

Gesundheit ohne Grenzen

Mobilität von Gesundheitsdienstleistungen am Oberrhein

Kongress in Karlsruhe
am 23. Oktober 2003

Dokumentation



Baden-Württemberg
SOZIALMINISTERIUM

Von
Kopf
bis
Fuß



Wirtschaftsfaktor
Gesundheit



Gesundheit ohne Grenzen – Mobilität von Gesundheitsdienstleistungen am Oberrhein Kongress am 23. Oktober 2003 in Karlsruhe

Inhaltsverzeichnis	Seite
Rede von Sozialminister Dr. Friedhelm Repnik MdL Anlässlich des Kongresses „Gesundheit ohne Grenzen – Mobilität von Gesundheitsdienstleistungen am Oberrhein“ am 23. Oktober 2003 in Karlsruhe	3
Dr. Franz Terwey, Direktor Europavertretung der Deutschen Sozialversicherung (DSVE) und European Social Insurance Partners (ESIP) Sozialversicherung und europäische Integration	9
Cristina Montesinos-Handtrack, Sozialministerium Baden-Württemberg Baden Württemberg im Europa der Regionen	11
Thomas Köhler, INFOBESTen am Oberrhein Wo der Schuh drückt: Grenzüberschreitender Beratungsbedarf im Bereich Gesundheit aus der Sicht der Bürgerinnen und Bürger am Oberrhein	12
Dr. med. Gilbert Weill, Regionaldirektor des Medizinischen Dienstes Elsaß-Mosel Französisch-Deutsche Net-Link	14
Dr. Gerhard Dieter, Vorsitzender Kassenärztliche Vereinigung Südbaden Deutsch – Schweizerische Kooperationen im Bereich der Krankenversicherung	18
Roland Sing, Vorsitzender des Vorstands AOK Baden-Württemberg Handlungsansätze und Perspektiven grenzüberschreitender Aktivitäten im Gesundheitswesen	19
Dr. rer.pol. Franz Hahn, Verwaltungsdirektor der St. Josefsklinik Offenburg Kooperation St. Josefsklinik Offenburg mit dem Centre Hospitalier Sélestat – Mehr als ein Erfahrungsaustausch	20

Dr. Adelheid Wiemer-Kruel, Leitende Oberärztin der Klinik für Kinder und Jugendliche am Epilepsiezentrum Kork Zusammenarbeit des Epilepsiezentrum Kork mit den Straßburger Universitätskliniken Haute Pierre und Hopital Civil	22
Bernhard Grotz, Kaufmännischer Direktor des Herz-Zentrums Bad Krozingen Kooperation Herzzentrum Bad Krozingen mit der Klinikgruppe Groupe Hospitalier Privé du Centre Alsace	24
Hubert Seiter, Geschäftsführer der LVA Baden-Württemberg Kur und Reha ohne Grenzen	25
René Marbach, Direktor, CPAM Hagenau Finanzierung von Kuren und Rekonvaleszenz in Frankreich	27
PD Dr. Bernd Hartmann, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg und Prof. Dr. Georges Schaff, Université Louis Pasteur Strasbourg Möglichkeiten und erste Erfahrungen grenzüberschreitender Zusammenarbeit in der Balneologie	29
Dr. Bernard Klaiber, Medizinischer Leiter des Thermalbades Niederbronn-les-bains Thermalbereich: Medizinische Leistungen und Anknüpfungspunkte für eine grenzüberschreitende Zusammenarbeit	30
Ralf Rubsamen, Geschäftsführer der Kur und Bäder GmbH Bad Krozingen Chancen und Risiken einer grenzüberschreitenden Zusammenarbeit bei der ambulanten und stationären Rehabilitation	31
Dietrich Schmidt, Geschäftsführer der Touristik-Gemeinschaft Baden-Elsass-Pfalz Chancen und Grenzen eines gemeinsamen Marketings	32
Markus Matz, stv. Geschäftsführer der Kur und Bäder GmbH, Bad Krozingen Chancen und Risiken einer grenzüberschreitenden Zusammenarbeit bei der ambulanten und stationären Rehabilitation	32
Andreas Vogt, Leiter der Techniker Krankenkasse, LV Baden-Württemberg Europa als Herausforderung für das deutsche Gesundheitswesen	33



**Rede von Sozialminister Dr. Friedhelm Repnik MdL
Anlässlich des Kongresses „Gesundheit ohne Grenzen
– Mobilität von Gesundheitsdienstleistungen am Oberrhein“
am 23. Oktober 2003 in Karlsruhe**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hier in der Nachbarschaft haben einst europäische Bürger zum ersten Mal in friedlicher Absicht Schlagbäume niedergelegt und damit ihre Vision von einem geeinten Europa öffentlich demonstriert. Heute, viele Jahre später, hat dieses geeinte Europa große Fortschritte gemacht. Darauf sind wir gemeinsam stolz. „Schengen“ hat die sichtbaren Grenzen in Europa fast beseitigt. Trotzdem gibt es immer noch Hindernisse. Und ähnlich wie die engagierten Bürger der ersten Stunde sind wir aufgerufen, nicht nur auf die große Lösung von oben zu warten, sondern unseren Teil dazu beizutragen, dass in unserer Region Entwicklungen möglich werden, die unsere Bürger brauchen.

Deshalb freue ich mich sehr, dass die gemeinsame Initiative von Sozialministerium, Landesgewerbeamt und Ihnen, Herr Präsident Zeller, zum heutigen Kongress von solch großer Resonanz begleitet ist. Das Thema „Gesundheit ohne Grenzen“ ist aber auch ein gewaltiger Anspruch, dem wir uns in einem „Europa ohne Grenzen“ hier stellen. Denn wir wissen, dass es gerade auf dem Gebiet der Gesundheits- und Sozialpolitik in Europa noch vieles zu tun gibt, um gemeinsame und grenzüberschreitende Lösungen in vielen Fragen zu erreichen. Der Kongress verfolgt daher das Ziel, am Oberrhein auf dem Gebiet des Gesundheitswesens

- Grenzen und Hemmnisse zu identifizieren,
- Best-Practice-Lösungen vorzustellen,
- Möglichkeiten einer intensivierten Zusammenarbeit zu erörtern,
- und damit zu einem weiteren Zusammenwachsen von Europa gerade auf dem Gebiet der Gesundheitsversorgung im Interesse von Bürgerinnen und Bürgern beizutragen.

Als Gesundheitsminister des Landes Baden-Württemberg liegt mir diese grenzüberschreitende Zusammenarbeit besonders am Herzen, denn wir sind uns in Baden-Württemberg nach über 50 Jahren der erfolgreichen Geschichte unseres Landes sehr bewusst, dass Wohlstand und Entwicklung längst eine Frage der Offenheit und Kooperationsbereitschaft sind. Zusammenarbeit gelingt nur mit guten Partnern. Deshalb freue ich mich, dass heute so viele engagierte Partner und Mitstreiter unter uns sind, von denen ich stellvertretend für alle einige begrüßen möchte:

Ich begrüße ganz besonders Frau Parlamentarische Staatssekretärin Caspers-Merk, die sich spontan angemeldet hat und nachher für die Bundesregierung sprechen wird. Ich begrüße von jenseits des Rheins, Monsieur Westermann, Generaldirektor in der Präfektur, in Vertretung des leider verhinderten Herrn Präfekten Thénault. Unseren altbewährten Freund Herrn Präsident Zeller, Herrn Jean-Philippe Arnold von der französischen Botschaft in Berlin, Herrn Regierungspräsident von Ungern-Sternberg als Präsidenten der Oberrheinkonferenz, und den Herrn Kollegen Landtagsabgeordneten Fischer begrüße ich ebenso herzlich.

Vor einem Jahr (am 10.10.2002) stellte sich der 8. Dreiländerkongress in Straßburg die Frage, ob die Region am Oberrhein ein Experimentierfeld für das Europa der Bürger sein könnte. Man kam zur Ansicht, dass Experimentierfelder immer dort entstünden, wo Kreativität, Forschergeist und Initiative zusammentreffen. Ich glaube, dieses kann der Oberrheinraum in jedem Fall für sich in Anspruch nehmen. Ist er doch seit Jahrhunderten von engem nachbarschaftlichen Miteinander und geistig-kulturellem Austausch geprägt. Heute ist er eine europäische Kernregion und ein beispielgebendes Modell: Ein „Modell europäischer Möglichkeiten“. In Frankreich, in der Schweiz und in Baden-Württemberg haben wir das Glück, dass viele Institutionen an der Weiterentwicklung des Oberrheinraums aktiv zusammenarbeiten. Zahlreiche Kooperationsstrukturen sind entstanden, die sich auf kommunaler aber auch auf gesellschaftlicher Ebene entwickelt haben. Diese Kooperationen werden unterstützt von politischen und administrativen Strukturen, an deren erster Stelle ich hier die Ober-rheinkonferenz nennen möchte. Ein weiteres, politisches Instrument zur Intensivierung der Zusammenarbeit möchte ich hier erwähnen: den Oberrheinrat, dem Sie, Herr Zeller als Präsident vorsitzen; er hat sich jüngst mit einer wichtigen Initiative zu Wort gemeldet.

Gesundheit in Europa: Nationale Grenzen und grenzenlose Herausforderungen

Alle Beteiligten auf praktisch allen Entscheidungsebenen in Europa sind darin einig: die Gesundheitssysteme in Europa stehen vor gleichen oder nahezu gleichen Herausforderungen. Diese konkretisieren sich durch die Stichworte:

- Überalterung unserer Gesellschaften,
- rasante Entwicklungen in Wissenschaft, Forschung und Technik, dies vor allem im Bereich des Gesundheitswesens, der Gesundheitsversorgung, in der Medizintechnik und Pharmazie,
- zunehmende Mobilität unserer Bürgerinnen und Bürger, beruflich wie im privaten Bereich.

Zweifellos muss jedes Land, jeder Staat diese Probleme selbstständig und in eigener Verantwortung lösen. Schließlich sind es seine steuer- und beitragszahlenden Bürger, die die Lasten aufzubringen haben. Aber niemand wird bestreiten, dass viele der Probleme im Gesundheitswesen wegen der vielfältigen Einflussfaktoren von europäischer Ebene her nicht mehr allein national angegangen werden können. Einige dieser Faktoren werden in den heutigen Referaten noch näher beleuchtet werden. Diese Entwicklung kann aber nicht bedeuten, dass damit auch die Entscheidung in Fragen der Gesundheitsversorgung an die europäische Ebene abgegeben würde. Dies strebt auch eigentlich niemand an. Aber die im Gesundheitswesen in Gang gebrachten Prozesse - Stichwort: offene Koordinierung - bedürfen doch unserer vollen Aufmerksamkeit und Wachsamkeit.

