aber mit dem Krebszentrum Paul Strauss geteilt.

Ab 2013 werden die HUS **und** das Zentrum Paul Strauss jeweils über einen eigenen PET-Scanner verfügen, womit die Zahl der PET-Scans auf 2 steigen wird.

Derzeit handelt es sich bei den HUS um ein regionales Referenzzentrum, das Patienten aus dem ganzen Elsass und in bestimmten spezialisierten Bereichen auch aus den angrenzenden Regionen Frankreichs aufnimmt. Doch abgesehen von einigen gelegentlichen grenzüberschreitenden Kooperationen, endet das Einzugsgebiet der HUS an der Grenze zur Ortenau. Für den Eurodistrikt würde die Herausforderung nun darin bestehen, einen Patientenstrom auszulösen, damit die HUS – zumindest in den Bereichen in denen sie über einzigartiges Know-How verfügen – auch zu einem grenzüberschreitenden Referenzzentrum werden können.

Nicht nur die Patienten, sondern auch die Ärzte und Krankenhäuser sollten das Potential der HUS nutzen können, indem ihnen der Zugang zu deren medizinischer Ausstattung sowie den hochspezialisierten Behandlungsangeboten ermöglicht wird. In dieser Idee manifestiert sich auch die Philosophie des Eurodistrikts: Die Bündelung von Stärken in der Region.

Im Einzugsgebiet der Stadtgemeinschaft Straßburg ist außerdem das Centre SOS Main, ein **Zentrum für Handchirurgie mit zwei Standorten** (ein Standort in Illkirch und der Standort des Diaconat) angesiedelt, das von überregionaler Bedeutung ist. Zentren dieser Art gewährleisten einen permanenten Notdienst (24/7) mit einem hochspezialisierten Team. Derartige Dienstleistungen sind mit entsprechenden Kosten verbunden und können daher nicht in jedem Krankenhaus angeboten werden. Der Eurodistrikt hat das Glück über ein derartiges



Angebot zu verfügen und es gilt nun nach Möglichkeiten zu suchen, wie die gesamte Bevölkerung auf beiden Seiten des Rheins davon profitieren kann.

Als ein weiteres überregionales Referenzzentrum des Eurodistrikts – im Bereich der Onkologie – kann schließlich das **Krebszentrum Paul Strauss** aufgeführt werden. Des Weiteren befindet sich derzeit ein regionales Krebszentrum im Aufbau. Es soll 2017 in einem neuen Komplex in Straßburg/Hautepierre eingeweiht werden. Das neue Zentrum wird Personal und medizinische Ausstattung mit der onkologischen Station der HUS gemeinsam nutzen.

Die Ausstattung dieses Krebszentrums umfasst die hochwertigsten und teuersten Gerätschaften, von denen alle Bewohner des Eurodistrikts profitieren können sollten (als ein Beispiel kann an dieser Stelle das Tomotherapiegerät, ein hochspezialisiertes Teilchenbeschleuniger, aufgeführt werden). Das Krebszentrum Paul Strauss besitzt derzeit ein solches Gerät und plant die Anschaffung eines weiteren im Jahr 2013. Allerdings gibt es in ganz Frankreich nur sechs solcher Apparate und noch weniger in Deutschland, wobei sich der Nächste in Heidelberg befindet).

### **3. TECHNISCHE AUSSTATTUNG UND NIEDERGELASSENE ÄRZTE DER ORTENAU: EINE VIELZAHL VON MÖGLICHKEITEN DIE FRANZÖSISCHEN WARTELISTEN ZU UMGEHEN**

Auch wenn der Ortenaukreis über weniger spezialisierte Referenzzentren, als die Stadtgemeinschaft Straßburg verfügt, so ist dennoch eine gute, flächendeckende Versorgung gegeben. Im Vergleich mit ganz Baden-Württemberg, befinden sich die meisten Einrichtungen des Gesundheitswesens im Ortenaukreis.

Die Dichte im stationären Bereich beläuft sich auf 58 Betten pro 10.000 Einwohner. Dabei stellt das Ortenau Klinikum ein großes Behandlungszentrum dar.

Das Klinikum verteilt sich auf neun Standpunkte. Im Gegensatz zur Stadtgemeinschaft Straßburg sind im Ortenaukreis zahlreiche Privatkliniken anzutreffen (z.B. im Bereich der Nachsorge und der Rehabilitation). Sie wurden selbstverständlich bei der Bestandsaufnahme berücksichtigt.

Bei der Analyse des gesamten Versorgungsangebotes im Eurodistrikt, zeichnet sich in der Ortenau eine Besonderheit ab: das ambulante Versorgungsangebot ist in der Ortenau stärker ausgeprägt und besser ausgestattet als in Frankreich. Dies trifft in besonderer Weise für bestimmte medizinische Bereiche, wie dem der Radiologie/der bildgebenden Verfahren (MRT und Scanner) zu. Zahlreiche Praxen niedergelassener Ärzte verfügen über eine eigene Ausstattung und frankophones Personal. Sie sind unmittelbar in der Lage französische Patienten zu behandeln und die Wartezeiten sind erheblich kürzer als aktuell in den Krankenhäusern und Kliniken in der Stadtgemeinschaft Straßburg.

In Anlehnung an die vergleichende Analyse von medizinischem Großgerät (s. Seite 15) lassen sich im Hinblick auf die am meisten verbreiteten Gerätschaften (MRT, Scanner, Gammakameras) folgende Beobachtungen anstellen:

- Die Ortenau verfügt über eine vergleichbare Anzahl an Apparaten wie die Stadtgemeinschaft Straßburg (23 gegenüber 28 In der Stadtgemeinschaft Straßburg), bei einer kleineren Bevölkerungszahl und –dichte.
- Es hat sich außerdem gezeigt, dass von den insgesamt 28 Geräten, die es in der Stadtgemeinschaft Straßburg gibt, sich lediglich eines direkt bei einem niedergelassenen Arzt befindet. Ferner gibt es weitere drei, die sich in Krankenhäusern/Kliniken befinden, aber von niedergelassenen Ärzten benutzt werden. Insgesamt werden somit rund 15 % der Gerätschaft auf französischer Seite des Eurodistrikts, von niedergelassenen Ärzten genutzt.
- Von 23 Apparaten im Bereich medizinischen Großgeräts befinden sich 9 bei niedergelassenen Ärzten und sind dort verfügbar. Drei weitere werden von einem Krankenhaus und einer Arztpraxis gemeinsam genutzt. Fol-

glich wird mehr als die Hälfte (52%) der Geräte ausschließlich bzw. durch niedergelassene Ärzte (mit-) genutzt.

Auf Grundlage dieser Ergebnisse erschien es vielversprechend, Vorschläge für mögliche Kooperationen zu erarbeiten, die niedergelassene Ärzte in Deutschland miteinbeziehen. Letztere können bei geringen Wartezeiten (1-2 Tage) Untersuchungen anbieten und somit eine konkrete Lösung für das Problem der in Frankreich bestehenden Wartezeiten sein.

In der vorliegenden Studie wurden demzufolge einerseits der Bedarf in diesem Bereich auf französischer Seite eruiert und die Möglichkeiten der gemeinsamen Nutzung bzw. Mitbenutzung der in Deutschland vorhandenen technischen Ausstattung näher beleuchtet.





# II. MÖGLICHKEITEN DER GRENZ-ÜBERSCHREITENDEN ZUSAMMENARBEIT: EIN PANEL DER POTENTIELLEN VERSORGUNGS-ANGEBOTE

---

*Im Rahmen dieser Studie hat das ZEV versucht, eine nicht abschließende Liste der Versorgungsangebote zu erstellen, bei denen eine grenzüberschreitende Kooperation einen Mehrwert für den Eurodistrikt Strasbourg-Ortenau darstellen würde (siehe Seite 33 ff.).*

Auf Grundlage der Ergebnisse der Arbeitstreffen (Ärzte, Krankenhausleitungen, Vertreter der Krankenkassen und der Gesundheitsbehörden), die im Laufe des Jahres 2012 stattfanden, hat das ZEV eine nicht abschließende Liste mit Versorgungsangeboten erstellt, bei denen eine Zusammenarbeit zwischen den Krankenhäusern bzw. mit niedergelassenen Ärzten im Eurodistrikt möglich und innerhalb kurzer Zeit leicht umsetzbar wäre. Die Zusammenarbeit kann dabei verschiedene Formen annehmen: Sie kann sich auf stationäre oder ambulante Angebote bzw. ambulante Behandlungen, die im Krankenhaus durchgeführt werden (wie im Falle der ambulanten Chirurgie), beziehen.

Das ZEV erachtete es als unabdingbar, Kriterien für die Erarbeitung solcher Kooperationsentwürfe aufzustellen – d.h. *conditio sine qua non*, um deren Umsetzung zu ermöglichen:

- Es sollte beachtet werden, dass der **potentielle Patientenstrom in Deutschland und Frankreich ausgewogen und die Kooperation reziprok ist**. Das PZGL sollte dem gesamten Eurodistriktraum zu Gute kommen und nicht nur einer Seite des Rheins.
- Des Weiteren sollte sichergestellt werden, dass nur Projekte im Gesundheitswesen initiiert werden, bei denen keine Konkurrenzsituationen zwischen der deutschen und der französischen Seite sondern vielmehr **komplementäre Strukturen** entstehen.
- Ferner gilt es darauf zu achten, dass die Projekte für **alle Glieder der Versorgungskette einen Mehrwert** nach sich ziehen: Patienten, Ärzte, Krankenhäuser, Krankenkassen und Behörden. Andernfalls wären die Vorschläge kaum durchsetzbar.

- Schließlich sollte eine qualitativ hochwertige Behandlung und Beratung des Patienten im Eurodistrikt sichergestellt werden, was eine Berücksichtigung der Sprachproblematik in den Projekten nach sich zieht.

Die Liste der grenzüberschreitenden Kooperationen soll im Laufe der Zeit vergrößert werden. Die nachfolgend aufgelisteten Kooperationsprojekte sind nach Priorität geordnet (in Anlehnung an das Kriterium der Machbarkeit und des Mehrwerts für die Patienten und die Krankenkassen – und somit die öffentliche Finanzierung).

Es haben sich drei Hauptbereiche der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit herauskristallisiert: der Bereich der bildgebenden Verfahren, des Rettungswesens in der Notfallversorgung und der Onkologie.

## A. IM BEREICH DER BILDGEBENDEN DIAGNOSTIK

Die gemeinsame Nutzung von medizinischem Großgerät (wie z.B. der MRTs oder des PET-Scanners) im Bereich der bildgebenden Diagnostik gewährleistet eine rationale Verteilung der Mittel im deutschen und französischen Gesundheitswesen, und zwar dank:

- der Initiierung einer partnerschaftlichen, gemeinsamen Nutzung von medizinischen Gerätschaften, oder bei Neuanschaffungen
- die gemeinsame Tragung der Betriebskosten (Wartung, Instandhaltung, medizinisches und paramedizinisches Personal)

### 1. GEMEINSAME NUTZUNG DES MRT

#### a. Der Bestand auf der französischen Seite

**Die Stadtgemeinschaft Straßburg zählt derzeit 9 MRTs.** Diese befinden sich in Straßburg und im Besitz der folgenden Krankenhäuser, Kliniken

und bei niedergelassenen Ärzten: Hôpital Civil und Nouvel Hôpital Civil, Krankenhaus von Hautepierre, Krebszentrum Paul Strauss, Klinik der Orangerie, Klinik St. Odile, Praxis Wilson.

#### b. Der Bestand auf der deutschen Seite

**Der Ortenaukreis verfügt** bei einer etwas kleineren Einwohnerzahl (417.000 gegenüber mehr als 470.000 in der Stadtgemeinschaft Straßburg) und einem größeren Gebiet (1851 km<sup>2</sup> gegenüber den 305 km<sup>2</sup> des Stadtverbands von Straßburg) **über 8 Geräte;** darunter:

- 3 MRTs im stationären Bereich: eins am Standort von Lahr-Ettenheim sowie zwei weitere am Standort des Ortenau Klinikums von Offenburg-Gengenbach.
- 5 MRTs bei niedergelassenen Ärzten: Eins in Offenburg, zwei in Lahr, eins in Kehl (seit Januar 2013) und eins in Achern (unter gemeinsamer Nutzung durch den Standort Achern des Ortenau Klinikums und einem niedergelassenen Arzt).

#### c. Nutzen einer Kooperation zwischen dem Ortenaukreis und der Stadtgemeinschaft Straßburg

##### Verkürzung der Wartezeiten für ein MRT auf französischer Seite, vor allem im ambulanten Bereich

Die Wartezeiten für ein MRT sind im Eurodistrikt immer noch zu lange, dies betrifft insbesondere die französische Seite. Die ARS Elsass veröffentlicht in ihrer Bestandsaufnahme im regionalen Gesundheitsplan 2012-2016 die durchschnittlichen Wartezeiten auf ein MRT im Jahre 2010 im Elsass: Sie belaufen im ambulanten Bereich auf 29 und im stationären Bereich auf 17,1 Tage. Die Wartezeiten sind mit durchschnittlich 43 Tagen im Jahr 2008 im pädiatrischen Bereich sogar noch länger. Entsprechend schwierig gestaltet sich die Organisation solcher Untersuchungen bei Kindern.

In einigen Städten des Ortenaukreises wie beispielsweise in Kehl (Ärztehaus), gibt es quasi keine Wartezeiten; meistens erfolgt die Terminvergabe innerhalb von zwei Tagen.

Wie bereits erörtert ist die Konstellation auf beiden Seiten des Rheins sehr unterschiedlich: das Angebot an niedergelassenen Ärzten ist in Deutschland wesentlich stärker ausgeprägt.

Bei der Untersuchung der möglichen Kooperationsformen, wurde dieser Besonderheit Rechnung getragen und es wurden neben den potentiellen grenzüberschreitenden Kooperationen zwischen den Krankenhäusern, auch solche mit bzw. zwischen den Arztpraxen in Betracht gezogen und analysiert.

Den Patienten im Eurodistrikt sollte die Möglichkeit der Inanspruchnahme eines solchen Untersuchungsverfahrens im Nachbarland nicht vorenthalten werden.

### Vermeidung von Neuanschaffungen von MRTs auf beiden Seiten des Rheins

Durch eine grenzüberschreitende Planung im Gesundheitsbereich sowie die gemeinsame Nutzung von medizinischer Gerätschaft im Eurodistrikt ließen sich Kosteneinsparungen erzielen.

#### d. Kooperationsprojekte

**Im ambulanten Bereich, Zusammenarbeit mit einer niedergelassenen Praxis für Radiologie in der Ortenau (OKO).** Diese Arztpraxis hat in jüngster Vergangenheit (am 01.01.2013) ein MRT Gerät erworben (Siemens AERA 70 cm gantry). Ferner praktizieren in der Praxis mehrere frankophone Radiologen.

Im November 2012 hat die deutsche Praxis, in einer E-Mail an die ARS Elsass, ihr Interesse an einer möglichen Kooperation bekundet. Die Ärzte schlugen vor, grenzüberschreitenden Patienten aus der Stadtgemeinschaft Straßburg, die einen entsprechenden Wunsch äußerten, in Kehl einem MRT zu unterziehen. Gesezt den Fall, dass es zur Unterzeichnung einer Vereinbarung kommt, könnten die Patienten innerhalb kürzester Zeit eine Untersuchung in Kehl erhalten und dabei von frankophonen Ärzten betreut werden.

Ferner sei darauf hingewiesen, dass die, an der möglichen Kooperationsvereinbarung beteiligten Ärzte in Deutschland, sich auch dazu bereit erklären würden, bei den Patienten französische gesetzliche Tarife anzuwenden.

Es gilt in diesem Zusammenhang zu betonen, dass es absolut angemessen erscheint, die Ärztehäuser miteinzubeziehen. Letztere haben sich im Ortenaukreis und vor allem in Kehl stark vergrößert. Im Kehler Ärztehaus sind verschiedene medizinische Bereiche vertreten: die Radiologie, die Chirurgie, Unfallchirurgie, die Innere Medizin, die Kieferchirurgie usw. Der Vorteil besteht zudem in der räumlichen Nähe des Gebäudes zu dem Krankenhaus von Kehl.

**Im stationären Bereich:** Einführung eines grenzüberschreitenden zentralen Koordinierungssystem, auf das Ärzte und Kliniken auf beiden Seiten des Rheins Zugriff haben und mit dessen Hilfe herausgefunden werden kann, wo der Patient schnellstmöglich behandelt werden könnte. Dieses System sollte, nach Angabe der befragten Krankenhausdirektionen, einfach zu bedienen sowie flexibel und interaktiv handhabbar sein. Prinzipiell sind die französischen Klinikleiter damit einverstanden, ihre Patienten für eine MRT Untersuchung zu einer Klinik oder einer Praxis in Nachbarland zu überweisen, insbesondere in Notfällen.

In all diesen Fällen würden die in Betracht gezogenen grenzüberschreitenden Kooperationen eine **Abschaffung des Systems der Vorabgenehmigungen** durch die französische gesetzliche Krankenkasse für die Patienten, die sich einem MRT im Ortenaukreis unterziehen wollen, erfordern.

Hauptziel der PZGL ist die teilweise bzw. bereichsspezifische Beseitigung von Hindernissen bei der Inanspruchnahme von grenzüberschreitenden medizinischen Leistungen, um die Patientenmobilität in dieser Region zu fördern. Im Übrigen ist auch im Artikel 6 des deutsch-französischen Rahmenabkommens über die grenzüberschreitende Zusammenarbeit eine entsprechende Möglichkeit angedacht. Ist eine Vorabgenehmigung für die grenzüberschreitende Inanspruchnahme eines Versorgungsangebotes notwendig, sieht der Paragraph 2 vor, dass in den Kooperationsvereinbarungen festgelegt werden kann, dass diese Genehmigung automatisch durch die zuständigen Sozialversicherungsträger ausgestellt wird.

## 2. GEMEINSAME NUTZUNG VON PET-SCANNERN

Im Gegenzug zu der Zusammenarbeit im Bereich der MRTs, könnte eine grenzüberschreitende Kooperation erarbeitet werden, die deutschen Patienten eine Nutzung der PET-Scanner in Straßburg ermöglicht.

### a. Bestand auf französischer Seite

Derzeit verfügen die Universitätskliniken von Straßburg (HUS) über technische Ausstattungen im Bereich der Nuklearmedizin. Der PET-Scanner wird aktuell von den Universitätskliniken von Straßburg und dem Krebszentrum Paul Strauss (CLCC) gemeinsam genutzt. Es sei an dieser Stelle erwähnt, dass dieses Gerät die Untersuchung von 5-6 Patienten pro Halbtage ermöglicht.

Im Rahmen der Gründung des neuen **Institut Régional contre le Cancer** (IRC; Institut im Kampf gegen den Krebs) wird in naher Zukunft ein weiterer PET-Scanner im Krebszentrum Paul Strauss zur Verfügung stehen. Demzufolge werden bis Ende des Jahres 2013 sowohl die Universitätskliniken von Straßburg (HUS) wie auch das Krebszentrum Paul Strauss über ein eigenes Gerät verfügen.

### b. Bestand auf deutscher Seite

Derzeit stehen im Ortenaukreis keine PET-Scanner zur Verfügung. Die deutschen Patienten im Eurodistrikt werden zu einer solchen Untersuchung an das Universitätsklinikum Freiburg überwiesen.

Das Ortenau Klinikum befindet sich derzeit in einem Reflexionsprozess:

- Gemeinsame Nutzung der/des auf französischer Seite des Eurodistrikts verfügbaren Geräte/s (in einer mittelfristigen Kooperation mit dem CHU und Paul Strauss).

ODER

- Erwerb eines eigenen PET-Scanners und Rekrutierung eines Nuklearmediziners. Allerdings wurde aus ersichtlichen finanziellen Gründen noch keine Entscheidung getroffen.

### c. Grenzüberschreitende Kooperationsprojekte

Das CHU und Paul Strauss (sobald der zweite PET-Scanner in Betrieb genommen wurde) sind durchaus bereit, die Möglichkeiten einer Aufnahme von deutschen Patienten aus dem Ortenaukreis im Rahmen einer Kooperationsvereinbarung in Betracht zu ziehen.

Zuvor müsste auf deutscher Seite eine Bedarfsanalyse durchgeführt werden, damit überprüft werden kann, in welchem Umfang das Gerät zur Verfügung gestellt werden könnte.

In der Praxis wären mehrere Alternativen denkbar:

- Sollte das Ortenau Klinikum einen Nuklearmediziner einstellen, könnte dieser die deutschen Patienten zu der Untersuchung nach Straßburg begleiten.
- Andernfalls könnte das CHU und Paul Strauss entsprechend reagieren und zweisprachiges Personal aus/weiterbilden.

Neben der Frage der Kostenübernahme muss die Kooperationsvereinbarung auch die Fragen bezüglich des Transfers der deutschen Patienten nach Frankreich und die Kommunikation zwischen Arzt und Patient regeln.

### d. Nutzen einer solchen Kooperation

Eine Kooperationsvereinbarung zwischen den Universitätskliniken Straßburg und dem Ortenau Klinikum würde eine **gemeinsame Nutzung der PET-Scanner im Eurodistrikt** und somit Kosteneinsparungen ermöglichen. Für das in erster Linie öffentlich finanzierte Ortenau Klinikum erscheint es in wirtschaftlicher Hinsicht tatsächlich sinnvoller, sich für die Kooperationsoption zwischen den beiden Krankenhäusern zu entscheiden, anstatt eine weitere Anschaffung eines PET-Scanners in der Grenzregion zu tätigen.

Darüber hinaus könnte durch eine solche Vereinbarung mit dem Ortenau Klinikum in den Universitätskliniken Straßburg und dem Krebszentrum Paul Strauss die notwendige Anzahl an Patienten für derartige Untersuchungen erreicht werden und somit möglicherweise in Zukunft die Genehmigung zur Anschaffung eines dritten

Gerätes erteilt werden. Dies wiederum würde der gesamten Grenzregion zu Gute kommen.

Ferner würde dies den deutschen Patienten eine Untersuchung in Straßburg ermöglichen und somit den längeren Weg nach Freiburg ersparen.

Diese zunächst auf den stationären Bereich beschränkte Vereinbarung könnte möglicherweise auf den ambulanten Bereich ausgeweitet werden.

## B. IN DER NOTFALLVERSORGUNG

### 1. KOOPERATION IM BEREICH DER HANDCHIRURGIE

**Potentielle Partner:** **Centre SOS Main** (Handtraumazentrum Straßburg/Illkirch), **Ortenau Klinikum** (Offenburg).

#### a. Der Bestand auf französischer Seite

Mit dem Centre **SOS Main** verfügt die Stadtgemeinschaft Straßburg über ein, auf Handchirurgie spezialisiertes Zentrum, mit einer entsprechenden medizinischen Ausstattung und medizinischem Fachpersonal (spezialisiert im Bereich der Unfallchirurgie). Das Handtraumazentrum behandelt sowohl unfallchirurgische Notfälle, als auch Patienten, die eine Behandlung geplant haben, um z.B. Fehlstellungen korrigieren zu lassen.

Das Zentrum ist auf zwei Standorte (das Diaconat und Illkirch) verteilt. Es finden ein Arztaustausch und gemeinsame Visiten statt. Es handelt sich um eine Kooperation zwischen einer privaten und einer öffentlichen Einrichtung.

Das Handtraumazentrum gewährleistet **eine permanente Versorgung und nimmt rund um die Uhr, während des gesamten Jahres Patienten auf.**

Es handelt sich um **ein regionales Referenzzentrum**, das nächste befindet sich auf französischer Seite in Nancy (welches wiederum mit Luxemburg kooperiert). Ferner wurde das Handtraumazentrum

mit dem europäischen FESUM-SOS Main Label und im Bereich der Unfallchirurgie zertifiziert.

#### b. Der Bestand auf deutscher Seite

**Beim Ortenau Klinikum Offenburg** sind Unfallchirurgen tätig, von denen drei eine Zusatzausbildung im Bereich der Handchirurgie absolviert haben. Die Offenburger Klinik nimmt Patienten aus dem Ortenaukreis für solche Behandlungen auf. Sie interveniert sowohl bei Notfällen, als auch im Bereich von geplanten Behandlungen. Vor kurzem (Januar 2013) hat ein neuer Chefarzt den Posten seines, Ende 2012 in den Ruhestand verabschiedeten, Vorgängers übernommen.

Nach dem aktuellen Stand der Dinge werden Notfälle, die nicht direkt im Ortenau Klinikum behandelt werden können (beispielsweise bei einem Massenunfall, wenn also eine Vielzahl von Patienten gleichzeitig behandelt werden müssen), nach Baden-Baden in die Handchirurgie (der DRK Klinik) überwiesen.

#### c. Der Nutzen einer Kooperation zwischen der Stadtgemeinschaft Straßburg und dem Ortenaukreis

**„Im Notfall zählt jede Sekunde“.** Bei Handtraumanotfällen, die im Ortenau Klinikum nicht sofort behandelt werden können, könnte sich eine Überweisung an das Handtraumazentrum in Straßburg als sinnvoll erweisen. Denn bei schweren Handverletzungen sollte eine sofortige chirurgische Intervention erfolgen (innerhalb von Stunden nach dem Unfall). Andernfalls riskiert der Patient eine vollständige oder partielle Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit seiner Hand.

Darüber hinaus handelt es sich bei der Handchirurgie um einen Bereich der prädestiniert ist für eine grenzüberschreitende Zusammenarbeit in einer Region wie dem Eurodistrikt. Ein Kooperationsprojekt in diesem Bereich könnte folgende Vorteile mit sich bringen:

- Es könnten Kostenvorteile für die Krankenkassen entstehen, bei hoher Qualität und einer optimalen Reaktionszeit.



Im Bereich der unfallchirurgischen Versorgung der Hand ist eine schnelle, spezialisierte und interdisziplinäre Behandlung unerlässlich. Für den öffentlichen Sektor bedeutet die Gewährleistung eines hochwertigen Versorgungsangebotes einen sinnvollen Einsatz des Budgets. Schlussendlich macht die Chirurgie nur die Hälfte des medizinischen Angebots aus. Es bedarf darüber hinaus einer effektiven Nachbehandlung (Prothesen usw.). Durchschnittlich setzen sich die Kosten für eine Handverletzung zu 20% aus Behandlungs- und zu 80% aus anderen Kosten zusammen (Rente, Krankengeld usw.)

- Außerdem könnte ein ausreichender Patientenzulauf sichergestellt und so die Kosten für Material und die Aufrechterhaltung des Angebotes gerechtfertigt werden. Für die Handchirurgie ist die ausreichende Anzahl der Patienten von besonderer Bedeutung, um die nicht unerheblichen Kosten des rund um die Uhr verfügbaren Teams und des medizinischen Materials zu rechtfertigen.

#### **d. Entwurf einer grenzüberschreitenden Kooperation zwischen dem Centre SOS Main und dem Ortenau Klinikum**

Die Kooperation könnte in der [Idee der Nutzung komplementärer Strukturen](#) ihren Anfang finden: Wenn das Ortenau Klinikum die deutschen Patienten nicht behandeln kann (z.B. bei hohem Patientenaufkommen), könnte eine Überweisung nach Straßburg/Ilkirk erfolgen. Auf Grund der Tatsache, dass die schwersten Notfälle behandelt werden oder komplizierte geplante Behandlungen erfolgen, könnte das Handtraumazentrum – sofern dies gewünscht ist - zum grenzüberschreitenden Referenzzentrum ernannt werden.

Die Leitung des Handtraumazentrums SOS Main hat in der Zwischenzeit mit dem Ansinnen einer grenzüberschreitenden Kooperation mit der Ortenau bereits Kontakt zu ARS Elsass und der CPAM Bas-Rhin aufgenommen. Die Kooperation ist im Übrigen bereits in den mehrjährigen Zielvertrag der 3 Cliniques Strasbourg angedacht. Um nun alle Modalitäten zu regeln, wäre die Unterzeichnung einer Vereinbarung unbedingt erforderlich.

## **Sprache/Kommunikation**

Die Frage der Kommunikation und somit der Sprache ist im Rahmen von Behandlungen unter lokoregionaler Anästhesie (lokaler Betäubung) besonders wichtig. Arzt und Patient müssen vor und während der Behandlung Rücksprache halten können. Bestimmte Eingriffe erfordern eine eindeutige Zustimmung seitens des Patienten (Amputationen usw.). Das Handzentrum bietet bereits eine Patientencharta/Informationsbroschüre in deutscher Sprache an. Des Weiteren spricht das Pflegepersonal Deutsch oder Englisch. Sollte eine Kooperationsvereinbarung zustande kommen, wäre eine Fortbildung des Personals durchaus im Rahmen des Möglichen.

## **Der Transport von deutschen Patienten bei Notfällen nach Straßburg**

Im Rahmen einer solchen Vereinbarung, wäre der Einsatz von deutschen Rettungsdiensten für den Transport nach Straßburg erforderlich.

Nun wäre ein Transport der Verletzten von der Ortenau zum Diaconat oder nach Ilkirk durch deutsche Rettungsdienste durchaus denkbar. Denn bereits am 09. Februar 2010 wurde eine Vereinbarung zur grenzüberschreitenden Kooperation im Rettungswesen unterzeichnet. Ihr Geltungsbereich erstreckt sich über Baden-Württemberg und das ganze Elsass (siehe S.45). Im Rahmen dieser Studie wurde kurz nach dem 5. Deutsch-Französischen Symposium der Notfallversorgung vom 19.01.2013 in Kehl ein Gespräch mit Herrn Dr. Ermerling geführt. Hierbei konnte festgehalten werden, dass die letzten technischen und administrativen Probleme (wie der Einsatz von deutschem Blaulicht in Frankreich und umgekehrt) mittlerweile behoben sind. Der Transport von Patienten aus dem Ortenaukreis nach Straßburg kann mittlerweile reibungslos ablaufen. Die einzigen Schwierigkeiten die unter Umständen noch bestehen, sind finanzieller Natur (Frage der Übernahme der Transportkosten).

## **Arbeitsunfälle**

Die Unfälle in diesem Bereich geschehen häufig auf der Arbeit. Zuständig für die Erstattung der Kosten von Arbeitsunfällen ist in Deutschland nicht die

Krankenkasse sondern die Berufsgenossenschaft. Die Berufsgenossenschaft verwaltet den Teil „Arbeitsunfälle/Berufskrankheiten“ des Systems der gesetzlichen Sozialversicherung. Für eine volle Erstattung der Kosten (Transportkosten, Kosten der Operation) muss die Behandlung der Patienten in einem von der Berufsgenossenschaft anerkannten Krankenhaus erfolgen. Daher sollten der Landesverband Südwest der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung in die Verhandlungen mit einbezogen werden. Er hat seinen Sitz in Heidelberg und Baden-Württemberg fällt in seinen Zuständigkeitsbereich.

## 2. DIE ZUSAMMENARBEIT IM BEREICH DER NEUROLOGIE/ NEUROCHIRURGIE

In diesem Bereich besteht z.B. in der Region um Kehl/Straßburg die Möglichkeit einer gezielten Zusammenarbeit.

### a. Möglichkeiten zur effektiven Behandlung von Schlaganfällen in Straßburg

Die Universitätskliniken von Straßburg sind im Bereich der Neurologie und der interventionellen Neurologie spezialisiert. Das Krankenhaus von Hautepierre hat in jüngster Vergangenheit eine neurovaskuläre Station eingerichtet („Stroke center“). Sie steht unmittelbar in Kontakt mit den Rettungsdiensten, so dass eine optimale Behandlung von Schlaganfällen möglich ist.

Derzeit kann im Falle eines Schlaganfalls - mit durchschnittlich vier Stunden - schnell systematisch thrombolysiert werden. Die Universitätskliniken konnten in den letzten zwei Jahren enorme Fortschritte auf diesem Gebiet erzielen und verfügen seit 2011/2012 über eine komplette Station.

### Bedarf an einer Kooperationsvereinbarung unter Einbezug der Notärzte

Im Hinblick auf die medizinische Notfallversorgung (insbesondere von Schlaganfällen), sollte in

der Vereinbarung auch der Patiententransport jenseits der Grenze geregelt werden. Wie bereits bei der oben beschriebenen Kooperation, sollten auch in dieser Vereinbarung Regelungen bzgl. der Kostenübernahme des Transports festgelegt werden.

### b. Behandlung von transitorischen ischämischen Attacken (TIA) – ein Projekt in Kehl

Nach eigenen Angaben können niedergelassene, frankophone Ärzte in Kehl, Patienten mit einer transitorischen ischämischen Attacke, eine schnelle, ambulant durchgeführte Behandlung anbieten.

**TIA** wird wie der Schlaganfall durch eine, per Definition temporäre, Verengung der Blutgefäße im Gehirn ausgelöst. Die motorischen oder sensorischen Störungen, die in Folge der AIT auftreten, dauern weniger als 24 h an. Trotz dieser kurzen Zeitspanne handelt es sich dennoch um eine ernsthafte diagnostische und therapeutische Notfallsituation. Es treten oft Stunden oder Tage nach dem ersten Schub Rückfälle auf, die sich häufig in Gestalt von Schlaganfällen mit Lähmungserscheinungen äußern. Durch die zeitnahe Diagnose eines TIA und eine adäquate, vorbeugende Behandlung lassen sich demnach schlimmere Schlaganfälle verhindern.

**Statistiken:** 15 bis 20 % aller Schlaganfälle gehen TIAs voraus. Sie ereignen sich innerhalb von Stunden oder Tagen. Dementsprechend besteht innerhalb eines kurzen Zeitfensters die Möglichkeit einer sekundären Prävention. Es handelt sich bei TIAs im Hinblick auf Diagnose und Behandlung, um ernste Notfälle, mit schwerwiegenden Folgen für die Gesundheit.

### c. Die aktuelle Situation in Straßburg

Lediglich einem sehr geringer Prozentsatz von AIT-Fällen wird in der folgenden Woche eine adäquate Behandlung zu teil (neurologische Begutachtung, CW-Doppler, funktionelle Magnetresonanztomographie, Langzeit EKG, Herzecho).

Eine schnelle Reaktion erfordert meist eine Inanspruchnahme des ohnehin überlasteten Rettungswesens.

## d. Behandlungsmöglichkeiten von TIAs in Kehl

### Voraussetzungen

- Die Ärzte in Kehl sind mit einer Vergütung nach den tariflichen Regelungen der CPAM einverstanden
- Erteilung einer Vorabgenehmigung durch die CPAM

### Ablauf der Versorgung:

- Der Patient konsultiert seinen Hausarzt/die Notdienste in Straßburg: Verdacht auf TIA
- Der behandelnde Hausarzt/Notdienst kontaktiert das Netzwerk in Kehl, wenn keine schnelle Aufnahme in Straßburg möglich ist.
- Präsenz von frankophonem Personal in den Praxen in Kehl, das den Anruf entgegennehmen kann
- Sofern in Kehl eine schnellere Intervention (bestenfalls innerhalb von 24h) möglich ist, wird der Patient überwiesen und erhält: neurologische Begutachtung, VW-Doppler und falls erforderlich, CT, funktionelle Magnetresonanztomographie des Gehirns, Überprüfung der Herzrhythmus mit einem Holter EKG und Herzecho
- Präventivbehandlung unmittelbar nach der Diagnose durch den Neurologen/ französischer Arztbrief für den Hausarzt

## C. AUF DEM GEBIET DER ONKOLOGIE

### 1. IM BEREICH DER STRAHLENTHERAPIE

Mögliche Partner: **CLCC Paul Strauss** (Straßburg), der Klinikverbund **St. Vincent** (Straßburg), das **Ortenau Klinikum** (Kehl).

#### a. Der Bestand auf französischer Seite

Im Bereich der Strahlentherapie stehen in der Stadtgemeinschaft Straßburg zwei spezialisierte Versorgungsangebote zu Verfügung, die mit modernster Technik ausgestattet und in der Lage sind eine ausreichende Anzahl grenzüberschreitender Patienten zu behandeln. Das Krebs-Zentrum Paul Strauss in Straßburg ist im Bereich der Onkologie und insbesondere der Strahlentherapie als überregionales Referenzzentrum anerkannt. Es verfügt derzeit über:

- 5 Teilchenbeschleuniger und ein weiterer soll 2013 angeschafft werden: ein Novalis Astro TX, der in diesem Bereich als Spitzentechnologie angesehen ist (Strahl mit weniger als 1mm Abstand, sehr präzise);
- 1 Tomotherapiegerät außerdem ist der Erwerb eines Zweiten im Laufe des Jahres 2013 angedacht. Dieses Gerät ist in Frankreich sehr selten (6 in ganz Frankreich).

Auch im Klinikverbund St. Vincent und vor allem in der Klinik St Anne gibt es, mit aktuell 3 Teilchenbeschleunigern, ein hochentwickeltes Angebot im Bereich der Strahlentherapie. In dieser Hinsicht läge eine grenzüberschreitende Zusammenarbeit durchaus im Bereich des Machbaren

#### b. Der Bestand auf deutschen Seite

Auf der deutschen Seite des Eurodistrikts bietet das Ortenau Klinikum Behandlungen mit zwei linearen Teilchenbeschleunigern an. Allerdings befindet sich das nächste Gerät zur Tomotherapie in Heidelberg (130 km weit weg von Kehl).