Europäische Integration, Binnenmarkt und Dienstleistungsfreiheit

Die Europäische Integration hat in den letzten Jahren große Fortschritte gemacht. Die Grenzen zwischen den Mitgliedstaaten der Europäischen Union haben ihren trennenden Charakter weitgehend verloren. Dies gilt grundsätzlich auch für das Gesundheitswesen. Es ist aber nicht zu leugnen: die Unterschiede der Sozial- und Gesundheitssysteme in den Mitgliedstaaten werfen nach wie vor einige Probleme auf.

Dies gilt gerade für unser heutiges Thema, nämlich die Mobilität von Gesundheitsdienstleistungen über die Grenzen hinweg.

Es war vor allem die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) gerade in jüngster Zeit, die dazu geführt hat, die grenzübergreifende Mobilität von Patienten in den letzten Jahren zu stärken und die Grenzen und Schranken der Gesundheitsversorgung und des Gesundheitsmarktes entscheidend abzubauen.

Die Rechtsprechung des EuGH wurde im aktuellen politischen Ringen um eine Reform unseres Gesundheitswesens im sog. GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) bereits berücksichtigt. Sie wird dadurch im nationalen Recht eine klare gesetzliche Grundlage erhalten. Darin wird nun für Krankenkassen erstmals die Möglichkeit geschaffen, Verträge mit Leistungsanbietern im europäischen Ausland abzuschließen. Wir sehen also, wie sich im Binnenmarkt Europas nationale Strukturen neu bewähren bzw. anpassen müssen.

Meine Damen und Herren, während die sozialrechtlichen Regelungen zur Erleichterung der Mobilität von Arbeitnehmern innerhalb der Europäischen Union schon seit langem gelten, konnte dies erst jüngst auf das Nicht EU-Mitglied Schweiz ausgedehnt werden. Seit dem 1. Juni letzten Jahres gelten nun die zwischen den Staaten der Europäischen Union geltenden sozialrechtlichen Regelungen weitgehend auch im Verhältnis zur Schweiz. Zu diesem Zeitpunkt wurden die bilateralen Sozialversicherungsabkommen durch das sog. Freizügigkeitsabkommen zwischen der Europäischen Union und der Schweiz abgelöst. Dies eröffnet nun auch mit der Schweiz bessere Kooperationsmöglichkeiten über die Grenzen hinweg.

Krankenhauspartnerschaften mit Frankreich als Beispiele gelungener Kooperation

Mit unseren französischen Nachbarn pflegen wir vielfältige Partnerschaften. In den letzten Jahren haben sich auf vielen Gebieten, auf institutioneller, informeller und pragmatischer Ebene, bereits zahlreiche Kooperationsformen entwickelt. Altbewährt ist die enge Zusammenarbeit im Arbeitsschutz; dazu führen wir regelmäßig eigenständige Tagungen durch, wie kürzlich zum Thema „Psychische Fehlbelastungen am Arbeitsplatz“.

Bei unseren Krankenhäusern in den Grenzregionen zeigt sich deutlich ein ausgeprägtes Interesse, vom europäischen Integrationsprozess zu profitieren. Zahlreiche Kooperationsformen haben sich bereits entwickelt. Darunter

- Zusammenarbeit im Bereich der Forschung
- Kooperationen bei der Nutzung von hochspezialisierten Versorgungsangeboten
- Kooperationen im Bereich der Aus- und Fortbildung von medizinischem Personal und Pflegepersonal
- Erfahrungsaustausch von medizinischem Personal. Hier werden wir im Verlauf der Veranstaltung von konkreten beispielhaften Projekten hören, wie
- die Zusammenarbeit der St. Josefsklinik Offenburg und des Centre Hospitalier in Sélestat
- dem Herzzentrum Bad Krozingen und Kliniken in Colmar und Muhlhouse sowie dem Kantonsspital Basel
- dem Epilepsiezentrum Kork mit den Straßburger Universitätskliniken.

Ich freue mich, dass diese und andere Projekte heute Nachmittag vorgestellt werden können. Allen an diesen und den vielen nicht genannten Projekten Beteiligten möchte ich meinen besonderen Dank aussprechen. Sie haben mit pragmatischen Lösungen Modelle entwickelt und Möglichkeiten für künftige Kooperations- und Koordinationsmöglichkeiten aufgezeigt. Sie alle sind Pioniere auf dem Weg zu einem Europa ohne Grenzen.

In Not geratene Mitmenschen optimal versorgen: Kooperationen im Rettungsdienst

Hilfe in akuten Notlagen, auch über Grenzen hinweg, ist eine wesentliche Aufgabe, die es für benachbarte Staaten zu regeln gilt. Dies gilt zum einen für die alltäglichen Hilfeleistungen auf dem Gebiet der Notfallrettung und des Krankentransportes. Es gilt aber genauso für die gegenseitige Hilfeleistung über Landesgrenzen hinweg in Großschadens- und Katastrophenfällen.

Hierfür wurden zahlreiche Übereinkommen auf Bundesebene mit den Nachbarländern geschlossen. Aber auch Baden-Württemberg hat immer wieder die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Rettungsdienst gefördert und unterstützt. Mit der Novellierung des Rettungsdienstgesetzes im Jahr 1998 wurden die Weichen in Richtung Europa gestellt. Durch die Öffnung des Krankentransportes auch für private Unternehmen wurde der Rettungsdienst „fit“ gemacht für den freien Dienstleistungsverkehr des europäischen Binnenmarktes.

Ein hervorragendes Beispiel ist auch die grenzüberschreitende Zusammenarbeit in der Luftrettung mit der Schweizerischen Rettungsflugwacht REGA. Die REGA versorgt schon seit vielen Jahren, vor allem vom Luftrettungsstandort Basel aus, den südbadischen Raum – und dies sehr gut! - mit Leistungen der Luftrettung. Dieser unbürokratischen und wichtigen Zusammenarbeit wurde im Juli dieses Jahres ein angemessener Rahmen gegeben. Durch eine Vereinbarung mit dem Sozialministerium ist die REGA zur gesetzlichen Leistungsträgerin im Land Baden-Württemberg geworden.

Wir kommen damit unserer gemeinsamen Aufgabe nach: In Not geratene Mitmenschen optimal zu versorgen. Dies gelingt deshalb so gut, weil im Notfall alle Helfer mit anpacken und über Grenzen hinweg für die gemeinsame Sache zusammenstehen.

Lassen Sie mich zwei weitere Beispiele für eine nachhaltige und erfolgreiche Zusammenarbeit ansprechen:

Im Zeitalter der offenen Grenzen sind eine enge Zusammenarbeit und ein Austausch von Informationen unerlässlich. Ein Beispiel ist ein grenzüberschreitendes Meldesystem für übertragbare Krankheiten. Es wurde im Jahre 2001 durch die Arbeitsgruppe "Gesundheit" der Oberrheinkonferenz eingerichtet. Dieses Meldesystem hat sich bewährt, so zum Beispiel bei der Einleitung von Vorsorgemaßnahmen zu Meningitis-Erkrankungen oder bei der Information über die Quellen von bakteriell kontaminierten Lebensmitteln.

Ein weiteres Beispiel der Zusammenarbeit ist der 2002 erschienene erste grenzüberschreitende Gesundheitsbericht zur "Gesundheit im Oberrheintal". Er führt Eckdaten zur Gesundheit der Bevölkerung aus dem Mandatsgebiet im Elsass, in Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz zusammen.

Kuren, Bäderkuren und medizinische Rehabilitation: Was den Menschen gut tut

Auch die Rehabilitation, die heute Nachmittag Thema des Forums 2 sein wird, hat in letzter Zeit eine größere europäische Dimension erlangt. Seit Juli 2001 kann die deutsche Rentenversicherung medizinische Rehabilitationsmaßnahmen auch in geeigneten Einrichtungen im grenznahen Ausland gewähren, wenn die Leistungen dort zumindest bei gleicher Qualität und Wirksamkeit wirtschaftlicher erbracht werden. Mit dieser Flexibilisierung wurde eine erfreuliche Entwicklung eingeleitet hin zu mehr Kooperation, aber auch zu mehr Konkurrenz, für die wir in Baden-Württemberg bestens gerüstet sind. Wir stellen uns den Herausforderungen und rechnen damit, dass auch Bürgerinnen und Bürger aus Frankreich und der Schweiz im Bedarfsfall verstärkt unsere Angebote nutzen!

Die Verständigung spielt im Rahmen der Rehabilitation eine entscheidende Rolle. Daher ist es besonders wichtig, dass keine Sprachbarrieren bestehen. Aber auch hier sehe ich am Oberrhein kaum Hindernisse. Neben den Qualitätsanforderungen wird nach der übereinstimmenden Aussage aller Experten auch der Bedarf an Leistungen zur Rehabilitation in Zukunft weiter steigen. Die demografische Entwicklung wird dazu führen, dass vor allem der Rehabilitationsbedarf der älteren Bevölkerung und damit die Rehabilitation zur Vermeidung von Pflege zunehmen wird.

Die Landesregierung geht davon aus, dass die Bemühungen der Leistungsanbieter in Baden-Württemberg zur Gewinnung ausländischer Patientinnen und Patienten erfolgreich sein werden. Denn hier besteht ein qualitativ hochwertiges Versorgungsangebot für die Erbringung von rehabilitativen Leistungen. Dies gilt auch für den Leistungsbereich Prävention und für Kuren. In dieser Ausprägung dürfte ein solches Angebot europaweit sicherlich selten zu finden sein. Auch stehen genügend Belegkapazitäten in den Rehabilitationseinrichtungen zur Verfügung. Leistungsanbieter können von der Behandlung ausländischer Patientinnen und Patienten daher durchaus profitieren.

Erwartungen der Bürger - Visionen

Nun kann mancher auf die Idee kommen, wir hätten unsere Aufgabe, „Gesundheit ohne Grenzen“ zu schaffen, bereits erfüllt. Davon kann noch nicht die Rede sein. Doch sind wir auf dem richtigen Weg und der heutige Tag wird zeigen, was alles bereits möglich ist und wie es ins Werk gesetzt werden kann.

Den europäischen Binnenmarkt auch im Bereich des Gesundheitswesens zu realisieren, diesen für die Menschen wichtigen Dienstleistungsbereich über die Grenzen hinweg voranzubringen, ist angesichts der Mobilität der Menschen eine vorrangige Aufgabe.

Unsere Bürger sind aufgeklärt und kritisch. Sie erwarten von ihrem Staat Schutz vor Gesundheitsgefahren und soziale Leistungen von hoher Qualität zu einem möglichst niedrigen Preis. Unserer Tradition entspricht es, dass Gesundheitsleistungen im Grundsatz allen gleich zugänglich sind. Unseren Bürgern ist dabei weniger wichtig, wer diese vielfältige Versorgungsstruktur bereitstellt. Und in den Grenzgebieten möchten sie selbstverständlich weitgehend selbst entscheiden können, wo sie sich ihre Versorgungsleistungen „besorgen“.