### **c. Grenzüberschreitende Kooperationsprojekte zwischen deutschen und französischen Einrichtungen**

Das Ortenau Klinikum hat bereits Interesse an einer **wissenschaftlichen Zusammenarbeit** signalisiert. Letztere würde sich in Form von Arbeitstreffen und Begegnungen des Austauschs konkretisieren. Bei diesen Gelegenheiten könnten Wissen und Know-How im Bereich der Strahlentherapie ausgetauscht werden.

Eine weitere Möglichkeit der Kooperation bestünde - mit Blick auf die medizinische Ausstattung auf beiden Seiten des Rheins – **in der gemeinsamen Nutzung bestimmter Gerätschaften wie z.B. bei der Tomotherapie**. Wie bereits im Falle der PET-Scanner könnten die deutschen Patienten, mit oder ohne Begleitung durch einen deutschen Nuklearmediziner, nach Straßburg überwiesen werden und die Tomotherapie im Eurodistrikt in Anspruch nehmen anstatt in Heidelberg.

### **d. Nutzen einer grenzüberschreitenden Kooperation**

#### **Austausch von Wissen und Know-How**

Eine der Errungenschaften in der Onkologie ist das multidisziplinäre Vorgehen (Strahlentherapie, Chemotherapie, medikamentöse Behandlung). Das Interesse der praktizierenden Ärzte besteht darin, zusammenzuarbeiten und nicht miteinander zu konkurrieren. Der Eurodistrikt hat das Glück über verschiedene Versorgungsangebote für krebserkrankte Menschen zu verfügen. Mit dem CLCC Paul Strauss ist das wohl bedeutendste Referenzzentrum für Onkologie am gesamten Oberrhein in der Region vertreten (es werden jährlich mehr als 11.000 Chemotherapien durchgeführt). Die deutsche Seite des Eurodistrikts kann von dem Know-How und den Erfahrungen des künftigen Institut Régional contre le Cancer nur profitieren.

#### **Räumliche Nähe**

Im Bereich der Strahlentherapie scheint eine grenzüberschreitende Kooperation durchaus machbar zu sein. Die Behandlung ist meist längerfristig angelegt (20-25 Behandlungstermine).

In Abhängigkeit ihres Wohnorts könnten die Bewohner des Ortenaukreises ein Interesse an einer Behandlung in Straßburg haben.

#### **Beginn einer positiven Dynamik in der therapeutischen Verorgung**

Mit Hilfe einer solchen Vereinbarung könnte in Straßburg wesentlich leichter die notwendige Anzahl an Patienten erreicht werden. Mit den hieraus resultierenden zusätzlichen finanziellen Mitteln, könnte zum Wohle des Patienten im Eurodistrikt in neue Ausstattung investiert werden.

#### **Eine gemeinsame deutsch-französische Spezialisierung im Bereich der pädiatrischen Strahlentherapie?**

Für die Ortenau könnte darüber hinaus eine Kooperation – v.a. mit dem künftigen Institut Régional contre le Cancer – im Hinblick auf die Entwicklung gemeinsamer Lösungen für die Behandlung von sehr kleinen Kindern von Interesse sein. Solche Fälle sind im Bereich der Strahlentherapie selten (im CLCC Paul Strauss belaufen sich die Zahlen auf ca. 10 pro Jahr), zugleich jedoch schwierig zu behandeln, insbesondere auf Grund der Tatsache, dass kleine Kinder bei der Bestrahlung einer Anästhesie unterzogen werden müssen. Leider sind die Bedingungen für die Betreuung der Eltern und die die Terminvergabe noch optimierungsbedürftig.

Unter diesem Gesichtspunkt könnte die Erhöhung der notwendigen Patientenzahl zweifelsfrei zu einer Verbesserung der allgemeinen Versorgungsqualität beitragen.

#### **Sprache/Kommunikation**

Die französischen Krankenhäuser gelang es, deutschsprachiges Personal zu rekrutieren, so dass die deutschen Patienten gut empfangen werden können. Sollte dies nicht möglich sein, könnten auch Weiterbildungen angeboten oder eine Umstrukturierung der Dienstleistungen vorgenommen werden.

## 2. KOOPERATION IM BEREICH DER REHABILITATION/ NACHSORGEBEHANDLUNG

Potentielle Partner: **CLCC Paul Strauss** (Straßburg),  
**MediClin Staufenburg Klinik** (Durbach)

### a. Der Bestand auf französischer Seite

Das Krebszentrum Paul Strauss ist, als überregionales Referenzzentrum bei der Behandlung von Krebspatienten, Mitglied der Krankenhausvereinigung UNICANCER und der Fédération Française des Centres de Lutte Contre le Cancer (Französische Vereinigung der Zentren im Kampf gegen den Krebs; mit insgesamt 18 Mitgliedern in ganz Frankreich).

Das Zentrum verfolgt im Bereich der Onkologie eine dreifache Zielsetzung der Behandlung, Forschung und Weiterbildung.

Im Rahmen der Gründung des Institut Régional du Cancer planen die Universitätskliniken Straßburg und das CLCC Paul Strauss für 2017/2018 den Zusammenschluss ihrer Teams sowie ihrer medizinischen Ausstattungen: in der Medizinischen Onkologie, der Hämatologie, der Onkobiologie, der Strahlentherapie und der onkologischen Chirurgie des Krebszentrums Paul Strauss, in Kooperation mit dem Plateaux techniques d'Imagerie médicale (bildgebende Verfahren).

Das Zentrum Paul Strauss ist als einziges im ganzen Elsass dazu berechtigt, Strahlentherapien mit Kindern durchzuführen und zählt zu den wenigen Einrichtungen, die auch sehr kleine Kinder (im Alter von weniger als 5 Jahren) unter Vollnarkose bestrahlen.

Die Rehabilitation und die allgemeine Nachsorgebehandlung von Krebspatienten nach Abschluss der Akutbehandlung überlässt das Krebszentrum hierfür eigens spezialisierten Einrichtungen. Zum gegebenen Zeitpunkt fallen die Wahlmöglichkeiten diesbezüglich in der Stadtgemeinschaft Straßburg gering aus und nicht immer entsprechen die Angebote den Bedürfnissen der Patienten des Krebszentrums. Es bestehen in Oberhausbergen und außerhalb der Stadtgemeinschaft in Ingwiller entsprechende Aufnahmemöglichkeiten.

### b. Der Bestand auf deutscher Seite

Im Ortenaukreis, genauer gesagt in Durbach, bietet die MediClin Staufenburg Klinik wissenschaftliche Expertise sowie Ausstattungen modernster Art im Bereich der Nachsorge/Rehabilitation, insbesondere in den Bereichen Onkologie, Kardiologie, Urologie, Diabetologie, Nephrologie (Patienten mit Nierentransplantationen) und Orthopädie. Bei einer Aufnahmekapazität von 300 Betten stellt die Klinik spezialisierte Angebote u.a. im Bereich der therapeutischen Diät und speziellen Ernährungsprogrammen für Krebspatienten zur Verfügung.

### c. Grenzüberschreitende Kooperationsprojekte zwischen den beiden Einrichtungen

Die hohe Qualität der Rehabilitationsangebote und die geographische Nähe der beiden Einrichtungen konnte das CLCC Paul Strauss im Jahr 2011 davon überzeugen, einige seiner Patienten nach Durbach zu überweisen. Die betreffenden elsässischen Patienten waren jedoch mit erheblichen Schwierigkeiten bei der Erstattung ihrer Behandlungskosten durch die zuständigen Krankenkassen konfrontiert.

In gemeinsamen Arbeitstreffen zwischen den beiden Klinikleitungen wurden Kooperationsmöglichkeiten eruiert, die in einer Vereinbarung fixiert und durch die Krankenkassen sowie die zuständigen Behörden validiert werden sollten. Es konnte seinerzeit jedoch keine konkrete Lösung erarbeitet werden und das Projekt einer grenzüberschreitenden Zusammenarbeit wurde – trotz des gemeinsamen Willens der beiden Einrichtungen – auf Eis gelegt.

Es wäre nun an der Zeit, diesen, bereits von beiden Seiten signalisierten Willen zur grenzüberschreitenden Zusammenarbeit zu unterstützen und in einer verbindlichen Vereinbarung auf Grundlage des deutsch-französischen Rahmenabkommens zu konkretisieren.

### d. Kooperationsvereinbarung

Die rechtliche Stellung von MediClin entspricht der einer Privatklinik, allerdings werden die angebotenen Leistungen meist von der deutschen Rentenversicherung erstattet. Dabei

finden grundsätzlich die Tarife der gesetzlichen Versicherungen Anwendung. Es handelt sich demnach um eine Einrichtung, in der nicht systematisch die privaten Tarife der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zur Anwendung kommen. Die potentielle Kooperationsvereinbarung sollte in jedem Fall Regelungen über die Erstattung der in Durbach erbrachten Leistungen enthalten. Es muss insbesondere festgelegt werden, welche Tarife bei den französischen Patienten angewandt werden.

Ihrem Wesen nach sind Nachsorge- und Rehabilitationsangebote stationär organisiert. Die Vereinbarung sollte demzufolge einen Verzicht auf die Notwendigkeit der Erteilung von Vorabgenehmigungen in diesem Bereich enthalten.

### Sprache/Kommunikation

In der deutschen Klinik ist französischsprachiges Personal angestellt, so dass problemlos französische Patienten aufgenommen werden können.

## D. WEITERE BEREICHE MIT KOOPERATIONSPOTENTIAL

### 1. KOOPERATIONEN IM BEREICH DER AMBULANTEN CHIRURGIE: GEMEINSAME NUTZUNG VON MEDIZINSCHER AUSSTATTUNG

Eines der in der Bestandsaufnahme des Projet Régional de Santé 2012-2016 der ARS Elsass formulierten Ziele besteht darin, dem Bedarf zur Weiterentwicklung der ambulanten Chirurgie gerecht zu werden. Im Laufe der 2012 durchgeführten Gespräche wurde dieses Thema mehrfach aufgeworfen und verschiedene Projektmöglichkeiten traten zu Tage.

### a. Im Bereich der Gynäkologie/Geburtshilfe (AGYL)

Die ambulante Gynäkologie/Geburtshilfe-Praxis AGYL in Straßburg (mit 5 Gynäkologen, als niedergelassene Praxis in die Klinik Adassa integriert) hat ihr Interesse an den **Möglichkeiten der ambulanten Chirurgie im Krankenhaus von Kehl bekundet.**

Ein entsprechendes Kooperationsprojekt würde sich in zwei Teilbereiche untergliedern:

#### 1. Operieren von Straßburger Patientinnen der AGYL in der Ambulanz von Kehl

Demzufolge erhielte AGYL die Möglichkeit der Nutzung von Leerlaufzeiten und könnte die medizinische Ausstattung in Anspruch nehmen. Auf diese Weise könnten den Patientinnen von AGYL bestimmte operative Behandlungen angeboten werden.

### Konkrete Umsetzung des Projekts

Die Umsetzung könnte sich durch die Unterzeichnung einer Kooperationsvereinbarung auf Grundlage des deutsch-französischen Rahmenabkommens konkretisieren. Auf diese Weise entstünde eine klare rechtliche Basis für solche grenzüberschreitenden Leistungen: bindende Erklärung an die Ärztekammer, Regelung der Kostenübernahme, Verantwortlichkeit der Ärzte, Möglichkeiten der Nachsorge, medizinische Notfallhilfe im Falle von Komplikationen usw.

#### Bindende Erklärung an die Ärztekammer

Im Rahmen der Arbeitstreffen mit dem Conseil Départemental de l'ordre des Médecins Bas-Rhin (Ärztekammer des Départements Bas-Rhin) und der Landesärztekammer Baden-Württemberg stellte sich heraus, dass derartige grenzüberschreitende Tätigkeiten (an verschiedenen Einsatzorten) eine Vorabklärung an die französische Ärztekammern erfordern. Darüber hinaus bedarf es auf deutscher Seite einer Erklärung an bzw. (in Abhängigkeit von der genauen Situation) einen Eintrag in die Landesärztekammer.

## **Kostenerstattung**

Es muss sichergestellt sein, dass durch eine entsprechende Vereinbarung eine rasche Erstattung der Kosten der Patienten erfolgen kann. Dabei sollten die französischen gesetzlichen Tarifregelungen angewandt werden.

## **Medizinisches Personal**

Es sollte überprüft werden, ob die französischen Ärzte eine Unterstützung durch deutsches medizinisches Personal benötigen.

## **Krankenhauspauschale**

Abgesehen von der Frage der Kostenerstattung muss die Vereinbarung Regelungen bezüglich der Zahlung der Krankenhauspauschale (für ambulante Chirurgie) durch die Krankenkasse des Patienten an das betreffende Krankenhaus vorsehen. Denn sowohl bei ambulanten als auch bei stationären Eingriffen erstatten die Krankenkassen den Krankenhäusern einen Pauschalbetrag.

In Anbetracht der Tatsache dass sich das Krankenhaus in Deutschland befindet, sollten die Höhe der Gebühr sowie die Zahlungsmodalitäten mit der CPAM Bas-Rhin vereinbart werden. Es sei an dieser Stelle darauf verwiesen, dass die CPAM diesbezüglich über einen gewissen Verhandlungsspielraum verfügt, da die Pauschale in Deutschland etwas geringer ausfällt.

## **Arzthaftung / Haftpflicht**

Des Weiteren muss die Vereinbarung ein Kapitel über die Haftung der Ärzte enthalten. Es gilt dabei zwischen der „administrativen Haftung“ der Ärzte während ihrer Tätigkeit innerhalb des Ortenau Klinikums (es müssen Regelungen bezüglich der Absicherung der Ärzte getroffen werden, z.B. durch ihre Aufnahme in die Berufs- bzw. Betriebshaftpflichtversicherung des Ortenau Klinikums für die Dauer ihrer Tätigkeit vor Ort) sowie ihrer zivilrechtlichen Haftung (z.B. bei Behandlungsfehlern) zu differenzieren. Letztere wird grundsätzlich durch eine private Versicherung abgedeckt.

## **Regelungen im Falle von medizinischen Komplikationen die eine stationäre Aufnahme im Klinikum Kehl erfordern**

In diesem Fall müsste der Patient eine oder mehrere Nächte vor Ort bleiben. Daher sollten schließlich auch die Behandlungsregelungen der CPAM in der Vereinbarung aufgeführt werden.

## **2. Durchführung von geplanten operativen Eingriffen zur Vervollständigung des Netzwerk und des Behandlungsangebots des Ortenau Klinikums**

Die Eingriffe würden von Ärzten der AGYL durchgeführt werden. Es handelt sich dabei um Behandlungsangebote die bisweilen nicht im Kehler Klinikum verfügbar sind. Dementsprechend könnte in enger Kooperation mit der deutschen Ärzteschaft das Versorgungsnetzwerk vervollständigt werden.

Das Ortenau Klinikum zeigt sich gegenüber diesem Vorschlag offen, unter der Bedingung, dass die Operationen in einem präzise festgelegten Rahmen erfolgen und somit jegliche potentielle Konkurrenz mit einem anderen Standort des Ortenau Klinikums vermieden wird. Diese zweite Phase ließe sich zu einem späteren Zeitpunkt in direkten Verhandlungen mit der Gemeinschaftspraxis AGYL konkretisieren.

## **b. Im Bereich der Gastroenterologie/ Hepatologie**

Der Gastroenterologe/Hepatologe Dr. Schneider aus Straßburg hat sein Interesse an der Möglichkeit der Nutzung technischer Ausstattung in Deutschland bekundet. Mit Hilfe der auf deutscher Seite vorhandenen Geräte könnten, unter Narkose und Anleitung durch französischsprachiges Personal, diagnostische und interventionelle Endoskopien durchgeführt werden.

Auch in diesem Fall würde das Ortenau Klinikum in die Unterzeichnung einer Vereinbarung einwilligen. Diese Kooperation könnte unter denselben, im Vorgehenden entwickelten Bedingungen umgesetzt werden

### c. Im Bereich der Augenheilkunde

Kooperationsprojekt zwischen dem Zentrum für Augenheilkunde Futura in Schiltigheim und dem Ortenau Klinikum in Kehl.

Verschiedene Ideen:

- **Ambulante Behandlung von Katarakta in Kehl**

Dr. Ferrari behandelt Katarakta in der Klinik Adassa in Straßburg, ist aber zugleich auf der Suche nach neuen und vor allem grenzüberschreitenden Möglichkeiten.

- **Möglichkeit des gemeinsamen Erwerbs kostspieliger Apparate (z.B. Phakoemulsifikationsgerät Oertli OS3, Femtolaser) unter dem gemeinsamen Anliegen der Wirtschaftlichkeit**

Auch in diesem Fall wird die Unterzeichnung einer Kooperationsvereinbarung nach dem bereits skizzierten Modell empfohlen.

Das Ortenau Klinikum hat sein Interesse an allen ausgearbeiteten Kooperationsprojekten bekundet.

## 2. KOOPERATION IM BEREICH DER GEBURTSHILFE

Potentielle Partner: **Clinique Sainte Anne, Ortenau Klinikum** (Kehl)

### a. Der Bestand auf französischer Seite

In der Stadtgemeinschaft Straßburg stehen mit dem Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical (CMCO, Zentrum für medizinische- Chirurgie und Obstetrik) in Schiltigheim, der Geburtshilfestation des Krankenhauses von Hautepierre, der Klinik St. Anne, der Klinik Adassa usw. mehrere große Entbindungsstationen zur Verfügung, in denen sicherlich zusätzlich weitere Patienten aufgenommen werden könnten.

### b. Der Bestand auf deutscher Seite

Der Ortenaukreis verfügt über mehrere Standorte (Achern, Lahr, Oberkirch, Offenburg etc.) und hat im Jahre 2012 eine grundlegende Umstrukturierung erfahren. In Ermangelung einer ausreichenden Anzahl an Geburten, war das Ortenau Klinikum Kehl gezwungen, die Entbindungsstation (mit 7 Hebammen und 3 Fachärzten, bei weniger als 250 Geburten pro Jahr) zum 31.12.2012 zu schließen. Diese Entscheidung war während des ganzen Jahres Gegenstand zahlreicher Diskussionen und führte schlussendlich dazu, dass eine Kooperation mit der Stadtgemeinschaft Straßburg in Betracht gezogen wurde. Dies betrifft auch die in Straßburg lebenden Deutschen (darunter auch das Personal der europäischen und internationalen Organisationen).

Es wurden durch sie bereits entsprechende Anfragen bezüglich einer potentiellen grenzüberschreitenden Zusammenarbeit zwischen den Entbindungsstationen an die Vertreter des Eurodistrikts gestellt.

### c. Nutzung einer grenzüberschreitenden Zusammenarbeit zwischen der Stadtgemeinschaft Straßburg und dem Ortenaukreis

Da die Entbindungsstation von Kehl geschlossen wurde, könnte eine Lösung nun darin bestehen, dass die Frauen von der räumlichen Nähe zu Straßburg profitieren und ihr Kind – sofern sie dies wünschen – in Frankreich zur Welt bringen können.

Dieser Vorschlag könnte sich mittelfristig mit dem geplanten Bau der großen Klinik Tamaris<sup>1</sup> im Stadtviertel *Port du Rhin*, unmittelbar neben Kehl konkretisieren.

---

*1. Einzigartiges medizinisches Zentrum, das Ende 2016/Anfang 2017 die Kliniken Adassa, Diaconat und St. Odile ersetzen wird. Mit 230 Betten, 23 Operationssälen auf 26300 m<sup>2</sup> verfügt der Komplex auch über eine Entbindungsstation.*



#### **d. Grenzüberschreitende Kooperationsprojekte**

Bestimmte Kliniken in Straßburg sind durchaus in der Lage, deutsche Patientinnen in ihren Entbindungsstationen aufzunehmen.

So hat auch die **Klinik St. Anne** (in der aktuell  $\frac{1}{4}$  aller Geburten in der Stadtgemeinschaft Straßburg stattfinden) ihr Interesse an einer solchen grenzüberschreitenden Kooperation zum Ausdruck gebracht. Nach Angabe der Klinikleitung könnte St. Anne dem Kehler Klinikum die Vermietung ihrer medizinischen Ausstattung vorschlagen, damit die deutschen Gynäkologen ihre Patientinnen zur Entbindung nach Straßburg begleiten können. Sollte sich die deutsche Seite für eine solche Option entscheiden, könnte die Kooperation rasch umgesetzt werden. Eine andere Möglichkeit bestünde darin, dass das Ortenau Klinikum – sofern dies gewünscht ist – seine Infrastruktur französischen Ärzten zur Verfügung stellt. Auf diese Weise könnten Einwohnerinnen der Stadtgemeinschaft Straßburg in Begleitung eines französischen Teams (spezialisierte Ärzte, Hebammen) nach Deutschland kommen, um dort zu entbinden.

#### **e. Administrative Aspekte**

Neben den «klassischen» administrativen Fragen (Erstattung der Behandlungskosten durch die Krankenkasse, Haftung der Ärzte usw.) müsste eine mögliche Kooperationsvereinbarung Fragen der Nationalität/des Geburtsortes für die Kinder regeln, die im Nachbarland zur Welt kommen. Der Eurodistrikt könnte in diesem Punkt adäquate Lösungen anbieten.

Eine Möglichkeit bestünde darin, dass bei Entbindungen im Ausland, die Geburtserklärung im Land des Wohnsitzes erfolgt. Auf diese Weise ließen sich weitere administrative Schwierigkeiten vermeiden. Das würde zum Beispiel bedeuten, dass wenn eine Frau mit Wohnsitz in Kehl, sich dazu entscheidet in einer Straßburger Klinik zu entbinden, sie die Geburtserklärung im Kehler Rathaus tätigen muss.

#### **f. Einführung einer «gezielten Begleitung»**

Abgesehen von den rein administrativen Aspekten, muss auch den menschlichen und beziehungsrelevanten Aspekten (Vertrauen in das Krankenhaus und das Team, Sprache, usw.) genüge getan werden. Letztere üben einen entscheidenden Einfluss auf die Geburt aus und beeinflussen die Wahl der Familie für eine Entbindungsstation.

Sollte eine derartige Kooperation beschlossen werden, läge eine der Prioritäten bei der Umsetzung in der Informationsarbeit. Ziel soll dabei sein, Ängste abzubauen und die Patientinnen von einer Geburt auf der anderen Seite des Rheins zu überzeugen.

Eine Möglichkeit hierzu bestünde darin, für die Frauen aus der Ortenau, die in Straßburg ihr Kind zu Welt bringen möchten, eine „gezielte Begleitung“ anzubieten. Dies könnte durch eine verstärkte Informationskampagne der Gynäkologen geschehen, denn sie selbst müssen ihren Patientinnen erklären, dass diese Möglichkeit besteht und wie sie abläuft.

# KOOPERATIONSPROJEKTE

## NACH PRIORITÄT

	Bereich	Art	Ort	Patienten	Gesundheitsdienstleister	Erwägte Kooperation
1.	Radiologie	ambulant	Offenburg Kehl Oberkirch (Ortenau)	Franzosen	Gemeinschaftspraxis Radiologie OKO	Den französischen Patienten ermöglichen, ein MRT in der Ortenau machen zu lassen und so zu lange Wartezeiten auf französischer Seite zu vermeiden
	Radiologie	ambulant	Straßburg	Deutsche	Universitätskliniken Straßburg / CCLC Paul Strauss	Den deutschen Patienten einen Zugang zum einzigen PET-Scan im Eurodistrikt (Straßburg) zu ermöglichen und somit den Weg bis nach Freiburg zu vermeiden.
2.	Gynäkologie und Geburtshilfe	ambulante Chirurgie	Kehl (Ortenau)	Französinen	Praxisgemeinschaft AGYL (Straßburg)	Eventuelle Zeitfenster für chirurgische Eingriffe im Ortenau Klinikum Kehl mit Nutzung der technischen Ausstattung vor Ort
	Gastroenterologie	ambulant	Kehl (Ortenau)	Franzosen	Praxis Dr. Schneider (Straßburg)	Eventuelle Zeitfenster für chirurgische Eingriffe im Ortenau Klinikum Kehl mit Nutzung der technischen Ausstattung vor Ort
	Augenheilkunde	ambulante Chirurgie	Kehl (Ortenau)	Franzosen	«Centre d'ophtalmologie Futura»	Eventuelle Zeitfenster für chirurgische Eingriffe im Ortenau Klinikum Kehl mit Nutzung der technischen Ausstattung vor Ort

# KOOPERATIONSPROJEKTE

## NACH PRIORITÄT

	Bereich	Art	Ort	Patienten	Gesundheitsdienstleister	Erwägte Kooperation
3.	Notfallpatienten in der Handchirurgie	ambulant	Straßburg/ Illkirch	Deutsche	SOS Main	Übernahme von Notfallpatienten aus der Ortenau durch das Handtraumazentrum SOS Main, falls eine schnelle Behandlung durch das Ortenau Klinikum nicht möglich ist
4.	Nachsorge / Rehabilitation	stationär	Durbach (Ortenau)	Franzosen	MediClin Staufenburg Klinik	Den französischen Patienten ermöglichen, das Fachwissen im Rehabilitationsbereich der Staufenburg Klinik zu nutzen, vor allem für therapeutische Ernährungsberatung von Krebspatienten
5.	Neurochirurgie, Neuroradiologie	ambulant, bzw. stationär	Straßburg	Deutsche	Universitätskliniken Straßburg	Falls nötig, Übernahme von deutschen Schlaganfallpatienten durch die stroke unit im Universitätsklinikum Straßburg (Standort Hautepierre)
	Neurochirurgie/Neuroradiologie	Ambulant	Kehl (Ortenau)	Franzosen	Radiologie- und Neurologie praxis	Übernahme von TIA Patienten durch französischsprachige niedergelassene Ärzte in Kehl





	Bereich	Art	Ort	Patienten	Gesundheitsdienstleister	Erwägte Kooperation
6.	Geburtshilfe	Stationär	Straßburg	Deutsche	Clinique Sainte Anne	Deutschen Patientinnen zu ermöglichen, mit oder ohne Begleitung ihres Arztes, ohne medizinische oder verwaltungstechnische Hürden, in einer straßburger Geburtsstation zu entbinden

# III. ANALYSE DES RECHTLICHEN RAHMENS

*Eines der vom Eurodistrikt festgelegten und in der am 17.02.2012 unterzeichneten Partnerschaftsvereinbarung formulierten Ziele dieser Studie bestand darin, den rechtlichen Rahmen zu beleuchten, in dem ausgewählte grenzüberschreitende Kooperationsprojekte umgesetzt werden könnten.*

*Vor dem Hintergrund, dass die rechtlichen Bedingungen bezüglich der Patientenmobilität in Europa und der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedsstaaten komplex sind und darüber hinaus einem Wandel unterzogen sind, erscheint eine solche Analyse umso wichtiger.*

Während sich in den 70er Jahren die EU zunächst nur mit der Situation der Grenzgänger auseinandersetzen zu begann und in diesem Kontext Regelungen zur Koordinierung der Gesundheitssysteme schuf (die Verordnungen (EWG) 1408/71 und (EWG) 574/72, die vor kurzem durch die Verordnung (EG) 883/2004 ersetzt wurden), hat der Europäische Gerichtshof Ende der 90er Jahre - auf der Grundlage der Freizügigkeit für Personen - eine Rechtsprechung entwickelt, die den Zugang zur Gesundheitsversorgung in einem anderen Mitgliedstaat allgemein erleichtert, wobei auch die Grundsätze des freien Waren- und Dienstleistungsverkehrs auf den Gesundheitssektor zu übertragen sind.

Diese Rechtsprechung wurde durch die Richtlinie 2011/24/EU über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung in Gesetzesform gegossen, welche bis spätestens zum 25.10.2013 umgesetzt werden muss. Sie regelt nicht nur das Recht des Patienten auf Behandlung in einem anderen Mitgliedstaat, sondern auch die Erstattung der dabei entstehenden Kosten. Um dem Grundsatz der allgemeinen Freizügigkeit der Unionsbürger besser gerecht zu werden, sieht die Richtlinie ausdrücklich eine grenzüberschreitende

Zusammenarbeit im Gesundheitswesen zwischen den Staaten vor.

Im Gesundheitsbereich spielt die EU eine zunehmend wichtigere Rolle. Insbesondere die Grenzregionen sind dazu aufgerufen, hierbei eine entscheidende Rolle zu übernehmen.

Der Eurodistrikt Strasbourg-Ortenau ist hierfür ein perfektes Beispiel, ist diese Grenzregion doch von jeher ein wahrhaftes Versuchslabor für Europa. Der Eurodistrikt bemüht sich, die Patientenmobilität in seinem Einzugsgebiet zu stärken und die hierzu notwendigen grenzüberschreitenden Kooperationen im Gesundheitswesen umzusetzen. Die Schaffung eines Eurodistrikts der Gesundheit verläuft parallel zur Konstruktion eines Europas der Gesundheit. Die dabei aufkommenden rechtlichen Fragen sind vielfältig: Welche Konsequenzen und Herausforderungen ergeben sich aus, bzw. bei der Umsetzung der europäischen Richtlinie im Eurodistrikt? Reichen die getroffenen Regelungen zur Umsetzung der geplanten grenzüberschreitenden Kooperationen aus oder müssen spezifischere rechtliche Instrumente wie zum Beispiel das deutsch-französische Rahmenabkommen von 2005 genutzt werden?

# A. DIE UMMSETZUNG DER GESUNDHEITSRICHTLINIE 2011/24/EU: EINE CHANCE FÜR DIE PZGML

Die neue EU-Gesundheitsrichtlinie muss spätestens zum 25. Oktober 2013 ins französische und deutsche Recht umgesetzt werden. Sie betrifft alle Fragen, die durch die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung in Europa aufgeworfen werden: die Information der Patienten, die Qualität der Versorgung, die Haftung der Mitgliedstaaten im Falle medizinischer Komplikationen, Austausch von Wissen und Know-How, Anerkennung von ärztlichen Rezepten und insbesondere auch die entscheidende Frage der Kostenerstattung durch die jeweilige gesetzliche Krankenkasse.

Die neue Richtlinie wird nicht die seit 1971 existierende europäische Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherung ersetzen, welche 2004 in rechtlicher Hinsicht leicht modifiziert wurde (durch die europäische Verordnung 883/2004/EG, die im Mai 2010 in Kraft getreten ist). Die medizinische Notfallversorgung mit der europäischen Krankenversicherungskarte wird auch künftig der europäischen Verordnung unterliegen.

Die Regelungen der Gesundheitsrichtlinie werden ergänzend neben die der Verordnung treten, so dass schlussendlich zwei Kostenerstattungssysteme nebeneinander bestehen werden.

Es ist immer schwierig, genau vorherzusehen, wie ein Mitgliedstaat eine europäische Richtlinie umsetzen wird. Die EU-Gesundheitsrichtlinie gesteht den Mitgliedstaaten in bestimmten Punkten einen gewissen Spielraum zu, so zum Beispiel bei der Benennung einer nationalen Kontaktstelle für Gesundheitsfragen in Europa, der Aufstellung einer Liste von Versorgungsangeboten, die einem Vorabgenehmigungserfordernis unterliegen sowie der Festlegung von mehr oder weniger längeren Fristen für die Kostenerstattung.

**Bis zum Oktober 2013 hat der Eurodistrikt die Möglichkeit, sich in den deutschen und**

**französischen Gesetzgebungsprozess einzubringen und seine Erwartungen als PZGML näher darzulegen.** Dabei sollten die Stärken als grenzüberschreitende Pilotregion bestmöglich genutzt und diese ausgespielt werden, ganz im Sinne der Richtlinie, die im Erwägungsgrund 51 festlegt:

„Die Kommission sollte die Zusammenarbeit der Mitgliedstaaten in den in Kapitel IV dieser Richtlinie genannten Bereichen fördern und kann in Übereinstimmung mit Artikel 168 Absatz 2 AEUV in enger Absprache mit den Mitgliedstaaten jede sinnvolle Initiative zur Erleichterung und Förderung einer solchen Zusammenarbeit ergreifen. In diesem Zusammenhang sollte die Kommission die Zusammenarbeit bei der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung auf regionaler und lokaler Ebene fördern, insbesondere indem sie die größten Hindernisse für die Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsdienstleistern in Grenzregionen identifiziert und Empfehlungen abgibt sowie Informationen und bewährte Verfahren zur Überwindung dieser Hindernisse verbreitet.“

Die Umsetzung der Richtlinie könnte zu rechtlichen Verbesserungen führen, die mittelfristig die Mobilität der Patienten im Eurodistrikt erleichtern könnten, insbesondere im Bereich der geplanten ambulanten Behandlungen. Je nachdem, welche Entscheidungen in den nächsten Monaten getroffen werden, könnte die Richtlinie einen mehr oder weniger großen Einfluss auf das Projekt der Schaffung einer PZGML haben.

## 1. SCHAFFUNG EINES KOHÄRENTEREN UND EINHEITLICHEREN RECHTLICHEN RAHMENS FÜR DIE PZGML

Auch wenn Deutschland und Frankreich bereits ihre jeweilige nationale Gesetzgebung (Sozialgesetzbuch und *Code de Sécurité Sociale*) entsprechend der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs angepasst haben: Bislang fehlte es an einem einheitlichen Text für alle EU-Staaten, der den Grundsatz der Patientenmobilität festschreibt, eine Inanspruchnahme von geplanten ambulanten Behandlungen im Ausland ohne Vorabgenehmigung durch die zuständige Krankenkasse ermöglicht und

die Regelungen bezüglich der Kostenerstattungen grenzüberschreitend harmonisiert hätte. Dies wird durch die EU-Gesundheitsrichtlinie erreicht, deren Regeln die der Verordnungen (EG) 883/2004 und (EG) 987/2009 ergänzen werden.

Im Eurodistrikt könnte die baldige Umsetzung der Richtlinie zu einer juristischen Lösung einiger Schwierigkeiten beitragen, mit denen Ärzte und Patienten täglich konfrontiert sind.

### **a. Einrichtung einer nationalen Kontaktstelle für Fragen der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung im Eurodistrikt Strasbourg-Ortenau?**

Die Richtlinie nimmt eines der größten Hindernisse für die Patientenmobilität ins Visier, das im Eurodistrikt und natürlich auch ganz allgemein in Europa existiert: den Mangel an ausreichenden Informationen. Denn bislang stehen keine ausreichenden Informationen über Art und Qualität des Versorgungsangebotes auf der jeweils anderen Seite des Rheins, über die Rechte als Patient sowie zu den Rückerstattungsmodalitäten der Krankenkassen zur Verfügung.

In Artikel 6 der Richtlinie ist daher die Einrichtung von nationalen Kontaktstellen vorgesehen, die Patienten und Gesundheitsdienstleistern zu allen Fragen und Belangen, im Zusammenhang mit grenzüberschreitenden medizinischen Leistungen zur Verfügung, informieren sollen.

Aufgaben der Kontaktstelle:

- **Informationen für Patienten und Gesundheitsdienstleister über die Regelungen bezüglich der grenzüberschreitenden Kostenerstattung**
- **Aufklärung der Patienten über ihre Rechte und Beratung bei grenzüberschreitenden Streitigkeiten** durch Erörterung ihrer juristischen und administrativen Möglichkeiten
- Bereitstellung von Informationen für die Patienten über die Ärzte/Krankenhäuser im Land der Behandlung, damit sie eine benusste Entscheidung treffen können

(Berechtigung eines Arztes zur Erbringung von Leistungen, mögliche Beschränkungen usw.)

- Bereitstellung von Informationen für die Patienten über die in dem Land der Behandlung geltenden Sicherheits- und Qualitätsstandards (z.B. über die Zugänglichkeit von Krankenhäusern für Behinderte)

In den kommenden Monaten werden die Mitgliedstaaten ihre jeweiligen nationalen Kontaktstellen benennen. In einem Bundesgesetz vom 30.11.2012 hat Deutschland bereits die Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung Ausland (DVKA) mit der Aufgabe als solche Kontaktstelle betraut. Die DVKA hat im Zuge der Umsetzung der europäischen Verordnungen ((EG) 883/2004 und (EG) 987/2009) zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit bereits eine vermittelnde Rolle zwischen den jeweiligen deutschen und ausländischen Stellen eingenommen.

Da Frankreich bislang noch keine Kontaktstelle benannt hat, hat sich das Zentrum für Europäischen Verbraucherschutz e.V. in Kehl für diese Aufgabe beworben.

Im Rahmen des Projekts zur Schaffung einer PZGML erschiene es sinnvoll, dass der Eurodistrikt Strasbourg-Ortenau diese Kandidatur unterstützt, die der Verstärkung der Dynamik der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im Gesundheitswesen in Gebiet des Eurodistrikts mit Sicherheit zuträglich wäre. Eines der Ziele der PZGML besteht gerade darin, den Bürgern den Zugang zur Gesundheitsversorgung im Nachbarland leichter zu machen. Die Errichtung der französischen Kontaktstelle für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung im Eurodistrikt könnte ein wichtiger Schritt in eben diese Richtung bedeuten, da den Patienten auf diese Weise ein auf diese Frage spezialisierter Ansprechpartner in unmittelbarer Nähe zur Verfügung stünde. Sollte die Wahl nicht auf das ZEV fallen, erschiene es dennoch unabdingbar, dass diese Aufgaben im Gebiet des Eurodistrikts wahrgenommen würden.