Die Entwicklung auf europäischer Ebene hilft uns ein Stück weit, hier im grenznahen Raum mutig voranzugehen und unsere Systeme und Strukturen europakompatibel weiterzugestalten. Wenn wir dies unterlassen, werden uns andere, bis hin zum Europäischen Gerichtshof, diese Aufgabe abnehmen.

In diesem Prozeß können und sollen Vielfalt und Eigenart der nationalen Systeme und ihrer regionalen Ausprägungen erhalten bleiben. Es muss nicht alles gleich sein in Europa. Die Vielfalt unserer Strukturen ist unsere Stärke.

Europäische Grundsatzdebatte - regionale Möglichkeiten

Sie wissen: die Europäische Kommission berät gemeinsam mit den Gesundheitsministern der Mitgliedstaaten über eine größere Annäherung der Gesundheitssysteme und die Verbesserung der Mobilität von Patienten und Gesundheitsdienstleistungen. Das ist sicher ein richtiger Ansatz. Ich hoffe, dass er in den schon angesprochenen „Grenzen“ für unsere Bürger tatsächlich etwas konkret Fassbares und Nutzbares ergibt.

Wir wissen aber: entlang der Grenzen bestehen vielfältige und ganz praktische und pragmatische Erwartungen. Als selbstbewußte und starke Regionen wollen wir unseren Teil dazu beitragen, dass die konkreten Bedürfnisse unserer Bürger direkt in die europäischen Entwicklungsprozesse eingebracht werden. Wir werden heute einige konkrete Beispiele hören. Ich bin überzeugt, dass dies der Weg ist, auf dem wir weiter vorankommen können. Das Sozialministerium und die Landesregierung werden diese Ansätze gemeinsam mit unseren Partnern unterstützen und aktiv mitgestalten. Ich wünsche mir und unseren Bürgern entlang des Oberrheins, dass der heutige Kongress Interesse weckt und Mut macht zu weiteren Schritten. Hier wollen wir gemeinsam Wegbereiter sein, nicht Nachläufer. Damit ehren wir auch das Erbe der Gründerväter Europas.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.



Dr. Franz Terwey

Direktor Europavertretung der Deutschen Sozialversicherung (DSVEV) und European Social Insurance Partners (ESIP)

Sozialversicherung und europäische Integration

- **Wirtschafts- und Währungsunion / Stabilitätspakt:**
 - führen zur *Verengung der Korridore für die nationale Politikgestaltung*
 - (Öffentliche Haushalte und Sozialschutzsysteme im „Fiskalgriff“ der EU)
- **Binnenmarktgesetze, Freizügigkeit und Dienstleistungsfreiheit:**
 - bewirken schleichende *Entgrenzung national geschlossener Systeme* (Erosion der Steuerungskompetenz bei traditionellen Akteuren)
- **„Offene Methode der Koordinierung“ und Benchmarking:**
erzwingen *prozessgesteuerte Systemkonvergenz* durch Vorgabe supranational verbindlicher Ziele, Indikatoren und Leitlinien (Einzelstaatlicher Reformdruck durch transnationalen Wettbewerb)
- **Supranationale Rechtsprechung und richterliche Rechtsfortbildung:**
realisieren *EU-Verfassungsmäßigkeit bzw. Vertragskompatibilität* im Recht und den Strukturelementen der nationalen Einzelsysteme (Letztinstanzliche „Entzauberung“ gewohnter Sichtweisen und Praktiken)
- **National bewährte Struktur in gegliederter Ausprägung muss sich „europäisch neu behaupten“**
Deutsches Selbstverwaltungsmodell ist in europäischer Minderheitsposition und braucht dringend strategische Partner
- **Wachsende Vergleichbarkeit und Wettbewerbsunterworfenheit in einer Währungsunion erzwingt Anpassung der Einzelsysteme**
Qualität und Effizienz der SV-Aktivitäten sowie Nachhaltigkeit ihrer Finanzierung in einem europäischen Bezugsrahmen beweisen
- **Wissenschaftliche Grundlagenarbeit wird zur Pflichtübung** „Quantitative Kostendebatte“ über Sozialschutz auf EU-Ebene professionell flankieren durch eine „qualitative Nutzendebatte“
- **Europäische Sozial- und Gesundheitspolitik wird zur „originär“ nationalen Schlüsselfunktion**
„Sektorielles Denken“ im heimischen Lager überwinden, ganzheitliche europäische „System-Aufstellung“ entwickeln, EU-Qualitätsstandards und gemeinschaftsweit gültige Zertifizierungen vorbereiten

- **Medizinische Güter und Dienstleistungen sind transnational handelbare Produkte im Sinne des EU-Binnenmarktes**
 Faktische Systemöffnung erfordert *transnational wirksame Instrumente für den Leistungseinkauf sowie die Qualitäts- und Mengensteuerung*
- **Euro-Preistransparenz und transnationale Versichertennachfrage steigern den Wettbewerb auf Beschaffungsmärkten**
 Abbau von Marktabschottungen bringt Liberalisierung der Gesundheitsberufe und strukturelle Neuausrichtung des Kliniksektors
- **Überall, wo das Handeln der Akteure des Sozialschutzes eine Marktdimension hat, gilt prinzipiell EU-Wirtschaftsrecht**
 Freiwilliger Versicherungsschutz und unternehmerische Nachfragesteuerung durch Sozialversicherer werfen Fragen auf: *Ausdifferenzierung von Funktionen und Geschäftsfeldern, wettbewerbliche Handlungsformen*
- **EU beginnt Debatte über „gemeinsames Leitbild für die Gesundheitsversorgung in Europa“**
 Europäische Referenzzentren, EU-Datenbank für Gesundheitsinformation, EU-Forum für Zugang und Qualität, Rechtsrahmen für Krankenversicherer



Christina Montesinos-Handtrack
Sozialministerium Baden-Württemberg

Bericht zu Dimensionen und Perspektiven bei grenzübergreifenden Gesundheitsleistungen

Baden-Württemberg im Europa der Regionen

Das Sozialministerium hat erstmalig eine Bestandsaufnahme zu den grenzübergreifenden Aktivitäten in Baden-Württemberg und seinen Nachbarregionen für den Bereich des Gesundheitswesens erstellt.

Hierfür wurden die wichtigsten Akteure im Gesundheitswesen – Patienten, Ärzte, Zahnärzte, stationäre Einrichtungen und Krankenkassen – nach ihren Berührungspunkten und konkreten Handlungsansätzen für das europäische Geschehen befragt und in diesem Bericht zusammengefasst. Der Bericht hat deutlich gezeigt, dass die Akteure im Land mit einem ausgeprägten Maß an Kreativität das „Europa der Regionen“ durch praxisnahe, gemeinsame Ansätze für die Bevölkerung insbesondere im grenznahen Raum zur Wirklichkeit werden lassen.

Eine ausführliche Thematisierung des Berichts sowie der hierin aufgezeigten Perspektiven zur weiteren Entwicklung des Gesundheitswesens im Land mit dem Ziel, effizientere und effektivere Angebote auch bei den grenzübergreifenden Themen des Gesundheitswesens bereitzustellen, fand im Rahmen der gemeinsam vom Sozialministerium und dem Landesgewerbeamt durchgeführten Tagung „Gesundheit ohne Grenzen - Mobilität von Gesundheitsdienstleistungen am Oberrhein“ am 23. Oktober 2003 in Karlsruhe statt. Der Bericht kann im Internet unter <http://www.sm.baden-wuerttemberg.de> heruntergeladen werden.



Thomas Köhler

INFOBESTen am Oberrhein

Gesundheit ohne Grenzen: Mobilität von Gesundheitsdienstleistungen am Oberrhein

Wo der Schuh drückt:

Grenzüberschreitender Beratungsbedarf im Bereich Gesundheit aus der Sicht der Bürgerinnen und Bürger am Oberrhein

Trotz der wachsenden Bedeutung eines einheitlichen regulativen Rahmens für die Europäische Union und ungeachtet der garantierten Freizügigkeit für Personen, Waren und Dienstleistungen weist Europa weiterhin eine starke nationalstaatliche Prägung auf. Deren sichtbarster Ausdruck bleibt die Rechtsetzung der einzelnen Mitgliedsstaaten, bei der die zwischenstaatliche Anwendbarkeit noch allzu häufig außer Acht bleibt.

Betroffen sind davon am stärksten die Bürgerinnen und Bürger der Grenzregionen, die immer mobiler werden und für die nationalen Grenzen bei der Suche nach einem Wohnort, einer Studienmöglichkeit oder einem Arbeitsplatz eine – erfreulicherweise – immer geringere Rolle spielen. Dies gilt auch für den Oberrhein als Grenzraum der EU-Mitgliedsstaaten Frankreich und Deutschland und des Nicht-EU-Mitglieds Schweiz. Am weitesten fortgeschritten ist die Integration hier im Arbeitsmarktbereich: Viele Tausend Grenzgänger pendeln täglich ins Nachbarland zu ihrem Arbeitsplatz. Sie nutzen dabei das teilregional oft unausgewogene Arbeitsplatzangebot und nicht zuletzt Unterschiede im Lohn- und Gehaltsniveau. In ähnlicher Weise profitiert die Bevölkerung am Oberrhein auch von Wohn-, Ausbildungs-, Freizeit- oder Einkaufsmöglichkeiten beim jeweiligen Nachbarn.

Wo genutzte Freizügigkeit auf einen nicht entsprechend harmonisierten Rechts- und Verwaltungsrahmen trifft, aber auch wo es Menschen ganz einfach mit ihnen nicht vertrauten Vorschriften und Regeln zu tun haben, entsteht zwangsläufig ein Bedarf an Information und Beratung. Diesem Bedarf trägt am Oberrhein ein Netzwerk von vier Informations- und Beratungsstellen, kurz INFOBEST, Rechnung. Den Anfang machte 1991 die INFOBEST PAMINA im französischen Grenzort Lauterbourg, die den grenzüberschreitenden Raum um Karlsruhe bestehend aus der Südpfalz, dem Nordelsass und Mittelbaden abdeckt. In den Jahren darauf folgten die INFOBESTen Palmrain bei Basel, Kehl / Straßburg sowie Vogelgruen nahe Neuf-Brisach. Ziel ist die Information und Beratung der Bürgerinnen und Bürger, aber auch der Vereine, Unternehmen und Behörden am Oberrhein in allen grenzüberschreitenden Fragen und Angelegenheiten. Wie groß dieser Bedarf ist, zeigen die rund 15.000 Anfragen, die jährlich von den Mitarbeitern der vier Einrichtungen bearbeitet werden. Dass dies kostenlos geschehen kann, dafür sorgt – nach anfänglicher Unterstützung durch die Europäische Union – nun die eigenständige Finanzierung durch die öffentlichen Träger der INFOBESTen.

Die Bandbreite der Fragestellungen ist dabei ebenso groß wie die der Rat suchenden. Ein Gutteil der Fragen geht auf die große Gruppe der Grenzgänger zurück. Themen sind hier v. a. das Steuer- und Arbeitsrecht, in gleichem Maße aber auch das weite Feld der sozialen Sicherung, insbesondere die Bereiche Rente und Gesundheit. Typische Probleme ergeben sich beispielsweise bei der Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens durch Personen, die diesseits der Grenze wohnen, aber jenseits der Grenze arbeiten und versichert sind. Betroffen sind etwa deutsche Arbeitnehmer, die in Frankreich wohnen, in Deutschland beschäftigt waren und nach Verlust des Arbeitsplatzes oder nach dem Übergang in die Rente nicht mehr wie gewohnt ihren Hausarzt in Deutschland aufsuchen können.

Das Serviceangebot der INFOBESTen reicht in solchen Fällen von der Aufklärung über die aktuelle Rechtslage über die Vermittlung kompetenter Ansprechpartner bei den zuständigen Stellen in den verschiedenen Staaten bis zur Hilfe beim Ausfüllen fremdsprachiger Formulare und der Ausarbeitung entsprechender Informationsmaterialien, Broschüren etc. Die Erfahrung der vergangenen Jahre zeigt, dass der Bedarf an solchen Dienstleistungen trotz verschiedener Abkommen auf europäischer und zwischenstaatlicher Ebene nicht nachlässt.



Dr. med. Gilbert Weill

Regionaldirektor des Medizinischen Dienstes Elsaß-Mosel

Netlink stellt die deutsch-französische Umsetzung eines Programmes der Europäischen Kommission dar, das sich zum Ziel gesetzt hat, die nationalen Informationssysteme im Gesundheitsbereich gegenseitig einsatzfähig zu machen und die Mobilität der Behandlungen zu erleichtern. Eine Abmachung wurde zwischen den jeweiligen Auslandsverbindungsstellen der Krankenversicherung, der AOK und der KV Südbaden unterzeichnet. Sie betrifft die Dialysebehandlung elsässischer Patienten in Dialysezentren in Südbaden. Die Abmachung ändert nichts an den Bestimmungen zur Kostenübernahme von Behandlungen im Ausland ; aber sie erlaubt, die Verwaltungsverfahren zu vereinfachen und die Kontinuität der Versorgung zu garantieren : die auf dem Formular E 112 enthaltenen Angaben sind in die elektronische Versicherungskarte integriert, wobei das Ablesen und Drucken direkt im Dialysezentrum möglich ist. Die Ergebnisse der ärztlichen und der Laboruntersuchung anlässlich der der Dialysesitzung können vom behandelnden französischen Nephrologen auf einem spezifischen und gesicherten Server im Internet abgerufen werden.

Nach 2 Jahren des Experimentierens ist die technische Machbarkeit des Projektes bewiesen, aber die Nutzung des Servers mit den individuellen medizinischen Daten muss noch weiterentwickelt werden. Die Zukunft gehört der Ausweitung des Projektes auf andere Gebiete und der Gegensätzlichkeit. Wir stellen Überlegungen zu anderen Kooperationsprojekten an, wie Rettungsdienst oder die Versorgung Schwerebrandverletzter.

Diapo 1

Sehr geehrte Damen und Herren,
Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

Zuerst möchte ich mich ganz besonders beim Sozialministerium von Baden-Württemberg für die Einladung zu diesem Kongress in Karlsruhe bedanken.

Gesundheit ohne Grenzen, Mobilität der Gesundheitsdienstleistungen - das ist eine Herausforderung und eine Chance für Europa, besonders für Grenzregionen wie die unserigen. Ein weiter Weg liegt noch vor uns, aber Experimente hier und da zeigen uns, dass es machbar ist, und die Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofes gehen klar in diese Richtung. Als Regionaldirektor des Medizinischen Dienstes der Region Elsaß-Mosel und Verantwortlicher für die Beziehungen der französischen Krankenversicherung zu Deutschland bin ich dafür besonders empfänglich.

Ich freue mich, Ihnen den deutsch-französischen Teil des Projektes Netlink vorzustellen.

Diapo 2

Das Projekt Netlink ist Teil des 4. Programmes der Europäischen Kommission von 1997.

Es wird von der Europäischen Kommission mitfinanziert.

Bei dem Projekt nehmen deutsche, französische, italienische und canadische Partner teil.

Als Versuchsprojekt wird es wissenschaftlich evaluiert.

Diapo 3

Das Projekt Netlink verfolgt 3 Ziele :

- Die nationalen Informationssysteme im Gesundheitsbereich gegenseitig einsatzfähig machen.
- Zum Nutzen der Patienten, Leistungserbringer und Kostenträger die Versorgung erleichtern und dennoch die Qualität garantieren, was Versorgungskontinuität, Kommunikation und Verwaltungsverfahren betrifft.
- Die Machbarkeit vor einer europaweiten Verbreitung beweisen.

Diapo 4

Der Anwendungsbereich des Projektes Netlink im Oberrheintal betrifft die Dialysebehandlung elsässischer Patienten in Dialysezentren Sudbadens.

Ein Vertrag wurde zwischen der französischen Nationalkasse der Krankenversicherung der Arbeiter und Angestellten und dem Zentrum der Sozialversicherung von Arbeitnehmern im Ausland auf der einen Seite und der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung Ausland, der AOK Baden-Württemberg und der kassenärztlichen Vereinigung Sudbadens anderseits geschlossen.

Die technische Konzeption und Pflege wird durch die Interessensgemeinschaft Sesam-Vitale – die im übrigen die elektronische Versichertenkarte in Frankreich führt – und das Zentralinstitut für kassenärztliche Versorgung in Deutschland geleistet.

Auf ärztlicher Basis liegt die Zusammenarbeit bei den Unikliniken Straßburg und den 4 Dialyseversuchszentren.

Diapo 5

Die vorliegende Vereinbarung ändert nichts an den geltenden Regelungen zur Kostenübernahme :

- Dialysebehandlung muss zuvor vom Medizinischen Dienst genehmigt werden.
- Die Abrechnung muss nach den Regeln der Europäischen Kommission durchgeführt werden : um seine Berechtigung auf Kostenübernahme nachzuweisen, muss der Versicherte ein Formular E 112 vorlegen. Der Leistungserbringer rechnet seine Leistungen mittels des Formulars E 125 ab. Die Honorarzahlung wird durch die jeweiligen Auslandsverbindungsstellen der Krankenversicherung durchgeführt.

Diapo 6

Netlink erlaubt, die Verwaltungsverfahren zu vereinfachen :

- Während die Genehmigung für programmierte Auslandsbehandlungen normaler Weise vom Nationaldirektor des Medizinischen Dienstes gegeben wird, ist für die Dialysebehandlung diese Genehmigung an den Regionaldirektor des Elsass delegiert worden.

- Die auf dem E 112 vorgesehenen Daten werden in die elektronische Versicherungskarte Vitale integriert. Bei jeder Primärkasse oder Sesam-Vitale-Kartensäule können die Daten auf den neuesten Stand gebracht werden. Diese Daten haben Beweiskraft.
- Ein den Dialysezentren zur Verfügung gestelltes EDV-Programm erlaubt es, die Karte zu lesen und das Formular E 112 direkt auszudrucken, ohne besonderen Zusatz von Sesam-Vitale-Komponenten.
- Die Formulare E 125 werden von der AOK Baden-Württemberg zentralisiert und getrennt an die Deutsche Verbindungstelle Krankenversicherung Ausland zugeleitet.

Diapo 7

Um die Kontinuität der Versorgung zwischen dem Dialysezentrum und dem französischen behandelnden Nephrologen zu sichern, ist eine elektronische Patientenakte, « Nephro-Report » genannt, geschaffen worden.

Nach jeder Dialysesitzung erfasst der deutsche Dialysearzt entsprechend dem Dialyseprotokoll die Daten der ärztlichen und der Laboruntersuchungen. Diese Untersuchungsergebnisse speisen einen spezifischen und gesicherten Server mit nephrologischen Personaldaten. Über das Internet kann dieser Server jederzeit vom deutschen oder französischen Nephrologen-Kollegen abgefragt werden, vorausgesetzt derselbe ist zuvor durch ein vom Dialysezentrum ausgestelltes Zertifikat als zugangsberechtigt ausgewiesen worden. Die Daten sind der gültigen Gesetzgebung entsprechend verschlüsselt.

Diapo 8

2 Jahre nach der Unterzeichnung des Vertrages kann man eine erste Bilanz ziehen :

- Die technische Machbarkeit des Modells ist bewiesen : die elektronische Versicherungskarte Vitale ist lesbar und das Verfahren für die Versicherten sichtbar erleichtert.
- Das Projekt erlaubt die Qualität der Versorgung zu garantieren : Dank der geteilten Patientenakte kann die Kontinuität der Versorgung gesichert werden.
- Nephro-Report ist allerdings nicht oder noch nicht ganz implementiert.

Diapo 9

Welche Zukunftsperspektiven ?

Bevor ich diese Frage beantworte, schauen wir doch erst einmal, ob es einen Bedarf seitens der Bevölkerung gibt.

2002 haben wir 373 Anträge für programmierte Behandlungen im Ausland registriert, davon 319 in Deutschland. Das bedeutet eine Steigerung von 50 % im Vergleich zu 1999. Die Anträge stellen zur knappen Hälfte ärztliche Behandlungen dar - wobei die Dialysebehandlungen mit 50 Anträgen einen grossen Anteil darstellt - und zur grösseren Hälfte Bildagnostik, vor allem Positronen-Emissions-Tomographie. Es handelt sich meistens um Tumorerkrankungen.

In den ersten 3 Quartalen 2003 haben wir schon 346 Anträge registriert. Sie teilen sich ähnlich zwischen Behandlungen und Positronen-Emissions-Tomographie auf.

Aufgrund der Erhöhung des Versorgungsangebotes im Elsaß geht die Anzahl der Anträge für Dialyse seit 2000 regelmäßig zurück.

Bei PET sind die Anträge dadurch motiviert, dass es im Elsaß noch keinen Apparat gibt, bei Kernspin durch zu lange Wartezeiten, und ansonsten handelt es sich um persönliche Gründe.

Diapo 10

Für den überzeugten Europäer, der ich bin, gilt die Zukunft sicherlich Abmachungen auf Gegenseitigkeit.