## **b. Gewährleistung kurzer Bearbeitungsfristen in der PZGML**

Die Richtlinie legt als allgemeine Regel die Einhaltung „angemessener Fristen“ bezüglich aller Verwaltungsverfahren hinsichtlich grenzüberschreitender Gesundheitsdienstleistungen fest (Antrag auf Kostenerstattung, Antrag auf Vorabgenehmigung, Antrag auf Revision eines Ablehnungsbescheids usw.). Bei der Umsetzung dieser Regeln ins deutsche und französische Recht haben die beiden Gesetzgeber jedoch wiederum Spielräume.

Um der Tatsache Rechnung zu tragen, dass die Dauer bis zur Kostenerstattung von grenzüberschreitenden Behandlungen durch die Krankenkasse häufig zu Streitigkeiten führt, erschiene es sinnvoll, wenn der Eurodistrikt Strasbourg-Ortenau **präzise Fristen** fordern würde. Als Grundlage dieser Fristen könnten die französischen und deutschen Durchschnittswerte (für die Erstattung nationaler Gesundheitsdienstleistungen) genommen werden.

## **c. Die entscheidende Frage des Vorabgenehmigungserfordernisses in der PZGML**

### **Für geplante stationäre Behandlungen bedarf es weiterhin der Erteilung einer Vorabgenehmigung**

Die EU-Gesundheitsrichtlinie legt in Artikel 8 fest, dass die Mitgliedstaaten über das Erfordernis von Vorabgenehmigungen für geplante stationäre Behandlungen entscheiden können. Auch wenn dieses System nicht zwingend erforderlich ist, erscheint es naheliegend, dass Frankreich und Deutschland – wie alle anderen europäischen Länder – von diesem System im stationären Bereich auch künftig Gebrauch machen werden, insbesondere aus Gründen der budgetären Planung. Dieser Rückgriff auf das Prinzip der Vorabgenehmigung ist unter anderem in der europäischen Verordnung (EG) 883/2004 festgelegt, die insofern der Richtlinie im Bereich der geplanten stationären Behandlung vorgeht.

### **Die Möglichkeit einer effektiveren Ausgestaltung der grenzüberschreitenden ambulanten Chirurgie**

Einer der wichtigsten Beiträge der EU-Gesundheitsrichtlinie besteht in der eindeutigen und einheitlichen Definition der **grenzüberschreitenden stationären Behandlungsangebote: Es handelt sich demnach um Behandlungen, die mindestens eine Übernachtung im Krankenhaus erfordern.**

Diese Definition beseitigt die Unklarheiten bezüglich der Regeln der ambulanten Chirurgie – die als reguläres Versorgungsangebot meist im Krankenhaus erfolgt, dem Patienten allerdings gestattet, unmittelbar nach dem Eingriff nach Hause zu gehen. Obwohl sie im Krankenhaus stattfindet, fällt sie dennoch nicht unter die in der Richtlinie festgelegte Definition für stationäre Angebote. Daher bedarf es bei diesen Behandlungen auch keiner Vorabgenehmigung durch die zuständige Krankenkasse.

Diese entscheidende Präzision durch die Richtlinie sollte es dem Eurodistrikt Strasbourg-Ortenau ermöglichen, mittelfristig sein Potenzial als grenzüberschreitende Region auszuschöpfen und durch die Schaffung neuer Behandlungsangebote ein besseres Versorgungsangebot zu gewährleisten. Es sei an dieser Stelle daran erinnert, dass es eines der strategischen Ziele des *Projet Régional de Santé 2012-2016*<sup>1</sup> der ARS ist, Alternativen zum stationären Angebot zu fördern und damit insbesondere die ambulante Chirurgie.

### **Die Chance für einen freien Zugang zu medizinischem Großgerät in der PZGML**

Artikel 8 der Richtlinie legt fest, dass jeder Mitgliedstaat eine Liste mit den Versorgungsangeboten erstellen kann, für die das Prinzip der Vorabgenehmigung gelten soll. Diese Liste muss dann an die Europäische Kommission weiter geleitet werden.

Allerdings ist zu beachten, dass die Richtlinie das Prinzip der Vorabgenehmigung nicht zwingend vorschreibt; es handelt sich vielmehr um eine Möglichkeit für die Mitgliedstaaten,

<sup>1</sup> *Projet Régional de Santé d'Alsace 2012-2016, Seite 93* : [http://www.ars.alsace.sante.fr/fileadmin/ALSACE/ars\\_alsace/Projet\\_regional\\_de\\_sante/definitif/PSRS\\_PRS\\_2012-2016.pdf](http://www.ars.alsace.sante.fr/fileadmin/ALSACE/ars_alsace/Projet_regional_de_sante/definitif/PSRS_PRS_2012-2016.pdf)

die im Übrigen entscheiden können, welche medizinischen Leistungen sie in ihre Liste aufnehmen, sofern eine solche angelegt wird.

Hinsichtlich der Auswahl für die Liste gibt es allerdings bestimmte Beschränkungen. Das Erfordernis einer Vorabgenehmigung ist nur in drei Fällen möglich, und zwar bei:

- Behandlungen, die einen Krankenhausaufenthalt von mindestens einer Nacht erfordern,
- hochspezialisierten und kostspieligen Angeboten,
- schwerwiegenden und besonderen Fällen im Hinblick auf Qualität und Sicherheit der im Ausland angebotenen Leistungen.

Es besteht aller Grund zur Annahme, dass beide Länder das System der Vorabgenehmigung im stationären Bereich (Krankenhausaufenthalt von mindestens einer Nacht) beibehalten werden. Darüber hinaus können Deutschland und Frankreich frei entscheiden, ob bei anderen Arten medizinischer Leistungen eine Vorabgenehmigung erteilt werden muss, wenn diese im Ausland durchgeführt wird.

Derzeit unterscheidet sich die Gesetzgebung in beiden Ländern in dieser Hinsicht: In Frankreich ist in Artikel R332-4 des Code de Sécurité Social (frz. Sozialgesetzbuch) festgelegt, dass die Inanspruchnahme von medizinischem Großgerät wie z.B. PET-Scanner oder MRTs in Deutschland einer vorherigen Genehmigung bedarf, während in Deutschland ein entsprechendes Erfordernis nicht besteht.

**Es erscheint sinnvoll in Anbetracht der Schaffung einer PZGML das Erfordernis einer Vorabgenehmigung zumindest im Gebiet Eurodistrikt Strasbourg-Ortenau abzuschaffen.** Es sollte für alle Bewohner des Eurodistrikts in diesem Punkt eine einheitliche Regelung geben. Es wäre bedauerlich, wenn innerhalb der künftigen PZGML ein Patient aus Straßburg gezwungen wäre, für ein MRT in Kehl einen Antrag auf Vorabgenehmigung bei der Krankenkasse zu stellen, während sich umgekehrt ein Patient aus Kehl auch ohne Vorabgenehmigung derselben Behandlung in Straßburg unterziehen könnte.

## **d. Möglichkeit der Konsultierung von Ärzten und Kliniken ohne Kassenzulassung**

Die Richtlinie differenziert nicht zwischen Behandlungen bei Ärzten und Kliniken mit oder ohne Kassenzulassung. Der Besuch bei einem nicht zugelassenen Arzt muss demnach von der gesetzlichen Krankenkasse des Patienten erstattet werden, sofern die erhaltene Leistung als solche in seinem eigenen Land erstattungsfähig ist. Mit Umsetzung der EU-Gesundheitsrichtlinie werden dementsprechend die Auswahlmöglichkeiten der Patienten vergrößert.

## **2. BEGLEITUNG DER GRENZÜBERSCHREITENDEN KOOPERATION**

Die EU-Gesundheitsrichtlinie enthält einen ganzen Katalog an Maßnahmen zur Förderung der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im Gesundheitswesen. Das Projekt der PZGML steht voll und ganz in Einklang mit diesen Bestimmungen. Es erhält durch die Richtlinie eine besondere Berechtigung und gleichzeitig eine rechtliche Grundlage.

Das Bindeglied zwischen den für den Eurodistrikt vorgeschlagenen, grenzüberschreitenden Kooperationsvereinbarungen und den in der Richtlinie vorgesehenen Maßnahmen findet sich in Artikel 10 Absatz 3: „Die Kommission ermutigt die Mitgliedstaaten, insbesondere benachbarte Staaten, Abkommen miteinander zu schließen. Die Kommission ermutigt die Mitgliedstaaten auch, in Grenzregionen bei der Erbringung grenzüberschreitender Gesundheitsdienstleistungen zusammenzuarbeiten.“

### **a. Vereinfachung der Anerkennung von Rezepten in der PZGML**

Es wäre zu begrüßen, wenn der Eurodistrikt die in Artikel 11 der Richtlinie beschriebenen Maßnahmen in puncto gegenseitiger Anerkennung



von Rezepten umsetzen würde. Die jüngst (im Oktober 2012) vom ZEV veröffentlichte<sup>1</sup> Vergleichsstudie über Medikamentenpreise in Deutschland und Frankreich hat gezeigt, dass die Patienten im Eurodistrikt von den Möglichkeiten der Grenzregion profitieren können, indem sie bestimmte Medikamente in den Apotheken des Nachbarlandes zu günstigeren Konditionen erwerben können.

Die Richtlinie legt fest, dass die Mitgliedstaaten Maßnahmen ergreifen sollen, die es den Apothekern gestatten, die Echtheit der ausländischen Verschreibungen zu überprüfen und den Inhalt der von den ausländischen Kollegen ausgestellten Rezepte zu verstehen.

Einige der Vorschläge, wie z.B. die gegenseitige Erkennung/Nutzung elektronischer Rezepte, könnten in der Pilotregion des Eurodistrikts Strasbourg-Ortenau getestet werden.

### **b. Die PZGML als „Cluster“ einer grenzüberschreitenden Gesundheitspolitik – ein Modell für Europa**

In den Artikeln 10 bis 15 setzt die EU-Gesundheitsrichtlinie Impulse für eine intensive Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten - auf Ebene des Austauschs von wissenschaftlichen und medizinischen Informationen, von Know-How und besonderer Expertise.

Sie unterstützt beispielsweise, vor allem im Bereich seltener Erkrankungen und der Entwicklung von elektronischen Gesundheitsdiensten, die Errichtung von „europäischen Referenznetzwerken“ zwischen den Anbietern von Gesundheitsdienstleistungen und besonderen Fachzentren vor allem auf dem Gebiet seltener Erkrankungen und die Entwicklung von e-health.

Um eine konkrete Umsetzung dieser Netzwerke auf europäischer Ebene zu antizipieren, könnte die PZGML ein eigenes Netzwerk mit Modellcharakter für den grenzüberschreitenden Austausch von Wissen und Know-How aufbauen.

Die deutschen und französischen Kliniken im Eurodistrikt Strasbourg-Ortenau bieten eine medizinische Versorgung der Spitzenklasse und sind in bestimmten Bereichen (seltene Erkrankungen, Kinderchirurgie usw.) als überregionale Referenzzentren anerkannt. Durch noch näher zu definierende Verknüpfungen untereinander könnten die Einrichtungen des Gesundheitswesens im Eurodistrikt ein wertvolles Cluster für grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung bilden. Letzteres könnte in diesem Bereich als Modell für Europa fungieren.

### **3. ANTIZIPIERUNG DES ZU ERWARTENDEN ANSTIEGS GRENZÜBERSCHREITENDER VERSORGUNGSANGEBOTE IM EURODISTRIKT**

Die Umsetzung der Richtlinie markiert einen weiteren wichtigen Schritt bei der Gestaltung eines Europas der Gesundheit. Wir befinden uns wahrscheinlich gerade am Anfang einer neuen Ära, in der Behandlungen im Nachbarland für die Patienten ebenso selbstverständlich werden wie es zum heutigen Zeitpunkt die Konsultierung eines Arztes in einem anderen Bundesland bzw. einer anderen Region Frankreichs ist.

Wie bereits oben dargestellt, schließt die Richtlinie administrative Lücken und festigt eine europäisch ausgerichtete Gesundheitspolitik, so dass die Zahl der Patienten, die Versorgungsangebote im Ausland wahrnehmen möchten, unweigerlich steigen wird.

Abgesehen davon trägt die Richtlinie zu einer Erweiterung des Versorgungsangebotes bei und fördert die Zusammenarbeit in den Grenzregionen.

In diesem Sinne ist die Richtlinie ein vorausschauender Text, der den demographischen Wandel der Bevölkerung und noch mehr der Ärzteschaft gedanklich miteinbezieht.

*1. Die Ergebnisse können auf der Seite des Zentrums für europäischen Verbraucherschutz abgerufen werden: <http://www.cec-zev.eu/de/veroeffentlichungen/studien-berichte/>*

## Überalterung der Gesellschaft und Ärztemangel bis 2025

In Baden-Württemberg ist - wie in den übrigen Teilen Deutschlands - ein deutlicher Abwärtstrend bei der Bevölkerungszahl zu verzeichnen<sup>1</sup>. Aller Wahrscheinlichkeit nach wird die Bevölkerung Baden-Württembergs bis zum Jahr 2030 um 3 % sinken. Fast 30% der Bevölkerung werden Teil der Gruppe der 60-bis-85-Jährigen sein. Eine umso interessantere Zahl in Anbetracht der Tatsache, dass laut derselben statistischen Studie Männer in einem Alter von 70 bis 85 Jahren im Durchschnitt fast 10-mal im Jahr einen Arzt aufsuchen, während bei den 10-bis-50-Jährigen die Anzahl bei lediglich 3 bis 4 Besuchen liegt.

Dieser wachsende Bedarf an medizinischer Versorgung wird nicht gestillt werden können, sollte das Versorgungsangebot auf Baden-Württemberg beschränkt bleiben. Denn das Land wird in den nächsten Jahren einen Mangel an Allgemeinmedizinern zu verzeichnen haben. Bereits im Jahr 2010 waren fast 23% der Mediziner älter als 60 Jahre. Mit Blick auf die Statistiken der letzten Jahre ist ferner davon auszugehen, dass diese nicht ersetzt werden.

Doch wie gestaltet sich die Lage auf französischer Seite? Die Statistiken des INSEE<sup>2</sup> und einige gezielte Studien über die medizinische Demographie im Elsass<sup>3</sup> belegen, dass sich die Zahl der Ärzte in den kommenden Jahren aller Wahrscheinlichkeit nach verringern wird; dies bei einer gleichzeitig ansteigenden Alterung der Bevölkerung.

Sofern die Planung des Gesundheitswesens in der Grenzregion des Eurodistrikts Straßburg-Ortenau weiterhin geteilt und der Rhein eine rechtliche und administrative Grenze bleibt, drohen die mit dem demographischen Wandel verbundenen Risiken Realität zu werden. Das in der Stadtgemeinschaft Straßburg und in der Ortenau verfügbare Versorgungsangebot könnte dann jeweils für sich genommen nicht mehr den Bedürfnissen einer älter und somit schwächer werdenden Gesellschaft gerecht werden können.



© Commission européenne

1. Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg, Sept. 2010: [http://www.statistik.baden-wuerttemberg.de/Veroeffentl/Monatshefte/PDF/Beitrag10\\_09\\_03.pdf](http://www.statistik.baden-wuerttemberg.de/Veroeffentl/Monatshefte/PDF/Beitrag10_09_03.pdf)

2. Die Zahlen für das Elsass vom Dezember 2010 stammen von INSEE Elsass: [http://www.insee.fr/fr/insee\\_regions/alsace/themes/ch\\_revue/cpar/cpa2010\\_12.pdf](http://www.insee.fr/fr/insee_regions/alsace/themes/ch_revue/cpar/cpa2010_12.pdf)

3. La démographie médicale en Alsace (2010) (Die medizinische Demographie im Elsass) durchgeführt von der Union Régionale des Médecins Libéraux d'Alsace (Kassenärztliche Vereinigung): [http://www.urml-alsace.fr/Portals/0/commissions/DEMOGRAPHIE%20MEDICALE%20en%20Alsace\\_2010.pdf](http://www.urml-alsace.fr/Portals/0/commissions/DEMOGRAPHIE%20MEDICALE%20en%20Alsace_2010.pdf)

# FOKUS AUF DIE EU- GESUNDHEITSRICHTLINIE

*In Folgendem werden die verschiedenen Kostenrückerstattungsmodalitäten nach der Umsetzung der EU-Gesundheitsrichtlinie (spätestens im Oktober 2013) überblicksartig dargestellt:*

## Geplante ambulante Behandlungen :

Anwendung der Bestimmungen der EU-Gesundheitsrichtlinie oder - auf Antrag des Patienten – der Bestimmungen der europäischen Verordnungen (EG) 883/2004 und (EG) 987/2009

### Grundsatz :

#### Anwendung der Bestimmungen der EU-Gesundheitsrichtlinie

Der Patient muss die Kosten für die Behandlung im Ausland vorstrecken und in seinem Heimatland eine Rückerstattung beantragen. Die Erstattung der Kosten erfolgt nach den im Heimatland des Patienten geltenden rechtlichen und tariflichen Bestimmungen. Allerdings dürfen die rückzuerstattenden Kosten nicht die tatsächlich gezahlten übersteigen.

### Ausnahme:

#### Anwendung der Bestimmungen der europäischen Verordnungen (EG) 883/2004 und (EG) 987/2009

In Ausnahmefällen sollte der Patient die Möglichkeit im Auge behalten, einen Antrag auf Vorabgenehmigung bei seiner Krankenkasse zu stellen (Europäisches Formular S2). Dies hätte den Vorteil, dass die Kosten nicht vorgestreckt werden müssten – sofern die Krankenkasse dem Antrag stattgibt. Diese Option könnte im Bereich der ambulanten Chirurgie besonders interessant sein, da die Kosten hier höher ausfallen können..

## Notfallversorgung (stationär und ambulant):

Anwendung der Bestimmungen der europäischen Verordnungen (EG) 883/2004 und (EG) 987/2009 wie bereits heute

### Grundsatz

Der Patient legt dem Arzt oder im Krankenhaus seine europäische Krankenversicherungskarte (EHIC) vor. Die Kosten werden von einer oder der lokalen Krankenkasse des Landes, in dem die Behandlung erfolgt, erstattet. Es wird dabei so getan, als sei der Patient Mitglied der entsprechenden Krankenkasse und die gesetzlichen und tariflichen Regelungen des Landes werden angewandt.

Theoretisch muss der Patient nicht die gesamten Kosten vorstrecken. Er zahlt lediglich den nach dem Recht des Behandlungsstaats festgelegten Eigenbeitrag (Zuzahlung), sofern ein solcher vorgesehen ist.

### Alternative

Eine andere Möglichkeit besteht darin, dass der Patient die Kosten vorstreckt und nach seiner Rückkehr einen Antrag auf Rückerstattung bei seiner Krankenkasse stellt. Die Erstattung erfolgt unter Anwendung der tariflichen Regelungen des Landes, in dem die Behandlung stattfand. Umgekehrt könnte die Krankenkasse – mit Einverständnis des Patienten – die Kosten ausnahmsweise auch entsprechend der eigenen Tarifgestaltung erstatten.

*In jedem Fall kann die Rückerstattung nicht die vom Patienten tatsächlich gezahlten Gebühren übersteigen.*

# FOKUS AUF DIE EU- GESUNDHEITSRICHTLINIE

## Geplante stationäre Behandlungen:

Anwendung der Bestimmungen der europäischen Verordnungen (EG) 883/2004 und (EG) 987/2009 oder - auf Antrag des Patienten – nach den Bestimmungen der EU-Gesundheitsrichtlinie 2011/24/EU

### Grundsatz:

#### Anwendung der Bestimmungen der europäischen Verordnung (EG) 883/2004

Der Patient ist dazu verpflichtet, einen Antrag auf Vorabgenehmigung bei seiner Krankenkasse zu stellen. Im Falle der Genehmigung stellt die Krankenkasse das europäische Formular S2 „Genehmigung einer geplanten medizinischen Behandlung“ aus. Damit kann er nachweisen, dass sein Antrag bewilligt worden ist. Es ist dem Arzt bzw. im Krankenhaus vorzulegen.

Die Kosten werden von einer oder der lokalen Krankenkasse des Landes, in dem die Behandlung erfolgt, erstattet. Es wird dabei so getan, als sei der Patient Mitglied der entsprechenden Krankenkasse und die gesetzlichen und tariflichen Regelungen des Landes werden angewandt. Theoretisch muss der Patient nicht die gesamten Kosten vorstrecken. Er zahlt lediglich den nach dem Recht des Behandlungsstaats festgelegten Eigenbeitrag (Zuzahlung), sofern ein solcher vorgesehen ist.

### Alternative

Eine andere Möglichkeit besteht darin, dass der Patient sämtliche Kosten vorstreckt und nach seiner Rückkehr einen Antrag auf Rückerstattung bei seiner Krankenkasse stellt. Die Erstattung erfolgt unter Anwendung der tariflichen Regelungen des Landes, in dem die Behandlung stattfand. Umgekehrt könnte die Krankenkasse – mit Einverständnis bzw. auf Antrag des Patienten – die Kosten auch entsprechend der eigenen Tarifgestaltung erstatten (Artikel 25 Absatz 5 der Verordnung (EG) 987/2009). Wurden die Kosten durch eine oder die Krankenkasse

des Landes, in dem die Behandlung erfolgte, (rück-)erstattet, kann der Patient eine ergänzende Rückerstattung bei seiner Krankenkasse einfordern, wenn:

- der Patient einen Teil der Kosten selbst getragen hat (Zuzahlung) oder
- die Summe der Zuzahlung und der durch die Krankenkasse im Behandlungsland erstatteten Kosten niedriger ausfällt, als der Betrag, den seine Krankenkasse bei einer entsprechenden Behandlung im Heimatland gezahlt hätte.

In diesen Fällen entspricht die Höhe der ergänzenden Rückerstattung der Differenz zwischen den Erstattungssätzen der Mitgliedskrankenkasse und der Krankenkasse im Behandlungsland.

### Ausnahme

#### Anwendung der Bestimmungen der EU-Gesundheitsrichtlinie

In Ausnahmefällen kann der Patient die Anwendung der in der Richtlinie vorgesehenen Bestimmungen beantragen. Es gestaltet sich allerdings in dieser Hinsicht schwierig, die genaue Umsetzung der Richtlinie im deutschen und französischen Recht vorherzusehen. Aber im Lichte des allgemeinen Geistes der Richtlinie dürfte davon auszugehen sein, dass der Patient eine Vorabgenehmigung bei seiner Krankenkasse erfragen und die Kosten vorstrecken muss und später, unter Anwendung der tariflichen Regelungen seines Heimatlandes, eine Rückerstattung erhält.

**In jedem Fall kann die Rückerstattung nicht die vom Patienten tatsächlich gezahlten Gebühren übersteigen.**

## B. DAS DEUTSCH-FRANZÖSISCHE RAHMENABKOMMEN ÜBER DIE GRENZÜBERSCHREITENDE ZUSAMMENARBEIT IM GESUNDHEITSBEREICH: EIN ESSENTIELLES ABER ZUGLEICH ZU WENIG GENUTZTES RECHTLICHES INSTRUMENT

Einige europäische Staaten, etwa Deutschland und Frankreich, haben es als sinnvoll erachtet, einen rechtlichen Rahmen für die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen über die europäische Gesetzgebung hinaus zu schaffen und haben daher bi-nationale Vereinbarungen unterzeichnet. Auf diese Weise sind zwei Texte entstanden, auf denen die grenzüberschreitende deutsch-französische Kooperation im Gesundheitswesen basiert: das Deutsch-Französische Rahmenabkommen über die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich vom 22. Juli 2005, ergänzt um eine Verwaltungsvereinbarung mit den geltenden Durchführungsbestimmungen<sup>1</sup>.

Das Abkommen deckt alle Bereiche der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im Gesundheitswesen und somit auch das Rettungswesen ab. **Es betrifft mehr als 20 Millionen Bürger** und erstreckt sich auf das Elsass, Lothringen, Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz und das Saarland.

Das Rahmenabkommen zielt darauf ab:

- Den Zugang zu grenzüberschreitenden Gesundheitsdienstleistungen für die Bewohner des Grenzgebiets zu erleichtern,

- eine effiziente notfallmedizinische Versorgung zu gewährleisten, die den Zugriff auf die nächstgelegenen Versorgungsangebote erlaubt, ohne dabei an Grenzen halt zu machen,
- die Planung und Organisation des Gesundheitsversorgungsangebots zu optimieren durch gemeinsame Nutzung des jeweiligen Angebots,
- den gegenseitigen Austausch von Wissen und Best-Practices zwischen den Leistungserbringern im Gesundheitswesen zu fördern.

Um diese Ziele zu verwirklichen, können die im Gesundheitswesen tätigen Akteure in den vorgenannten Regionen – auf Grundlage der rechtlichen Bestimmungen des Rahmenabkommens von 2005 – Kooperationsvereinbarungen zur grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich schließen. Letztere können auf die spezifischen regionalen Gegebenheiten zugeschnitten werden.

Dabei lässt das Rahmenabkommen den Unterzeichnern einen gewissen Handlungsspielraum. Sie können z.B. abweichende Regelungen bezüglich der Vorabgenehmigungen, der Tarifgestaltung und der Erstattungsmodalitäten durch die Krankenkassen vereinbaren.

Obgleich die Philosophie des Deutsch-Französischen Rahmenabkommens darin besteht, die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen zu fördern, erscheint die Auslegung des Abkommens durch die zentrale französische Behörde zuweilen mehrdeutig. Es kommt somit unweigerlich die Frage nach dem eigentlichen Sinn des Rahmenabkommens auf: Handelt es sich bei dem Abkommen um ein Werkzeug zur Vereinfachung des Zugangs zur einer grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung oder mutiert es zu einem Steuerungs- und Kontrollmechanismus für die Freizügigkeit der Patienten?

---

*1. Rahmenabkommen zwischen den Regierungen der Bundesrepublik Deutschland und der französischen Republik über die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich vom 22. Juli 2005. Verwaltungsvereinbarung vom 9. März 2006 über die Durchführungsbestimmungen bezüglich des Rahmenabkommens vom 22. Juli 2005*



## 1. UNZUREICHENDE NUTZUNG DES RAHMENABKOMMENS AN DER DEUTSCH FRANZÖSISCHEN GRENZE

Die erste Beobachtung, die man bei einer Analyse der Wirkung des Rahmenabkommens nach dessen Inkrafttreten macht, ist die geringe Anzahl an grenzüberschreitenden Vereinbarungen, die seither in der gesamten deutsch-französischen Grenzregion unterzeichnet wurden. Es stellt sich demnach die Frage nach der Bedeutung des Rahmenabkommens.

Es sei in diesem Zusammenhang auf die Studie des Euro-Instituts von 2012<sup>1</sup> verwiesen, die die Umsetzung des Deutsch-Französischen Rahmenabkommens im Gesundheitsbereich evaluiert.

Da die Studie nicht öffentlich gemacht wurde, konnte der Bericht in der vorliegenden Studie nicht berücksichtigt werden. Es erscheint daher angebracht, die wichtigsten Daten zu analysieren, um sie schlussendlich möglicherweise zu berücksichtigen. In jedem Fall kann aus den verschiedenen durchgeführten Gesprächen und Sitzungen geschlossen werden, dass das Rahmenabkommen keinen wesentlichen Beitrag zur Förderung der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich zwischen den beiden Ländern leistet.

Auf der Internetseite der ARS Elsass<sup>2</sup> werden im Übrigen lediglich vier grenzüberschreitende Kooperationen im Gesundheitswesen genannt, die das Elsass betreffen und die in einer unterschriebenen Vereinbarung fixiert wurden (bei einer sind übrigens die Verhandlungen bezüglich einiger zu präzisierender Punkte noch immer nicht abgeschlossen).

1. Die Gemeinsame Kommission hat das Euro-Institut im Februar 2002 mit der Evaluierung beauftragt: <http://www.euroinstitut.org/wDeutsch/aktuelles/meldungen/93-6-Rahmenabkommen.php?navanchor=2110021>

2. <http://www.ars.alsace.sante.fr/Les-conventions-locales-qui-co.117517.0.html>

## a. Kooperationen im Rettungswesen

Am 10. Februar 2009 wurden zwei Vereinbarungen zwischen dem Elsass und den angrenzenden Bundesländern über die grenzüberschreitende Notfallversorgung und den Einsatz von Rettungskräften in der Grenzregion unterzeichnet. Vorgesehen sind die Gegenseitigkeit und die Komplementarität entsprechender Einsätze in den betroffenen Regionen:

- Vereinbarung zwischen dem Elsass und Baden-Württemberg. Diese Vereinbarung betrifft unmittelbar den Eurodistrikt Strasbourg-Ortenau und ermöglicht dem SAMU 67 (französische Rettungswache) und dem DRK-Rettungsdienst Notfalleinsätze im Nachbarland.
- Vereinbarung zwischen dem Elsass und Rheinland-Pfalz

## b. Kooperation bei der Behandlung von Schwerbrandverletzten

Im Jahre 2009 wurde eine Vereinbarung zwischen dem Elsass und dem Schwerbrandverletztenzentrum der BG-Unfallklinik Ludwigshafen in Rheinland-Pfalz unterzeichnet. Gegenstand dieses Übereinkommens war die schriftliche Fixierung der gegenseitigen Überweisung von Patienten und bereits bestehender Maßnahmen der gegenseitigen Unterstützung.

## c. Kooperation im Bereich der Epilepsie

Am 21. Dezember 2011 schlossen die ARS Elsass, die CPAM Bas-Rhin und das Epilepsiezentrum Kork eine Vereinbarung ab. Letztgenanntes ist eines der bedeutsamsten Zentren für die Behandlung von Epilepsie in ganz Deutschland. Es bietet unter anderem jungen Patienten, die unter der Krankheit leiden, eine (medizinische und pädagogische) Betreuung. Die Vereinbarung von 2011 legt Regelungen bezüglich der Erstattung der Kosten für Transport, Schulbesuch und/oder Mahlzeiten für die jungen elsässischen Patienten, die im Epilepsie-Zentrum Kork behandelt werden, fest.



## Die bereits getroffenen Vereinbarungen kommen nicht genügend Patienten zugute

Bei der Lektüre dieser (kurzen) Liste der seit Juli 2005 unterzeichneten Vereinbarungen wird schnell ersichtlich, dass sie im Allgemeinen zu wenige Patienten betreffen. Ohne ihre Relevanz und Nützlichkeit/Notwendigkeit für die betroffenen Personen in Frage stellen zu wollen, ist der Nutzen für die breite Bevölkerung zu eingeschränkt, als dass die Bewohner des Eurodistrikts Strasbourg-Ortenau einen Mehrwert in ihrem Alltag erkennen würden. Dies ist aber eine notwendige Voraussetzung damit eine PZGML in den Köpfen der Bevölkerung ankommen kann.

Als Beispiel sei erwähnt, dass die ARS Elsass auf ihrer Internetseite darauf hinweist, dass durchschnittlich 4-5 Schwerbrandverletzte pro Jahr in den Genuss der entsprechenden Vereinbarung kommen. Ein ähnliches Bild zeichnet sich bei der Vereinbarung im Bereich der Epilepsie ab: Sie betrifft die Fälle medikamentenresistenter Epilepsie, die sich jährlich auf lediglich ca. 10 Patienten belaufen. Diese beiden **Vereinbarungen kommen demnach etwa 15 Patienten im Jahr zugute.**

**Unter diesem Gesichtspunkt erscheint es von besonderer Bedeutung, neue Formen der Zusammenarbeit ins Leben zu rufen, von denen ein größerer Teil der Bevölkerung im Eurodistrikt profitieren kann. Insbesondere sollten die Kooperationsvereinbarungen auf den ambulanten Bereich ausgedehnt werden.**

## Vereinbarungen jenseits des Rahmenabkommens

Um diesen Punkt abzuschließen, sollte noch erwähnt werden, dass im Eurodistrikt bilaterale Kooperationsvereinbarungen zwischen Einrichtungen des Gesundheitswesens auch jenseits des Rahmenabkommens abgeschlossen worden sind. Sie wurden direkt zwischen den Krankenhäusern geschlossen. Als ein Beispiel kann an dieser Stelle das Partnerschaftsabkommen im Bereich der pädiatrischen Herzchirurgie zwischen den Universitätskliniken Straßburg und dem Ortenau Klinikum aus dem Jahre 2009 aufgeführt werden. Das Abkommen trifft Regelungen bezüglich des gezielten, punktuellen Einsatzes französischer

Ärzte in der deutschen Klinik, der Weiterbildung von Ärzten des Ortenau Klinikums durch Ärzte des CHU, der Möglichkeit der Durchführung chirurgischer Einsätze in Kehl (von französischen Ärzten) oder in Straßburg – falls erforderlich – und der Zusammenarbeit bei Notfällen.

Allerdings erscheint die rechtliche Relevanz dieser jenseits des Rahmenabkommens erarbeiteten Vereinbarungen fragwürdig. Der Weg über das Rahmenabkommen erscheint dementsprechend zwingend.

## 2. GRENZÜBERSCHREITENDE KOOPERATIONEN IM GESUNDHEITSBEREICH: EINE BEZUGNAHME AUF DAS RAHMENABKOMMEN ERSCHEINT UNBEDINGT ERFORDERLICH

Das Rahmenabkommen bildet den rechtlichen Rahmen für alle grenzüberschreitenden Kooperationen im Gesundheitsbereich.

Abgesehen davon, dass bereits unter pragmatischen Gesichtspunkten die Verankerung einer grenzüberschreitenden Kooperation im Gesundheitswesen in das rechtliche Gerüst des Rahmenabkommens geboten erscheint, da auf diese Weise die Einbeziehung entscheidender Partner, wie z.B. der ARS auf französischer Seite, reibungsloser ablaufen kann, ist dies sogar Pflicht: Bei einer juristischen Analyse des Rahmenabkommens wird schnell klar, dass eine Bezugnahme auf das Rahmenabkommen beim Abschluss einer deutsch-französischen Kooperationsvereinbarung zwingend erforderlich ist. Letzteres betrifft sogar die bereits vor 2005 unterzeichneten Vereinbarungen.

So wird in Artikel 3 der Verwaltungsvereinbarung vom 9. März 2006 entsprechend präzisiert: „In Anwendung von Artikel 3 Absatz 4 des Rahmenabkommens werden die Kooperationsvereinbarungen im Gesundheitsbereich, die vor dem Inkrafttreten des Rahmenabkommens geschlossen wurden, bei Bedarf so schnell wie möglich, spätestens aber ein Jahr nach dem Inkrafttreten des Rahmenabkommens diesem angepasst. Ansonsten werden dem Rahmenabkommen widersprechende Kooperationsvereinbarungen zu diesem Zeitpunkt unwirksam.“

Diese Verpflichtung zur Zugrundelegung des Rahmenabkommens bei der Erarbeitung von Vereinbarungen erscheint – auf den ersten Blick – positiv. Auf diese Weise können die verschiedenen Kooperationsprojekte, die nach und nach im Gültigkeitsbereich des Rahmenabkommens ins Leben gerufen werden, rationalisiert, miteinander in Einklang gebracht und besser begleitet werden.

Aber auf Grund der bislang restriktiven Auslegung des Rahmenabkommens seitens der zuständigen Behörden hat diese in Artikel 3 der Verwaltungsvereinbarung vorgesehene Verpflichtung eher zu einer Blockade, als zu einer Förderung der Entwicklung von grenzüberschreitenden Vereinbarungen im Gesundheitswesen im Eurodistrikt bzw. an der deutsch-französischen Grenze geführt.

### 3. DIE MEHRDEUTIGE AUSLEGUNG DES RAHMENABKOMMENS

Die Haltung der zentralen französischen Behörde wurde zum ersten Mal in der Circulaire Ministrielle vom 18. Juli 2007<sup>1</sup> zum Ausdruck gebracht; so heißt es, dass die Kooperationsvereinbarungen im Einklang mit dem SROS (regionaler Gesundheitsplan) stehen und ein zuvor eruiertes Defizit auf französischem Gebiet beheben müssen. Diese restriktive Haltung wurde von den deutschen Partnern kritisiert, da sie im Widerspruch zur Philosophie des Abkommens stehe<sup>2</sup>.

Darüber hinaus kann, nach Ansicht der französischen Seite, eine Kooperation nur unter der Prämisse der Komplementarität in Betracht gezogen werden. Demzufolge müssen die folgenden Kriterien erfüllt sein:

- Subsidiarität
- Ausnahmecharakter

Die dominierende Position der zentralen Behörde – auf regionaler Ebene repräsentiert durch die ARS - gründet in der Annahme, dass das Versorgungsangebot gleichmäßig verteilt ist und den Bedürfnissen der Bevölkerung entspricht. Sollte ein Mangel konstatiert werden, so muss zunächst versucht werden, ob sich dieser auf regionaler Ebene beheben lässt, bevor grenzüberschreitende Lösungen in Betracht gezogen werden können.

Fernerscheint ein gewisses „Misstrauen“ gegenüber den deutschen Krankenhäusern und Kliniken bzw. Leistungserbringern im Gesundheitswesen im Allgemeinen auf Grund ihrer „wirtschaftlichen Begierden“ zu bestehen.

Eine vergleichbare Position kommt in den, von einigen Mitgliedstaaten der EU geäußerten Bedenken zum Ausdruck, wenn es darum geht, den von der EU festgelegten neuen Patientenrechten Wirkung zu verleihen (nach der europäischen Rechtsprechung, nun in der EU-Gesundheitsrichtlinie niedergelegt).

Einige der Mitgliedsstaaten befürchten, dass die Mobilität und Freizügigkeit der Patienten das „finanzielle Gleichgewicht“ der nationalen Gesundheitssysteme gefährden oder gar stark beeinträchtigen könnte. Diese Annahmen sind weit davon entfernt, ohne weiteres einer Prüfung standzuhalten. In Frankreich konnte im Jahr 2011<sup>3</sup> ein Gewinn in Höhe von 339,4 Millionen € durch grenzüberschreitende Behandlungsangebote erzielt werden.

1. Rundschreiben DSS/DACI NR. 2007-291 vom 18. Juli 2007 bezüglich der Umsetzung des Deutsch-Französischen Rahmenabkommens im Gesundheitsbereich zwischen den Regierungen der Bundesrepublik Deutschland und der französischen Republik, unterzeichnet am 22. Juli 2005 in Weil am Rhein

2. Siehe hierzu vor allem Anhang «Schwierigkeiten von Grenzgängern in den Bereichen Soziales und Finanzen im Eurodistrikt Straßburg – Ortenau» des Berichtes von Erwin Vetter et Bernard Cottin im 2008

3. Quelle: CLEISS/Jahresbericht 2011/Entwicklung der Forderungen 654,9 Millionen Euro an Behandlungskosten erstattet durch ausländische Institutionen an CLEISS 315,5 Millionen Euro an Behandlungskosten erstattet durch CLEISS an ausländische Institutionen

# IV. IDENTIFIZIERUNG VON HINDERNISSEN: DAMIT DIE GESUNDHEIT NICHT MEHR AUF GRENZEN STÖSST

*Eine Intensivierung der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich ist von herausragender Bedeutung, damit allen Bewohnern des Eurodistrikts Strasbourg-Ortenau ein gleichberechtigter Zugang zu einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung ermöglicht wird. Obgleich das Gesundheitswesen in der deutsch-französischen Agenda 2020 explizit aufgeführt wird, sind – wie bereits erörtert - im Einzugsgebiet des Eurodistrikts bzw. generell entlang des Rheins nur wenige grenzüberschreitende Kooperationen zu verzeichnen. Ein einziger Grund reicht zur Erklärung dieser Situation nicht aus, die Ursachen für den Mangel an Zusammenarbeit gestalten sich vielfältig. Der Mehrwert der vorliegenden Studie leitet sich aus der Tatsache ab, dass die größten Hindernisse identifiziert wurden und somit besser zu überwinden sind. Im Bereich der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im Gesundheitswesen sind diese Hürden unterschiedlichster Natur: geographisch, kulturell, sprachlich, finanziell, administrativ usw.*

## A. GEOGRAPHISCHE KRITERIEN

Wie bereits eingangs dargestellt, ist im Eurodistrikt Strasbourg-Ortenau ein geographisches Ungleichgewicht zu verzeichnen: Während die Ortenau als ländliches Gebiet in Erscheinung tritt, ist Straßburg urban und verfügt über Universitätskliniken (die nächste Klinik dieser Art befindet sich auf deutscher Seite in dem 80 km entfernten Freiburg).

In der Stadtgemeinschaft von Straßburg sind mehrere Referenzzentren vertreten (um das Elsass mit einem Referenzzentrum im Bereich der Onkologie auszustatten, befindet sich z.B. derzeit ein Krebszentrum in Entwicklung, die Eröffnung ist für Ende 2017 geplant). Des Weiteren gibt es Einrichtungen, wie z.B. SOS Main (Handtraumazentrum), mit zwei Standorten im Diaconat und in Illkirch, das eine Notfallversorgung rund um die Uhr (24/7) gewährleistet.

## **B. DIE INTERESSEN DER PATIENTEN GEGENÜBER DER ÖKONOMISCHEN LOGIK DER EINRICHTUNGEN**

Der Versuch die Interessen der Patienten (Zugang zu Angeboten der Gesundheitsversorgung, Qualität und Nähe der Angebote sowie Kostenerstattung) und die ökonomische Logik der Einrichtungen zur Einsparung von Kosten auszubalancieren gestaltet sich als mitunter schwieriges Unterfangen.

Was aus medizinischer Sicht noch durchaus rational erscheint, mag dies unter dem Blickwinkel ökonomischer Zwänge eines Krankenhauses oder einer Klinik nicht mehr sein. In einer Zeit in der die gesamte budgetäre Planung starken Restriktionen unterliegt, muss die Situation realistisch betrachtet werden: Kein Leiter eines Krankenhauses oder einer Klinik engagiert sich aus purem Altruismus in einer grenzüberschreitenden Kooperation. Es muss ein finanzieller Vorteil für die eigene Einrichtung gegeben sein – bzw. es darf zumindest kein finanzpolitisches Risiko entstehen.

Unter diesen Gesichtspunkten müssen Kooperationspotentiale identifiziert werden, die sowohl einen Mehrwert unter medizinischen Aspekten (in erster Linie für die Patienten, aber auch für die Ärzte) darstellen, als auch für die beteiligten Krankenhäuser finanziell von Vorteil sind.

## **C. MANGEL EINER GRENZÜBERSCHREITENDEN PERSPEKTIVE IM GESUNDHEITSWESEN**

In Ermanglung einer grenzüberschreitenden Bedarfsanalyse, dominiert derzeit die Perspektive des „jeder für sich“. In vielen Fällen erscheint die Kooperation nicht reziprok und wird nur von einer Seite

angestrebt: Es ist ein Mangel an Gegenseitigkeit bis hin zu einem „territorialen Protektionismus“ zu konstatieren. Dementsprechend fehlt es an einer gemeinsamen grenzüberschreitenden Vision, dies betrifft insbesondere den Bereich der Krankenhausplanung oder der Anschaffung von Großgeräten.

## **D. KULTURELLE UND SPRACHLICHE BARRIEREN**

Auf die andere Seite der Grenze zu gehen, um sich dort einer Behandlung zu unterziehen, stellt noch immer eine Seltenheit dar, die oft mit einem Gefühl des Misstrauens gegenüber einem unbekanntem ausländischen Gesundheitssystem einhergeht. Zugleich bildet ein vertrauensvolles Verhältnis zwischen Leistungserbringer und Patient die grundlegende Basis für jede medizinische Behandlung. Zu diesem Hindernis, man könnte es als „kulturelles“ bezeichnen, gesellen sich Verständigungsprobleme, die aus den unterschiedlichen Sprachen resultieren, welche auf der einen oder der anderen Seite der Grenze gesprochen werden.

Obgleich der Aspekt der Sprache die grenzüberschreitende deutsch-französische Zusammenarbeit bisweilen behindert, lässt sich zunehmend die Präsenz und Tätigkeit von deutschen Leistungserbringern in Frankreich - vice versa - beobachten. Dies könnte die Entstehung neuer grenzüberschreitender Kooperationen - vor allem im Eurodistrikt - katalysieren.

Alle Arten von Kooperation sollten diesem sprachlichen Aspekt Rechnung tragen. Gegebenenfalls muss eine Umstrukturierung der Krankenhausleistungen erfolgen, die nunmehr auch ausländische Patienten aufnehmen wollen.

## **E. DIE VIELZAHL UND VIELFALT AN GESETZLICHEN KRANKENKASSEN SOWIE EINE FÜLLE AN ANSPRECHPARTNERN**

Zum gegebenen Zeitpunkt müsste eine Vereinbarung im Idealfall von allen 180 gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland unterzeichnet werden, sofern diese wirklich allen Bewohnern im Eurodistrikt Strasbourg-Ortenau zu Gute kommen soll. Die Partner wären demnach dazu verpflichtet mit jeder einzelnen Krankenkasse eine Vereinbarung abzuschließen. Eine Lösung für dieses schwierige Unterfangen könnte darin bestehen, den Verband der gesetzlichen Krankenkassen, welcher zur Unterzeichnung einer Vereinbarung befugt ist, in den Entwicklungsprozess der Kooperation miteinzubeziehen.

## **F. DIE STÄRKERE WETTBEWERBSORIENTIERUNG IN DEUTSCHLAND**

Das System der Gesundheitsfürsorge wird in Deutschland von der Logik des freien Marktes dominiert und steht somit unter dem Zeichen des Wettbewerbs. Demzufolge nimmt die Ausgeglichenheit der Salden eine prioritäre Stellung ein. Mit der Einführung der Fallpauschale ging im Übrigen die Schließung zahlreicher kleiner Krankenhauseinheiten einher. Wenn man allerdings die Anzahl der Betten mit der Stärke der Bevölkerung ins Verhältnis setzt<sup>1</sup>, so muss festgestellt werden, dass Deutschland immer noch mehr dieser Art zu verzeichnen hat als Frankreich.

*1. Die jüngst in der französischen Presse veröffentlichten Zahlen stammen von der OECD aus dem Jahre 2010. Die Dichte der Betten liegt bei 64 Betten für 10000 Einwohner (2004 waren es noch 74). In Deutschland hingegen kommen im Jahre 2010 auf 83 Betten 10000 Einwohner.*

## **G. DIE INTRANSPARENZ DER TARIFSYSTEME AUF BEIDEN SEITEN DER GRENZE**

Ein weiteres erhebliches Hindernis für die grenzüberschreitende Zusammenarbeit resultiert aus dem Vergütungssystem der Mediziner in Deutschland. Letzteres basiert auf festgelegten Planungen und Budgets, die je nach Bundesland und Zeitraum variieren. In der Praxis bedeutet dies, dass ein niedergelassener Arzt nicht im Voraus weiß, welche Vergütung er von der Kassenärztlichen Vereinigung erhält. Das Prinzip das an dieser Stelle Anwendung findet, wird als „Regelleistungsvolumen“ bezeichnet.

Dementsprechend erhält ein Allgemeinmediziner in jedem Quartal 40 € pro Patient, unabhängig von der Anzahl der Behandlungen. Im Fall einer länger andauernden Krankheit erhält der Arzt neben diesem pauschalen Betrag keine weiteren Zuzahlungen. Das gleiche gilt im Übrigen auch für die Behandlung älterer Menschen, die ebenfalls regelmäßig einen Arzt aufsuchen. Auf diese Weise resultiert die paradoxe Situation, dass der Arzt im Gegenteil sogar für die Behandlung zahlen muss! In Frankreich wird der Arzt je durchgeführte Behandlung bezahlt.

Unter anderem wirkt sich dieses Problem unmittelbar auf andere Ebenen aus:

- Die deutschen Krankenkassen erstatten die Kosten eines deutschen Patienten der sich in Frankreich behandeln lässt nur dann, wenn die Leistungen außerhalb des Budgets liegen. Sie wenden dabei das Gleichheitsprinzip an, wonach die Erstattung der Leistungen bei einem ausländischen Arzt nicht favorisiert werden darf.
- Gleiches trifft im Falle der Krankenhäuser zu, die nur in Bereichen jenseits der Budgetierung kooperieren wollen.



## H. AMBIVALENZ DER PRIORITÄTEN

Ein weiteres Hindernis ist in der Tatsache zu verorten, dass dem Zugang zur Gesundheitsversorgung keine Priorität gegenüber der Kostenkontrolle eingeräumt wird. Letztere dominiert die Verwaltung der Einrichtungen des Gesundheitswesens in beiden Ländern.

## I. DIE LOGIK DER BEHÖRDEN BEHINDERT DIE ZUSAMMENARBEIT

Erst wenn jeder Versuch eine Lösung im eigenen Land zu finden erfolglos bleibt, wird eine nationale Behörde überhaupt die Bereitschaft signalisieren, sie im Nachbarland zu suchen. Ansonsten wird jede Bemühung in dieser Hinsicht als Angriff auf die eigene Kompetenz erachtet werden. Zu dem natürlichen Misstrauen gesellt sich die Angst vor dem Unbekannten.

## J. UNTERSCHIEDLICHE KOMPETENZNIVEAUS DER ANSPRECHPARTNER

Es gibt in Deutschland keine äquivalente Struktur zu der *Agence Régionale de Santé* (ARS). Es existiert ein Entscheidungsmonopol auf französischer Seite wobei im Falle einer Kooperation die ARS unweigerlich miteinzubeziehen ist, während in Deutschland die Krankenhäuser – oder gar Arztpraxen – dazu befugt sind, eine Vereinbarung auf Grundlage des Rahmenabkommens eigenmächtig zu unterzeichnen.

## K. DIE ROLLE DER STAATEN

Es besteht auf Ebene der Staaten eine wahre Furcht, durch eine Kooperation im Gesundheitsbereich entstünde ein finanzielles Ungleichgewicht, obgleich die Umsetzung der europäischen Richtlinie diese Situation ändern sollte. Generell kann festgehalten werden, dass die europäischen Mitgliedstaaten nur wenig gewillt sind, die Patientenmobilität zu fördern.



© Commission européenne



# V. HANDLUNGS- EMPFEHLUNGEN

---

*Die vorliegende Studie wurde im Jahr 2012 vom Zentrum für Europäischen Verbraucherschutz e.V. unter der Prämisse durchgeführt, dem Eurodistrikt eine Entscheidungshilfe an die Hand zu geben. Sie ist dem entsprechend als Werkzeug zu verstehen, das mittelfristig zur Erreichung des Ziels der Schaffung einer Pilotregion für den Zugang zu grenzüberschreitenden medizinischen Leistungen (PZGML) beizutragen vermag. Letztere wiederum soll den Bewohnern einen leichteren Zugang zur Gesundheitsversorgung im Nachbarland gewähren. Nach fast einem Jahr der Datenerhebung sowie der Auswertung, des Austauschs und Besprechungen, bietet dieses Dokument:*

- Eine Informationsquelle: Die Studie enthält die wichtigsten Daten für ein profundes Verständnis der spezifischen Besonderheiten des Versorgungsgebiets des Eurodistrikts. Die Kenntnisse über das Themengebiet, über das deutsche und das französische Gesundheitssystem, über die Reichhaltigkeit, aber auch die Lücken des Versorgungsangebotes auf der einen oder der anderen Seite des Rheins gestatten den Entscheidungsträgern die Schaffung einer kohärenten Basis für die künftige PZGLM.*
- Handlungsempfehlungen: Im Rahmen der Studie konnten einige Komplementaritäten näher beleuchtet werden, auf deren Grundlage in naher Zukunft neue grenzüberschreitende Kooperationen entstehen könnten. Damit eine in sich stimmige PZGLM entstehen kann, sollten möglicherweise weitere begleitende Maßnahmen ergriffen werden.*

*In diesem Sinne hat das Zentrum für europäischen Verbraucherschutz, zur Vervollständigung des Vorhabens, eine nicht abschließende Liste an Empfehlungen für die gesundheitspolitische Ausgestaltung des Eurodistrikts erstellt.*

# A. ERARBEITUNG EINER MODELLRAHMENVEREINBARUNG FÜR ZUKÜNFTIGE PARTNERSCHAFTEN IM GESUNDEITSBEREICH INNERHALB DES EURODISTRIKTS

Die Unterzeichnung einer solchen Vereinbarung ist im Übrigen auch im deutsch-französischen Rahmenabkommen über grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich (Artikel 3) angedacht. In Ergänzung zu den im besagten Artikel beschriebenen Modalitäten und Bedingungen könnte die folgende Liste mit dem Schwerpunkt der Errichtung einer PZGLM integriert werden:

- Die geltenden Prinzipien (z.B. das Recht des Patienten das nächstgelegene Versorgungsangebot in Anspruch zu nehmen)
- Die Ziele (Optimierung der Qualität der Versorgung)
- Eine Beschreibung der Kooperation
- Die Dauer (mit der Möglichkeit die Dauer zu beschränken, um die Kooperation am Ende dieser Zeitspanne zu evaluieren)
- Eine Gebührenordnung die für alle grenzüberschreitenden Partnerschaften im Gesundheitsbereich innerhalb des Eurodistrikts anwendbar ist. Ein solches Raster ist auch in Artikel 2 der Verwaltungsvereinbarung vorgesehen. So muss jede Kooperation eine Gebührenordnung für die medizinischen Leistungen vorsehen, die den Interessen der verschiedenen Beteiligten entspricht (Patienten, Krankenkassen, Ärzte). Ziel ist eine Situation allseitigen Vorteils (Win-Win-Situation).

- Die Kontrolle/Begleitung der Vereinbarung
- Formulierung allgemeiner Klauseln wie z.B.:
  - » Verzicht auf Vorabgenehmigungen

Wie schon im Rahmen des Pilotprojekts „Transcards“ im Jahr 2000 in der Region Thiérache, dem die Errichtung einer PZGML an der französisch-belgischen Grenze folgte, sollte in der Vereinbarung explizit der Verzicht auf das System der Vorabgenehmigungen erklärt werden. In Anlehnung an Artikel 6 Absatz 2 des deutsch-französischen Rahmenabkommens sollten Möglichkeiten jenseits dieses Systems eröffnet werden (insbesondere die der automatischen Ausstellung). „Ist eine vorherige Genehmigung erforderlich, um im Grenzgebiet eine Behandlung in Anspruch zu nehmen, so können die Kooperationsvereinbarungen im Gesundheitsbereich vorsehen, dass diese Genehmigung automatisch vom zuständigen Sozialversicherungsträger ausgestellt wird.“

Dies erscheint vor allem bei den Behandlungsangeboten angebracht, bei denen lange Wartezeiten zu verzeichnen sind (wie z.B. MRTs)

- » Einführung einer generellen Klausel über die Notfallversorgung

Mit Blick auf die im Kapitel über die „Notfälle“ (siehe S. 23 ff.) erörterten Gründe erscheint es von herausragender Bedeutung, die Notfallversorgung in zweifacher Hinsicht in einer Rahmenvereinbarung zur Kooperation im Eurodistrikt zu regeln:

Rettungsdienst (SAMU 67/DRK Rettungsdienst Ortenau): Eine Rahmenvereinbarung könnte auf den Errungenschaften der bereits bestehenden Kooperationsvereinbarung basieren. Falls dies notwendig erscheint, könnten zur Verbesserung der operativen Effizienz, Änderungen oder Ergänzungen vorgenommen werden.

Medizinische Notfallversorgung durch die Krankenhäuser/Kliniken des Eurodistrikts: Verpflichtung der Kliniken (insbesondere der privaten) bei Notfällen auf die europäische Krankenversicherungskarte zurückzugreifen statt private Tarife mit entsprechend hohen Gebühren anzuwenden<sup>1</sup>.

## B. BERÜCKSICHTUNG GRENZÜBERSCHREITENDER ASPEKTE BEI DER PLANUNG DES VERSORGUNGS- ANGEBOTES

Integration eines grenzüberschreitenden Teils bei den jeweiligen Planungen auf regionaler Ebene, wie z.B. in dem Projet Régional de Santé in Frankreich oder dem deutschen Krankenhausplan.

### 1. GRENZÜBERSCHREITENDE ABSPRACHEN: EINSATZ EINER EXPERTENGRUPPE (MIT VERTRETERN DER KRANKENHAUS-/ KLINIKLEITUNGEN, DER ARS, USW.)

**Gemeinsame Nutzung von Großgeräten:** bzw. gemeinsame Anschaffung. Beispiele für die bereits getätigten Anschaffungen

---

1. Beispiel für eine entsprechende Beschwerde die derzeit beim Zentrum für Europäischen Verbraucherschutz bearbeitet wird: Eine Patientin aus dem Elsass, versichert bei der CPAM Bas-Rhin stürzte während ihres Aufenthaltes in der Caracalla-Therme in Baden-Baden und brach sich die Hüfte. Sie wurde mit dem Rettungsdienst in das nächstgelegene deutsche Krankenhaus gebracht und erhielt dort eine erste notfallmedizinische Versorgung (eine Nacht Aufenthalt im Krankenhaus). Obwohl sie ihre europäische Krankenversicherungskarte vorgelegt hatte, wurde ein der Teil der Behandlungskosten nach privaten Tarifbestimmungen errechnet. Schlussendlich forderte das Krankenhaus eine Zahlung in Höhe von 2000 € von der Patientin. Ein solch hoher Betrag wird von der französischen Krankenkasse nicht erstattet.

im Bereich der Augenheilkunde: Phakoemulsifikationsgerät, Femtosekundenlaser.

Noch vor entsprechenden Planungen auf regionaler Ebene, sollten Möglichkeiten der gemeinsamen Anschaffung oder Nutzung kostspieliger Ausstattungen und Geräte in Betracht gezogen werden.

### 2. SCHAFFUNG VON ARBEITSGRUPPEN ZWISCHEN DEN KRANKENHÄUSERN

Sie sollten sich aus Vertretern der Verwaltungsdirektionen und der medizinischen Leitungen der Krankenhäuser zusammensetzen (Austausch von Informationen bezüglich der Ausstattung sowie über die Planung von Infrastrukturen, über das Personal, Fortbildungen usw.).

### 3. AUSTAUSCH VON BEST-PRACTICES IM MEDIZINISCHEN BEREICH

Im Laufe des Jahres 2012 hat das ZEV Arbeitstreffen mit dem *Conseil Départemental de l'Ordre de Médecins du Bas-Rhin* (Ärztekammer des Départements Bas-Rhin) und der Landesärztekammer Baden-Württemberg organisiert. Beide Institutionen begrüßen die Errichtung einer PZGLM im Eurodistrikt Strasbourg-Ortenau und die damit verbundenen Vorteile und Perspektiven für die hier praktizierenden deutschen und französischen Ärzte.

Die Ärztekammern haben ihre Bereitschaft geäußert, die Kooperationsbemühungen im Gesundheitsbereich zu unterstützen und zu begleiten. Eine entsprechende Maßnahme könnte darin bestehen, dem Austausch von Best-Practices neue Impulse zu verleihen. Diese Idee stößt bei zahlreichen zweisprachigen deutschen und französischen Ärzten im Eurodistrikt auf große Akzeptanz.

Sie würde das Projekt der Schaffung einer PZGLM perfekt vervollständigen: Denn die Mobilität der Leistungserbringer ist ein Bestandteil der in Rede stehenden Kooperation. Die Universitätskliniken Straßburg beispielsweise könnten als Referenzzentrum im Bereich der Krebsbehandlung sowie in ihrer Funktion als Universitätsklinik den Ärzten aus der Ortenau interessante Perspektiven eröffnen.

### **Statt des Angebots von Fortbildungen, Gründung einer deutsch-französischen „Ärztegruppe“**

Die beiden Ärztekammern stimmten dahingehend überein, dass sich die Entwicklung zweisprachiger Fortbildungsangebote, die in beiden Ländern anerkannt und (mit dem Punktesystem) angerechnet werden können, mitunter schwierig gestalten.

Darüber hinaus handelte es sich, aus ihrem Blickwinkel, nicht um die geeignetste Form der Kooperation, da den Ärzten oft sehr wenig Zeit für den Besuch solcher Fortbildungen - selbst im nationalen Rahmen - bleibt. Ferner werden zahlreiche internationale Kongresse angeboten, in deren Rahmen bereits jetzt ein Austausch von Wissen in spezifischen Themenfeldern gegeben ist.

Eine Idee die diese Nachteile auszugleichen vermag, bestünde darin, flexiblere Formen der Kooperation und des Austauschs zu etablieren. Dies könnte nach Angabe der Ärztekammern durch die Gründung eines „Vereins der deutsch-französischen Ärzte“ Gestalt annehmen. Auf diese Weise könnten in regelmäßigen Abständen Treffen mit den deutschen und französischen Ärzten stattfinden, die motiviert sind, ihre Kenntnisse mit ihren Kollegen aus dem Nachbarland zu teilen. Ferner könnten auf einer Austauschplattform/ einem Forum im Internet schnelle und informelle Absprachen in einem spezifischen Themenfeld, in dem ein Meinungsaustausch mit den Spezialisten aus dem Nachbarland ein Mehrwert bedeuten würde, erfolgen.

## **4. FÖRDERUNG DER AMBULANTEN CHIRURGIE**

Gemeint ist an dieser Stelle die grenzüberschreitende Bereitstellung von medizinischer Ausstattung, damit auf den ermittelten Bedarf reagiert und mehr ambulante Operationen durchgeführt werden können.

## **5. ERWEITERUNG UND VEREINFACHUNG DES GRENZÜBERSCHREITENDEN ZUGANGS ZU REFERENZZENTREN**

Ein Bereich der hierfür prädestiniert erscheint, ist der der seltenen Krankheiten (Diagnose, Behandlung, Kostenübernahme).

# **C. VORRANGSTELLUNG DER PATIENTEN DES EURODISTRIKTS**

## **1. ERARBEITUNG EINER GRENZÜBERSCHREITENDEN PATIENTENCHARTA**

Nach dem Modell der in Frankreich bereits existierenden Charta für die französischen Patienten, könnte ein vergleichbares Regelwerk im Eurodistrikt eigens für den grenzüberschreitenden Patient erstellt werden. Auf diese Weise könnte das Vertrauen der Nutzer gefördert und die Rechtssicherheit beim Zugang zu grenzüberschreitenden Versorgungsangeboten sichergestellt werden. Ferner ließe sich die Qualität, Zugänglichkeit und schnelle Erreichbarkeit des gesamten Versorgungsangebotes im Eurodistrikt gewährleisten.

## 2. VERBESSERUNG DER INFORMATIONEN UND DER RECHTSBERATUNG: DIE ROLLE DER NATIONALEN KONTAKTSTELLEN

Aus den Ergebnissen der vorliegenden Studie lässt sich folgern, dass die Notwendigkeit besteht, den Bürgern eine leicht zugängliche Informationsquelle im Eurodistrikt zur Verfügung zu stellen. Zur Rede steht die Errichtung einer spezialisierten Anlaufstelle für die deutschen und französischen Patienten, die sie in den Belangen der Rückerstattung der Kosten einer Notfallversorgung oder einer geplanten Behandlung im Nachbarland unterstützt. Ferner wird dieses Angebot als Referenzzentrum fungieren und eine Anlaufstelle für die Leistungserbringer im Bereich grenzüberschreitender medizinischer Dienstleistungen sein.

Wie in dem Vorangehenden bereits erörtert, erscheint es bemerkenswert, dass die europäische Richtlinie „Gesundheit“<sup>1</sup> in Artikel 6 die Einführung einer solchen Stelle in den Mitgliedstaaten vorsieht.

In Anlehnung an die Richtlinie sind die Kontaktstellen dazu bestimmt, den Patienten unmittelbar Informationen zur Verfügung zu stellen und ihnen Unterstützung anzubieten, wenn Schwierigkeiten bei der Wahrnehmung ihrer Rechte auftreten.

Ziel soll dabei sein, durch die Verbreitung präziser Informationen, die Rechtssicherheit der Patienten bezüglich der Inanspruchnahme einer medizinischen Behandlung im Nachbarland zu erhöhen und zugleich den praktizierenden Ärzten die Aufnahme und Behandlung dieser Patienten zu vereinfachen.

Die ständig wachsende Mobilität der Bürger in der Grenzregion löst eine erhöhte Nachfrage nach Informationen aus (stationäre Behandlungen oder Kuren im Nachbarland, in Deutschland ansässige französische Bürger die bei einer gesetzlichen deutschen Krankenkasse versichert sind und einen französischen Arzt aufsuchen wollen usw.)

Das Angebot steht darüber hinaus auch den praktizierenden Ärzten in allen Fragen der grenzüberschreitenden medizinischen Versorgung zur Verfügung.

Es erscheint daher angebracht, dass eine solche Kontaktstelle ihre Leistungen direkt in einer Grenzregion wie dem Eurodistrikt anbieten kann.

Aus eben diesem Grund hat das Zentrum für Europäischen Verbraucherschutz in Kehl eine Bewerbung zur Ernennung als Kontaktstelle für Frankreich beim zuständigen französischen Ministerium eingereicht.

Im Hinblick auf die Errichtung einer PZGML sowie die Studie, mit deren Durchführung das Zentrum für Europäischen Verbraucherschutz betraut wurde, erschien es sinnvoll, dass der Eurodistrikt Strasbourg-Ortenau die Kandidatur unterstützt, um die Dynamik der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit zu beschleunigen. Ferner würde eine Ernennung zur Kontaktstelle für Gesundheitsfragen in Europa mitten im Eurodistrikt die europaweite Wahrnehmung der Pilotregion steigern und die deutsch-französische Zusammenarbeit im Dienste seiner Bürger konkretisieren. In Ermangelung einer solchen Anlaufstelle sollte in jedem Fall eine grenzüberschreitende Beobachtungs- und Prüfstelle im Gesundheitswesen errichtet werden. An der belgisch-französischen Grenze wurde bereits eine solche Institution erfolgreich implementiert (siehe hierzu S. 59 ff.).

---

*1. Richtlinie (2011/024/EU) über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, die am 25. Oktober 2013 in Kraft tritt.*

## D. VEREINFACHUNG DER RÜCKERSTATTUNG DER BEHANDLUNGSKOSTEN DURCH AUSARBEITUNG EINES VERTRAGLICHEN TARIFSYSTEMS

Um der Unterschiedlichkeit der Rückerstattungssysteme auf beiden Seiten des Rheins und vor allem auch den Bedenken finanzieller Art der Gesundheitsbehörden (insbesondere im Hinblick auf die Ausgaben) begegnen zu können, erscheint es angebracht, spezifische Abrechnungssysteme auszuarbeiten (ein solches Vorhaben wurde bereits im Rahmenabkommen angedacht, welches die tariflichen Regelungen bei Kooperationsvereinbarungen begünstigt).

Solche tariflichen Regelungen, die in einem Konsens aller beteiligten Parteien festgelegt werden müssen, würden im Interesse der Patienten sowie der Krankenhäuser und der Krankenkassen liegen.

Durch das System könnte man den Bedürfnissen der Patienten nach Transparenz gerecht werden (was im Übrigen auch laut der EU-Richtlinie erforderlich ist). Vorauszahlungen durch den Patienten könnten vermieden sowie Rechtsstreitigkeiten bezüglich der Erstattungsbeträge verringert werden.

Die Krankenhäuser könnten direkt mit der Mitgliedskrankenkasse des Patienten, nach dem in der Vereinbarung festgelegten Satz, abrechnen.

Das Interesse für die Krankenkassen liegt in der Tatsache begründet, dass es auf nationaler Ebene keine mittelnde Instanz mehr gäbe (wie z.B. der CLEISS oder das *Centre National de Soins à l'Etranger* von Vannes) und sie die Tarife selbst aushandeln könnten.

Um die Abrechnung zu vereinfachen, sollten zunächst die deutschen und französischen Fallpauschalenregelungen im stationären Bereich

einem Vergleich unterzogen werden: die *Groupes Homogènes de Malade* (GHM) in Frankreich und die Diagnosebezogenen Fallgruppen auf deutscher Seite.

Um darüber hinaus Informationen bezüglich der in Frankreich geltenden Tarife für die geläufigsten medizinischen Verfahren (vor allem im niedergelassenen Bereich) bereitstellen zu können, sind Partnerschaften mit der dem *Centre National de Soins à l'Etranger* (CNSE) von Vannes und der Kassenärztlichen Vereinigung in Betracht zu ziehen.

Was alle anderen Anfragen auf Kostenübernahme (jenseits grenzüberschreitender Vereinbarungen) betrifft, so sollten auch diese einer Vereinfachung unterzogen werden sowohl für die Patienten als auch für die Leistungserbringer und die Krankenkassen.

In dieser Hinsicht ist auf französischer Seite die Zentralisierung der Anträge auf Rückerstattung der Kosten auf Ebene des *Centre National de Soins à l'Etranger* (CNSE) von Vannes zu untersuchen. Letzteres sollte auch Rechtsstreitigkeiten abwickeln können, die derzeit auf lokaler Ebene durch die CPAM bearbeitet werden. Konkret ist die CPAM des Départements zuständig, in welcher der Patient seinen Wohnsitz hat. Die französischen Krankenkassen verfügen allerdings nicht über entsprechend qualifiziertes Personal, um die Fälle zu betreuen, die ursprünglich vom *Centre National de Soins à l'Etranger* (CNSE) von Vannes begleitet wurden und durch das die Erstattungsbeträge für die im Ausland durchgeführten Behandlungen bereits im Vorhinein festgelegt wurden. Dieses komplexe Prozedere trägt lediglich zu einer Verlängerung der Erstattungsfristen oder des Streitverfahrens bei.

### Erforschung des Patientenstroms durch eine quantitative Untersuchung

Schließlich wäre eine statistische Erhebung auf lokaler Ebene (Elsass/Baden-Württemberg) nützlich, um den Einfluss des Patientenstroms zu eruieren. In Kooperation mit dem *Centre National de Soins à l'Etranger* und seinem deutschen Pendant könnte eine umfangreichere Analyse sowohl der Kosten, welche in Folge der Schaffung einer PZGLM im Eurodistrikt entstanden sind, als auch des grenzüberschreitenden Bedarfs an Gesundheitsversorgung erfolgen.



## E. ENTWURF EINER INTERAKTIVEN KARTE ÜBER DAS VERORGUNGS-ANGEBOT IM EURODISTRIKT STRASBOURG-ORTENAU

### Verbesserung der Information für Patienten und Leistungserbringer

Sowohl eine Verbesserung der Kommunikation und Information mit bzw. für Patienten als auch unter und für die Leistungserbringer im Gesundheitswesen ist angezeigt.

Im Rahmen der vorliegenden Studie konnte nachgewiesen werden, dass eines der größten Probleme beim Zugang zu grenzüberschreitenden Behandlungsangeboten die mangelnde Kenntnis über das Angebot im Nachbarland ist. Dieses Unwissen ist sowohl bei Patienten als auch bei Medizinern zu verzeichnen.

Aus dieser Tatsache ergibt sich die dringende Notwendigkeit, für die Patienten, die Leistungserbringer und die zuständigen Behörden eine umfassende Bestandsaufnahme aller Behandlungsangebote (ambulante wie stationäre) im Gebiet des gesamten Eurodistrikts zu erstellen. Die Ergebnisse dieser Analyse könnten in Gestalt einer interaktiven Karte Form annehmen. Anhand dieser Karte – die auf der Internetseite des Eurodistrikts abrufbar wäre – könnten unter anderem auch medizinische Fachbereiche und die Möglichkeiten der Behandlung von seltenen Erkrankungen identifiziert werden.

## F. ERRICHTUNG EINER GRENZÜBERSCHREITENDEN BEOBACHTUNGSSTELLE IM GESUNDHEITSBEREICH

Im Rahmen eines Benchmarks mit anderen Grenzregionen im Jahr 2011 hat die Arbeitsgruppe Gesundheit des Eurodistrikts das französisch-belgische Grenzgebiet besucht. Da es in dieser Region eine hohe Dynamik im Bereich der grenzüberschreitenden Kooperation im Gesundheitsbereich gibt, ging es bei dem Besuch darum, sich von Best-Practices und den Erfahrungen der politischen, administrativen und medizinischen Akteure vor Ort inspirieren lassen.

In dem Grenzgebiet um Mouscron / Roubaix / Tourcoing / Wattrelos bestehen seit mehreren Jahren konkrete und fortgeschrittene Kooperationen, welche die gemeinsame Nutzung von Krankenhausausrüstungen sowie einen frei fließenden Verkehr von Patienten von beiden Seiten der Grenze ermöglichen.

Die grenzüberschreitenden Kooperationen können unterschiedliche Formen annehmen:

- **Gezielte Kooperationen auf Grundlage von Vereinbarungen zwischen einzelnen Krankenhäusern:** Sobald ein Bedarf festgestellt wurde, haben die Einrichtungen des Gesundheitswesens, die Krankenkassen und die zuständigen Agences Régionales de Santé (ARS) auf Grundlage des französisch-belgischen Rahmenabkommens entsprechende Vereinbarungen unterzeichnet. Letztere basieren auf dem Prinzip der automatischen Erteilung von Vorabgenehmigungen für stationäre Behandlungen im Nachbarland. In der Regel kommen die geltenden tariflichen Bestimmungen des Behandlungslands zur Anwendung.

Bsp.: 2004 trat im Bereich der bildgebenden Verfahren eine Vereinbarung in Kraft, wonach den belgischen Ärzten des Krankenhauses von Mouscron die Nutzung des MRTs des Krankenhauses in Tourcoing gestattet ist. Im Gegenzug können die französischen Patienten von dem Gerät zur Szintigrafie (Gammakamera) des Krankenhauses von Mouscron profitieren und sich hier einer Behandlung unterziehen.

- **Größere Kooperationsprojekte durch die Schaffung mehrerer PZGML:** Inspiriert durch das im Jahr 2000 initiierte Pilotprojekt Transcards in der belgisch-französischen Grenzregion um Thiérache haben sich mehrere an der Grenze gelegene Gebiete zu Pilotregionen für den Zugang zu grenzüberschreitenden medizinischen Leistungen (PZGML) entwickelt, darunter auch die Gegenden um Mouscron-Roubaix-Tourcoing-Wattrelos und Ypres-Bailleul-Armentieres-Hazebrouck. Im Kontext der französisch-belgischen Grenze wird unter einer PZGML ein geographisches Gebiet verstanden, in dem sich die (französischen und belgischen) Krankenversicherten in ein Krankenhaus im Nachbarland begeben können, um sich dort stationär oder ambulant behandeln zu lassen, ohne hierbei einen Antrag auf Vorabgenehmigung bei ihrer Krankenkasse stellen zu müssen. Das Verfahren zur Übernahme der medizinischen Kosten ist unmittelbar in einer Vereinbarung mit den Krankenkassen und den Verwaltungsbehörden im Gesundheitswesen geregelt.