Warum sollte die sanitäre Planung an der Grenze halt machen? Wäre es nicht passender bei der Bestrebung nach Zugänglichkeit der Behandlungen und Effizienz das Versorgungsangebot auf der anderen Seite der Grenze mit in Betracht zu ziehen, besonders in hochspezialisierten und sehr technischen Bereichen ?

In diesem Sinne könnte man Abmachungen wie Netlink auch auf andere Bereiche ausweiten.

Ein erster Schritt in diese Richtung wurde von der Expertengruppe « Gesundheit » der Oberrheinkonferenz geleistet, zu der auch ich gehöre, indem wir eine Kartographie des Versorgungsangebotes erarbeitet haben, was Grossgeräte wie Computertomographie, Kernspin, Pet scan sowie gewisse technische Leistungen betrifft.

Im Rahmen der Oberrheinkonferenz arbeiten wir auch an der Zusammenarbeit der Rettungsdienste.

Für das Elsass liegt das nächste Schwerbrandverletzentzentrum in Metz. Nachdem dieses Zentrum häufig saturiert ist, werden die Verletzten per Hubschrauber nach Lyon oder sogar Marseille evakuiert. Das ist Zeit- und Chancenverlust. Zusammen mit anderen elsässischen Verantwortlichen möchten wir eine Zusammenarbeit mit dem Schwerbrandverletzentzentrum in Ludwigshafen aufbauen.

Bis der Pet scan in Straßburg eröffnet wird, schicken wir unsere Patienten nach Karlsruhe und Freiburg. Für manche Patienten im Süden oder ganz im Norden des Elsasses werden die beiden Zentren allerdings weiterhin näher sein.

Wie Sie wissen, hat der Europäische Gerichtshof kürzlich das Prinzip des freien Dienstleistungsverkehrs im Gesundheitsbereich, zumindest im ambulanten Bereich, weiter bekräftigt. Um die Kostenübernahme durch die französische Krankenversicherung zu ermöglichen, vor allem in Grenzgebieten wie den unserigen, stellen wir Überlegungen über die Möglichkeiten direkter Vertragsgestaltungen zwischen den Leistungserbringern und den Primärkassen an. Das würde auch eine einfachere und schnellere Abrechnung ermöglichen.

Die Entscheidung, derartige Kooperationen zu entwickeln liegt allerdings weitgehend, wenigstens in Frankreich, bei den Politikern und der staatlichen Verwaltung.

Diapo 11

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.



Dr. Gerhard Dieter

Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Südbaden

Deutsch-schweizerische Kooperationen im Bereich der Krankenversicherung

Zunächst wird kurz auf die allgemeinen Rahmenbedingungen der zwischenstaatlichen Beziehungen zwischen Deutschland und der Schweiz im Gesundheitswesen eingegangen. Grundlage sind hier speziell die bilateralen Verträge zwischen der Schweiz und den EU-Mitgliedern. Anschließend wird knapp auf die (insbesondere in der Schweiz) weithin nicht ausreichend bekannten Rahmenbedingungen für die niedergelassenen Vertragsärzte in Deutschland eingegangen. In diesem Rahmen werden insbesondere die Funktion der Kassenärztlichen Vereinigungen sowie die Folgen der seit Jahren bestehenden Budgetierung geschildert.

Im Hauptteil des Vortrages wird auf die Chancen und Probleme bzw. die gut und weniger gut funktionierenden Kooperationen im Bereich der Krankenversicherung eingegangen. Die Chancen und Risiken der grenzüberschreitenden Kooperation werden aus Patienten- und Ärztesicht dargelegt. Als problematisch werden beispielsweise die den Wettbewerb verzerrenden, sehr unterschiedlichen Mehrwertsteuersätze auf Arzneimittel angesehen. Ebenfalls die Kooperation erschwerend sind die verschiedenen Sozialversicherungssysteme sowie die daraus resultierenden unterschiedlichen Belastungen der Patienten und Bezahlungen der Ärzte. Als weiteres Hindernis bei der deutsch-schweizerischen Zusammenarbeit wird die teilweise zu weit gehende Bürokratie bzw. die zu langen Verwaltungswege und -zeiten gesehen. Als positiv werden insbesondere die durch Kooperation möglichen kürzeren Wege und Wartezeiten sowie die gegenseitige Aushilfe (speziell bei Notfällen) beurteilt. Es werden verschiedene Beispiele der erfolgreichen Kooperation aus dem stationären sowie dem ambulanten Bereich vorgestellt. Hierbei wird etwa auf die Zusammenarbeit mit dem Kantons- und Universitätsspital Basel eingegangen. Darüber hinaus werden Einzelbeispiele aus der Grenzregion, etwa Lörrach oder Waldshut vor Augen geführt.

Zusammenfassend lässt sich u.a. festhalten, dass eine länderübergreifende Bedarfs- bzw. Krankenhausplanung sinnvoll scheint, da so - vor allem im Bereich der Großgeräte - eine unwirtschaftliche Doppelpflicht vermieden werden kann. Bezüglich der Kooperation und speziell der Abrechnung grenzüberschreitender Gesundheitsdienstleistungen zeigt sich, dass häufig lokale Absprachen zwischen den Kostenträgern bzw. ihnen und den Leistungserbringern effizienter und effektiver als die häufig zu bürokratischen Wege über die nationalen Institutionen sind. Neben den sinnvollen Vereinheitlichungen auf europäischer Ebene wie der geplanten grenzüberschreitenden elektronischen Gesundheitskarte sollte die Politik also auch in Zukunft den Beteiligten im Gesundheitswesen genügend Spielraum für flexible und pragmatische Absprachen vor Ort gewähren.



Roland Sing

Vorsitzender des Vorstandes AOK Baden-Württemberg

“Handlungsansätze und Perspektiven grenzüberschreitender Aktivitäten im Gesundheitswesen“

Die AOK Baden-Württemberg begreift den Prozess des Zusammenwachsens Europas als Chance und Herausforderung, denn Deutschland birgt das Potential einer führenden Gesundheitsregion in Europa. Ziel muss deshalb sein, dass sich die Sozialversicherungssysteme in ihrer Vielfalt nähern, jedoch jedes seine Eigenständigkeit behält. Die AOK Baden-Württemberg hat erste, positive Erfahrungen mit grenzüberschreitenden Projekten gemacht und sieht darin die Chance einer verbesserten Betreuung ihrer Versicherten. Allerdings gibt es noch viele bürokratische Hürden in den jeweiligen Ländern - auch der Bundesrepublik Deutschland – die es gilt, so schnell als möglich zu beseitigen.

Das Gebot der Stunde heißt also, den europäischen Integrationsprozess aktiv mitzugestalten. Grundsätzlich begrüßt die AOK Baden-Württemberg die Entwicklung hin zu einem weiter zusammenwachsenden Europa.

Eine Studie des Bundesarbeitsministeriums zur EU-Erweiterung und Arbeitskräftemigration vom März 2001 hat ergeben: Die geschätzte Netto-Zuwanderung aus Polen, der tschechischen, der slowakischen Republik, Ungarn und Rumänien beläuft sich in den ersten 15 Jahren nach dem EU-Beitritt ab Mai 2004 auf rund 3,2 bis 4 Millionen Personen. Dominanter Wanderungsgrund sind das Lohngefälle und bessere Arbeitsbedingungen. Allein dies zeigt, dass das Thema des Kongresses nicht nur aktuell bleibt, sondern noch an Bedeutung gewinnen wird. Die AOK Baden-Württemberg wird sich weiter innovativ in den europäischen Integrationsprozess einbringen und hierfür die bisher gemachten Erfahrungen nutzen.



Dr. rer. pol. Franz Hahn

Verwaltungsdirektor der St. Josefsklinik Offenburg

Kooperation St. Josefsklinik Offenburg mit dem Centre Hospitalier Sélestat – Mehr als ein Erfahrungsaustausch

Die Kooperation zwischen der St. Josefsklinik und dem Centre Hospitalier in Sélestat findet bereits seit dem Jahr 1996 statt. Gefördert durch das Interreg II-Programm Oberrhein-Mitte-Süd wurden nicht nur Sprachkurse abgehalten, sondern auch zwei deutsch-französische Wörterbücher erarbeitet und herausgegeben. Regelmäßig und in jedem Jahr finden Austauschbeziehungen zwischen deutschen und französischen KrankenpflegeschülerInnen statt. Diese sind auch mehrwöchig angelegt. Die Ausbildungsabschnitte werden auf die Krankenpflegeausbildung anerkannt. Hospitationen finden in vielen Fachdisziplinen statt (z.B. Anästhesie, OP-Personal, Personal der Intensivstation, Hebammen, Endoskopiepersonal, Stationspersonal, Verwaltung, Ärzte, Schulleitung etc.). Ganztägige, gemeinsame Vortragsveranstaltungen zu aktuellen Themen aus dem Gesundheitsbereich haben sich bereits seit Projektbeginn fest etabliert. Bis zur Beendigung des Interreg II-Projektes im Jahr 2000 nahmen insgesamt 224 Personen am Austausch und weitere 647 an den Großveranstaltungen teil. Die eingehende Auseinandersetzung mit den ökonomischen Rahmenbedingungen und der damit eingeführten Strukturabläufe (PMSI, DRG) wurde in die diesbezüglichen Diskussionen transformiert. Viele Übersetzungen aus dem Bereich des Gesundheitswesens finden sich auf der Internetseite <http://www.josefsklinik.de>. Ein derartiges Projekt existierte im Bereich des Gesundheitswesens zuvor nicht. Für die Region Oberrhein war Grundlagenarbeit vorzunehmen.

Nach deren erfolgreichem Abschluss konnte das Projekt im Jahr 2001 auf eine breitere und erweiterte Grundlage gelegt werden. Nicht zuletzt die Aufnahme in das Interreg III A-Programm beflügelte nun die offizielle Teilnahme weiterer Partner sowohl auf französischer als auch auf deutscher Seite in das Projekt. Seither sind nicht nur weitere Krankenhäuser, sondern auch Einrichtungen der Altenpflege und Kostenträger (Krankenkassen) an den Aktivitäten beteiligt. Der Austausch im Bereich der Ausbildung ist nun auf weitere Schulträger erweitert. In einer zweisprachigen Buch-Dokumentation sind Veranstaltungsreferate des Jahres 2002 mit den entsprechenden Erkenntnissen veröffentlicht. Bereits das zweite deutsch-französische Ethik-Symposium fand als Zweitagesveranstaltung im Juni 2003 statt. Auch hier waren 250 Teilnehmer zu verzeichnen.

Die Zusammenarbeit hat sich auf freundschaftlicher und vertrauensvoller Grundlage entwickelt und einen weiteren Ausbau erfahren. Mehrere, weitere Perspektiven werden in der kommenden Zeit angegangen werden. Eine Fachtagung für das Jahr 2004 befindet sich in der Planung. Außerdem sind Auseinandersetzungen mit der Qualitätssicherung und ein Erfahrungsaustausch im Bereich des informellen Systemausbaus geplant.