Der Eurodistrikt möchte an diese Beispiele von Best-Practices im Bereich der grenzüberschreitenden Kooperation anknüpfen und dabei die Ansätze an die lokalen Gegebenheiten anpassen. Denn jede Grenzregion weist spezifische Charakteristika auf Ebene der Kultur, der Geschichte, der Sprache, der bereits bestehenden medizinischen Infrastruktur oder der Organisation der Gesundheitssysteme als Ganzes auf, die bei der Analyse von grenzüberschreitenden Kooperationspotentialen zu berücksichtigen sind.

Das vom Eurodistrikt Strasbourg-Ortenau initiierte Projekt zu Schaffung einer PZGML verfügt demzufolge nicht zwangsläufig über die gleichen Eigenschaften wie die der französisch-belgischen. Jede Grenzregion muss sich in ihrem eigenen Tempo und entsprechend des in konkreten Kontext der Region erwünschten Grades an Kooperation entfalten.

Nichtsdestotrotz zeichnet alle Grenzgebiete mit einer reichhaltigen und dynamischen Zusammenarbeit im Gesundheitswesen eine Gemeinsamkeit aus: **die Existenz einer grenzüberschreitenden Beobachtungs- und Prüfstelle im Gesundheitsbereich.**

Neben dem *Observatoire Franco-Belge de la Santé* (OFBS, <http://www.ofbs.eu/>, Beobachtungs- und Prüfstelle im Gesundheitsbereich an der belgisch-französischen Grenze), das die Entwicklung der oben erwähnten Kooperationen ermöglicht hat, sei in diesem Zusammenhang auf das *Observatoire de la Santé Wallonie/Lorraine/Luxembourg* (<http://www.luxlorsan.eu/>, Beobachtungs- und Prüfstelle im Gesundheitsbereich von Wallonien/Lothringen/Luxemburg) verwiesen.

Diese Institutionen wurden durch **INTERREG-Projekte** ins Leben gerufen und somit zum Teil durch EU-Mittel finanziert. Es handelt sich hierbei um starke Initiativen, die das große Engagement aller beteiligten Akteure im Gesundheitsbereich widerspiegeln, ihre Kompetenzen zu bündeln und systematisch und gemeinsam konkrete Maßnahmen zur Förderung der grenzüberschreitenden Kooperation in ihrem Lebensraum zu erarbeiten.

Das OFBS wurde beispielsweise im Jahr 1999 gegründet und hat den Status einer Europäischen Wirtschaftlichen Interessenvereinigung (EWIV). Es wird im Rahmen des INTERREG IV Programms Frankreich/Wallonien/Flandern finanziert und vereint alle Akteure des Gesundheitswesens in der betreffenden Region, was zur Folge hat, dass allen Diskussionen, Analysen und Entscheidungen per se deutlich mehr Gewicht verliehen wird. Vertreten sind die gesetzlichen Krankenkassen (für Arbeitnehmer und Freiberufler), die Verwaltungsbehörden im Gesundheitswesen (die gebietszuständigen ARS auf französischer Seite), die regionalen Gesundheitsämter, die Krankenhäuser und Kliniken sowie die Zusatzversicherungen.

## 1. DIE GRENZÜBERSCHREITENDE BEOBACHTUNGSSTELLE IM GESUNDHEITSBEREICH ALS BINDEGLIED DER PZGML

Die grenzüberschreitende Beobachtungs- und Prüfstelle im Gesundheitsbereich stellt ein innovatives Konzept innerhalb dieser Grenzregion dar. Demzufolge liegt bislang noch keine präzise Definition vor und der Zuständigkeitsbereich wurde bislang noch nicht genau festgelegt. Man kann sich diesbezüglich allenfalls an die Aufgaben und Leistungen anderer – auf lokaler oder grenzüberschreitender Ebene angesiedelter - Beobachtungs- und Prüfstellen im Gesundheitswesen anlehnen, um den möglichen Kompetenzbereich grob zu skizzieren.

### a. Verbesserung und Verbreitung der Informationen an die Patienten und die praktizierenden Ärzte im Eurodistrikt

Insbesondere durch eine zweisprachige Internetseite mit herunterladbaren Broschüren, aktuellen Beiträgen zum rechtlichen Rahmen und Fachartikeln könnte die Beobachtungs- und Prüfstelle ein Informationsportal entwickeln, das den deutschen und französischen Patienten und praktizierenden Ärzten im Eurodistrikt unmittelbar zur Verfügung steht.

Die Anlaufstelle könnte darüber hinaus mit einem juristischen Angebot angereichert werden, das grenzüberschreitenden Fragen des Gesundheitswesens gewidmet ist, um Patienten, praktizierende Ärzte, aber auch die regionale nGebietskörperschaften oder Einrichtungen im Gesundheitswesen in diesen komplexen Belangen beraten zu können.

### b. Ein grenzüberschreitendes Gesundheitsforum : Ein Raum für Diskussionen, Vorschläge und Kooperationen

#### Auf medizinischer Ebene

Im Zuge der Arbeitstreffen und Einzelgespräche, die im Verlauf des Jahres stattfanden, hat sich herauskristallisiert, dass im Eurodistrikt Strasbourg-Ortenau ein Rahmen fehlt, in dem sich die deutschen und französischen Leistungserbringer regelmäßig treffen und austauschen, ihre Arbeitsmethoden vergleichen, voneinander lernen und gemeinsam über Optimierungsmöglichkeiten für die deutsch-französische Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich nachdenken können. Häufig haben die Kooperationsprojekte in eben solchen persönlichen Treffen ihren Ursprung. Das Vertrauen in den anderen, ist bildlich gesprochen, der Motor der Zusammenarbeit. Der einzige Weg aber Vertrauen in den anderen zu finden ist, ihn kennenzulernen.

Egal ob diese Treffen physisch oder virtuell stattfinden, in Gestalt eines Ärztevereins oder eines deutsch-französischen Internetforums, erscheint es in jedem Fall angebracht, dass die grenzüberschreitende Beobachtungs- und Prüfstelle im Gesundheitsbereich einen derartigen Ansatz in die Wege leitet. Wie bereits in Vorangehendem dargelegt, haben auch die Vertreter der Ärztekammern (Bas-Rhin und Baden-Württemberg) diese Idee begrüßt. Solche informellen Treffen würden die ohnehin knappen zeitlichen Kapazitäten der Ärzte nicht über alle Maße beanspruchen. Sie sind meist bereits durch Fortbildungen und internationale Kongresse stark eingebunden.

#### Auf Verwaltungsebene

Des Weiteren würde die grenzüberschreitende Beobachtungs- und Prüfstelle im Gesundheitsbereich einen geeigneten und legitimen Rahmen zur Begleitung und Überwachung der Kooperationsprojekte im Eurodistrikt bieten. Mitglieder dieser Stelle wären die Hauptakteure auf administrativer Ebene (Krankenkassen, ARS, Landratsamt usw.).

### c. Gesundheitsbarometer

Der grenzüberschreitenden Beobachtungs- und Prüfstelle im Gesundheitsbereich käme die Aufgabe zu, den Gesundheitsbereich unter einer neuen Perspektive zu beobachten: einer grenzüberschreitenden, bei gleichzeitiger Berücksichtigung der Bedürfnisse ihrer Mitglieder.

Dies kann durch Studien allgemein über den Gesundheitsbereich, durch Bestandsanalysen des Behandlungsangebotes für bestimmte Patientengruppen (ältere Menschen, Behinderte usw.), durch die Erforschung von Risikofaktoren (Tabak, Alkohol, Drogen) oder bestimmten Erkrankungen (z.B. von Krebs, Kardiovaskulären Erkrankungen) geschehen.

Ziel ist dabei, eine grenzüberschreitende Vision aus diesen Daten abzuleiten und daran anknüpfend gemeinsame Strategien zur Beseitigung der Defizite und Befriedigung der Bedürfnisse zu entwickeln.

### d. Prävention und Gesundheitsförderung

Die grenzüberschreitende Beobachtungs- und Prüfstelle im Gesundheitsbereich könnte grenzüberschreitende Informationskampagnen und Schulungsmaßnahmen (vor allem für eine jüngere Zielgruppe) entwickeln, mit dem Ziel gesundheitliche Risiken zu reduzieren, Krankheiten vorzubeugen, Lebensbedingungen zu verbessern und die sozialen und territorialen Ungleichheiten im Gesundheitswesen innerhalb des Eurodistrikts zu reduzieren.

## 2. DER EURODISTRIKT STRASBOURG - ORTENAU ALS PROJEKTRÄGER ?

In Anlehnung an die bereits im Vorangehenden skizzierten Beobachtungs- und Prüfstellen im Gesundheitsbereich erschiene es durchaus möglich, ein Projekt des Eurodistrikts im Rahmen eines INTERREG-Programms vorzuschlagen (bis zum 31.01.2013 wird eine öffentliche Anhörung über die Ausrichtung des nächsten INTERREG-V-Oberrhein-Programms erfolgen, wobei eine der Prioritäten im Bereich der Gesundheit liegen könnte).

### Mögliche Partner

Als Partner seien insbesondere erwähnt: Das Zentrum für Europäischen Verbraucherschutz, die Universitätskliniken von Straßburg, das Observatoire Régional de la Santé d'Alsace (Gesundheitsamt Elsass). Alle haben bereits ihr Interesse an einer solchen Initiative bekundet.

Darüber hinaus sollte die grenzüberschreitende Beobachtungs- und Prüfstelle im Gesundheitsbereich in ihren Rängen allgemein möglichst viele deutsche und französische Akteure aus dem Gesundheitssektor vereinen. Nur unter dieser Bedingung können Entscheidungen konsenssträchtig beschlossen und so schnell wie möglich umgesetzt werden.

Sollte sich Frankreich, nachdem die deutsche Regierung die Deutsche Verbindungstelle Krankenversicherung Ausland (DVKA) zur nationalen Kontaktstelle ernannt hat, dazu entscheiden, eine Kontaktstelle außerhalb des Eurodistrikts Strasbourg-Ortenau mit dieser Funktion zu betrauen, wird das zur Rede stehende Projekt mit Sicherheit unabdingbar (siehe S. 38).

### Auf französischer Seite:

Die *Agence Régionale de Santé* Alsace (ARS), die *Caisse Primaire d'Assurance Maladie du Bas-Rhin* (gesetzliche Krankenversicherung für Arbeitnehmer), der *Régime Social des Indépendants d'Alsace* (gesetzliche Krankenversicherung für Freiberufler) und die *Mutualité Sociale Agricole*

*d'Alsace* (gesetzliche Krankenversicherung für die in der Landwirtschaft Beschäftigten), dem *Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins* (Ärztammer), die Leiter der wichtigsten Krankenhäuser und Kliniken der Stadtgemeinschaft Straßburg.

#### **Auf deutscher Seite:**

Das Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg, das Landratsamt Ortenaukreis, lokale Vertreter der wichtigsten deutschen gesetzlichen Krankenkassen (AOK, Techniker Krankenkasse, Barmer Ersatzkasse etc.), die Kassenärztliche Vereinigung, die Landesärztekammer, die Leiter der wichtigsten Krankenhäuser und Kliniken der Ortenau.

## **G. DIE POLITISCHE ROLLE DES EURODISTRIKTS**

**Um die Hindernisse, die sich der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit in den Weg stellen, zu überwinden, ist der politische Dialog zwischen den beiden Seiten des Rheins unbedingt geboten, wenn nicht sogar unabdingbar. In einem klar umrissenen geographischen Gebiet kann der Eurodistrikt die Pilotregion sein, in der Abstimmungen erfolgen und in dem politische Entscheidungen im Bereich der deutsch-französischen Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich getroffen werden.**

Schließlich könnten im Rahmen künftiger politischer Maßnahmen zur Vereinfachung der Kostenübernahme ebenfalls eine Reduzierung des administrativen Aufwandes bei Geburten im Eurodistrikt in Betracht gezogen werden, und zwar unabhängig von dem Geburtsort (Deutschland oder Frankreich).

**Der politische Wille muss stärker sein als die Hindernisse, die es zu überwinden gilt. Er sollte sich in erster Linie auf den Mehrwert stützen, den alle grenzüberschreitenden Kooperationen im Gesundheitsbereich mit sich bringen.**

## **Anerkennung des Mehrwerts von Kooperation**

- Notwendigkeit angesichts gemeinsamer Herausforderungen (Demographie, Anstieg der Kosten, Einsparungspolitik, Inkrafttreten der Richtlinie usw.)
- Reaktion auf einen festgestellten medizinischen Bedarf
- Abschaffung zusätzlicher Kosten für die Krankenkassen und die Patienten (durch Schaffung einheitlicher Kostenregelungen)
- Kosteneinsparungen (durch Vermeidung unnötiger und kostspieliger Behandlungen)
- Senkung der Kosten der Sozialversicherungssysteme (Reduzierung der Arbeitsunfähigkeit durch präzise Diagnostik eine schnelle Behandlung)
- Stärkung des Vertrauens der Bürger in den Eurodistrikt
- Verbesserung der Wahrnehmung des Eurodistrikts als innovative Pilotregion
- Konkretisierung der Vorteile der europäischen Integration im alltäglichen Leben der Bürger

Unter den zahlreichen in Betracht zu ziehenden Maßnahmen besteht eine der elementarsten jedoch ohne jeden Zweifel darin, die neuen Rechte der Patienten wirksam umzusetzen sowie mit aller Kraft für eine Realisierung der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit - zumindest im Eurodistrikt - einzutreten.

Der Eurodistrikt Strasbourg-Ortenau sollte die Implementierung der verschiedenen Kooperationsprojekte, die in der vorliegenden Studie dargelegt wurden, koordinieren. Selbst wenn zunächst nur wenige Projekte umgesetzt werden, werden sie dennoch die Grundsteine für die künftige PZGML bilden.

Unter diesem Blickwinkel sollte an dieser Stelle **das weitere Vorgehen bei der Umsetzung des Projekts zur Schaffung einer PZGML im Eurodistrikt Strasbourg-Ortenau kurz umrissen werden.**

Der Maßnahmenkatalog erhebt nicht den Anspruch auf Vollständigkeit, dennoch würde er zur Errichtung einer PZGML zum Wohle ihrer Bürger beitragen.

1. Schaffung einer interaktiven Karte des Gesundheitswesens im Eurodistrikt (Erfassung des stationären/ambulanten Versorgungsangebotes, einschließlich der Großgeräte und der medizinischen Spezialbereiche)
2. Begleitung der vorgeschlagenen grenzüberschreitenden Kooperationen, Hilfe bei der Umsetzung der Projekte (Konzeption, Genehmigungen, Entwicklung von Partnerschaften, etc.)
3. Analyse neuen Bedarfs
4. Entwicklung von und Kontrolle der tariflichen Regelungen
5. Erforschung der Patientenströme
6. Erarbeitung einer Rahmenvereinbarung im Gesundheitsbereich im Eurodistrikt
7. Erstellung einer grenzüberschreitenden Patientencharta
8. Informationskampagne für die Patienten sowie die Leistungserbringer
9. Errichtung einer Beobachtungs- und Prüfstelle im Gesundheitsbereich



# ANHANG

---

- A. Durchzuführende Maßnahmen im Rahmen der Partnerschaft zwischen dem Eurodistrikt Strasbourg-Ortenau und dem Zentrum für Europäischen Verbraucherschutz e.V.
- B. Anhang zu der Partnerschaftsvereinbarung zwischen dem Eurodistrikt Strasbourg-Ortenau und dem Zentrum für Europäischen Verbraucherschutz e.V. zur Schaffung einer „Pilotregion für den Zugang zu grenzüberschreitenden medizinischen Leistungen“
- C1. Bestandsaufnahme des Versorgungsangebots zum 31.01.2013 anhand der schriftlichen Antworten der im Ortenaukreis kontaktierten Einrichtungen
- C2. Bestandsaufnahme des Versorgungsangebots zum 31.01.2013 anhand der schriftlichen Antworten der in Straßburg kontaktierten Einrichtungen
- D. Ansprechpartner im Rahmen der Studie
- E. Geführte Einzelgespräche
- F. Arbeitssitzungen
- G. Sitzungsprotokolle
- H. Vorträge und Konferenzen
- I. Fragebogen für Krankenhäuser und Kliniken im Eurodistrikt Strasbourg-Ortenau



## **Schaffung einer Pilotregion für den Zugang zu grenzüberschreitenden medizinischen Leistungen (PZGML) im Eurodistrikt Strasbourg-Ortenau**

Januar 2012-Dezember 2012

Durchzuführende Maßnahmen im Rahmen der Partnerschaft des 17.02.2012 zwischen dem  
EURODISTRIKT STRASBOURG-ORTENAU  
und dem  
ZENTRUM FÜR EUROPÄISCHEN VERBRAUCHERSCHUTZ E.V.

Ziel der am 17.02.2012 zwischen dem Eurodistrikt Strasbourg-Ortenau und dem Zentrum für Europäischen Verbraucherschutz e.V. (ZEV) vereinbarten Partnerschaft war es, den Zugang zu grenzüberschreitenden medizinischen Leistungen für die Bürger des Eurodistrikts zu vereinfachen.

Als grenzüberschreitende Pilotregion wünscht der Eurodistrikt konkrete Projekte der französisch-deutschen Zusammenarbeit im medizinischen Bereich voranzutreiben, die es den französischen und deutschen Bürgern dieser Region erlauben, einen einfacheren Zugang zu den vorhandenen Leistungsangeboten im medizinischen Bereich im Nachbarland zu erlangen.

### **I. Maßnahmen und Aktionen zur Verwirklichung des Konzepts**

Der Eurodistrikt Strasbourg-Ortenau beauftragt im Rahmen dieses Projekts das Zentrum für Europäischen Verbraucherschutz e.V. mit den erforderlichen Durchführungsarbeiten.

Das ZEV wird insbesondere Analysearbeiten und Vergleiche durchführen und Vorschläge erarbeiten, die in einem globalen Konzept münden werden, welches das Erreichen der festgelegten Ziele erlauben wird. Insbesondere soll es zum Abschluss medizinischer Kooperationsvereinbarungen kommen. Die Arbeiten werden in Kooperation mit einigen Spezialisten und Einrichtungen aus dem medizinischen Bereich durchgeführt.

#### **1. Bestandsaufnahme der derzeit angebotenen Gesundheitsdienstleistungen (Krankhäuser und Praxen) im Eurodistrikt, um Lücken beiderseits des Rheins aufzuzeigen**

In Zusammenarbeit mit den zuständigen Ansprechpartnern auf deutscher und französischer Seite (Observatoire Régional de la Santé d'Alsace, Landratsamt Ortenaukreis, Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg ...) wird das ZEV eine Bestandsaufnahme der bestehenden

Angebote im Eurodistrikt durchführen. Diese Arbeiten werden sich auf im Vorfeld noch festzulegende medizinische Bereiche beschränken.

Die Ergebnisse dieser Arbeiten werden dem Eurodistrikt Strasbourg-Ortenau zur Verfügung gestellt und könnten zur **Schaffung einer interaktiven Gesundheits-Landkarte** beitragen, die sowohl den Bewohnern des Eurodistrikts als auch den im Bereich der Gesundheitsversorgung Berufstätigen zur Verfügung stehen würde.

Diese Karte – die direkt auf der Internetseite des Eurodistrikts Strasbourg-Ortenau online verfügbar gemacht werden könnte – würde es ermöglichen, die verschiedenen Angebote im Bereich Gesundheit (sowohl von Krankenhäusern als auch von Praxen) zu lokalisieren und diese nach medizinischen Disziplinen aufzuschlüsseln (z.B. Psychiatrie, Kardiovaskuläre Erkrankungen, Folgebehandlungen und Reha, Obstetrik, usw.). Die interaktive Karte würde es Patienten nicht nur erlauben, bestimmte Krankenhäuser zu finden, die die gewünschten Leistungen anbieten, sondern auch spezielle Praxen, die über besondere und kostspielige technische Ausstattungen verfügen (Kernspintomographie, Scanner, Gammakamera, usw.) oder die auf die Behandlung bestimmter Krankheiten spezialisiert sind.

## **2. Identifizierung bestimmter Gesundheitsdienstleistungen, für die eine grenzüberschreitende Zusammenarbeit einen echten Mehrwert brächte – für Patienten, Ärzte und Krankenversicherungen**

Organisation von Treffen mit einer aus Ärzten bestehenden Facharbeitsgruppe, um die medizinischen Bereiche, in denen eine grenzüberschreitende Zusammenarbeiten am dringendsten geboten ist, genau festzulegen (Hôpital Universitaire de Strasbourg, Ortenauklinikum Offenburg, Ärztehaus Kehl, Epilepsiezentrum Kork, SAMU 67, usw.).

Auf der Grundlage der Ergebnisse der Bestandaufnahmen und der Bilanz der Facharbeitsgruppe wird das ZEV eine nicht abschließende Liste solcher Gesundheitsdienstleistungen aufstellen, bezüglich derer eine Kooperation zwischen Krankenhäusern oder mit bestimmten Arztpraxen im Eurodistrikt angezeigt wären. Dabei kann es sich sowohl um stationäre als auch um ambulante Behandlungen im Krankenhaus (z.B. im Bereich der ambulanten Chirurgie) handeln. In diesem Zusammenhang wäre es auch sachdienlich, die Ärztehäuser einzubeziehen, deren Anzahl im Ortenaukreis zugenommen hat. Insbesondere das Ärztehaus in Kehl bietet eine breit gefächerte technische Ausstattung, die verschiedene Fachrichtungen abdeckt: Radiologie, Chirurgie, Unfallchirurgie, Innere Medizin, Oralchirurgie, Neurologie usw.

Dies würde auch unter anderem dazu beitragen, den Ausbau der ambulanten Behandlungsweise voranzutreiben, was explizit als Ziel in der von der ARS d'Alsace durchgeführten Bestandaufnahme des Projet Régional de Santé 2011-2015 festgehalten wurde.

## **3. Vereinfachung der Rückerstattung von geplanten ambulanten Behandlungen im Eurodistrikt**

Das Zentrum für Europäischen Verbraucherschutz e.V. beobachtet schon seit Jahren, dass selbst im Eurodistrikt Strasbourg-Ortenau die neuen, durch europäische Richtlinien, Verordnungen und Rechtsprechung geschaffenen Patientenrechte (die in deutsches und französisches Recht umgesetzt wurden) nicht korrekt angewendet werden. In der Praxis kann die **Rückerstattungsfrist** für durchaus alltägliche ambulante Behandlungen bis zu sechs

Monate lang sein, etwa bei einem Zahnarztbesuch eines Straßburger Patienten in einer Kehler Praxis. Um diesen Missständen abzuhelpfen, sind mehrere Aktionen im Rahmen dieses Projekts vorgesehen:

- Erstellung einer **Vergleichsliste der Tarife/Gebühren** für in Deutschland und Frankreich gängige Behandlungen

Eines der größten Hindernisse für eine schnelle Rückerstattung betrifft die erheblichen Unterschiede zwischen dem deutschen und dem französischen Gesundheitssystem, insbesondere was die Tarife/Gebühren für Behandlungen anbelangt.

Das Zentrum für Europäischen Verbraucherschutz e.V. möchte daher Praktiker aus Frankreich und Deutschland zusammenzubringen, die beide Systeme durch eine Berufsausübung in beiden Ländern kennen, um eine Liste der gängigsten medizinischen Leistungen mit den dazugehörigen Tarifen/Gebühren (in Deutschland gesetzliche Sätze, in Frankreich secteur 1) zusammenzustellen.

Eine solche Liste würde den es den in der Grenzregion tätigen Ärzten – sofern sie dies wünschen – erlauben, ihre Leistung in der Sprache des Patienten und unter Anwendung seines Tarifsystems, das von seiner Krankversicherung anerkannt wird, in Rechnung zu stellen. Damit würde die Arbeit der lokalen Krankenversicherungen (in Baden und im Elsass) sehr vereinfacht.

- **Lokale Bearbeitung der Anträge für die Rückerstattung grenzüberschreitender Behandlungen**

Für die Versicherten des régime général der frz. Krankenkasse (Angestellte) werden die Rückerstattungsanträge für Behandlungen im Ausland systematisch an das Centre National de Soins à l'Étranger (CNSE) geschickt, das bei der CPAM in Vannes in der Bretagne angesiedelt ist. Dort „entziffert“ das CNSE die deutschen Rechnungen (Übersetzung und Vergleich mit den französischen Gebühren/Tarifen), was in der Praxis und je nach Art der Rechnungen nicht immer eine einfache Aufgabe ist. Deutsche Rechnungen, die als zu kompliziert erachtet werden, werden vom CNSE zwecks Übersetzung an das Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale (CLEISS) in Paris übersendet.

Was die über das RSI (Régime Social des Indépendants) Versicherten (Selbständige) anbelangt, fehlt es – soweit uns bekannt – an jeglicher praktischer Lösung, da das CNSE in diesen Fällen nicht zuständig ist. Im Falle von in Deutschland in Anspruch genommenen Leistungen bittet das RSI die Patienten, die deutschen Rechnungen selbst zu übersetzen, um dann eine Rückerstattung vornehmen zu können.

Um eine gut funktionierende PZGML Eurodistrikt Strasbourg-Ortenau zu erschaffen, ist es geboten zu analysieren, welche Möglichkeiten es für eine lokale Bearbeitung der Rückerstattungsanträge gibt, die von einem bilingualen Personal (Deutsch/Französisch) durchgeführt würde.

Die Modalitäten einer solchen Bearbeitung sowie die Möglichkeiten der Schaffung solcher speziellen Abteilungen, bzw. Einrichtungen speziell für den Eurodistrikt werden vom ZEV analysiert, bewertet und ausgearbeitet werden.

#### **4. Analyse des rechtlichen Rahmens der geplanten Kooperationen**

Das ZEV übernimmt es, einen angemessenen rechtlichen Rahmen zu definieren, um die konkret angestrebten Kooperationen im grenzüberschreitenden medizinischen Kontext zu verwirklichen.

Hierfür wird das ZEV eine **detaillierte Analyse der anwendbaren europäischen und nationalen Rechtstexte** vornehmen (Richtlinie 2011/24/EU vom 9. März 2011 über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, Verordnung 883/2004/EU, EuGH-Rechtsprechung, einschlägige Normen des code de la sécurité sociale und des Sozialgesetzbuchs) und dem Eurodistrikt den geeignetsten Rechtsrahmen in Anbetracht der bereits vorhandenen juristischen Instrumente vorschlagen, insb. unter Berücksichtigung des deutsch-französischen Rahmenabkommens über die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich aus dem Jahre 2005.

Die grenzüberschreitenden Kooperationsvereinbarungen, die für den Eurodistrikt vorgesehen sind, könnten also politisch validiert und den Krankenversicherungen vorgestellt werden, nachdem bereits im Vorfeld eine juristische Überprüfung durch Europarechtsexperten stattgefunden hat.

## **II. Mögliche Ideen: Weiterbildungsangebot im Bereich der grenzüberschreitenden Medizin**

Das ZEV könnte auch dazu beitragen, dass ein spezielles Angebot an grenzüberschreitenden Weiterbildungen im Bereich des PZGML geschaffen wird, d.h. Weiterbildungen, die allen Ärzten des Eurodistrikts Strasbourg-Ortenau offenstehen - ganz gleich ob sie auf deutscher oder französischer Seite stattfinden - und die in beiden Ländern anerkannt werden.

Diese Idee ist zahlreichen bilingualen Ärzten aus Deutschland und Frankreich wichtig und würde das Projekt der Schaffung einer PZGML perfekt abrunden.

**Auszug aus der am 17.02.2012 unterzeichneten Partnerschaftsvereinbarung zwischen dem Eurodistrikt Strasbourg-Ortenau und dem Zentrum für Europäischen Verbraucherschutz e.V.**

**Anhang zu der Partnerschaftsvereinbarung zwischen dem Eurodistrikt  
Strasbourg-Ortenau und dem Zentrum für Europäischen Verbraucherschutz  
e.V. zur Schaffung einer „Pilotregion für den  
Zugang zu grenzüberschreitenden medizinischen Leistungen“**

*Januar 2012 – Dezember 2012*

Im Rahmen der Partnerschaftsvereinbarung zwischen dem Eurodistrikt Strasbourg-Ortenau und dem Zentrum für Europäischen Verbraucherschutz e.V. zur Schaffung einer Pilotregion für den Zugang zu grenzüberschreitenden medizinischen Leistungen (PZGML) im Eurodistrikt Strasbourg-Ortenau verpflichtet sich das Zentrum für Europäischen Verbraucherschutz e.V., folgende Maßnahmen durchzuführen:

- **Schwerpunktmäßige Bestandsaufnahme der derzeit angebotenen Gesundheitsdienstleistungen (Krankhäuser und Praxen) im Eurodistrikt, um Lücken beiderseits des Rheins aufzuzeigen**  
*In Zusammenarbeit mit den zuständigen Ansprechpartnern auf deutscher und französischer Seite (Observatoire Régional de la Santé d'Alsace, Landratsamt Ortenaukreis, Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg ...) wird das ZEV eine Bestandsaufnahme der bestehenden Angebote im Eurodistrikt durchführen.*
- **Identifizierung bestimmter Gesundheitsdienstleistungen, für die eine grenzüberschreitende Zusammenarbeit einen echten Mehrwert brächte – für Patienten, Ärzte, sonstige Gesundheitsdienstleister und Krankenversicherungen**  
*Organisation von Treffen mit einer aus Ärzten bestehenden Facharbeitsgruppe, um die medizinischen Bereiche, in denen eine grenzüberschreitende Zusammenarbeit dringend geboten ist, genau festzulegen – sei es im Fall von Krankenhäusern oder von Praxen (Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (HUS), Ortenauklinikum Offenburg, Ärztehaus Kehl, Epilepsiezentrum Kork, SAMU 67, usw.).*
- **Vorschläge für konkrete Kooperationen im Bereich der grenzüberschreitenden Gesundheitsvorsorge, die unter praktischen, medizinischen, administrativen und juristischen Gesichtspunkten in Betracht kommen**

**Beispiele solcher Kooperationen im Bereich der grenzüberschreitenden Gesundheitsvorsorge:**

- *Kooperation zwischen den Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, dem Ortenauklinikum und einigen frei niedergelassenen Ärzten in Kehl im Bereich der Notfallversorgung von Handverletzungen (Handchirurgie), der Tropenmedizin und der Behandlung seltener Krankheiten. In diesen Situationen könnten Patienten des Ortenaukreises zu spezialisierten Abteilungen der HUS überwiesen werden.*



- *Grenzüberschreitende Kooperation zwischen Kehl und Strasbourg im Bereich neurovaskulärer Erkrankungen: Dieses Projekt würde es sofort erlauben – im Falle einer Transitorischen ischämischen Attacke (abgekürzt TIA) – französische Patienten zu spezialisierten (französischsprachigen) Ärzten in Kehl zu überweisen, damit diese folgende Untersuchungen ambulant durchführen könnten: Neurologische Untersuchung mit ärztlicher Bewertung binnen 24 Stunden, Carotis-Doppler-Sonografie (ggf. transkraniall), Zerebral-Scanner binnen 24 Stunden, MRT, Ultraschall-Herz-Untersuchung + Holter + Elektrokardiogramm (EKG) binnen Wochenfrist*
  - *Im Gegenzug könnten die HUS den Patienten des Ortenaukreises folgendes anbieten: Rund-um-die-Uhr-Bereitschaftsdienst im neurovaskulären Bereich, Trombolyse bei bestimmten Arten von Schlaganfällen, da die Schnelle der Behandlung hier eine sehr wichtige Rolle spielt (die nächstgelegenen Einrichtungen, die dies auf deutscher Seite anbieten, befinden sich in Freiburg und Lahr), die Behandlung bei neurochirurgischen Notfällen wie etwa bei bestimmten Hämorrhagien (die nächstgelegene Einrichtung, die dies auf deutscher Seite anbietet, liegt in Freiburg und damit in 90 km Entfernung, was einen Transfer per Helikopter notwendig macht).*
  - *Kooperation im Bereich der Kernspintomographie und des PET-Scans: Wie in der von der ARS d’Alsace durchgeführten Bestandsaufnahme im Rahmen des Projet Régional de Santé 2011-2015 betont, bleiben die Zugangsfristen einer MRT-Untersuchung in Frankreich zu lange (meiste einige Tage), während das Ärztehaus in Kehl ab April 2012 über ein MRT neuester Generation verfügen wird. In der Praxis werden französische Patienten allerdings nur schwer von diesem Angebot Gebrauch machen können. Das französische Recht sieht nämlich für die Inanspruchnahmen solcher Leistungen eine Vorabgenehmigung der zuständigen Krankenkasse vor. Diese Regelung könnte durch eine spezifische Vereinbarung für grenzüberschreitende Sachverhalte gelockert werden.*
  - *Im Gegenzug könnte eine Kooperation mit den HUS getroffen werden, um deutschen Patienten den PET-Scan zur Verfügung zu stellen. Dies ist derzeit auf deutscher Seite nur in Freiburg möglich.*
- **Erstellung einer Vergleichsliste der Tarife/Gebühren für in Deutschland und Frankreich gängige Behandlungen** zur Vereinfachung der Rückerstattungspraxis bei ambulanten Behandlungen im Eurodistrikt Strasbourg-Ortenau
  - **Evaluierung der Möglichkeiten für eine lokale Bearbeitung der Anträge für die Rückerstattung grenzüberschreitender Behandlungen**
  - **Förderung von Weiterbildungsangeboten im Bereich der grenzüberschreitenden Medizin**  
*Treffen mit dem Ordre des médecins du Bas-Rhin und der badischen Ärztekammer*

## Bestandsaufnahme des Versorgungsangebots zum 31.01.2013 anhand der schriftlichen Antworten der im Ortenaukreis kontaktierten Einrichtungen (siehe Fragebogen, Anhang I)

Zeichenerklärung:



Anzahl der Betten



Anzahl der Ärzte



Anzahl der Angestellten

### Epilepsiezentrum Kork

 121

 41

 194,5

#### Fachbereiche:

- Neurologie
- Seit 1997 Kooperation mit dem Neurozentrum der Universitätsklinik Freiburg als Epilepsiezentrum Grad IV zur prächirurgischen Diagnostik und operativen Epilepsie therapie

#### Grossgeräte:

- in Kooperation mit anderen Kliniken

#### Technische Ausstattung

- Digitale EEG- und Videotechnik
- EEG-Abteilungen
- Langzeit-Intensivmonitoring
- Video-EEG mit Polysomnographie
- Stereo-EEG
- visuelle Anfallsbeobachtung mit zusätzlicher videounterstützter Analyse
- Neurophysiologische Untersuchungen (evozierte Potentiale, Nervenleitgeschwindigkeit)
- Elektromyogramm
- Sonografie

## MediClin Schlüsselbad Klinik

 168

 125

 72

### Technische Ausstattung:

- Rehabilitationsklinik Orthopädie
- Innere Medizin
- Geriatrie
- Ambulantes Rehasentrum

### Grossgeräte:

- nicht vorhanden

## MediClin Klinik Staufenburg Klinik

 300

 32

 152

### Fachbereiche:

Rehabilitation von:

- Diabetes mellitus Typ 1 + 2
- Onkologische Urologie (Prostata, Blase)
- Nephrologie (Zustand nach Nierentransplantation, Dialyse, CAPD)
- Onkologische Mamma-Ca
- Orthopädie
- Onkologische Mamma-Ca
- Kardiologie

### Grossgeräte:

- nicht vorhanden

## MediClin Klinik an der Lindenhöhe

 173

 31

 195

### Fachbereiche:

- Erwachsenenpsychiatrie
- Kinder- und Jugendpsychiatrie

### Grossgeräte:

- nicht vorhanden

### Technische Ausstattung:

- 2 Abteilungen für stationäre Behandlungen (Erwachsenen-, Kinder- und Jugendpsychiatrie)
- 1x Ambulanz (Erwachsenenpsychiatrie)
- 2x Ambulanz (Kinder- und Jugendpsychiatrie)

## MediClin Facharztzentrum Offenburg Achern

 0  
nur ambulant

 127

 60

### Fachbereiche:

- Chirurgie
- Unfallchirurgie
- Traumatologie
- Wirbelsäulenchirurgie
- Neurologie
- Dermatologie
- Kardiologie
- Angiologie
- HNO
- Enddarmchirurgie/Proktologie
- Hüft- und Kniechirurgie
- Orthopädie

### Technische Ausstattung:

- 3 ambulante OP-Säle
- Röntgen
- Ultraschall
- Arthrosekopieturm

### Grossgeräte:

- 2 Röntgen Digital

## Ortenau Klinikum Lahr-Ettenheim, Standort Lahr

 409

 184

 1081

### Fachbereiche:

- Anästhesiologie & operative Intensivmedizin
- Brustzentrum
- Darmzentrum
- Dialyse
- Frauenheilkunde & Geburtshilfe
- Gastroenterologie
- Hepatologie
- Onkologie
- Endokrinologie
- Diabetologie
- Gastroenterologie
- Hepatologie
- Gefäßzentrum
- Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde
- Herzinfarktzentrum
- Kardiologie
- Pneumologie
- Angiologie
- Intensivmedizin
- Neurochirurgie
- Neurologie
- Onkologischer Schwerpunkt
- Pathologie
- Psychomatische Medizin & Psychotherapie
- Radiologie
- Schlaganfallschwerpunkt
- Unfall-, orthopädische und Wirbelsäulenchirurgie
- Viszeral-, Gefäß- und Thoraxchirurgie

### Technische Ausstattung:

- Ambulantes Operieren
- Ambulantes Rehabilitationszentrum
- Diabetikerschulung
- Ergotherapie
- Ernährungsberatung
- Logopädie
- Physiotherapie
- Stomaberatung

### Grossgeräte:

- 1 MRT
- 1 Gammakamera
- 1 CT

## Ortenau Klinikum Lahr-Ettenheim, Standort Ettenheim

 77

### Fachbereiche:

- Chirurgie
- Medizinische Klinik
- Nephrologie
- Schmerzzentrum

### Technische Ausstattung:

- Ambulantes Operieren
- Ambulantes Rehabilitationszentrum
- Diabetikerschulung
- Ernährungsberatung
- Logopädie
- Physiotherapie
- Stomaberatung

## Ortenau Klinikum Oberkirch

 85

 19

 159

### Fachbereiche:

- Chirurgie
- Innere Medizin
- Anästhesiologie
- Geburtshilfe

### Technische Ausstattung:

- Ambulantes Operieren
- Physiotherapie

### Grossgeräte:

- 1 CT

## Ortenau Klinikum Offenburg Gengenbach, Standort Offenburg Ebertplatz

 464

 361

 1919

### Fachbereiche:

- Allgemein-, Viszeral - und Gefäßchirurgie
- Anästhesiologie
- Brustzentrum
- Darmzentrum
- Frauenklinik
- Gastroenterologie
- Hepatologie
- Infektiologie
- Altersmedizin
- Gefäßzentrum
- Geriatrischer Schwerpunkt
- Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde
- Kinderheilkunde
- Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
- Mutter-Kind Zentrum
- Zentrum für Perinatalmedizin
- Neurologie
- Neurogeriatrie
- Onkologisches Zentrum
- Plastische Chirurgie
- Pneumologisch-Thoraxchirurgisches Zentrum
- Prostatakarzinomzentrum
- Shuntzentrum
- Traumatologie
- Urologie- und Kinderurologie
- Zentrum Altermedizin

### Technische Ausstattung:

- Ambulantes Operieren
- Rehasentrum
- Diabetikerschulung
- Ernährungsberatung
- Kinderschutzambulanz
- Logopädie
- Muskoviszidose-Ambulanz
- Neurologisches Therapiezentrum
- Physiotherapie
- Psychologische Beratung
- Schmerztherapie
- Sozialdienst
- Stomaberatung
- Wundzentrum
- Zentrum für Schlafmedizin

### Grossgeräte:

- 2 MRT
- 1 Gammakamera
- 1 CT

## Ortenau Klinikum Offenburg Gengenbach, Standort Offenburg St. Josefsklinik

 170

### Fachbereiche:

- Anästhesiologie & Intensivmedizin
- Augenklinik
- Hämatologie
- Onkologie
- Palliativmedizin
- Kardiologie
- Pneumologie
- Angiologie
- Onkologisches Zentrum
- Psychomatische Medizin & Psychotherapie
- Radio-Onkologie
- Radiologisches Institut

### Technische Ausstattung:

- Diabetes Team
- Ambulantes Operieren
- Ambulantes Rehasentrum

### Grossgeräte:

- 1 CT

## Ortenau Klinikum Offenburg Gengenbach, Standort Gengenbach

 108

### Fachbereiche:

- Anästhesiologie & Intensivmedizin
- Medizinische Klinik
- Orthopädie
- Sportmedizin

### Technische Ausstattung:

- Ambulantes Operieren
- Ambulantes Rehasentrum
- Eigenblutspende
- Physiotherapie
- Schmerztherapie

### Grossgeräte:

- 1 Scanner TDM

## Ortenau Klinikum Kehl

 142

 36

 240

### Fachbereiche:

- Innere Medizin
- Chirurgie
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Hals-, Nasen-, und Ohrenheilkunde
- Anästhesie

### Technische Ausstattung:

- Physikalische Therapie
- Ambulantes Operieren

### Grossgeräte:

- 1 CT

## Ortenau Klinikum Achern

 187

 40

 440

### 6 Fachabteilungen:

- Innere Medizin
- Allgemeinchirurgie
- Anästhesie
- Geburtshilfe/Gynäkologie
- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- Unfallchirurgie

### Technische Ausstattung:

- Ambulantes Operieren
- Ambulante Rehabilitation
- Ambulante Schmerztherapie
- Physiotherapie
- Ernährungsberatung
- Stomaberatung
- Wundmanagement
- Sozialdienst

### Grossgeräte:

- 1 MRT
- 1 CT

## Ortenau Klinikum Wolfach

 80

 23

 153

### Fachbereiche:

- Anästhesie
- Chirurgie
- Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde

### Technische Ausstattung:

- Ambulantes Operieren
- Ergotherapie
- Logopädie
- Stomatherapie
- Ernährungsberatung
- Physiotherapie
- Sozialdienst

### Grossgeräte:

- 1 CT





### Fachbereiche:

- Neurologie

### Technische Ausstattung:

- Neurologische stationäre Abteilung zur Behandlung von Morbus Parkinson Patienten



### Grossgeräte:

- nicht vorhanden



## Großgeräte der nieergelassenen Ärzte

### Grossgeräte:

- 5 MRT (1 ab 2013 in Kehl)
- 6 CT
- 1 Gammakamera

## Bestandsaufnahme des Versorgungsangebots zum 31.01.2013 anhand der schriftlichen Antworten der in Straßburg kontaktierten Einrichtungen

(siehe Fragebogen, Anhang I)

Zeichenerklärung:



Anzahl der Betten



Anzahl der Ärzte



Anzahl der Angestellten

### Institut Universitaire de Réadaptation Clémenceau



130

#### Fachbereiche:

- Spezialisierte Rehabilitation für Erwachsene und Kinder



415

#### Grossgeräte:

- nicht vorhanden



415

#### Technische Ausstattung:

- technisch apparative Ausstattung / Rehabilitation

### Groupe hospitalier Saint Vincent - Cliniques Ste Anne - Ste Barbe - Toussaint



485

#### Fachbereiche:

- |                   |                               |                                    |
|-------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| • Gynäkologie     | • Orthopädische Chirurgie     | • Gastroenterologie                |
| • Geburtshilfe    | • Augenheilkunde              | • Allgemein- und Viszeralchirurgie |
| • Kinderheilkunde | • Wiederherstellungschirurgie | • Innere Medizin                   |
| • Dialyse         | • Onkologie                   | • Gerontologie                     |
| • Nephrologie     | • Endokrinologie              | • Geriatriische Tagesklinik        |
| • Urologie        | • Notfallmedizin              | • Geriatrie                        |
| • HNO             | • Geisteskrankheiten          | • Palliativmedizin                 |
|                   | • Zentrum für Schlafmedizin   |                                    |



262



947

#### Gemeinschaftlich genutzte Großgeräte:

- 12 Plätze (Dialyse)
- 6 Plätze (Audialyse)
- Sprechstunde für Peritonealdialyse
- 3 Linearbeschleuniger von Strasbourg Oncologie Libérale
- 1 Radiologie in der Praxis MIM in der Clinique Sainte Anne
- Für die Radiologie an sich nutzen die Ärzte des Klinikverbands Saint Vincent das MRT der Clinique Sainte Odile (3 Kliniken) und einen in den Räumlichkeiten der Clinique Sainte Anne verfügbaren Scannern

#### Operativ technische Einheit:

- 2 OP-Einheit
- 1 Kreißsaal
- 2 Aufwchräume
- geplante Endoskopie-Einheit
- 1 Abteilung für Radiologie
- 2 Abteilungen für Nachsorge
- 2 Einheiten für funktionelle Untersuchungen

## Groupe hospitalier Saint Vincent - Clinique Ste Anne



### Fachbereiche:

- Geburtshilfe mit Neonatologie
- Gynäkologische Chirurgie
- Wiederherstellungschirurgie
- Urologische Chirurgie
- Orthopädische Chirurgie
- Gefäßchirurgie
- Viszeralchirurgie mit Endoskopie
- Innere Medizin
- Endokrinologie- Diabetologie, Hämatologie, Onkologie, Nephrologie
- Tagesklinik für Onkologie
- Tagesklinik für Endokrinologie- Diabetologie
- Anästhesie und ambulante Chirurgie
- Nachsorge
- Biologie (Labor B67)
- Pathologie (Praxis Billing)

### Technisch-medizinische Ausstattung:

- 1 Endoskopieeinheit
- 5 OP für chirurgische Eingriffe
- 5 Aufwachräume (18 Plätze)
- 1 Nachsorgestation
- 1 Entbindungsbereich
- 1 (4 Kreißsäle und 3 Geburtsvorbereitungsräume)
- 1 OP für Notkaiserschnitte
- 22 Dialyseeinheiten und 2 Plätze für Notfalldialyse

### Grossgeräte:

- 1 CT-Kooperation

## Groupe hospitalier Saint Vincent - Clinique Ste Barbe



### Fachbereiche:

- Ambulante Anästhesie und Chirurgie
- Medizin: Gastroenterologie, Geriatrie, Schlafzentrum und Epilepsie
- Nachsorge

### Chirurgie :

- Allgemeinchirurgie
- Viszeralchirurgie
- HNO Chirurgie
- HNO / Carcinologie (Tumorbehandlung)
- Augenchirurgie

### Technisch-medizinische Ausstattung:

- 6 OP für chirurgische Eingriffe
- 1 Aufwachraum (12 Plätze)
- 1 Ambulanz (8 Plätze)
- 1 Untersuchungsraum in Augenheilkunde
- 1 Raum für funktionale intestinale Untersuchung
- 1 Abteilung für Nachsorge (6 Betten)

## Groupe hospitalier Saint Vincent - Clinique de la Toussaint



### Fachbereiche:

- Palliativmedizin, stationär, mobiles Team, Tagesklinik, Nachsorge und Wiederanpassung
- Betreuung für pflegebedürftige Senioren
- Mobiles Geriatrieteam
- Nachsorge und polyvalente Wiederanpassung für Geriatriepatienten
- Abteilung für Geisteskrankheiten
- Schmerzlinik (ambulante und prestationäre Sprechstunde)
- Biologie (Labor B67)
- Pathologie (Praxis Billing)

## Die drei Kliniken: Adassa - Diaconat - Sainte-Odile

 500

 438

 900

### Schwerpunkt Chirurgie:

- Wirbelsäulenchirurgie
- Orthopädische Chirurgie
- Augenchirurgie
- Plastische und Wiederherstellungs-, Schönheitschirurgie
- HNO Chirurgie
- Gefäßchirurgie
- Chirurgie des Magendarmtrakts

### Operativ technische Ausstattung:

- für ambulante Eingriffe
- HauptOPEinheit
- Nachsorge-Aufwachraum

### Schwerpunkt für nicht Operativmedizin:

- Gastroenterologie
- Endoskopische Diagnostik und Intervention
- Allgemeinmedizin (kurze Aufenthalte)
- Kardiologie
- Neurologie
- Notfallambulanz für Handverletzungen 24/7
- Geplante handchirurgische Eingriffe
- Rehabilitationszentrum

### Grossgeräte:

- 1 MRT (in Kooperation)
- 2 Computertomographen (einer in Kooperation)

## Adassa - Diaconat - Sainte-Odile

 120

 275

### Fachbereiche:

- Gynäkologie
- Geburtshilfe
- Viszeralchirurgie
- Augenheilkunde
- HNO
- Medizin
- Urologie
- Dermatologische Chirurgie

- 14500 patienten jährlich

### Technische Ausstattung:

- 7 Operationssäle
- 6 Kreißsäle

### Grossgeräte:

- Nicht vorhanden

## Adassa - Diaconat - Sainte-Odile

 111

 240

### Fachbereiche:

- Handnotfallpatienten
- Wirbelsäulenchirurgie
- Viszeralchirurgie
- Gastroenterologie
- Augenheilkunde
- Plastische und rekonstruktive Chirurgie
- HNO
- Medizin
- Gefäßchirurgie

- 17500 Patienten jährlich
- 11000 Notfälle jährlich

### Technische Ausstattung:

- 10 Operationssäle

### Grossgeräte:

- 1 Computertomograph (in Kooperation)

## Adassa - Diaconat - Sainte-Odile

 194

 285

### Fachbereiche:

- Notfallmedizin
- Nachsorge
- Viszeralchirurgie
- Gastroenterologie
- Augenheilkunde
- Plastische und Wiederherstellungs-, Schönheitschirurgie
- HNO
- Medizin
- Urologie
- Gefäßchirurgie
- Orthopädische Chirurgie
- Thoraxchirurgie

- 17500 Patienten jährlich
- 250000 Notfälle jährlich

### Technische Ausstattung:

- 9 Operationssäle

### Grossgeräte:

- 1 MRT (in Kooperation)
- 1 Computertomograph

## Clinique de l'Orangerie

 162

 180

 300

### Fachbereiche:

#### Medezin, Chirurgie, Gynäkologie, Geburtshilfe

- Kardiologie, Radiologie und Chirurgie von Gefäßkrankheiten: interventionelle Kardiologie, vaskuläre und interventionelle Radiologie
- Medizinische Onkologie, ambulante Chemotherapie,
- Allgemein- und Viszeralchirurgie, Brustchirurgie, intestinale Diagnostik und Endoskopie
- Orthopädische Chirurgie: Schulter, Hüfte, Knie, Fuß
- Augenchirurgie
- Plastische und Wiederherstellungs-, Schönheitschirurgie

### Operativ technische Einheit:

- 1 OP-Einheit : 8 Operationssäle (1 endoskopie Einheit)
- 2 Abteilungen für Reanimation und leichte Intensivpflege (19 Betten)
- 3 Untersuchungsplätze für digital Angiographie
- 3 Untersuchungsplätze Belastungs-EKG
- Reanimation (8 Betten)
- 1 operativ intensiv Station (10 Betten)
- 8 Betten für Telemetrie
- Ambulanz (chirurgie und endoskopie)
- Chemotherapie ambulanz (35 Plätze)

### Grossgeräte:

- 1 MRT
- 1 Computertomograph

### Rehabilitation

- Kardiologische Nachsorge

## Centre Paul Strauss

 105

 629

### Fachbereiche:

#### Zulassung für folgende „Krebsbehandlungsarten“:

- Tumorchirurgie: Brusterkrankungen, Gynäkologie, HNO, Kiefer- und Gesichtsbereich, (Schilddrüse)
- Externe Bestrahlungstherapie für Erwachsenen und Kindern
- Interne Bestrahlung
- Interne Radiotherapie
- Chemotherapie (Onkologie, Erwachsene und Hämatologie) und weitere Tumorthherapie

## Technische Ausstattung: 7

- Operationssaal
- Nachsorge
- Ambulante Chirurgie
- Strahlentherapie/Brachytherapie
- Radiologie
- Nuklearmedizin
- Labordiagnostik und pathologie

## Grossgeräte

- 1 MRT
- 1 Pet-Scan (zusammen mit den Universitätskliniken Straßburg)
- 3 Gammakameras
- 1 Computertomograph
- 1 Apparat für Tomotherapie

## Universitätskliniken Strassburg

### Schwerpunkte:

- Zentrum für Oralchirurgie für Kinderheilkunde
- Zentrum für Kinderheilkunde
- Fachabteilung Medizin – Augenheilkunde - Hygiene
- Geriatrie
- Diagnostische, therapeutische, Kardio-vaskulär Erkrankungen
- Thoraxerkrankungen
- Kopf, Halserkrankungen
- Hemato-Onkologie
- Anästhesie – Operativ Reanimation – Notarzt
- Sprachstörungen
- Gynäkologie und Geburtshilfe
- Psychiatrie
- Kiefer und Gesicht Erkrankungen
- Innere Medizin, Rheumatologie, Ernährung, Endokrinologie, Diabetologie
- Nephrologie – Urologie – Diabetologie – Endokrinologie
- Labor
- Bildgebung
- Apotheke
- Staatliches Gesundheitswesen und Arbeitsmedizin
- Untersetzung von Projekten / Gesundheitspolitik

### Labore:

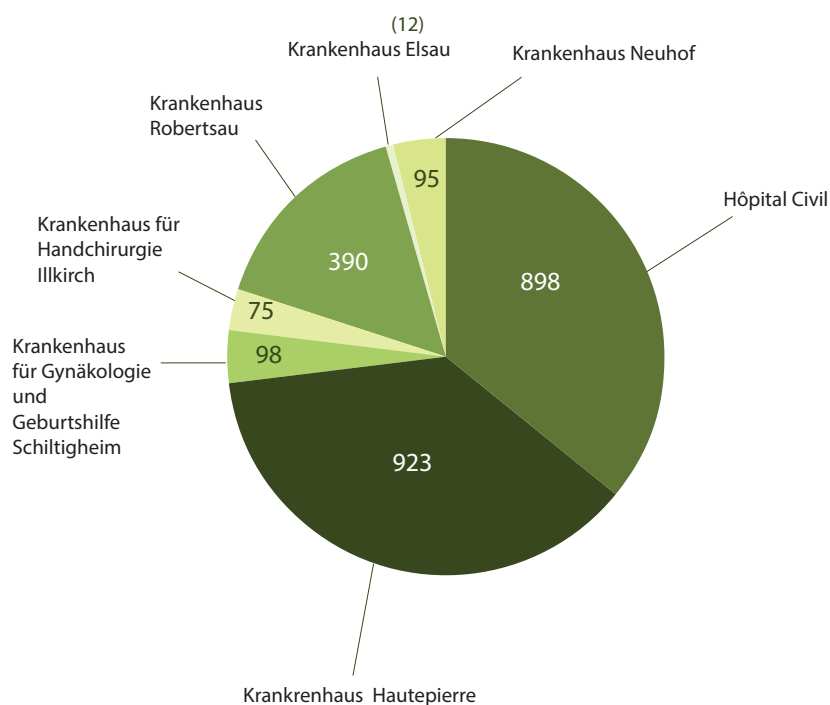
- Automatisierung: 2 Automaten für Biochemie und 2 für Immunoanalyse
- 4 Blutbildgeräte
- 5 Hämostasegeräte
- 4 Genetischeslabor
- 3 Cytometer Flussmessung
- 5 kapilläre DNA Sequenzanalyse
- 23 Automaten für Immunoanalyse

 1798

 11962

 2491

### Aufteilung der Bettenanzahl in den verschiedenen Krankenhäusern der Universitätskliniken Straßburg





**Technische Operative Ausstattung:**

- 52 Operations oder Interventionssäle
- 5 Herzlungenmaschinen/Extra korporeller Kreislauf
- 2 Videoassistierte mikrochirurgische Operationsroboter
- 2 Endosonographiegeräte
- 1 Lithotripter
- 1 Überdruckkammer mit mehreren Plätzen

**Bildgebung:**

- 1 Pet-Scan
- 6 Scanners
- 4 Gammakameras
- 5 MRT
- 4 Digitale 3D Angiographiemessplätze
- 3 Digitale Herzkathedermessplätze
- 1 Knochendichtemessung

## ANSPRECHPARTNER IM RAHMEN DER STUDIE

	Name	Dienststellung	Einrichtung	Ort
1.	Albrich, Holger		Sozialministerium Baden-Württemberg	Stuttgart
2.	Atabong Chinda, Marie	Referentin für europäische Projekte	Universitätskliniken Straßburg	Straßburg
3.	Bossert, Corinna	Referat 24 - Recht, Planfeststellung	Regierungspräsidium	Karlsruhe
4.	Bur, Yves	Bürgermeister von Lingolsheim, Mitglied des Rats der Stadtge- meinschaft Straßburgs, Mitglied des Vorstands des Eurodistrikts	Rathaus Lingolsheim	Lingolsheim
5.	Cahueau, Johann	deutsche Delegation Sekretariat	Oberrheinkonferenz	Kehl
6.	Caoduro, Christian	Ehemaliger Leiter der drei Kliniken	Adassa, Diaconat, Saine Odile	Straßburg
7.	Clever, Ulrich	Präsident	Landesärztekammer Baden- Württemberg	Stuttgart
8.	Cyffers, Christian	Medizinischer Koordinator	Centre National des Soins à l'Etranger	Vannes
9.	Daniel, Bärbel	Ärztin	MediClin Staufenburg Klinik	Durbach
10.	Douhaire, Fanny	Referentin	FEHAP ALSACE	Straßburg
11.	Dufour, Patrick	Klinikleiter	Centre de Lutte Contre le Cancer Paul Strauss	Straßburg
12.	Dussap-Köhler, Anne	Fortbildungsreferentin	Euroinstitut	Kehl
13.	Ermerling, Ralph	Facharzt für Anästhesie/ Notfallmedizin	Ortenau Klinikum	Kehl
14.	Feltz, Alexandre	Stellvertretender Präsident der Stadtgemeinschaft Straßburg, Mitglied des Eurodistrikts und co-Vorsitzender der Arbeitsgruppe Gesundheit des Eurodistrikts	Eurodistrikt, Stadtgemeinschaft Straßburg	Kehl Straßburg
15.	Ferrari, Francis	Augenchirurg	Futura-Ophtalmologie	Schiltigheim
16.	Fix, Johannes	Pflegedirektor	Ortenau Klinikum	Kehl
17.	Friesecke, Manuel	stellvertretender Geschäftsführer	REGIO BASILIENSIS	Basel
18.	Giesinger, Carola	Grundsatzfragen Leistungen/Wahl- tarife	AOK	AOK Baden- Württemberg

	Name	Dienststellung	Einrichtung	Ort
19.	Gilain, Jacques	Leiter für Verwaltung und Finanzen	Groupe hospitalier St Vincent	Straßburg
20.	Guillot , Patrick	Klinikleiter	Universitätskliniken Straßburg	Straßburg
21.	Haertel, Jen-Pierre	Referent für internationale Kooperationen	ARS Alsace	Straßburg
22.	Hambrecht, Stefan	Ärztlicher Direktor	Ortenau Klinikum	Kehl
23.	Hamid, David	Gynekologe	Cabinet Agyl	Straßburg
24.	Hennion, Sylvie	Emeritierter Professor	Université de Rennes 1	Rennes
25.	Hosp, Johannes	Nephrologe	MediClin Staufenburg Klinik	Durbach
26.	Ichtermatz, Gérard	Generalsekretär	Ärztchammer des Departements Bas-Rhin	Straßburg
27.	Joppich, Monika	Referentin	Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg	Stuttgart
28.	Kohler, Christine	Referentin	Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg	Stuttgart
29.	Krause, Günther	Verwaltungsdirektor	Ortenau Klinikum	Kehl
30.	Kraut, Jérôme	Radiologe	Radiologie OKO	Offenburg Kehl Oberkirch
31.	Lambert, Dominique	stellvertretender Leiter	Centre National des Soins à l'Etranger	Vannes
32.	Lanot, Jean-François	stellvertretender Leiter	Universitätskliniken Straßburg	Straßburg
33.	Leher, Anna	Landesgesundheitsamt	Regierungspräsidium	Stuttgart
34.	Letzelter, Jean-Marie	Präsident	Ärztchammer des Departements Bas-Rhin	Straßburg
35.	Lohr, Guillaume	Klinikleiter	Adassa - Diaconat - Sainte Odile «Clinique de Strasbourg»	Straßburg
36.	Lörch, Manfred	Geschäftsführer	Ortenau Klinikum	Offenburg
37.	Luttenschlager, Gilbert	Kieferchirurg	Zahnarztpraxis	Kehl
38.	Marin-Braun, François	Plastischer Chirurg	SOS mains	Straßburg
39.	Masutti, Christophe	Direktion für internationale Kooperation Rechtsstreitigkeiten	Universitätskliniken Straßburg	Straßburg
40.	Matrat, Christophe	Leiter	Klinikverband Saint Vincent	Straßburg
41.	Meueler, Wolf	Prokurist, Kaufmännischer Direktor	MediClin Staufenburg Klinik	Durbach
42.	Moser, Susanne	Patientenaufnahme	MediClin Staufenburg Klinik	Durbach

	Name	Dienststellung	Einrichtung	Ort
43.	Pfaff, Günther	Leiter Referat 95 - Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung	Regierungspräsidium	Stuttgart
44.	Pradier, Eddie	Referent für Studien	Euroinstitut	Kehl
45.	Renner, Hermann	Chefarzt, Internist, Facharzt für physikalische und rehabilitative Medizin	MediClin Staufenburg Klinik	Durbach
46.	Renz, Irène	Leiterin Gesundheitsförderung	Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion	Basel-Landschaft
47.	Riedel, Cordula	Generalsekretärin	Eurodistrikt Strasbourg-Ortenau	CUS/Ortenau
48.	Scherer, Frank	Landrat	Landratsamt Ortenaukreis	Offenburg
49.	Schneider, Martine	Stellvertretende Generalsekretärin	Eurodistrikt Strasbourg-Ortenau	Kehl Strasbourg
50.	Schneider, Philippe	Gastroenterologe	Praxis für Gastroenterologie und Hepatologie	Straßburg
51.	Schoenahl Charles	stellvertretender Kassenführer	Ärztekammer des Departements Bas-Rhin	Straßburg
52.	Seiller, François	Referent Medizin	ARS Alsace	Straßburg
53.	Seipp, Holger	Radiologe	Radiologie OKO	Offenburg Kehl Oberkirch
54.	Seufert, Claus-Dieter	Mitglied des Stadtrats Kehl, Mitglied des Eurodistrikts und co-Vorsitzender der Arbeitsgruppe Gesundheit des Eurodistrikts	Eurodistrikt Stadtrat Kehl	Kehl
55.	Spitzmüller, Petra	Stellvertretende Geschäftsführerin	AOK	AOK Die Gesundheitskasse Südlicher Oberrhein
56.	Thevenet, Anne	Stellvertretende Direktorin	Euroinstitut	Kehl
57.	Wagner, Caroline	Forscherin	Wissenschaftliches Institut der TK für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen (WINEG), Hamburg	Hamburg
58.	Weiss, Thomas	Neurologe	Praxis Bauer/Weiss	Kehl
59.	Wochner, Anita	Ministerialrätin	Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg	Stuttgart
60.	Zeisberger, Peter	Abteilungspräsident, Vorsitzender der Arbeitsgruppe Gesundheitspolitik der deutsch-französisch-schweizerischen Oberrheinkonferenz	Regierungspräsidium	Karlsruhe

# GEFÜHRTE EINZELGESPRÄCHE

Einrichtung	Teilnehmer	Ort	Datum
SOS Main	Dr. Braun, Herr Caoduro, Frau Dr. Mériegeau, Herr Schulz, Herr Tiriou	Zentrum für Europäischen Verbraucherschutz e.V	02/05/2012
Universitätskliniken Straßburg	Herr Guillot, Herr Lanot, Frau Dr. Mériegeau, Herr Tiriou	Hôpital Civil, Strasbourg	04/06/2012
Ärzttekammer des Departements Bas-Rhin	Dr. Letzelter, Frau Dr. Mériegeau, Herr Tiriou	Zentrum für Europäischen Verbraucherschutz e.V	27/06/2012
Klinikverband Saint Vincent (Kliniken Ste. Anne, Ste. Barbe, de la Toussaint und St. Luc)	Herr Matrat, Frau Dr. Mériegeau, Herr Tiriou	Zentrum für Europäischen Verbraucherschutz e.V	04/07/2012
Landratsamt Offenburg	Frau Dr. Mériegeau, Herr Scherer	Landratsamt Offenburg	05/07/2012
Ortenauklinikum Kehl	Dr. Hambrecht, Herr Tiriou, Dr. Weiss	Ortenauklinikum Kehl	05/07/2012
Rathaus Lingolsheim	Herr Bur, Herr Tiriou	Rathaus Lingolsheim	21/08/2012
AOK-Bezirksdirektion	Frau Giesinger, Frau Dr. Mériegeau, Frau Spitzmüller, Herr Tiriou	AOK Bezirksdirektion Offenburg	31/08/2012
FEHAP ALSACE	Frau Douhaire, Herr Tiriou	Strasbourg	20/09/2012
Landesärzttekammer Baden-Württemberg	Dr. Clever, Frau Dr. Mériegeau, Herr Tiriou Dr. Ungemach	Zentrum für Europäischen Verbraucherschutz e.V	09/10/2012
Oberreinkonferenz / Arbeitsgruppe Gesundheitspolitik	Frau Bossert, Frau Dr. Mériegeau, Herr Tiriou, Herr Zeisberger	Zentrum für Europäischen Verbraucherschutz e.V	17/10/2012
Ärzttekammer des Departements Bas-Rhin	Dr. Letzelter, Herr Tiriou	Zentrum für Europäischen Verbraucherschutz e.V	22/11/2012
ARS	Herr Haertel, Herr Tiriou	ARS Strasbourg, cité administrative Gaujot	05/12/2012
Adassa - Diaconat - Sainte Odile Clinique de Strasbourg	Herr Lohr, Herr Tiriou	Zentrum für Europäischen Verbraucherschutz e.V	05/12/2012
Centre Paul Strauss	Prof. Dufour, Frau Dr. Mériegeau, Herr Tiriou	Zentrum für Europäischen Verbraucherschutz e.V	06/12/2012
Universitätskliniken Straßburg	Frau Atabong Chinda, Herr Masutti, Frau Dr. Mériegeau, Herr Tiriou	Zentrum für Europäischen Verbraucherschutz e.V	13/12/2012
Ortenau Klinikum Kehl	Dr. Emerling, Herr Schulz, Herr Tiriou	Ortenauklinikum Kehl	23/01/2013

# ARBEITSSITZUNGEN

Einrichtung	Teilnehmer	Ort	Datum
Arbeitssitzung ZEV, Generalsekretariat Eurodistrikt Strasbourg-Ortenau und ARS Alsace	Herr Haertel, Frau Dr. Mérigeau, Frau Riedel, Herr Tiriou	Eurodistrikt Strasbourg-Ortenau	09/03/2012
Arbeitssitzung der Ärzte des Eurodistrikts	Dr. Ermerling, Dr. Ferrari, Dr. Hambrecht, Dr. Hamid, Dr. Kraut, Dr. Luttenchlager, Frau Dr. Mérigeau, Dr. Schneider, Dr. Seipp, Herr Tiriou	Zentrum für Europäischen Verbraucherschutz e.V.	14/03/2012
Arbeitssitzung ZEV und Euroinstitut	Frau Dussap-Köhler, Frau Dr. Mérigeau, Herr Pradier, Frau Thevenet, Herr Tiriou	Euroinstitut	20/04/2012
Arbeitsgruppe für Gesundheitspolitik Eurodistrikt Strasbourg-Ortenau	Herr Feltz, Frau Dr. Mérigeau, Frau Riedel, Frau Schneider, Dr. Seufert, Herr Tiriou	Eurodistrikt Strasbourg-Ortenau	18/06/2012
Ortenauklinikum	Herr Fix, Herr Dr. Hambrecht, Herr Krause, Herr Lörch, Frau Dr. Mérigeau, Herr Schulz, Dr. Seufert, Herr Tiriou	Ortenauklinikum Kehl	18/06/2012
Oberrheinkonferenz/ Arbeitsgruppe für Gesundheitspolitik	Frau Adam-Bohr, Herr Albrich, Frau Bossert, Herr Cahueau, Herr Friesecke, Frau Giesinger, Herr Haertel, Frau Joppich, Frau Kohler, Dr. Leher, Dr. Pfaff, Frau Renz, Herr Schulz, Herr Seiller, Herr Tiriou, Frau Wochner, Herr Zeisberger	Landtag Baden-Württemberg Stuttgart	20/11/2012
Arbeitsgruppe für Gesundheitspolitik Eurodistrikt Strasbourg-Ortenau	Herr Feltz, Frau Dr. Mérigeau, Frau Riedel, Frau Schneider, Dr. Seufert	Eurodistrikt Strasbourg-Ortenau	12/12/2012
Ärztchammer des Departements Bas-Rhin und der Landesärztekammer Baden Württemberg	Dr. Clever, Dr. Erens, Dr. Ichtertz, Dr. Letzelter, Dr. Schoenahl, Herr Schulz, Herr Tiriou	Ärztchammer des Departements Bas-Rhin und der Landesärztekammer Baden Württemberg	08/01/2013
MediClin Staufenburg Klinik	Dr. Hosp, Dr. Meueler, Dr. Renner, Herr Schulz, Herr Tiriou	MediClin Staufenburg Klinik	23/01/2013



## **Protokolle der Einzelgespräche und Arbeitssitzungen**

- G1. Sitzung vom 09.03.2012 mit der Agence Régional de Santé d'Alsace
- G2. Sitzung vom 14.03.2012 mit der Arbeitsgruppe der Ärzte des Eurodistrikts Strasbourg-Ortenau
- G3. Sitzung vom 02.05.2012 mit der Leitung von SOS Main (Handtraumazentrum Straßburg/ Illkirch)
- G4. Sitzung vom 04.06.2012 mit der Leitung der Universitätskliniken Straßburg
- G5. Sitzung vom 18.06.2013 mit der Leitung des Ortenau Klinikums
- G6. Sitzung vom 27.06.2012 mit dem Präsidenten der Ärztekammer des Départements Bas-Rhin
- G7. Sitzung vom 04.07.2012 mit der Leitung des Klinikverbands Saint Vincent
- G8. Sitzung vom 09.10.2012 mit dem Präsidenten der Landesärztekammer Baden-Württemberg
- G9. Sitzung vom 05.12.2012 mit der Agence Régional de Santé d'Alsace
- G10. Sitzung vom 06.12.2012 mit der Leitung des Centre de Lutte Contre le Cancer (CLCC) Paul Strauss
- G11. Sitzung vom 13.12.2012 mit den Universitätskliniken Straßburg

## Anhang G1

### Studie für die Schaffung einer Pilotregion für den Zugang zu grenzüberschreitenden medizinischen Leistungen (PZGML)

#### Protokoll der Arbeitssitzung vom 09.03.2012 mit der Agence Régionale de Santé d'Alsace (ARS)

Teilnehmer:

**Herr Jean-Pierre Haertel** (Berater grenzüberschreitende Zusammenarbeit, Agence Régionale de Santé d'Alsace)

**Frau Cordula Riedel** (Generalsekretärin, Eurodistrikt Strasbourg-Ortenau)

**Frau Dr. Martine Mérigeau** (Vorstand, Zentrum für Europäischen Verbraucherschutz e.V.)

**Herr Christian Tiriou** (Projektleiter, Zentrum für Europäischen Verbraucherschutz e.V.)

Herr Haertel möchte den Kontext und die Zielsetzungen dieser Studie kennen lernen. Herrn Haertel würde es sinnvoll erscheinen, die PZGML auf das ganze Elsass und Baden-Württemberg auszuweiten. Es hinterfragt die Nützlichkeit eines nur auf den Eurodistrikt beschränkten Projekts, es sei denn dieses diene als Experiment.

Er erinnert daran, dass etwaige deutsch-französische Kooperationen gemäß des deutsch-französischen Rahmenabkommens über grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich vom 22.07.2005 aufgebaut werden müssen. Er bestätigt, dass auf frz. Seite die ARS derartige Abkommen unterzeichnen würde.

Herr Haertel erwähnt ein Projekt in der PAMINA Zone, ein grenzüberschreitendes Ärztehaus.

Was die Bestandsaufnahme der Behandlungsangebote angeht, wäre seiner Meinung nach alles im sog. *Projet Régional de Santé* (PRS) 2011-2015 (« Regionalgesundheitsprojekt ») enthalten.

Herr Haertel weiß nicht wie/warum man versuchen sollte, die Kostenübernahme für ambulante grenzüberschreitende Behandlungen zu verbessern. Die Texte (europäische Richtlinien usw.) existieren bereits und laut seines Wissens funktioniert die Kostenrückerstattung generell gut.

Was die Verbesserung der Rückerstattung von Behandlungskosten im Eurodistrikt anbelangt, so bring er vor, das Projekt der Schaffung einer elsässischen Einheit der CNSE (künftig zuständig für Rückerstattungsanträge für in Deutschland erhaltene Behandlungen) nicht zu kennen. Laut ihm gibt es bereits zwei spezialisierte Abteilungen mit etwa 15 Personen in Haguenau (für den Bas-Rhin) und in Mulhouse (für den Haut-Rhin), die ihre Arbeit sehr gut verrichten.

## Anhang G2

Studie für die Schaffung einer Pilotregion für den  
Zugang zu grenzüberschreitenden medizinischen Leistungen (PZGML)

### Protokoll der Arbeitssitzung vom 14.03.2012 mit Ärzten des Eurodistrikts Strasbourg-Ortenau

#### Teilnehmer:

**Dr. Stefan Hambrecht** (Ärztlicher Direktor, Ortenau Klinikum Kehl)  
**Dr. Rolf Ermerling** (Facharzt für Anästhesie/Notfallmedizin in Kehl)  
**Dr. Jérôme Kraut** (Facharzt für Radiologie in Offenburg/Kehl/Oberkirch)  
**Dr. Holger Seipp** (Facharzt für Radiologie in Offenburg/Kehl/Oberkirch)  
**Dr. Philippe Schneider** (Facharzt für Gastroenterologie in Strasbourg)  
**Dr. David Hamid** (Facharzt für Gynäkologie – Geburtshilfe in Strasbourg)  
**Dr. Francis Ferrari** (Facharzt für Augenheilkunde in Schiltigheim)  
**Dr. Gilbert Lutenschlager** (Kieferchirurg in Kehl)  
**Frau Dr. Martine Mérigeau** (Vorstand, Zentrum für Europäischen Verbraucherschutz e.V.)  
**Christian Tiriou** (Projektleiter, Zentrum für Europäischen Verbraucherschutz e.V.)