Die grenzüberschreitende Zusammenarbeit bedarf grundsätzlich der gleichen Voraussetzungen wie eine Zusammenarbeit ohne Grenzen. Motivierte Beteiligte ("Wollen") und Rahmenbedingungen, innerhalb deren unternehmerische Gestaltungen möglich sind ("Können"). Ein verbleibendes Problem liegt im Bereich der Sprache. Perspektiven sind hier jedoch auch politisch eröffnet. Die europäische Identität "Oberrhein" wird durch dieses Projekt auch in der Zukunft betont werden.



Dr. med. Adelheid Wiemer-Kruel

Leitende Oberärztin der Klinik für Kinder und Jugendliche am Epilepsiezentrum Kork

Zusammenarbeit des Epilepsiezentrum Kork mit den Straßburger Universitätskliniken Haute Pierre und Hôpital Civil

Patienten aus dem Elsaß und aus Luxemburg wurden in Kork in geringer Zahl schon lange betreut; die Tendenz ist deutlich steigend. Die Zusammenarbeit des Epilepsiezentrum Kork mit den Straßburger Universitätskliniken Haute Pierre und Hôpital Civil wurde dadurch intensiviert, dass ich letztes Jahr 4 Wochen in der Abteilung für Epileptologie der Neurologischen Universitätsklinik (Hôpital Civil) bei Herrn Prof. Edouard Hirsch hospitiert habe.

Herr Prof. Hirsch betreut mit der Abteilung für Epileptologie, die eine Tagesklinik zur reinen Diagnostik, bei uns im Sinne eines EEG-Intensiv-Monitorings, eine neurologische Station mit epileptologischem Schwerpunkt sowie eine Ambulanz umfasst, nicht nur Erwachsene, sondern auch Kinder, die ihm meist durch Frau Dr. Anne de Saint Martin, Neuropädiaterin an der Klinik Haute Pierre, zugewiesen werden. Durch diese Hospitation, vornehmlich im Hôpital Civil, aber auch in Haute Pierre, kam ein wesentlicher Austausch zustande.

So entstand ein Kontakt zwischen Herrn Prof. Hirsch und Herrn Prof. Steinhoff, dem Leiter der Klinik für Erwachsene des Epilepsiezentrum Kork. Nach einem wissenschaftlichen Vortrag von Herrn Prof. Steinhoff in der neurologischen Klinik Straßburg wurde eine gemeinschaftliche Medikamentenstudie initiiert und bereits abgeschlossen, der jetzt eine weitere folgt.

Von der Kinderklinik aus lag uns sehr an einem Austausch über Problempatienten, auch an der Diskussion über gemeinsame Patienten und das entsprechende Vorgehen bei ihnen. Etwa alle 3 Monate findet ein Treffen statt, um ausgewählte Fälle zu besprechen. Nachdem zunächst nur Herr Prof. Hirsch und Frau Dr. de Saint Martin an diesen Treffen in Kork teilnahmen, kam zuletzt Frau Dr. Sabina Rona aus Freiburg, Neurozentrum, Sektion präepilepsiechirurgische Abteilung, hinzu. Diese Diskussionen mit teils verschiedenen Sichtweisen von Problemen werden von allen als sehr fruchtbar empfunden, in zwanglosem Rahmen mit Englisch als Umgangssprache. Problematisch ist lediglich die fehlende Zeit, nicht der mangelnde Wille aller Beteiligten, d.h. es ist schwierig, gemeinsame Termine zu organisieren.

Herr Prof. Hirsch ebnete den Weg zu neurochirurgischen Kollegen aus Grenoble. Eine kleine Patientin von uns wurde in Freiburg invasiv mit Tiefenelektroden untersucht. Zur Besprechung und Planung reisten die neurochirurgischen Kollegen aus Grenoble und Herr Prof. Hirsch extra an. Das Setzen der Elektroden wurde später in Anwesenheit des Neurochirurgen aus Grenoble durchgeführt.

Die Kinderklinik nahm ferner an einer Studie über Kinder mit ESES (Elektroencephalographic status epilepticus during slow sleep = kontinuierlicher elektroencephalographischer Status im Schlaf) teil. Problempatienten wurden zur Kernspintomographie und MR-Spektroskopie des Schädels nach HautePierre geschickt, so dass sie in die Studie aufgenommen werden konnten. Es erfolgte mit den Daten eine Posteranmeldung zur Tagung der amerikanischen neurologischen Gesellschaft.

Eine weitere diesbezügliche Zusammenarbeit ist geplant. Schwierig ist nur die Kostenübernahme für die Untersuchungen. Die Kosten wurden bisher durch unser Haus getragen, da die Krankenkassen eine derart differenzierte Untersuchung nur in Deutschland finanzieren. Die Sprachschwierigkeit für unsere Patienten und deren Eltern haben wir über eine Stationsschwester von uns, deren Ehemann in HautePierre arbeitet, gelöst. Mit seiner Hilfe ist immer ein „deutschsprachiges Geleit“ organisiert.

Ein letzter Punkt, der sich aus meiner Hospitation ergab, war für die Straßburger Kollegen, die Blutspiegelbestimmung einiger Antiepileptica durch unser hochqualifiziertes Labor, da diese sonst nur in Paris durchgeführt werden und die Bearbeitung mindestens eine Woche dauert.

Kontakt hatten wir jetzt auch erstmals zu Herrn Prof. Becmeur, Kinderchirurgische Abteilung HautePierre, der Operationen an den Speicheldrüsen durchführt. Das Operationsverfahren, das er anwendet, reduziert die Speichelsekretion, die bei einigen unserer schwerbehinderten Patienten erheblich erhöht ist und von daher zu Problemen führt. Bisher fand noch keine Operation statt, sie wird sich jedoch bei einigen Patienten in Zukunft anbieten.

Perspektivisch wären wir an ictalen SPECT-Untersuchungen interessiert, da der Weg sehr viel kürzer als nach Freiburg ist. Problematisch ist auch hier nur die Frage der Kostenübernahme.

Bernhard Grotz

Kaufmännischer Direktor des Herz-Zentrums Bad Krozingen
Kooperation "Herz-Zentrum Bad Krozingen mit der
Groupe Hospitalier Privé du Centre Alsace" –

Nach einer schon seit langen Jahren bestehenden Zusammenarbeit zwischen dem Herz-Zentrum Bad Krozingen und Kliniken der Groupe Hospitalier Privé du Centre Alsace in Colmar, z.B. auch durch die Teilnahme an einer Studie im Rahmen des Interreg I Programms, und im Hinblick auf die großen Herausforderungen im französischen und deutschen Gesundheitswesen, haben die Verantwortlichen beider Kliniken beschlossen, die bisherige Zusammenarbeit konkreter und verbindlicher zu fassen.

Am 18. Februar 2002 wurde hierüber eine Vereinbarung geschlossen mit konkreten Zielen und den hierzu erforderlichen Organisationsformen.

Die Zusammenarbeit wird durch drei Arbeitsgruppen, im medizinisch-ärztlichen Bereich, im pflegerischen und im administrativen Bereich, unterstützt, vor allem in den Themenschwerpunkten Erfahrungsaustausch und Technologietransfer, Vergleiche von Behandlungskonzepten, Organisation- und Führungsstrukturen, Personaleinsatz, Aus- und Weiterbildung, gemeinsame Studien und grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Rahmen von weiteren Programmen der Europäischen Union. Die Arbeitsgruppen haben die Aufgabe, in ihren jeweiligen Bereichen Konzeptionen für konkrete Projekte zu erarbeiten. Einmal im Jahr berichten die Arbeitsgruppen in einer gemeinsamen Sitzung den Geschäftsführungen über die Aktivitäten und unterbreiten entsprechende Vorschläge für weitere konkrete Umsetzungsschritte.

Die bisherigen Erfahrungen aus der Arbeit dieser Gruppen sind sehr ermutigend, obwohl die Sprachbarriere sich immer wieder als besonderes Problem herausstellt. Es fand ein reger Austausch zwischen den einzelnen Arbeitsgruppen statt, der bereits zu ganz konkreten Verbesserungen in beiden Einrichtungen geführt hat. Die Rechtslage und die unterschiedlichen Krankenversicherungssysteme ermöglichen eine Patientenbehandlung über die Grenzen hinweg zur Zeit nur in ganz besonderen Einzelfällen. Durch die mittlerweile eingetretene Öffnung innerhalb der Europäischen Union ist jedoch in nächster Zeit eine größere Durchlässigkeit in der Patientenversorgung zu erwarten. Durch den bisherigen Erfahrungsaustausch über Behandlungskonzepte und durch die Arbeit an gemeinsamen medizinischen Studien partizipieren die Patienten beider Einrichtungen bereits jetzt schon von dieser grenzüberschreitenden Zusammenarbeit.

Durch die offenen und vertrauensvollen Begegnungen konnten so bereits im 1. Jahr sehr gute Grundlagen für vielfältige und neue Formen künftiger grenzüberschreitender Aktivitäten in der Patientenversorgung erarbeitet werden.



Hubert Seiter

Geschäftsführer LVA Baden-Württemberg

Kur und Reha ohne Grenzen

Die Begriffe **Kur und Rehabilitation** werden selbst im Mutter- und Musterland der Rehabilitation, in Deutschland, weitgehend noch synonym gebraucht. Welche Informationslücken und Missverständnisse müssen darüber erst jenseits der deutschen Grenzen bestehen? Deshalb ist es zunächst erforderlich, die Begriffe Kur und Rehabilitation zu definieren und ihre Unterschiede herauszuarbeiten.

Unter dem Begriff **Kur** verstehen wir Behandlungsmaßnahmen – meist in einem Heilbad oder Kurort – mit ortsgebundenen Kurmitteln (Wasser, Moor, Luft), ergänzt um balneologische und physiotherapeutische Anwendungen, Gesundheitsinformation, Diätetik, Bewegungstraining, teilweise bereichert um Angebote aus dem Wellnessbereich. Zielsetzung ist Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit und des Wohlbefindens. Die Finanzierung erfolgt meist privat, teilweise mit Zuschüssen der Krankenkassen.

Die (**medizinische**) **Rehabilitation** hingegen verfolgt weitergehende Ziele. Mit dieser Leistung sollen kostenträchtige Folgeleistungen wie vorzeitige Berentung durch Erwerbsunfähigkeit oder Pflege vermieden werden. Dies verdeutlichen die Schlagworte „Reha vor Rente“ oder „Reha statt Pflege“. Folgerichtig tragen – von geringen Zuzahlungen abgesehen – Sozialleistungsträger die Kosten.