#### **Ziel der Sitzung :**

Die Zielsetzung dieser Zusammenkunft besteht darin, Gemeinsamkeiten zwischen der CUS und der Ortenau zu suchen und Projekte der grenzüberschreitenden medizinischen Zusammenarbeit vorzuschlagen, die sich sodann im Abschlussbericht des ZEV der Studie wiederfinden werden können.

#### **Diskutierte Projekte:**

##### *Ambulante Chirurgie durch französische Ärzte am Krankenhaus Kehl*

Eine Projektidee, die sich abgezeichnet hat, ist, dass niedergelassene Ärzte aus Strasbourg die technische Ausstattung, welche auf Straßburger Seite unzureichend ist, am Klinikum Kehl nutzen, um **ambulante chirurgische Eingriffe** vorzunehmen.

Die Tatsache, dass französische Ärzte französische Patienten in Kehl empfangen, ist im Übrigen nicht neu: Dr. Luttenschlager erklärt, dass er ausschließlich in Deutschland kassenärztlich eingetragen ist, und dass mehr als 90% seiner Patienten aus Frankreich stammen.

Das Projekt würde folgende Bereiche ambulanter Chirurgie betreffen:

- Augenheilkunde

Dr. Ferrari führt derzeit ambulante Operationen an der Adassa Klinik in Strasbourg durch. Er sucht aber nach anderen Möglichkeiten, insbesondere grenzüberschreitender Natur.

- Gynäkologie - Geburtshilfe

Dr. Hamid ist in einer Gemeinschaftspraxis, welche in der Adassa-Klinik integriert ist, mit 5 weiteren Gynäkologen tätig. Auf der Suche nach einer Einrichtung, die über einen « diagnostischen Tunnel » sowie einen MRT verfügt, wären sie an einer Verlegung eines Teiles ihrer Tätigkeiten zum Krankenhaus in Kehl interessiert.

- Gastro-Enterologie

Dr. Schneider, Gastro-Enterologe in Strasbourg, stellt eine Unzulänglichkeit zwischen Angebot und Nachfrage medizinischer Leistungen auf französischer Seite fest. Er ist an der Möglichkeit interessiert, die technische Ausstattung im Bereich der diagnostischen und interventionellen Endoskopie auf deutscher Seite zu nutzen sowie die Anästhesie, mit Hilfe von qualifiziertem frankophonen Personal.

Bedingungen für die Projektumsetzung :

- Die französischen Ärzte werden Anfang April die technische Ausstattung vor Ort in Augenschein nehmen um beurteilen zu können, ob diese ihren Vorstellungen entspricht
- Es muss geprüft werden, ob die Möglichkeit besteht, medizinisches Personal zur Verfügung zu stellen. Herr Dr. Ermerling fügt an, dass für eine eventuelle Zurverfügungstellung des Operationssaales, medizinisches Personal seitens des Krankenhauses nicht zur Verfügung gestellt werden kann.
- es ist notwendig, dass dieses Tätigwerden Straßburger Ärzte sich in das Groß-Projekt Ortenau Klinikum integriert, und dass das gewünscht wird (Vermeidung von Ressentiments gegenüber französischen Ärzten in Kehl).
- Nach Ansicht von Herrn Dr. Hamrecht sollte man eine Arbeitszusammenkunft mit der Leitung des Ortenau Klinikums bzw. des Klinikums Kehl (Herren Lörch und Krause)

organisieren um die Durchführbarkeit und die praktischen Modalitäten eines solchen Projekts zu diskutieren

- Man sollte ebenfalls die Modalitäten der Kostenübernahme durch die Krankenversicherung analysieren, um diesen ein Übereinkommen über die Zusammenarbeit vorzuschlagen, das einen vereinfachten Zugang für Patienten, die bei der CPAM versichert sind, zu gewährleisten.

Als Idee käme zunächst eine Zusammenarbeit auf kleiner Ebene in Betracht (ambulante Chirurgie) bevor dann Operationen größeren Umfangs von französischen Patienten im Kehler Krankenhaus stattfinden. Herr Dr. Hamid bezweifelt insbesondere, dass derzeit seine Kollegen aus Strasbourg ihre Patienten zu stationärer Behandlung nach Kehl schicken würden ohne zuvor Erfahrungen im grenzüberschreitenden Bereich gesammelt zu haben.

#### *Stationäre Leistungen im Krankenhaus Kehl*

Die Herren Doktoren Hambrecht und Ermerling erklären, dass Kehl derzeit 175 Betten (davon 25 im Bereich der Gynäkologie) bereitstellt und dass das Krankenhaus sehr daran interessiert wäre Patienten aus Strasbourg stationär aufzunehmen.

Dr. Schneider ist ebenfalls sehr interessiert. Es würde sich anbieten, die Bedürfnisse von Dr. Schneider in diesem Bereich zu konkretisieren und der Leitung des Ortenau Klinikums diesen Vorschlag vorzulegen.

#### *Grenzüberschreitendes Gefäßnetz*

Dr. Seipp erinnert an das grenzüberschreitende Projekt zwischen dem Universitätsklinikum Strasbourg (Professor Marescaux) und einigen niedergelassenen Ärzten in Kehl (insbesondere Dr. Weiss und Dr. Bauer), das vor einigen Jahren vorgeschlagen worden war, um den Patienten eine bessere Versorgung bei vaskulären Erkrankungen zu gewährleisten.

Das Leistungsangebot, das in Strasbourg und in Kehl verfügbar ist, ergänzt sich vollkommen:

Das Straßburger Krankenhaus « Hautepierre » hat in der Tat kürzlich eine Neuro-Gefäß Abteilung eröffnet („stroke center“) in direkter Zusammenarbeit mit dem Notfalldienst, die eine Übernahme der Gehirnschläge erlaubt.

Französisch sprechende niedergelassene Ärzte in Kehl können eine schnelle und ambulante Versorgung von TIA-Patienten (Transitorische Ischämische Attacke) bzgl. fachneurologischer und kardiologischer Untersuchung sowie Bildgebung (Computertomographie/Kernspintomographie) anbieten.

### *Zusammenarbeit auf dem Gebiet MRT und « Pet Scan »*

Frau Dr. Mérigeau merkt an, dass die Wartezeiten für eine MRT Untersuchung auf französischer Seite immer noch sehr lange sind, oftmals mehrere Tage. Hingegen seien im Kehler Ärztehaus die Untersuchungen in der Regel zeitnah möglich.

Im Rahmen einer angestrebten Kooperation wäre es wünschenswert, die Vorabgenehmigung der CPAM Bas-Rhin für französische Patienten für diese Art der Untersuchungen abzuschaffen.

Im Gegenzug wäre eine Kooperation mit dem Universitätsklinikum von Straßburg für den PET- Scan möglich, der in der Ortenau nicht angeboten wird. Nächster PET-Scan Standort ist auf deutscher Seite Freiburg.

Frau Dr. Mérigeau schlägt vor, ein Treffen mit dem Leiter des Universitätsklinikums von Strasbourg zu vereinbaren und hierüber zu sprechen.

### *Kooperation im Bereich der Handchirurgie*

Das Diaconat von Straßburg, vertreten durch seinen Direktor Herr Caoduro, ist an einer Zusammenarbeit mit der Ortenau im Bereich Handchirurgie interessiert.

### *Zusammenarbeit im Bereich Notfallmedizin*

Dr. Ermerling erwähnt die Kooperation der Rettungsdienste im Eurodistrikt (Ansprechpartner auf französischer Seite ist Dr. Bartier) und erklärt, dass einiges noch verbessert werden könnte, insbesondere im Bereich der Sonderfahrrechte im jeweiligen Nachbarland (Sirenen/Martinshornproblematik), sowie Abdeckung des Kehler Notarztbezirks durch den SAMU 67, für den Fall dass der Kehler Notarzt auf einer längeren Begleitfahrt unterwegs ist.

Protokoll und Übersetzung: Zentrum für Europäischen Verbraucherschutz e.V.



## Anhang G3

Studie für die Schaffung einer Pilotregion für den  
Zugang zu grenzüberschreitenden medizinischen Leistungen (PZGML)

### Protokoll der Arbeitssitzung vom 02.05.2012 mit der Leitung des Zentrums SOS Main

#### Teilnehmer:

**Herr Christian Caoduro** (Leiter der Straßburger Kliniken Adassa, Diaconat und Sainte Odile)

**Dr. Marin-Braun**

**Frau Dr. Martine Mérigeau** (Vorstand, Zentrum für Europäischen Verbraucherschutz e.V.)

**Christian Tiriou** (Projektleiter, Zentrum für Europäischen Verbraucherschutz e.V.)

Herr Caoduro und Dr. Marin-Braun geben einen detaillierten Überblick über die Geschichte, die Charakteristika und die aktuellen Ziele des Centre SOS Mains (Handtraumazentrum).

SOS Main besteht in Straßburg seit 1975 (seit 1972 in Paris). Es wurde mit dem europäischen FESUM-SOS Main Label<sup>1</sup> und im Bereich der Unfallchirurgie zertifiziert.

SOS Main ist seit seiner Gründung im Diaconat in Straßburg angesiedelt. Mittlerweile wird darüber hinaus ein Bereitschaftsdienst im Zentrum der Traumatologie von Illkirch-Graffenstaden angeboten. Die beiden Standorte sind ganzjährig geöffnet und stellen abwechselnd die notfallmedizinische Versorgung sicher. Es findet zwischen den beiden Standorten ein regelmäßiger Austausch statt. Ferner erfolgen gemeinsame Visiten. Es handelt sich hierbei demnach um eine Kooperation zwischen einer staatlichen und einer privaten Einrichtung.

Im Bereich der Handchirurgie erscheint es von besonderer Bedeutung, eine große Zahl an Patienten zu behandeln, damit die horrenden Kosten für Ausstattung und Personal rechtfertigt werden können.

---

<sup>1</sup> Europäische Vereinigung für Handchirurgie, eine Vereinigung von Zentren, die auf die Aufnahme und Behandlung von schweren Handverletzungen spezialisiert sind

Bezüglich der ambulanten Chirurgie präzisiert Herr Caoduro, dass es sich hierbei nicht unbedingt um kleine chirurgische Eingriffe handelt. Im Vergleich zu den angelsächsischen Ländern ist in Frankreich ein Rückstand in diesem Bereich zu verzeichnen, welcher jedoch allmählich aufgearbeitet wird. Die Weiterentwicklung wird dabei staatlich unterstützt. Das nächste Zentrum dieser Art befindet sich auf französischer Seite in Nancy, das wiederum mit Luxemburg kooperiert.

Als ein auf Handchirurgie spezialisiertes Zentrum umfasst SOS Main:

- Technische Ausstattung
- Medizinisches Personal (mit einer Spezialisierung im Bereich der Unfallchirurgie)

Im Zentrum SOS Main werden sowohl traumatologische Notfälle versorgt, als auch geplante Eingriffe z.B. bei Fehlstellungen durchgeführt. Es muss indes eine stationäre Aufnahme gewährleistet sein. Letztere kann auch auf Grund sozialer Gegebenheiten erforderlich sein (z.B. bei einer älteren Person, die weiter entfernt wohnt).

Die Eingriffe erfolgen in der Regel unter lokoregionaler Betäubung.

Es gilt zu bedenken: Die chirurgischen Eingriffe machen lediglich 50% des Gesamtarbeitsvolumen aus. Im Anschluss ist eine Rehabilitation notwendig (Prothesen etc.) Dementsprechend erscheint ein multidisziplinäres Team für eine erfolgreiche Behandlung unabdingbar.

Im Durchschnitt setzen sich die Kosten für Handverletzungen wie folgt zusammen: 20% Behandlungskosten und 80% sonstige Leistungen (Rente, Arbeitsunfähigkeit).

Aus Perspektive der öffentlichen Hand ist es demnach von herausragender Bedeutung, die Verletzten medizinisch gut zu betreuen.

Herr Caoduro berichtet, dass er Ende 2010 das Ortenau Klinikum in Kehl besucht hat. Dort erfuhr er, dass Patienten mit Handverletzungen für manche Eingriffe nach Baden-Baden verlegt werden.

### **Mögliche grenzüberschreitende Kooperation mit der Ortenau**

Zur Umsetzung einer grenzüberschreitenden Kooperation hat Herr Caoduro bereits mit der Agence Régionale de Santé Alsace und der französischen gesetzlichen Krankenkasse (CPAM) Kontakt aufgenommen.

Die Kooperation müsste mit den verschiedenen Partnern abgeschlossen werden.

Es wurde bereits die Option einer grenzüberschreitenden Kooperation im Bereich der Handchirurgie in einem mehrjährigen Zielvertrag verankert.

Das Personal in Straßburg ist im Übrigen in der Lage deutsche Patienten aufzunehmen (das medizinische Personal spricht deutsch oder englisch und es traten bislang bei der Behandlung ausländischer Touristen unabhängig von ihrer Herkunft noch keine Probleme auf). Ferner besteht die Möglichkeit Weiterbildungen anzubieten. Die Patientencharta wurde bereits ins Deutsche übersetzt.

Vor einem Treffen mit der Leitung des Ortenau Klinikums müssten noch einige Fragen geklärt werden:

- Welches Angebot besteht auf deutscher Seite?
- Bestandsaufnahme in Baden-Baden und Offenburg: ist jeden Tag, rund um die Uhr eine Notfallversorgung gewährleistet? Ist das Angebot ebenso gut organisiert/strukturiert? Werden sowohl Notfälle behandelt, als auch geplante Eingriffe durchgeführt?

Die Kooperation könnte in der Idee der Komplementarität gründen: Falls in der Ortenau keine Patienten aufgenommen werden können, so könnten diese nach Straßburg überwiesen werden. Somit könnte Straßburg den Status eines Referenzzentrums für die Behandlung schwerster Traumatologie erhalten.

In jedem Fall scheint der Bereich geeignet für eine grenzüberschreitende Kooperation: Es handelt sich um ambulante Behandlungen, es gibt ökonomische Interessen und eine ausreichende Zahl an Patienten könnte erreicht werden.

**Protokoll und Übersetzung: Zentrum für Europäischen Verbraucherschutz e. V.**

## Anhang G4

Studie für die Schaffung einer Pilotregion für den  
Zugang zu grenzüberschreitenden medizinischen Leistungen (PZGML)

### Protokoll der Arbeitssitzung vom 04.06.2012 mit der Leitung der Universitätskliniken Strasbourg

#### Teilnehmer:

**Herr Patrick Guillot** (Leiter der Universitätskliniken Straßburg)

**Herr Jean-François Lanot** (Stellvertretender Leiter der Universitätskliniken Straßburg)

**Frau Dr. Martine Mérigeau** (Vorstand des Zentrums für Europäischen Verbraucherschutz e. V.)

**Herr Christian Tiriou** (Projektleiter am Zentrum für Europäischen Verbraucherschutz e. V. )

Herr Lanot erklärt, dass man seiner Ansicht nach zwei verschiedene Situationen unterscheiden muss:

- Bereiche mit Konkurrenz. Konkurrenzstellung zu den Krankenhäusern der Ortenau,
- Konkurrenzfreie Bereiche (besser für Kooperation geeignet)

**Die Universitätskliniken Straßburg haben sich bereits in gewisse grenzüberschreitende Projekte investiert, jedoch ist die Anzahl dieser Projekte zu gering.** Es ist also ein gewisser Hintergrund vorhanden, jedoch müssen diese Kooperationen mit Deutschland ausgeweitet werden.

1. Im Bereich **Epilepsie** mit dem Krankenhaus Kork (INTERREG-Projekt)
2. Abkommen im Bereich **Kinderchirurgie** mit dem Ortenau Klinikum (siehe Ausweitungsmöglichkeiten mit anderen deutschen Kliniken; dies bedeutet eine Bestandsaufnahme des Krankenhaussystems in der Ortenau, um die französische Seite, die dieses System nicht kennt, darüber zu informieren.
3. Im Rahmen der Arbeitsgruppe Gesundheitspolitik der deutsch-französisch-schweizerische Oberrheinkonferenz, Kooperation der **Rettungsdienste** (Ansprechpartner ist Herr Dr. Bartier)

Zwei essentielle Punkte müssen in Betracht gezogen werden:

-die Position der französischen und deutschen Krankenkassen bezüglich der Kostenübernahme bei grenzüberschreitenden Behandlungen. Es wäre zudem interessant, die Krankenkassen nach Statistiken über grenzüberschreitende Patientenmobilität zwischen beiden Ländern zu fragen.

-die Beziehungen zwischen den Ärzten/Kliniken beider Länder neustrukturieren. In den Universitätskliniken Straßburg gibt es eine Gruppe von 4–5 deutschsprachigen

stellvertretenden Leitern, die ihre Kollegen der Ortenau kennen. Vor einigen Jahren gab es ein Projekt Informations- und Austauschstage über spezifische Themen. Diese Initiative müsste wieder aufgenommen werden, da es zudem viele aktuelle interessante Themen, wie z. B. die elektronische Patientenakte und das europäische E-Health Projekt epSOS (<http://www.epsos.eu/france.html>).

Im Rahmen von epSOS wurden die Universitätskliniken als Versuchsstandort benannt. Sie werden versuchen, ihre deutschen Kollegen in den nächsten Wochen zu treffen. Die Kontaktperson für epSOS an den Universitätskliniken Straßburg ist Herr Steiner.

### **Denkbare Kooperationen mit der Ortenau**

Die Universitätskliniken Straßburg sind ein regionales und interregionales Referenzzentrum in zahlreichen Bereichen. Es kommen Patienten aus dem ganzen Nord-Osten Frankreichs jedoch nicht von der anderen Seite des Rheins. Die Universitätskliniken Straßburg würden gerne über die Grenze hinwegsehen und zum regionalen Universitätsklinikum und Referenzzentrum (zumindest in gewissen Bereichen) für die Ortenau zu werden, z.B. für seltene Krankheiten.

Herr Guillot sieht mehrere konkrete Möglichkeiten grenzüberschreitender medizinischer Kooperationen, die mit der deutschen Seite des Eurodistrikts denkbar wären. Seiner Ansicht nach sollte man die Anzahl beschränken, nichts überstürzen, da dann ein gewisses Risiko bestehen würde, dass das Vorhaben scheitert.

### **Transplantation**

Die Universitätskliniken Straßburg schlagen ein Gutachten aller Transplantationen vor (Herz, Leber, Knochenmark, Lunge, Bauchspeicheldrüse etc.).

Grenzüberschreitende Organspenden sind möglich, in diesem Zusammenhang erwähnt Herr Guillot die Stiftung Eurotransplant (<http://www.eurotransplant.org/cms/>), die auf diesen Bereich spezialisiert ist.

Die Kontaktperson für den Bereich Transplantationen ist Herr Professor Philippe Wolf, der auch der Koordinator dieses Projekts sein wird.

### **Neurochirurgie**

Die Universitätskliniken sind spezialisiert in der Neurochirurgie und in der operativen Neuroradiologie und können folglich eine effiziente Behandlung von Schlaganfallpatienten anbieten. Derzeit kann ein Schlaganfall schnell mit einer Thrombolyse behandelt werden, innerhalb von durchschnittlich vier Stunden.

Die Universitätskliniken haben zudem enorme Fortschritte in diesem Bereich innerhalb von zwei Jahren gemacht, und die gesamte Behandlung erfolgt seit 2011/2012 vor Ort.

Jedoch stellt sich hier die Frage des Transports für deutsche Patienten (SAMU/Rettungsdienst)

### **Positronen-Emissions-Tomographie/PET-Untersuchung**

Es muss überprüft werden, ob die deutschen Patienten diese Untersuchung an den Universitätskliniken in Straßburg durchführen lassen können

Derzeit ist ein Gerät in Strasbourg verfügbar. Pro Tag können an diesem Apparat 5 – 6 Untersuchungen durchgeführt werden.

Es müsste überprüft werden, ob die Möglichkeit eines Zeitfensters (beispielsweise samstags) für die Ärzte aus der Ortenau besteht. .

Die Universitätskliniken Straßburg und das Centre de Lutte contre le Cancer (CLCC) Paul Strauss (Zentrum für Krebsbekämpfung) haben 2011 gemeinsam das IRC (Institut Régional contre le cancer – Regionales Institut für Krebsbekämpfung) ins Leben gerufen. Dank dieser Zusammenarbeit verfügt das Elsass 2017 über 232 Betten und Plätze für ausgezeichnete staatliche für jeden zugängliche Onkologie. Ein medizinisch-wissenschaftliches Projekt über 91 Millionen Euro wird durch die Agence Régionale de Santé Alsace (ARS) unterstützt. Letztendlich werden 800 Personen an diesem Standort arbeiten.

In diesem Rahmen wird auch ein zweiter PET-Scan spätestens bis 2017 in Hautepierre zur Verfügung stehen. Im Fall einer Kooperation mit der Ortenau wäre es möglich, einen Antrag bei der ARS zu stellen, um möglicherweise einen zweiten Apparat bereits früher finanzieren zu können.

Dafür müsste die Anzahl der Untersuchungen genau definiert werden sowie der Bedarf auf deutscher Seite. Die Kosten müssten genau aufgeführt werden und daraufhin könnten die Universitätskliniken entscheiden, ob ein Abkommen mit Deutschland möglich ist.

### **Kinderchirurgie**

Die Kinderchirurgie ist ein Tätigkeitsbereich der Universitätskliniken in Straßburg, in der besonders große Expertise vorliegt, da jegliche Art von Eingriffen vorgenommen werden (Transplantationen etc.). Es werden Kinder jeglichen Alters aus der ganzen Region behandelt. Die Kinderchirurgie der Universitätskliniken Straßburg ist ein interregionales Referenzzentrum. Es besteht ein Abkommen in diesem Bereich mit dem Ortenau Klinikum in Offenburg. Die Universitätskliniken Straßburg würden gerne wissen ob eine Ausweitung auf den ganzen Ortenaukreis möglich ist.

### **Referenzzentrum für seltene Krankheiten**

Die Universitätskliniken Straßburg sind ein Referenzzentrum für seltene Krankheiten (23 Zentren in Frankreich) wie z. B. bei Hämophilie und Lupuserkrankungen (Interreg)

### **Ergänzende Fragen /Anmerkungen**

Die Kooperationen müssen natürlich in beiden Richtungen erfolgen. Die Universitätskliniken Straßburg möchten die konkreten deutsch-französischen Kooperationsansätze an ihren Aufsichtsrat übermitteln.

Zudem müsste vorab die Frage der Planung und Organisation des Behandlungsangebotes (u.a. des Krankenhausplanes) im Ortenaukreis geklärt werden. Vor allem ob die Ärzte ihre Patienten in eine gewisse Klinik in Anbetracht dieses Schemas schicken müssen. Beispiel: Verpflichtung Kinder in ein präzises Referenzzentrum wie z. B. in Freiburg oder Baden-Baden schicken müssen. Eine diesbezügliche Übersicht wäre für die Universitätskliniken Straßburg sehr hilfreich.

Protokoll und Übersetzung: Zentrum für Europäischen Verbraucherschutz e. V.



## Anhang G5

### Studie für die Schaffung einer Pilotregion für den Zugang zu grenzüberschreitenden medizinischen Leistungen (PZGML)

#### Protokoll der Arbeitssitzung vom 18.06.2012 mit der Leitung des Ortenau Klinikums

##### Teilnehmer:

**Herr Manfred Lörch**, Geschäftsführer Ortenau Klinikum

**Herr Günther Krause**, Verwaltungsdirektor Ortenau Klinikum Kehl

**Herr Johannes Fix**, Pflegedirektor Ortenau Klinikum Kehl

**Dr. Stefan Hambrecht**, Ärztlicher Direktor Ortenau Klinikum Kehl

**Dr. Claus-Dieter Seufert**, Kreisrat der Stadt Kehl, Mitglied des Eurodistrikts und co-Vorsitzender der Arbeitsgruppe Gesundheit des Eurodistrikts Strasbourg-Ortenau

**Frau Dr. Martine Mérieau**, Vorstand des Zentrums für Europäischen Verbraucherschutz e.V.

**Herr Joachim A. Schulz**, stellvertretender Vorstand des Zentrums für Europäischen Verbraucherschutz e.V.

**Herr Christian Tiriou**, Projektleiter am Zentrum für Europäischen Verbraucherschutz e.V.

Frau Mérieau gibt einen kurzen Überblick über die am Morgen geführten Diskussionen mit der Arbeitsgruppe Gesundheit des Eurodistrikts. Sie hebt dabei besonders die Bedingungen hervor, die auf politischer Ebene im Falle grenzüberschreitender Gesundheitsprojekte gestellt wurden:

- Anwendung der gesetzlichen Tarife der teilnehmenden Ärzte
- Priorität für Kooperationsprojekte zwischen öffentlichen Krankenhäusern

Zu den Informations- und Austauschtagen über spezifische Themen, die von Herrn Guillot erwähnt wurden: Herr Krause und Dr. Seufert erwähnten in diesem Kontext ein informelles, noch in Kinderschuhen steckendes Projekt von vor zehn Jahren (einige informelle Treffen französischer und deutscher Ärzte). Frau Mérieau unterstreicht die Wichtigkeit dieser Treffen, die im Rahmen der „Bildung“ einer PZGML wieder aufgenommen werden könnten.

Zum Thema Schlaganfall: Herr Lörch lässt anmerken, dass eine Kooperation in diesem Bereich für das Ortenau Klinikum nicht besonders interessant ist, da dieses über zwei „stroke units“ (Lahr und Offenburg) verfügt.

##### **Interessante Kooperationsprojekte mit dem Ortenau Klinikum**

Bei folgenden Projekten unterstreicht Herr Lörch das große Interesse des Ortenau Klinikums und gibt grünes Licht. Seiner Meinung nach könnten diese Projekte schnell umgesetzt werden, wenn die jeweiligen Krankenkassen bereit sind, die vorgeschlagenen Kooperationsvereinbarungen zu akzeptieren.

### **PET-Scanner**

In diesem Bereich bieten die Universitätskliniken Strasbourg (HUS) eine Kooperation im Sinne gemeinsamer Gerätenutzung an. Herr Lörch führt aus, dass aus medizinischen Gründen in Offenburg (Onkologisches Zentrum Ortenau) angestrebt wird, einen Nuklearmediziner einzustellen und einen eigenen PET/CT zu beschaffen. Ob sich dies verwirklichen lässt, steht noch nicht fest. Er empfiehlt Gespräche mit dem Leiter der HUS sobald feststeht, dass sich die eigenen Vorstellungen nicht verwirklichen lassen.

### **SOS Main / Notfallhandchirurgie**

Dr. Seufert und Herr Lörch machen deutlich, dass es in Offenburg derzeit Spezialisten im Bereich Handchirurgie gibt. Allerdings wird der Chefarzt für Handchirurgie am 31.12.2012 seinen Ruhestand antreten. Herr Dr. Maier wird sein Nachfolger.

Das Ortenau Klinikum ist durchaus zu einem Treffen mit dem Vorstand der drei Kliniken (Herr Caoduro) bereit, um mit seinen Kollegen aus Straßburg die Möglichkeiten einer grenzüberschreitenden Kooperation gemeinsam zu erarbeiten, sobald der neue Chefarzt im Bereich Handchirurgie seine Tätigkeit aufgenommen haben wird.

Dr. Hambrecht hebt die Rolle der Sprache bei derartigen chirurgischen Eingriffen hervor. Die Tatsache, dass Patient und behandelnder Arzt vor und während des Eingriffs kommunizieren können, für die Unterzeichnung der verschiedenen Dokumente durch den Patienten etc. Diese essentielle Frage müsste seiner Meinung nach in einer etwaigen Kooperationsvereinbarung vorgesehen sein.

### **Geburtshilfe und Gynäkologie (Praxis AGYL)**

Dr. Hamid hat sich mit 5 anderen Gynäkologen in einer Praxisgemeinschaft im Klinikum Adassa zusammengeschlossen. Auf der Suche nach einer Einrichtung, die über ein MRT-Gerät verfügt, sind sie an einer teilweisen Auslagerung ihrer Operationen in das Klinikum in Kehl interessiert.

*Phase 1, Vorschlag von AGYL:* bei medizinischen und administrativen Instanzen des Ortenau Klinikums Kehl Zeitfenster für Operationen und Krankenhausbetten zu erbeten, um gewisse chirurgische Eingriffe der Patienten von AGYL durchzuführen.

Laut Angaben des Ortenau Klinikums dürfte diese Phase keine Schwierigkeiten bereiten.

Die französischen Ärzte können die technische Ausstattung aus dem Ortenau Klinikum Kehl nutzen und müssten dafür einen Pauschalbetrag (z.B. pro Eingriff) gegenüber dem Ortenau

Klinikum vergüten. Man müsste lediglich klären, ob die französischen Ärzte zusätzliches medizinisches Personal benötigen.

Fragen, die mit der französischen Krankenkasse CPAM abzuklären sind:

- Kann sichergestellt werden, dass die Rückerstattung an die Patienten im Rahmen eines Abkommens schnell erfolgen?
- Wem soll die Eingriffspauschale der CPAM gezahlt werden? Das Ortenau Klinikum würde bevorzugen, nicht direkt mit der CPAM abzurechnen. Das Ortenau Klinikum bevorzugt die Begleichung des Betrags, der direkt durch AGYL verhandelt wurde. So würde lediglich ein Vertragsverhältnis mit AGYL bestehen.

Dr. Seufert merkt an, dass man auch die Vorgehensweise im Falle einer Komplikation, die einen Aufenthalt im Ortenau Klinikum Kehl erfordert, vorher berücksichtigen muss. In diesem Fall müsste die Patientin eine oder mehrere Nächte im Krankenhaus bleiben. Auch diese Regelung für die Kostenübernahme der CPAM müsste im Kooperationsabkommen festgehalten werden.

*Phase 2:* Realisierung von geplanten chirurgischen Eingriffen vorschlagen, die am heutigen Tag im Klinikum Kehl nicht durchgeführt werden können, um das Netzwerk und Behandlungsangebot in enger Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft des Ortenau Klinikums zu vervollständigen.

Das Ortenau Klinikum steht diesem Vorschlag offen gegenüber unter der Bedingung, dass die chirurgischen Eingriffe in einem sehr begrenzten Rahmen stattfinden. Dies soll jegliches Konkurrenzrisiko mit anderen Standorten des Ortenau Klinikums vermeiden. Mit Dr. Hamid müsste noch abgeklärt werden, ob er auch die Behandlung deutscher Patientinnen in Betracht gezogen hat. Laut Herrn Lörch wird sich diese zweite Phase, durch direkte Verhandlungen mit der Praxis AGYL, später konkretisieren lassen.

## **Gastroenterologie**

Dr. Schneider, Gastroenterologe in Straßburg, ist an der Nutzung der technischen Ausstattung in Kehl interessiert, um Magendarmspiegelungen, unter Betäubung mit qualifiziertem französischsprachigem Personal durchzuführen.

Auch hier müsste man sich mit den Krankenkassen einigen unter welchen Konditionen die Eingriffe vorgenommen werden können. Aus Sicht des Ortenau Klinikums ist das Projekt jedoch durchaus umsetzbar.

## **Augenheilkunde**

Dr. Ferrari nimmt Eingriffe (Katarakt) im Klinikum Adassa in Straßburg vor, er sucht jedoch neue Möglichkeiten, vor allem grenzüberschreitend.

Das Ortenau Klinikum ist ebenfalls interessiert und gewillt Dr. Ferrari bei diesem Projekt zu begrüßen. Dr. Seufert erwähnt sogar die Möglichkeit, gemeinsam kostspielige Geräte wie die von Dr. Ferrari genannte Phakomaschine, und Femtolaser zu erwerben, um so Kosten einzusparen. Herr Lörch schlägt vor sich bei den Augenärzten des Ortenau Klinikums über den Ausstattungsbedarf zu informieren.

Abschließend empfiehlt Herr Lörch, keine großen und zahlreichen grenzüberschreitenden Projekte ins Rollen zu bringen, um zu verhindern diese nicht konkretisieren zu können („Projekt für Projekt“).

Er zählt mehrere Beispiele auf, die letztendlich gescheitert sind oder nicht weiter verfolgt wurden (wie z. B. eine deutsch-französische Terminologiesammlung zum Thema Medizin, das wohl vor einigen Jahren von deutschen und französischen Ärzten in Sélestat oder Mulhouse verfasst wurde).

Protokoll und Übersetzung: Zentrum für Europäischen Verbraucherschutz e. V.

## Anhang G6

### Studie für die Schaffung einer Pilotregion für den Zugang zu grenzüberschreitenden medizinischen Leistungen (PZGML)

#### Protokoll der Arbeitssitzung vom 27.06.2012 mit dem Vorstand der Ärztekammer des Départements Bas-Rhin

##### Teilnehmer:

- Dr. Jean-Marie Letzelter**, Vorsitzender der Ärztekammer des Départements Bas-Rhin  
**Frau Dr. Martine Mérigeau**, Vorstand des Zentrums für Europäischen Verbraucherschutz e.V.  
**Herr Christian Tiriou**, Projektleiter am Zentrum für Europäischen Verbraucherschutz e.V.

Dr. Letzelter erklärt, dass er seit einigen Monaten Vorsitzender der Ärztekammer des Départements Bas-Rhin ist.

Frau Dr. Mérigeau präsentiert das Zentrum für Europäischen Verbraucherschutz und die Zielsetzungen des Projekts „Schaffung einer Pilotregion für den Zugang zu grenzüberschreitenden medizinischen Leistungen“, das Dr. Letzelter sehr interessant und nützlich findet.

Frau Dr. Mérigeau fragt Dr. Letzelter zu welchen Bedingungen ein französischer Arzt in Deutschland praktizieren kann. Dr. Letzelter weist darauf hin, dass Ärzte bis vor kurzem lediglich in einem Land und noch allgemeiner an einem einzigen „Standort“ praktizieren konnten. Nun hat die Ärztekammer ihre Ansicht überdacht, um sich den Bedürfnissen der Ärzte anzupassen. Künftig können sich Ärzte an mehreren Standorten niederlassen.  
Bedingung: Der Ort an dem sich die Zweitpraxis befindet muss einen neuen Arzt benötigen.  
Z. B. ein Straßburger Augenarzt beantragt eine Niederlassung in Saverne.

Was die Projekte der ambulanten Chirurgie französischer Ärzte in Deutschland anbelangt, ist Dr. Letzelter der Ansicht, dass dies ebenso eine Genehmigung der Ärztekammer erfordert. Es sei denn, dass es notwendig ist in Deutschland zu arbeiten, um Infrastrukturen vor Ort zu nutzen, die in Frankreich nicht verfügbar wären. In diesem Fall führt Dr. Letzelter aus, dass es für einen Arzt möglich ist, an mehreren Standorten zu praktizieren, und dies grundsätzlich in der Praxis durch die Ärztekammer bewilligt wird.

Dr. Letzelter bestätigt, dass die Wartezeiten für eine MRT auf französischer Seite zu lange sind und die Ärztekammer einem französischen Arzt die Erlaubnis geben würde, seine

Untersuchungen in Kehl durchzuführen. Das gleiche gilt für deutsche Ärzte, die zeitweise in Frankreich intervenieren möchten.

Dr. Letzelter wird sich über die Frage einer gleichzeitigen Niederlassung eines französischen Arztes in Deutschland und Frankreich erkundigen. Er wird demnächst seine Kollegen der Landesärztekammer Baden-Württemberg treffen und wird dabei diese Frage ansprechen.

Er wird auch der Frage über die Berufshaftpflicht der Ärzte nachgehen (Berufshaftpflichtversicherung).

Protokoll und Übersetzung: Zentrum für Europäischen Verbraucherschutz e. V.



## Anhang G7

Studie für die Schaffung einer Pilotregion für den  
Zugang zu grenzüberschreitenden medizinischen Leistungen (PZGML)

### Protokoll der Arbeitssitzung vom 04.07.2012 mit der Leitung des Klinikverbunds Saint Vincent

Teilnehmer:

**Herr Christophe Matrat**, Leiter des Klinikverbunds Saint Vincent

**Herr Jacques Gilain**, Finanz- und Verwaltungsleiter des Klinikverbunds Saint Vincent

**Frau Dr. Martine Mérigeau**, Vorstand des Zentrums für Europäischen Verbraucherschutz e.V.

**Herr Christian Tiriou**, Projektleiter am Zentrum für Europäischen Verbraucherschutz e.V.

Frau Mérigeau stellt kurz das Zentrum für Europäischen Verbraucherschutz (ZEV) vor und daraufhin Herr Matrat den Klinikverbund Saint Vincent (*Groupe Hospitalier Saint Vincent*).

Es handelt sich um eine private Einrichtung ohne "Gewinnerzielungsabsicht" (à but non lucratif) der als gemeinnützig angesehenen Stiftung Vincent de Paul. Sie ist im Rahmen der Daseinsvorsorge tätig. Die Stiftung geht aus der katholischen *Congrégation des Sœurs de la Charité* hervor und wurde vor über 300 Jahren vom Kardinal von Rohan gegründet.

Der Stiftungsvorstand ist Frau Marie-Hélène Gillig, ehemalige Europaabgeordnete und ehemalige beigeordnete Bürgermeisterin von Frau Catherine Trautmann.

Die Stiftung verfolgt vier Haupttätigkeiten zu Gunsten von kranken und älteren Personen sowie Kindern und Personen in Armutsverhältnissen.

Herr Matrat erklärt uns den Aufbau der Gesundheitseinrichtungen in Frankreich:

- Öffentliche Einrichtungen wie die Universitätskliniken Straßburg
- Private Einrichtung ohne "Gewinnerzielungsabsicht" (à but non lucratif)
  - Einrichtungen, die nach einem öffentlichen Finanzierungsmodell arbeiten mit generell vielen Ärzten im Angestelltenverhältnis (wie der Klinikverbund Saint Vincent)
  - Einrichtungen mit einem liberalen Privatfinanzierungsmodus mit wenig angestellten Ärzten

Herr Matrat präzisiert, dass es im Elsass aus historischen Gründen sehr wenige Privatkliniken (gewinnorientiert) gibt. Ein Beispiel davon ist die Clinique de l'Orangerie (gehört zu Vitalia, französische Filiale des Pensionsfonds US Blackstone).

Da es sich um eine deutsch-französische Kooperation handelt, präzisiert Herr Matrat, dass der Klinikverbund Saint Vincent bereits einige deutsche Ärzte beschäftigt. Die Vorsitzende des Ärzteausschusses (Commission Médicale de l'Etablissement) der Clinique de la Toussaint ist auch deutsche Staatsangehörige: Frau Anna Simon.

Herr Matrat führt die verschiedenen möglichen Kooperationen mit der Ortenau auf.

### **Clinique Sainte Anne**

Es handelt sich hierbei um die der Grenze am nächsten liegenden Straßburger Klinik. Interne Medizin mit 250 Betten, Notaufnahme, Chirurgie (Gynäkologie, Urologie, Orthopädie, plastische Chirurgie und Gefäßchirurgie), Zentrum für Dialyse, Onkologie und Chemotherapie

Strahlentherapie mit drei Teilchenbeschleunigern. Sainte Anne spielt in dieser Hinsicht eine Vorreiterrolle. Es besteht eine Kooperationsmöglichkeit mit dem Ortenau Klinikum in diesem Bereich.

Entbindungsstation: Derzeit erfolgen  $\frac{1}{4}$  aller Geburten der Stadtgemeinschaft Straßburg in der Clinique Sainte Anne (2000 Geburten pro Jahr). Deshalb könnte Sainte Anne durchaus ihre technische Ausstattung an das Ortenau Klinikum Kehl vermieten, damit deutsche Gynäkologen mit ihren Patientinnen für Entbindungen nach Straßburg kommen. Falls auf deutscher Seite eine derartige Entscheidung getroffen werden sollte, könnte diese Kooperation schnell umgesetzt werden (ab September so Herr Matrat).

Im Gegenzug dazu ist der Klinikverbund an einer Kooperation im Bereich der Kernspintomographie/Magnetresonanztherapie (MRT). interessiert

Sainte Anne ist auch ein großes Dialysezentrum (mit  $\frac{1}{3}$  aller Dialysen der Stadtgemeinschaft Straßburg). Es stellt sich die Frage, ob diesbezüglich Interesse auf deutscher Seite besteht?

### **Clinique Sainte Barbe**

Augen-, HNO- Kinder- und Krebschirurgie und Medizin

**Schlafzentrum**: mit einer technischen Ausstattung und einem Neurologen für die Behandlung von Schlafstörungen. Europäisches Label. Falls die Ortenau daran interessiert ist, kann der Klinikverbund Saint Vincent natürlich darüber nachdenken, diese Abteilung zu erweitern.

Viszeralchirurgie mit verfügbarer technischer Ausstattung. Betreuung und Behandlung von älteren Personen (Alzheimer usw.).

### **Clinique de la Toussaint**

Betreuung von älteren Personen, Palliativbehandlung (Anna Simon ist Schmerzärztin). In diesem Bereich verfügt die Klinik über ein anerkanntes Knowhow (öffentlich und privat). Psychohygiene mit Patienten, die in der Regel durch niedergelassene Psychiater in Straßburg betreut werden.

Protokoll und Übersetzung: Zentrum für Europäischen Verbraucherschutz e. V.

## Anhang G8

### Studie für die Schaffung einer Pilotregion für den Zugang zu grenzüberschreitenden medizinischen Leistungen (PZGML)

#### Protokoll der Arbeitssitzung vom 09.10.2013 mit der Landesärztekammer Baden-Württemberg

Teilnehmer:

**Dr. med. Ulrich Clever** (Präsident de la Landesärztekammer Baden-Württemberg)

**Frau Dr. Martine Mérigeau**, Vorstand des Zentrums für Europäischen Verbraucherschutz e.V.

**Herr Christian Tiriou**, Projektleiter am Zentrum für Europäischen Verbraucherschutz e.V.

Nach einer kurzen Vorstellung des Zentrums für Europäischen Verbraucherschutz durch Frau Dr. Mérigeau, detailliert Herr Tiriou die Zielsetzungen und den Inhalt des Projekts PZMGL im Eurodistrikt Strasbourg-Ortenau.

Herr Dr. Clever zieht eine Parallele mit anderen Grenzregionen, vor allem mit dem Dreiländereck. Laut ihm ist die AOK Lörrach sehr aktiv in dieser Grenzregion. Es gibt vor allem eine Kooperation mit dem Krankenhaus Rheinfelden in der Schweiz, das deutsche Patienten ambulant chirurgisch behandelt.

Schweizer Patienten überqueren die Grenze, um Rehabilitation in Deutschland zu machen. Für weiterführende Informationen zu diesem Thema:

[http://www.gesundheitsversorgung.bs.ch/themen\\_und\\_projekte-2/gruez.htm](http://www.gesundheitsversorgung.bs.ch/themen_und_projekte-2/gruez.htm)

- Fragen zur Mitgliedschaft von französischen Ärzten bei der Landesärztekammer

Laut Herrn Dr. Clever könnte dies von der Tatsache abhängen, dass der französische Arzt französische oder deutsche Patienten operiert.

Es müsste auch mit der Kassenärztlichen Vereinigung abgestimmt werden. Zudem sind grenzüberschreitende und internationale Fragen meist im Zuständigkeitsbereich der Bundesärztekammer in Berlin.

- Fragen zu deutsch-französischen Fortbildungen von Ärzten innerhalb des Eurodistrikts

Herr Dr. Clever rät uns an, mit Herrn Dr. Ulrich Geiger, Vorsitzender der Kreisärzteschaft Ortenau, in Kontakt zu treten.

Herr Dr. Clever ergänzt, dass er mit verschiedenen für das Projekt förderlichen Ansprechpartnern Kontakt herstellen und versuchen wird, diese für das Projekt zu sensibilisieren um uns daraufhin zu ermöglichen, diese Personen z. B. leichter zu einer Arbeitssitzung einzuladen:

Die AOK, die Techniker Krankenkasse (Andreas Vogt, Leiter der TK-Landesvertretung Baden-Württemberg), die Kassenärztliche Vereinigung, die Bundesärztekammer, der Verband der Ersatzkassen (Walter Scheller, Leiter der VDEK Baden-Württemberg)

Er wird ebenfalls mit Herrn Dr. Letzelter, Präsident der Ärztekammer des Départements Bas-Rhin, Kontakt aufnehmen.

Protokoll : Zentrum für Europäischen Verbraucherschutz e.V.

Protokoll und Übersetzung: Zentrum für Europäischen Verbraucherschutz e. V.

## Anlage G9

### Studie über die Schaffung einer Pilotregion für den Zugang zu grenzüberschreitenden medizinischen Leistungen (PZGML) im Eurodistrikt Strasbourg-Ortenau

#### Protokoll der Sitzung vom 05.12.2012 mit der Agence Régionale de Santé d'Alsace (ARS)

##### Teilnehmer:

**Herr Jean-Pierre Haertel** (Berater für internationale Kooperationen, Agence Régionale de Santé d'Alsace)

**Herr Christian Tiriou** (Projektleiter beim Zentrum für Europäischen Verbraucherschutz e.V.)

##### Kontext

Ein erstes Treffen fand im März 2012 statt. Anlässlich dieses Treffens hatte Herr Härtel seine Hilfe bei Bedarf für die Umsetzung der Zielsetzungen der Studie über die Schaffung einer PZGML angeboten.

Ein Teil der vom Zentrum für Europäischen Verbraucherschutz (ZEV) durchgeführten Studie betrifft die Durchführung einer Bestandsaufnahme des im Eurodistrikt Strasbourg-Ortenau verfügbaren Versorgungsangebots.

Das ZEV hat Herrn Haertel im Oktober 2012 im Rahmen seiner Recherchearbeit kontaktiert um präzisere Angaben über das in der Stadtgemeinschaft Straßburg verfügbare Versorgungsangebot, vor allem im Hinblick auf Großgeräte zu erhalten. In der Tat sind auf der Website der ARS Daten aufgeführt, jedoch gehen diese Angaben über die „Grenzen“ des Eurodistrikts hinaus.

Anfang Dezember hat Herr Haertel Herrn Tiriou vorgeschlagen, bei ihm im Büro vorbeizuschauen, um ihm einige Informationen zu übergeben.

##### Sitzung

Herr Haertel erklärt eingangs, dass es nicht einfach sei, die gesuchten Informationen die CUS betreffend zu erhalten, jedoch ein Antrag an das zuständige Statistikamt gesandt worden sei.

Herr Haertel detailliert die Zahlen und Informationen, die er an das ZEV übermitteln kann, jedoch bedarf es einer vorherigen Zustimmung der dafür zuständigen Abteilung der ARS, bzw. sogar von Herrn Laurent Habert, Leiter der ARS. Das ZEV erhält auf jeden Fall eine Antwort innerhalb einer Woche.

Herr Haertel erklärt, dass die ARS natürlich nichts gegen die Idee habe, mit deutschen Partnern zusammenzuarbeiten, jedoch grenzüberschreitende Abkommen sehr schwierig zu gestalten seien. Er nennt das Beispiel der seit ungefähr zwei Jahren geführten Diskussionen im Rahmen des Vorhabens eines Abkommens mit dem Epilepsiezentrum Kork.

Er erklärt über die Tatsache überrascht zu sein, dass uns die deutschen Kliniken unseren Fragebogen beantwortet haben, da diese nicht mehr zur Gewohnheit haben, eine Bestandsaufnahme ihrer Einrichtung aufgrund von Werbung/Konkurrenz zu kommunizieren.

Für Herrn Haertel haben die Franzosen eine sehr „nationale/regionale“ Vision der Gesundheitsplanung. „Jeder erwirbt seine Einrichtung in seinem Land“. Grenzüberschreitende Angelegenheiten stellen keine Priorität dar und betreffen zudem eine Minderheit von Patienten.

Außerdem ermutigen die Unterschiede der Sprache, des Gesundheitssystems und der Tarifierung nicht zur Kooperation.

Herr Haertel stellt auch fest, dass die ARS wenig für neue grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich ersucht werde. Er erinnert daran, dass die ARS der einzige Ansprechpartner für alle neue grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich sei. Jede Kooperation müsste laut ihm gemäß der Regeln des *Deutsch-französisches Rahmenabkommen über grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich* erfolgen und die ARS der ernannte französische Unterzeichner in diesem Abkommen sei.

Er bestätigt, dass die Situation auf deutscher Seite flexibler sei, da wie z. B. für das Abkommen mit Kork, die Gesundheitseinrichtung selbst Unterzeichner des Abkommens sei. Er fügt hinzu, dass sich die AOK für dieses Dossier interessiert habe, aber sicherlich eher aus wirtschaftlichen Gründen (Kundenfreundlichkeit). Das Problem hierbei wäre natürlich, dass die anderen Mitglieder gesetzlicher Krankenkassen nicht repräsentiert wären.

Er präzisiert ebenso, dass es im Fall einer Vereinbarung durch das Deutsch-französisches Rahmenabkommen die in der Vereinbarung verankerten Regelungen auf französischer Seite automatisch für alle Krankenversicherten gelten würden. Zudem wäre die CPAM Bas-Rhin in Prinzip nicht der Unterzeichner. Wie steht es diesbezüglich auf deutscher Seite?

Herr Tiriou präzisiert daraufhin die Zielsetzungen des Projekts ZOAST, über die wahrscheinliche Reichweite und die etwaigen positiven Auswirkungen des Projekts.

Protokoll und Übersetzung: Zentrum für Europäischen Verbraucherschutz



## Anhang G10

Studie für die Schaffung einer Pilotregion für den  
Zugang zu grenzüberschreitenden medizinischen Leistungen (PZGML)

### Protokoll der Arbeitssitzung vom 06.12.2012 mit der Leitung des Centre de Lutte Contre le Cancer (CLCC) Paul Strauss

#### Teilnehmer:

**Prof. Patrick Dufour**, Leiter des Centre de Lutte Contre le Cancer (CLCC) Paul Strauss

**Frau Dr. Martine Mérigeau**, Vorstand des Zentrums für Europäischen Verbraucherschutz e.V. (ZEV)

**Herr Christian Tiriou**, Projektleiter am Zentrum für Europäischen Verbraucherschutz e.V.

#### Vorstellung des ZEV und des Projekts PZGML

Frau Dr. Mérigeau stellt Herrn Prof. Dufour die allgemeinen Tätigkeitsbereiche des Zentrums für Europäischen Verbraucherschutz vor, vor allem das Projekt PZGML an dem das ZEV seit etwa einem Jahr arbeitet.

Frau Dr. Mérigeau detailliert die verschiedenen vorstellbaren Kooperationsprojekte im Eurodistrikt Strasbourg-Ortenau, aber ebenso die Hindernisse die der Unterzeichnung von grenzüberschreitenden medizinischen Kooperationen an der deutsch-französischen Grenze im Wege stehen.

#### Vorstellung des CLCC Paul Strauss

Prof. Dufour präsentiert daraufhin das Centre de Lutte Contre Le Cancer Paul Strauss. Das CLCC Paul Strauss ist Mitglied des Klinikverbandes UNICANCER und des französischen Verbands der Zentren für Krebsbekämpfung (insgesamt 18 Zentren in Frankreich).

Die CLCC sind private Einrichtungen ohne "Gewinnerzielungsabsicht" (à but non lucratif) die folgende Ziele im Bereich der Onkologie verfolgen: Gesundheitsvorsorge, Behandlung, Recherche und Ausbildung. Im Gegensatz zum klassischen Organisationschema der französischen Krankenhäuser werden die CLCC durch Mediziner geleitet. Die CLCC unterliegen der französischen *tarification à l'activité* (Fallpauschale), dürfen keine freiberufliche Tätigkeit ausüben und die gesetzlich festgelegten Sätze der Krankenkassen nicht übersteigen.

Die Zentren verfolgen ihre Tätigkeit im Bereich der Medizin, Chirurgie und Strahlentherapie.

Das CLCC Paul Strauss Straßburg wurde 1923 gegründet, derzeit verfügt es über 150 Betten für stationäre Behandlung und 40 Plätze in der Tagesklinik und beschäftigt in etwa 500 Angestellte in Vollzeit (darunter 60 Ärzte);

### **Vorhaben der Schaffung eines Instituts zur Krebsbekämpfung auf regionaler Ebene**

Die Universitätskliniken Straßburg und das CLCC Paul Strauss beabsichtigen, bis 2017/2018 innerhalb eines Instituts zur Krebsbekämpfung auf regionaler Ebene die Teams und die technischen Mittel beider Einrichtungen zusammenzuschließen: in der medizinischen Onkologie, der Hämatologie, der Onkobiologie, der Strahlentherapie sowie der im Centre Paul Strauss ausgeübten onkologischen Chirurgie in Verbindung mit der technischen Ausstattung der medizinischen Bildgebung.

Im Elsass ist es die einzige zugelassene Einrichtung für Kinderstrahlentherapie und einige der wenigen für die Behandlung für Kleinkinder (<5 Jahre) mit Vollnarkose bei Strahlentherapie.

### **Fachbereiche des CLCC Paul Strauss:**

#### BEHANDLUNG

- Chirurgie

Für Schilddrüsentumor ist es eines der größten Zentren in Frankreich. Es ist auch im Bereich Brusttumor und in der Gynäkologie spezialisiert.

- Abteilung für medizinische Onkologie (für alle Krebsarten)

12.000 Chemotherapie Behandlungen im Jahre 2011

- Strahlentherapie

Schwerpunkt in der Strahlentherapie (5 Teilchenbeschleuniger und ein 6. für 2013 geplant), es verfügt über sehr innovative Geräte: Novalis Astro TX ist ein Vorreitergerät in diesem Bereich, da es sehr präzise mit weniger als 1mm Spielraum bestrahlt, 1 Tomotherapiegerät und ein zweites ist ebenso für 2013 geplant.

- Brachytherapie

Das CLCC ist das einzige Zentrum für Brachytherapie in ganz Elsass (z. B. Prostatakrebs, gynäkologische Tumore, Auge etc.)

- Begleitende Behandlungen und Maßnahmen:

Maßnahmen über die Behandlung hinaus, die dem Krebspatienten ermöglichen seine Krankheit und seine Medikamente besser zu ertragen (Physiotherapie, Ernährungsberatung, psychologischer und sozialer Ansatz und Kosmetikbehandlungen).

- Technische Ausstattung an Nuklearmedizin

2013 ist es vorgesehen, dass das CLCC Paul Strauss einen zusätzlichen PET-Scan erwirbt. Derzeit gibt es einen PET-Scan in Kooperation mit den Universitätskliniken Straßburg, jedoch

verfügen beide Einrichtungen ab 2013 über ihr eigenes Gerät. Die Technische Ausstattung der Nuklearmedizin verfügt über zwei Gammakameras und einen Gamascanner sowie eine Abteilung für Stoffwechsel-Strahlentherapie (zwei Zimmer).

## WEITERBILDUNG

Das Zentrum beschäftigt 5 spezialisierte Professoren (medizinische Onkologie, Strahlentherapie, Chirurgie, Gesundheitswissenschaften). Es organisiert jedes Jahr ein Weiterbildungsprogramm für die Mediziner und die Pflegekräfte.

## FORSCHUNG

Das Institut zur Krebsbekämpfung auf regionaler Ebene möchte ein europäisches Spitzenniveau im Bereich der klinischen Forschung erreichen.

15% der Patienten sind bereits jetzt in klinische Forschungsprojekte integriert; dies entspricht der auf französischer Ebene festgesetzten Zielsetzung. Das CLCC Paul Strauss möchte in den nächsten drei Jahren 20% erreichen.

## Grenzüberschreitende Kooperationen

Le CLCC Paul Strauss nimmt an 2 grenzüberschreitenden Initiativen im Bereich der Krebsbekämpfung teil oder hat daran teilgenommen:

- Die OAO (*Oberrheinische Arbeitsgemeinschaft für Onkologie*): Onkologenverband des Oberrheins; jedoch wurde dieses Projekt vor fünf Jahren nicht fortgeführt.
- Das EuCC (*European Cancer Center*) umfasst die Universitäten von Straßburg, Freiburg und Basel. Diese forschungsorientierte Expertengruppe trifft sich einmal im Jahr um Wissen und Know-How auszutauschen. Finanzielle Zuwendungen ermöglichen sogar Praktika/Studium (Fortbildungen) der Forscher im Nachbarland zu finanzieren.

Es gibt auch informellere Kooperationen/Sitzungen auf Freiwilligenbasis oder verbunden mit persönlichen Initiativen.

Herr Prof. Dufour erläutert, dass die durch das CLCC Paul Strauss angeregten seltenen « grenzüberschreitenden Erfahrungen » aufgegeben wurden. Z. B. eine mit dem Rehabilitationszentrum *MediClin Staufenburgklinik Durbach* wurde trotz beiderseitigem Interesse und intensiviertem Kontakt mit der deutschen Klinik aufgrund von administrativen Problemen der Übernahme von Kosten für die ärztliche Behandlung aufgegeben.

Das CLCC Paul Strauss hatte Patienten 2011 in die deutsche Klinik gesandt, da diese in Diätologie und Ernährungstherapie (vor allem für Krebspatienten) spezialisiert ist. Auf französischer Seite gibt es keine wirklichen Alternativen.

Es konnte schließlich bis dato auch keine Kooperationsvereinbarung mit der ARS oder den Krankenkassen konkretisiert werden.

Es gibt jedoch eine Kooperation mit der Physiotherapeutenschule in Kehl.

Prof. Dufour erwähnt ebenfalls ein bei gewissen im Grenzgebiet lebenden Patienten aufgetretenes Problem bei der Kostenübernahme von im Rahmen ihrer Behandlung im Institut verwendeten Medikamenten.

Da er diese Fälle nicht detailliert kannte, rät Prof. Dufour dem ZEV direkt mit seiner Kollegin aus der Finanz- und Verwaltungsabteilung Frau Agnès Grivet (0388252401) – Sekretärin Frau Jakob – in Kontakt zu treten, die diese Problematik näher erläutern kann.

Er erklärt ebenso, dass es gewisse Behandlungsarten in Frankreich nicht bzw. selten gibt und die französischen Patienten demnach die Grenzen überqueren, um diese zu erhalten. In diesem Fall sind sie verpflichtet sich im Voraus eine Genehmigung ihrer Kasse einzuholen und dies erschwert natürlich den Vorgang.

z. B.: methabolische Strahlentherapie (DOTATOC Therapie) verfügbar in der Schweiz jedoch nur wenige Patienten betrifft (ungefähr 5 Patienten pro Jahr im CCLC Paul Strauss).

### **Erwägbare Kooperationen für CLCC Paul Strauss**

**PET-Scan:** Es besteht Bedarf an Nuklearmedizinern, um das Gerät zu benutzen und die Untersuchung beim Patienten durchzuführen. Es wäre sinnvoll, ein flexibles System mit der deutschen Seite aufzubauen.

Für die Sprachbarrieren und den Krankentransport müssen noch Lösungen gefunden werden. Wer übernimmt die Kosten für den Transport? Um die Sprachbarrieren zu überwinden, besteht die Möglichkeit den Empfang der deutschen Patienten durch deutschsprachiges Personal des CLCC Paul Strauss zu gewährleisten falls es in der Ortenau keine verfügbaren Nuklearmediziner gibt.

**MRT:** Auch hierfür müsste ein flexibles, einfaches und interaktives System geschaffen werden. Ein Bereitschaftssystem, d. h. dass im ganzen Eurodistrikt der Patient (Franzosen oder Deutsche) direkt dahin gesandt wird, wo die Untersuchung am schnellsten stattfinden kann.

### **Strahlentherapie**

Die Strahlentherapie ist DER Bereich in dem eine grenzüberschreitende Kooperation zweckdienlich wäre. Sehr oft handelt es sich um Langzeittherapien (20-25 Behandlungstermine) und es wäre folglich einfacher für Kehler Behandlungen in Straßburg aufgrund der geographischen Nähe durchführen zu lassen.

Es muss lediglich ein Abkommen für die Zeitfenster gefunden werden. Es ist in der Tat ein idealer Sektor für die Kooperation und würde dem CLCC Paul Strauss ermöglichen, leichter eine kritische Masse an Patienten zu erreichen, somit mehr Finanzierung zu erhalten und sich demnach noch besser auszustatten und das bedeutet wiederum eine Verbesserung in jeglicher Hinsicht.

Der Ortenaukreis könnte ebenfalls am sehr spezialisierten Bereich der Kinderstrahlentherapie interessiert sein. Dies sind sehr seltene Fälle (ungefähr zehn jährlich), jedoch grundsätzlich sehr heikle Angelegenheiten: das junge Kind muss anästhesiert werden um die Bestrahlung durchführen zu können. Dies ist nicht immer umgehend möglich, also muss folglich die Familie beruhigt werden etc.

Das CLCC hat im Bereich der Onkobiologie, eine Laborarbeit über Humangenetik, ein Abkommen mit dem Universitätsklinikum. Ab Februar 2013 gibt es diesbezüglich zwei Sequenzierautomaten geben. Dies könnte ebenfalls die deutsche Seite interessieren.

Prof. Dufour präzisiert schließlich, dass der Ansprechpartner für das ZEV unter anderem der stellvertretende Leiter des CLCC Paul Strauss, Herr M. Rossini, sein wird.

Protokoll und Übersetzung: Zentrum für Europäischen Verbraucherschutz e. V.

## Anlage G11

Studie über die Schaffung einer Pilotregion für den Zugang zu  
grenzüberschreitenden medizinischen Leistungen (PZGML) im Eurodistrikt  
Strasbourg-Ortenau

### Protokoll der Sitzung vom 13.12.2012 mit den Universitätskliniken Straßburg

#### Teilnehmer:

**Herr Christophe Masutti** (Direktion der Universitätskliniken Straßburg, europäische und internationale Kooperation und Rechtsstreitigkeiten )

**Frau Marie Atabong Chinda** (Direktion der Universitätskliniken Straßburg europäische und internationale Kooperation und Rechtsstreitigkeiten, technische Koordinierung /europäische Projekte)

**Frau Dr. Martine Mérigeau** (Vorstand des Zentrums für Europäischen Verbraucherschutz e.V. )

**M. Christian Tiriou** (Projektleiter Zentrum für Europäischen Verbraucherschutz e.V.)

#### Sitzung

Herr Masutti erläutert die Schwierigkeiten der deutsch-französischen Zusammenarbeit im Bereich Gesundheit, unter anderem zurückzuführen auf historische Gründe und regionale Besonderheiten.

Seiner Ansicht nach kann es keine medizinische Kooperation geben ohne parallel dazu auch eine Kooperation im Bereich Forschung zu schaffen. Eine Besonderheit im Oberrhein ist, dass es in dieser Grenzregion auf beiden Seiten eine große Anzahl von Forschern gibt, jedoch sehr wenige Kooperationen oder gemeinsame Veröffentlichungen.

Herr Masutti und Frau Atabong Chinda erläutern die wenigen bestehenden grenzüberschreitenden Kooperationen von Kliniken im Eurodistrikt Strasbourg-Ortenau, bzw. am Oberrhein:

#### 1. Epilepsie

Die wichtigste grenzüberschreitende Kooperation im Bereich Epilepsie besteht seit 2009 zwischen den Universitätskliniken Straßburg und dem Epilepsiezentrum Kork. Es handelt sich

hierbei um ein INTERREG Projekt mit dem Ziel, diesbezüglich ein multidisziplinäres Expertenteam im Bereich Gesundheit und Forschung zu finanzieren.

Die Kooperation betrifft medikamentenresistente Epilepsiefälle mit etwa zehn Patienten jährlich. Die französischen und deutschen Ärzte der Universitätskliniken Straßburg und dem Epilepsiezentrum Kork arbeiten derzeit zusammen und es erfolgt ein Austausch im Bereich von Behandlungsarten und Knowhow.

Ein Aspekt des Projekts bestand darin, mit den zuständigen Behörden für Patienten die Kostenerstattung für Behandlungen im jeweiligen Zentrum zu formalisieren. Derzeit läuft ein Projekt zur Schaffung einer Vereinbarung, welches die Krankenkassen einbezieht und in Frankreich von der ARS geleitet wird.

## 2. Kinderchirurgie

Die Universitätskliniken Straßburg und das Ortenau Klinikum haben 2009 eine Partnerschaftvereinbarung im Bereich Kinderherzchirurgie mit folgenden Zielen abgeschlossen:

- Punktuelle Einsätze von französischen Ärzten in der deutschen Klinik,
- Fortbildungen für Mediziner des Ortenau Klinikums durch Ärzte der Universitätskliniken Straßburg
- Möglichkeit für chirurgischen Interventionen in Kehl (durch französische Ärzte) oder in Straßburg falls nötig
- eine Zusammenarbeit beider Krankenhäuser in Notfällen

## 3. Kooperation bei der Behandlung von Schwerbrandverletzten

Außerhalb des Eurodistrikt schildert Herr Massuti die deutsch-französische Zusammenarbeit für die Behandlung von Schwerbrandverletzten, die durch die französischen Notärzte, welche Alternativen für eine bessere Behandlung ihrer Patienten suchten, ins Leben gerufen wurde.

Seit 2005 besteht eine Zusammenarbeit mit dem Schwerbrandverletztzentrum der BG-Unfallklinik Ludwigshafen, eine in der Behandlung von Opfern schwerer Verbrennungen spezialisierte Einrichtung. Elsässische Patienten werden dorthin verlegt, wenn das Centre Hospitalier Régional in Metz, im Bereich Opfern schwerer Verbrennungen die einzige spezialisierte Einrichtung in der französischen Großregion Nord-Ost, sie nicht aufnehmen kann.

Frau Dr. Mérigeau und Herr Tiriou gehen auf die durch den Eurodistrikt Strasbourg-Ortenau für 2012 gewünschten Zielsetzungen der Studie ein.

Frau Dr. Mérigeau unterstreicht vor allem die Wichtigkeit, Patienten und Ärzte über die neuen Patientenrechte in Europa zu informieren. Sie erläutert, dass dieser Informationsmangel über die anwendbaren Vorschriften ein wahrhaftiges Hindernis im Hinblick der Patienten- und Ärztemobilität in Europa darstelle.

Zudem werden die Versorgungsangebote auf beiden Seiten des Rheins, die Gesundheitsplanung, die an der Grenze anhält, das „traditionelle“ Misstrauen und die



großen Unterschiede zwischen beiden Krankenkassensystemen die schwachen Fortschritte im Bereich der Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich trotz des deutsch-französischen Rahmenabkommens über grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich aus dem Jahre 2005 verkannt.

### Radiologie (PET-Scan / MRT)

Frau Dr. Mérigeau führt das Beispiel der Radiologie auf, v. a. den PET-Scan, denn ab 2013 verfügt die Stadtgemeinschaft Straßburg über 2 Geräte. Dennoch erwägt das Ortenau Klinikum Offenburg den Erwerb eines eigenen PET-Scans. Eine gemeinsame Nutzung der Großgeräte mit den Kliniken der Stadtgemeinschaft Straßburg wäre in finanzieller Hinsicht zweckdienlicher.

Herr Masutti bestätigt, dass eine Zusammenarbeit mit den deutschen Nachbarn im Bereich der gemeinsamen Nutzung von Großgeräten, wie den PET-Scan in Erwägung gezogen werden könne.

Umgekehrt müsste die Möglichkeit, französische Patienten der Universitätskliniken Straßburg für MRT Untersuchungen nach Kehl zu schicken, überprüft werden. Im Nouvel Hôpital Civil (NHC), verfügen die Universitätskliniken Straßburg über eine gute technische Ausstattung im Bereich Radiologie, welche prinzipiell ermöglicht, der Anfrage von stationären Patienten und Krebsdiagnosen zu entsprechen.

Herr Masutti schlägt vor, sich diesbezüglich zu informieren, um zu überprüfen, ob eine Zusammenarbeit mit Kehl angemessen wäre, vor allem um die Wartefristen der Patienten zu verringern.

### Ausbildung - Forschung

Über die Möglichkeit von medizinischen Kooperationen hinaus, ist Herr Masutti der Ansicht, dass die deutsch-französische Zusammenarbeit im Bereich Fortbildung, Ausbildung und Forschung verstärkt werden sollte.

Hierfür wäre es sinnvoll das Institut de Formation en Soins Infirmiers – IFSI - (Schwesterschule), Teil der Universitätskliniken Straßburg, zu integrieren, das den grenzüberschreitenden Bereich zu entwickeln möchte. Das IFSI hat erst kürzlich eine ERASMUS Akkreditierung erhalten.

Herr Masutti erwähnt ebenso den Geriatriebereich, der statistisch gesehen in den nächsten Jahren sowie in deutschen als auch in französischen Krankenhäusern und Kliniken stark zunehmen wird. Er spricht vor allem über die Rolle der geriatrischen Abteilung im Universitätsklinikum Straßburg, der sich seit einigen Jahren an der Ausbildung von „Helfern“ arbeitet. Dies könnte ebenso Gegenstand einer Zusammenarbeit und von Austausch auf beiden Seiten des Rheins werden.

In allen betroffenen Bereichen, wäre es angebracht, die „best practices“ zu bestimmen, die Ressourcen und Mittel zu verbinden, um grenzüberschreitende Kompetenzzentren, wie das in Kork, zu schaffen.

### Projekt einer regionalen Beobachtungs- und Prüfstelle im Gesundheitsbereich

Herr Masutti erläutert schließlich die Idee der Schaffung einer regionalen Beobachtungs- und Prüfstelle im Gesundheitsbereich, woran sich verschiedene Partner der Uniklinik Straßburg beteiligen könnten.

Diese grenzüberschreitende Gesundheitsbehörde könnte eine Plattform für Information und Austausch zwischen Kliniken und Ärzten werden, mit Bestandsaufnahmen des Vorsorgeangebots in der Grenzregion.

Protokoll und Übersetzung: **Zentrum für Europäischen Verbraucherschutz**

# VORTRÄGE UND KONFERENZEN

Einrichtung	Teilnehmer	Ort	Datum
Dreiländerkonferenz «Vorsorge und Gesundheitsförderung»	Frau Dr. Mérigeau, Herr Tiriou	Regierungspräsidium Karlsruhe Abt. ORK	18/04/2012
Hitradio Ohr	Herr Schulz, Herr Tiriou	Hitradio Ohr	02/07/2012
Radio Judaïca	Herr Tiriou	Radio Judaïca Straßburg	11/10/2012
<b>Deutsch-französische Konferenz: Unionsbürgerschaft, Patientenfreizügigkeit und Begrenzung der Ausgaben für Gesundheit</b> Ausgerichtet von: Institut de l'Ouest (IODE; UMR, CNRS 6262) Max-Planck Institut für Sozialrecht und Sozialpolitik, Abteilung ausländisches und internationales Privatrecht (MPI München)	Frau Dr. Mérigeau, Herr Schulz, Herr Tiriou	Universität Rennes Fakultät für Rechts- und Politikwissenschaften	15 + 16. 11.2012
<b>37. Kongress der FEHAP</b> «Der gemeinnützige Privatsektor vor europäischen Herausforderungen»	Vortrag von Frau Dr. Mérigeau über das Thema: grenzüberschreitende Kooperationen: Hindernisse und Möglichkeiten? Wie kann man die strategische Position Frankreichs im Hinblick seiner vielen Nachbarstaaten nutzen? Welche Gesichtspunkte gibt es bei der Umsetzung von Kooperationen? Hindernisse? Erleichterung dank des europäischen Aufbaus?	Europäisches Parlament und im «Palais des Congrès» Straßburg	18, 19 + 20. 12. 2012

**SCHAFFUNG  
EINER PILOTREGION FÜR DEN ZUGANG ZU  
GRENZÜBERSCHREITENDEN MEDIZINISCHEN LEISTUNGEN  
(PZGML) IM EURODISTRIKT STRASBOURG  
ORTENAU**

## FRAGEBOGEN FÜR KRANKENHÄUSER UND KLINIKEN IM EURODISTRIKT STRASBOURG-ORTENAU

### KONTAKTDATEN

Name des Krankenhauses/der Klinik:

Gesellschaftsform des Krankenhauses/der Klinik:

- Öffentlich  
 Privat

Klinikleitung:

Adresse:

### WELCHE AUFNAHMEKAPAZITÄT BESITZT IHRE EINRICHTUNG?

Anzahl der Betten:

### PERSONAL

Gesamtanzahl der Angestellten:  
(Krankenschwestern/Krankenpfleger,  
Krankenpflegehelfer, Fach- und Verwal-  
tungspersonal)

### ANZAHL DER ÄRZTE

Angestellt:

Freiberuflich:

In der Medizin:

In der Chirurgie:

### TECHNISCHE AUSSTATTUNG

Anzahl:

Um welche technische Ausstattung handelt es sich? z. B.: Operationssäle, Abteilungen für stationäre Behandlungen, Abteilungen für ambulante Behandlungen etc.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**SCHAFFUNG  
EINER PILOTREGION FÜR DEN ZUGANG ZU  
GRENZÜBERSCHREITENDEN MEDIZINISCHEN LEISTUNGEN  
(PZGML) IM EURODISTRIKT STRASBOURG  
ORTENAU**

**FRAGEBOGEN FÜR KRANKENHÄUSER UND KLINIKEN IM EURODISTRIKT STRASBOURG-ORTENAU**

**FACHBEREICHE IN IHRER KLINIK**

z. B. Kinderchirurgie, Strahlentherapie etc.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**GROSSGERÄTE**

**ART DES GERÄTS**

**ANZAHL**

<input type="checkbox"/> MRT	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> PET-Scan	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Gammakamera	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> CT	<input type="text"/>

Wir bitten Sie, den ausgefüllten Fragebogen so bald als möglich per E-Mail ([tiriou@cec-zev.eu](mailto:tiriou@cec-zev.eu)), per Fax (0049 / 7851 991 48 11) oder Brief an folgende Adresse zurückzusenden:

Zentrum für Europäischen Verbraucherschutz e.V.  
Bahnhofsplatz 3  
D-77694 Kehl



**EVTZ Eurodistrikt Strassbourg-Ortenau**  
**Fabrikstrasse 12**  
**D- 77694 Kehl**  
**Tél.: +49 (0) 7851 899 75 10**  
**[www.eurodistrict.eu](http://www.eurodistrict.eu)**

**Centre Européen de la Consommation**  
**Zentrum für Europäischen Verbraucherschutz e.V.**  
[www.cec-zev.eu](http://www.cec-zev.eu)

---

**Zentrum für Europäischen Verbraucherschutz e.V.**  
**Bahnhofplatz 3**  
**D- 77694 Kehl**  
**Tél: +49 (0) 7851 991 0**  
**[www.cec-zev.eu](http://www.cec-zev.eu)**