Die medizinische Rehabilitation wird noch weit überwiegend in Rehabilitationskliniken, in zunehmenden Maße aber auch ambulant durchgeführt. Zielgruppe sind chronisch Kranke. Die Behandlung erfolgt in der Regel ganzheitlich (bio – psycho – sozialer Ansatz) und umfasst ein weites Behandlungsspektrum, zu dem neben balneologischen und physiotherapeutischen Leistungen (wie bei einer Kur) insbesondere auch qualifizierte medizinische und psychologische Behandlungen gehören.

Bei **Rehabilitationsmaßnahmen für die Rentenversicherungsträger** ist charakteristisch, dass sie in eine sozialmedizinische Beurteilung münden müssen. Das heißt, es muss eine qualifizierte Aussage getroffen werden, ob und in welchem Umfang und in welcher Weise der Versicherte nach einer (erfolgreichen) Reha noch bzw. wieder erwerbstätig sein kann.

Wenn die gesundheitlichen Einschränkungen bleibend sind oder das berufliche Umfeld zu belastend ist, werden bereits während der medizinischen Rehabilitation die Weichen gestellt für eine berufliche Rehabilitation (z.B. Umschulung, Umsetzung bzw. Ausstattung eines behindertenrechten Arbeitsplatzes usw.). Dies muss schnell und in enger Abstimmung mit dem Betrieb geschehen, um eine möglichst nahtlose Reintegration zu gewährleisten.

Als Fazit ist festzuhalten:

Die **Kur** hat keine (politischen, geographischen) Grenzen. Die Wahl des Kurortes ist abhängig von den Präferenzen des Kurgastes und seinen finanziellen Möglichkeiten.

Die **medizinische Rehabilitation** ist dagegen eine deutsche Spezialität, insbesondere was die Kostenträgerschaft der Rentenversicherung mit ihrer besonderen Zielsetzung betrifft. Eine grenzübergreifende Zusammenarbeit findet deshalb (noch) nicht statt. Sie ist aber machbar: Solange in Nachbarländern noch keine ähnliche Strukturen wie in der deutschen „Reha-Landschaft“ herrschen, betrachten wir unsere Rehabilitation als Angebot, ja als Exportschlager „made in Germany“ für unsere europäischen Nachbarn!



René Marbach

Direktor der CPAM Haguenau

Die Finanzierung von Kuren und Rekonvaleszenz

Es gibt verschiedene Kurtypen, die von den Krankenkassen erstattet werden:

- **Erholungs- und Rekonvaleszenzkuren**
- **berufliche Wiedereingliederungskuren,**
- **Reha-Kuren**

Hier muss darauf hingewiesen werden, dass medizinische und paramedizinische Leistungen von gewerblichen Bädern und Fitness-Centern nicht von der Krankenkasse übernommen werden. Nur funktionale Reha-Massnahmen werden berücksichtigt.

- **medizinische Kuren,**
- **Bäderkuren**

Diese unterliegen seit 1999 nicht mehr der förmlichen vorherigen Beantragung, außer im Falle eines Krankenhausaufenthaltes, eines Arbeitsunfalles oder einer berufsbedingten Erkrankung.

Definition

Zu den von der Krankenkasse erstatteten Bäderkuren gehören:

1. die „freie Kur“ (die Leistungen finden in einer Kureinrichtung statt, der Versicherte kümmert sich selbst um seine Unterkunft)
2. die ambulante Kur (18 Anwendungen mit täglicher Fahrt zwischen Wohnung und Kurzentrum),
3. die stationäre Kur (Anwendungen und Unterkunft in einem Kurzentrum),
4. die stationäre Kur in einem Kinderkurheim (Anwendungen und Unterkunft im Kurheim).

Kosten

Aktuell führt die Krankenversicherung 11 therapeutische Behandlungsformen auf, verteilt auf 135 Bädereinrichtungen. Am häufigsten werden Leistungen zur Behandlung von rheumatischen Leiden verschrieben, gefolgt von Behandlungen der Atemwege sowie von Magen-Darmerkrankungen. Die Pauschalkosten bei einer kompletten Kur schwanken zwischen 211,52 € und 446,10 € je nach Behandlungsform. Die Leistungen bei einer Vollkur beinhalten eine medizinische Betreuungspauschale, die medizinischen Zusatzleistungen, die Bäderanwendungen (Hydrotherapiekosten). Zusätzlich zu diesen gesetzlichen Leistungen, die immer von der Krankenversicherung übernommen werden, gibt es noch die einkommensabhängigen Zusatzleistungen, wie z.B. Fahrt- und Übernachtungskosten sowie Tagesgeld. Im Elsass wird die Rheumatologie in den Kurzentren von Morsbronn und Niederbronn angeboten.

Statistik

Jedes Jahr geben die Krankenversicherungen für die Erstattung von Bädern ca. 140 Mio. € aus. Seit der Unterzeichnung der französischen Bäderübereinkunft („convention nationale thermale“) im Jahr 1997 wurden Behandlungspauschalen erarbeitet, damit Standardsätze für Bäderanwendungen sowie Anwendungstypen für jedes Kurzentrum festgelegt werden konnten.

Zum Beispiel hat im Jahr 2002 die Caisse primaire de l'Alsace du Nord 5679 Kuren bearbeitet. Etwas mehr als die Hälfte davon (55%) wurden in elsässischen Bädereinrichtungen gemacht. Der grösste Anteil dieser Kuren (85%) wurden wegen rheumatischer Beschwerden beantragt. Für die anderen beantragten Kurarten gibt es keine geeigneten Einrichtungen im Elsass. Jedoch kann man hier auf mehrere Bädereinrichtungen in Baden-Württemberg hinweisen.

Der Begriff Bäderkur beinhaltet in Frankreich und in Deutschland vielleicht unterschiedliche therapeutische Anwendungen. Hier wäre eventuell ein vertiefender Vergleich sinnvoll.

Außerdem erfährt die Gesetzgebung zwar nach einigen Gerichtsurteilen und durch den Druck der Verbraucherinnen und Verbraucher eine gewisse Anpassung, aber sie erlaubt noch keine automatische Kostenübernahme bei Behandlungen im Ausland.



Dr. Bernd Hartmann

Balneologie Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
Vereinigung für Bäder- und Klimaheilkunde e.V.

Grenzüberschreitende Balneologie in der Regio : Erfahrungen - Perspektiven

Die Therapie mit natürlichen Heilmitteln der Atmosphäre und der Lithosphäre als intensive Kur, hat eine sehr lange empirische und natur- und sozialwissenschaftliche Tradition. Zentrum war die Mitte Europas am Alpen-, Hoch- und Oberrhein. Paracelsus, bekanntester Alchemist und „link“ zur Chemie, aber auch der Flame van Helmont, Schöpfer des Begriffes Gas, Erfinder der „kontrollierten klinischen Studie“ und Entdecker des Kohlendioxids wirkten in der Regio, die vor Tulla noch sehr viel enger zusammenhing. Auch die Angiologie, die Gefäßmedizin, hat ihre Wurzeln in unserer Region (Lériché, Fontaine, Krieg, Sigg).

Die Association Européenne de Carbocrénothérapie (AEC) mit ihrem Doppel-Sitz in Strasbourg und Freiburg führt beide Quellen aus balneologischer Tradition Frankreichs mit 175 Jahren und Deutschlands mit 125 Jahren zusammen. Der Nukleus am Oberrhein wirkt inzwischen global, vor allem in Japan mit vor allem physikalisch-technischen Applikationen.

Aufgabe ist die wissenschaftliche Bestandsaufnahme die Evaluation des vernünftigen (!) Einsatzes und die Wissensvermittlung über eine gezielte Intervention zur Therapie, Rehabilitation und Prävention. Parawissenschaft tummelt sich im Kurwesen (!) Genau so wichtig ist die Deklaration allfällig existierender Wissensdefizite.

Dies geschieht konkret am Beispiel des Heilgases (!) Kohlendioxid/„Kohlensäure“ als am besten abgesicherter chemischer Inhaltsstoff von Heilwässern und der Therme in Form der „head-out-water-immersion HOWI und der (Unter-)Wassergymnastik.

Regelmäßige internationale Konsensus-Konferenzen mit Bewertung („ranking“) klinischer Studien bewirkten, dass Kohlensäurebäder als einziges Kurmittel anerkanntes Heilmittel und damit generell von den Sozialkassen kostenerstattungsfähig ist. Dies ist in Frankreich offensichtlich noch nicht generell durchgesetzt. Deswegen ist eine Intensivierung der Umsetzung des Expertenwissens dringend angezeigt.

AIMS für AquaEvidence In Medicine&SportScience definiert die entsprechenden Kriterien für die Therme, steht aber noch am Anfang seiner Aufgaben. Das Bewegungsbad steht wiederum zur Disposition bei den Kostenträgern. Auch hier ist dringend Klarheit zu schaffen.

Das grenzüberschreitende Gesundheitsnetzwerk, auch im Sinne von Public Health, ist logisches Ziel von AEC und AIMS. Bisher ist es der Balneologie nicht gelungen, wie die Pharma-Industrie und die Medizin-Technik auch durch die öffentliche Hand alimentiert zu werden. Aufgrund der wissenschaftlich belegten Nachhaltigkeit hat das **Bio Valley Rhine Region** eine große Chance, den Bereich natürlicher therapeutischer Ressourcen exemplarisch für Anbieter und Anwender (Patienten, Rekonvaleszenten, Noch-Gesunde, Aktive) weiterzuentwickeln.



Dr. Bernard Klaiber

Medizinischer Leiter des Thermalbades Niederbronn-les-Bains

Thermalbereich: Medizinische Leistungen und Anknüpfungspunkte für eine grenzüberschreitende Zusammenarbeit

Im Bereich der (medizinischen) Thermalbäder ist die grenzüberschreitende Zusammenarbeit derzeit auf ein Minimum beschränkt. Hierfür gibt es strukturbedingte Erklärungen, die mit der Bäderkultur im Elsass zu tun haben. Hier gibt es 3 Charakteristika:

1. Verwaltung durch einen Kostenträger der Sécurité sociale
2. eine grosse Bedeutung der medizinischen Thermalbäder
3. und schliesslich die Integration in die Strukturen der funktionalen Reha.

1. Verwaltung durch einen Kostenträger der Sécurité Sociale

Die Thermalbäderzentren im Elsass befinden sich in nur zwei Orten: Morsbronn und Niederbronn, 15 km voneinander entfernt, beide im nördlichen Teil des Départements Bas-Rhin und beide verwaltet von einer Institution der französischen Sozialversicherung Sécurité sociale, der UGECAM. Dies verleiht den Thermalbädern eine starke soziale Komponente und führt zu einer grosszügigen Kostenübernahme bei medizinischen und sozialen Indikationen.

2. Die grosse Bedeutung der medizinischen Thermalbäder

Beide Zentren, Morsbronn und Niederbronn, haben als einzige medizinische Ausrichtung die Rheumatologie. Seit mehreren Jahrzehnten betreuen die Thermalmediziner ihre Patienten auf medizinischer Basis, d.h. bei bestimmten rheumatischen Erkrankungen mit einer auf diese Pathologie abgestimmte Thermalbehandlung, in der Erwartung eines spürbaren klinischen Erfolges. Dieser gemeinsame Wille von allen Thermalärzten zur Förderung der medizinischen Thermalbäder wird noch gestärkt durch eine „Nationale Bäderkonvention“ in der die Art, die Behandlungsdauer, die Qualifizierung des Pflegepersonals, die erhoffte therapeutische Wirkung und somit die medizinische Indikationen genau festgelegt sind. Letztere, wie bereits erwähnt, liegen einzig im Bereich der Rheumatologie, sowohl für Morsbronn als auch für Niederbronn. Dieses von den Thermalmedizinern gewollte Konzept schliesst jeglichen Zusammenhang mit dem Bereich Fitness und Wellness, d.h. mit nicht medizinischen Anwendungen, aus.

3. Die Integration in die Strukturen der funktionalen Reha

In beiden Zentren finden die Thermalanwendungen in einer umfassenderen Einrichtung für funktionale Rehabilitation statt. In beiden Orten besteht eine solche Einrichtung für die Behandlung von medizinischen oder traumatologischen Beeinträchtigungen des Bewegungsapparates. Daraus entstehen gute Synergieeffekte, komplementäre Indikationen und eine Komplementarität der Pathologien, die mit medizinischen Thermalbädern behandelt werden, die hinwiederum nichts mit der klassischen Bäderkur zu tun haben.

Ich denke, dass diese Charakteristika eine starke strukturelle Behinderung für die Entwicklung einer grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im Bereich der Thermalbäder darstellen, Zusammenarbeit die mir derzeit kaum möglich erscheint. Das Konzept von medizinischen Thermalbädern ist von Grund auf ein Anderes.



Ralf Rubsamen

Geschäftsführer der Kur und Bäder GmbH Bad Krozingen

Chancen und Risiken einer grenzüberschreitenden Zusammenarbeit bei der ambulanten und stationären Rehabilitation

Ziel der Kurdirektion Bad Krozingen ist es, Patienten und Gäste aus der Schweiz sowie aus Frankreich zu gewinnen. Zielgruppen sind Übernachtungsgäste und ambulante Gäste. Die Reha-Kliniken in Bad Krozingen bieten insbesondere Leistungen der stationären und teilstationären Rehabilitation an.

Die Kur und Bäder GmbH/Kurdirektion bietet über den Betriebsbereich „Vita Classica Terme“ mit Therapie, „Saunaparadies“, Therapie und Wellness in Zusammenarbeit mit dem örtlichen Beherbergungsgewerbe alle Leistungen der ambulanten Rehabilitation an.

Im Mittelpunkt meines Kurzvortrages stehen vor allem die ganz praktischen Erfahrungen. Nach Gesprächen mit einer schweizer Krankenkasse ist es uns gelungen, Versicherte der Krankenkasse sowohl für stationäre Reha-Maßnahmen als auch für einen ambulanten Aufenthalt (Übernachtung im Drei-Sterne-Hotel, Begleitperson durch Ehepartner, Therapien im gegenüberliegenden Kurmittelhaus) für Bad Krozingen zu gewinnen. Die Versicherten waren ausgesprochen zufrieden und die schweizer Krankenkasse konnte Kosten einsparen.

Ein nächster Schritt, beispielsweise Rahmenverträge mit einer oder mehreren schweizer Krankenkasse zu schließen oder zumindest die einzelnen Abteilungen oder Sachbearbeitungen offensiv zu informieren, war nicht möglich. Mehr oder weniger wurde mitgeteilt, dass selbstverständlich das Geld der schweizer Versicherten bei schweizer Leistungsträgern ausgegeben werden sollte. Für den Bereich der Bürgerversicherung würde es sogar gesetzliche Auflagen geben. Für den Bereich freiwillige Versicherung würde man es nicht gerne sehen.

Defizite sind bei den gesetzlichen Rahmenbestimmungen und deren Ausführungen vorhanden. Ebenfalls tun wir uns schwer, die passenden Ansprechpartner für unsere Zielsetzungen zu finden. Hilfestellung seitens der deutsch-schweizerischen Handelskammer in Basel und Zürich wurde nicht gegeben. Unsere brieflichen und e-mail-Anfragen wurden nicht beantwortet.

Chancen für die grenzüberschreitende Zusammenarbeit bzw. für die Versicherten sind zweifellos vorhanden. Es würde ein weitaus höheres Maß an Transparenz erfolgen. Der Wettbewerb könnte intensiviert werden und das jeweilige Land könnte komparative Kostenvorteile geltend machen.



Dietrich Schmidt

Geschäftsführer der Touristik-Gemeinschaft Baden-Elsass-Pfalz

Chancen und Grenzen eines gemeinsamen Marketings

Die Touristikgemeinschaft „Vis-a-Vis“ in der PAMINA – Region ist ein gutes Beispiel, dass eine grenzüberschreitende Kooperation auf der Basis eines gemeinsamen historischen, kulturellen und geographischen Hintergrunds auch auf dem Gebiet des Tourismus erfolgreich sein kann. In diesem Kontext spielt die Bäderlandschaft eine wichtige Rolle, die Attraktivität der Gesamtregion zu erhöhen und neue Kundengruppen zu gewinnen. Die Tourismusgemeinschaft strebt daher an, diesen Aspekt in ihren gemeinsamen Aktivitäten künftig stärker hervorzuheben.

Markus Matz

stv. Geschäftsführer der Kur und Bäder GmbH, Bad Krozingen

Chancen und Risiken einer grenzüberschreitenden Zusammenarbeit bei der ambulanten und stationären Rehabilitation

Die Kurdirektion Bad Krozingen wirbt seit längerem schon um Gäste aus Frankreich und der Schweiz. Sie ist hierbei vor allem bei der Aquisition von Tages- und Kurzzeitgästen, die gemeinsam mit der örtlichen Hotellerie betreut werden, sehr erfolgreich. Schwierigkeiten gibt es mit der Anerkennung therapeutischer Maßnahmen durch die schweizer Krankenkassen, die eine Kostenübernahme größtenteils ablehnen. Dabei werden Gründe der Qualitätssicherung genannt, die aber aus der Sicht der Kurverwaltung kaum stichhaltig wären. Hier wird Handlungsbedarf gesehen, da der grenznahe schweizer Raum als wichtiger Markt für die Bäder betrachtet wird.

Andreas Vogt

Leiter der Techniker Krankenkasse, Landesvertretung Baden-Württemberg

Europa als Herausforderung für das deutsche Gesundheitswesen

Der europäische Einigungsprozess eröffnet auch den Versicherten und Patienten der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) neue Chancen. Dafür muss allerdings die nationale Abschottung im Gesundheitswesen abgebaut werden. Die gesetzliche Krankenversicherung ist Teil der deutschen Volkswirtschaft und als solche nicht beliebig isolierbar.

Die nationale Politik muss wieder eine aktive, gestaltende Rolle zur Vereinbarkeit der Binnenmarkt-Freiheiten mit unserem deutschen Gesundheitswesen übernehmen. In den letzten Jahren war der Europäische Gerichtshof (EuGH) - und nicht die Politik! - ein Vorreiter von mehr europäischer Integration der Gesundheitssysteme.

Die Grenzgebiete – auch hier am Oberrhein – haben seit jeher eine besondere Rolle diesbezüglich eingenommen. Hier stoßen die Systeme aufeinander und hier mussten schon immer praktikable Lösungen her.

Zu begrüßen ist, dass im Zuge der anstehenden Gesundheitsreform endlich im Interesse der Versicherten den Krankenkassen das Recht eingeräumt wird, ihren Versicherten die Kosten für im EU-Ausland beschaffte Gesundheitsleistungen zu erstatten, sofern sie den nationalen Leistungen der GKV entsprechen. Dies wird auch die Lage in den Grenzregionen entspannen.

Die Techniker Krankenkasse (TK) hatte längst eine Satzungsregelung geschaffen, um TK-Versicherten, die sich zur Behandlung in einen Staat des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR-Staaten) begeben, die Kosten erstatten zu können. Voraussetzung hierfür war und ist, dass die TK die Leistungen im Inland auch hätte gewähren müssen und - sofern dies im Inland erforderlich wäre - die Antragstellung sowie eine erforderliche medizinische Begutachtung vor Behandlungsbeginn erfolgt. Das Bundesversicherungsamt, die für die TK zuständige Aufsichtsbehörde, begrenzte diese Regelung im Jahr 2000 auf freiwillig versicherte Personen. Glücklicherweise wurde diese Regelung durch die Urteile des EuGH im Fall Müller/Fauré gekippt.

Aber mit der Leistungsanspruchnahme allein ist es nicht getan. Unter Beachtung fester Qualitätskriterien müssen sowohl Leistungsanbieter verstärkt in die Lage versetzt werden, ihr Angebot im europäischen Ausland anzubieten, als auch Kostenträger die Möglichkeit erhalten, mit Leistungserbringern im EU-Ausland in Vertragsbeziehungen zu treten. Die EuGH-Rechtsprechung zur stationären Behandlung unterstreicht diese Notwendigkeit.

Hierbei ist zu beachten, dass bei allen Diskussionen um den Markt im Gesundheitswesen vorrangig die Interessen der Menschen, der Versicherten und Patienten berücksichtigt werden müssen. Die Mitglieder der GKV fordern auch von ihrer Krankenkasse eine zunehmend europäische Ausrichtung. Dies hat eine Umfrage der TK zu den Erfahrungen bei Gesundheitsdienstleistungen im EU-Ausland und den Erwartungen an die europäische Integration gezeigt.

Bei den steigenden beruflich sowie auch privat bedingten Auslandsaufenthalten muss die GKV die Chance erhalten, ihren Versicherten innerhalb der EU einen umfassenden Versicherungsschutz anzubieten. Es kann nicht im Sinne des Solidarsystems sein, wenn GKV-Mitglieder bei einem beruflich bedingten Aufenthalt im europäischen Ausland für eine adäquate Versorgung an die private Krankenversicherung verwiesen werden müssen - und damit die deutsche GKV Gefahr läuft, diesen Personenkreis auf Dauer für die solidarische Krankenversicherung zu verlieren.

Wenn die Politik ihre ureigene Rolle als Gestalter nicht an den EuGH abgeben möchte, muss sie bei der künftigen Ausgestaltung einer zukunftsorientierten GKV die Chancen der Freiheiten des Europäischen Binnenmarktes für das Gesundheitswesen stärker nutzen.



Baden-Württemberg
SOZIALMINISTERIUM