



## Gesundheit ohne Grenzen

Kooperationen in der stationären Versorgung



## Santé sans frontières

Coopérations dans le domaine des soins hospitaliers

# Tagungsunterlagen Documents de la Conférence

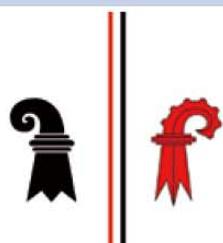


**Mittwoch, 28. September 2005**

Universitätsspital Basel

**Mercredi, 28 septembre 2005**

Universitätsspital de Bâle



## Gesundheit ohne Grenzen

Kooperationen in der stationären Versorgung

2. Gesundheitsforum  
28. September 2005 in Basel

### GESUNDHEIT OHNE GRENZEN

– dieses programmatische Thema hat die Länder, Kantone und Präfekturen entlang des Oberrheins veranlasst, auf dem

1. Gesundheitsforum 2003 über die Verbesserung der Mobilität von Gesundheitsdienstleistungen zu diskutieren.

Der damalige Erfolg des Forums hat die Mitglieder der Oberrheinkonferenz veranlasst, diese Veranstaltung, dieses Mal in Basel, mit dem Schwerpunkt auf Kooperationen in der stationären Versorgung fortzusetzen. Auf dem 2. Gesundheitsforum soll dargestellt werden, wie die Zusammenarbeit über die Grenzen der unterschiedlichen Sozial- und Gesundheitssysteme hinweg weiterentwickelt werden kann. Anhand von Themen wie der Spezialbehandlung Schwerbrandverletzter, der gemeinsamen Nutzung medizinischer Großgeräte oder der Notfallversorgung und anderen Kooperationen soll dies verdeutlicht werden. Zum Wohle der Bürgerinnen und Bürger müssen, wo immer möglich, bestehende Schranken abgebaut und die Zusammenarbeit der Grenzregionen im Oberrheingebiet gestärkt werden.

Dieses zweite Forum soll den Austausch von Erfahrungen unter Gesundheitsexpertinnen und -experten ermöglichen, aber auch neue Dimensionen und Perspektiven aufzeigen. Der Fokus wird auf einer besseren Zusammenarbeit und folglich einem besseren Angebot und Zugang zur Gesundheitsversorgung in diesen Rheinregionen liegen.

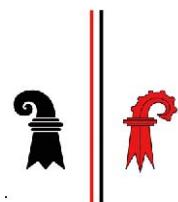
Alle Partner im Gesundheitswesen sind herzlich eingeladen.

Dr. Carlo Conti

Regierungsrat, Vorsteher des Sanitätsdepartements Basel-Stadt

Erich Straumann

Regierungsrat, Vorsteher der Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion Basel-Landschaft



Andreas Renner

Minister für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg



Jean-Paul Faugère

Präfekt der Region Elsass Präsident der Oberrheinkonferenz



Malu Dreyer

Ministerin für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit des Landes Rheinland-Pfalz



## SANTÉ SANS FRONTIÈRES

– coopération dans le domaine des soins hospitaliers.

En 2003, à Karlsruhe, le premier forum sur la «Santé sans frontières» s'est interrogé sur la coordination des systèmes de prestations de santé.

Le succès rencontré amène les collectivités membres de la Conférence du Rhin Supérieur à poursuivre les débats, cette fois-ci à Bâle, sur les coopérations dans le domaine hospitalier, qu'il s'agisse de soins spécialisés comme les soins aux grands brûlés, d'équipements lourds ou de l'urgence médicale. Il faut, pour le bien-être des usagers, chaque fois que possible, lever les barrières et renforcer l'association entre les régions transfrontalières du Rhin Supérieur. Dans le prolongement des efforts de la Conférence franco-germano-suisse du Rhin Supérieur et du Ministère des Affaires Sociales du Land de Bade-Wurtemberg pour l'amélioration de la coopération transfrontalière dans le domaine des politiques de santé, une nouvelle manifestation sur le thème général «Santé sans frontières» dans la région du Rhin Supérieur est en préparation. Il est prévu d'organiser un congrès ayant pour thème central la coopération hospitalière. L'objectif de cette réunion est d'informer le personnel administratif et médical aussi bien des établissements de soins hospitaliers et ambulants que du domaine de la médecine d'urgence, des possibilités de coopération et des formes de coopération avec les régions frontalières.

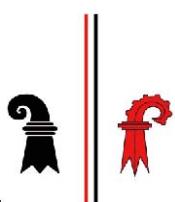
Ce 2ème forum permettra aux professionnels de santé d'échanger leurs expériences, de présenter de nouvelles dimensions et perspectives. Il réfléchira sur une meilleure coopération et, par voie de conséquence, sur une meilleure offre et un meilleur accès aux soins sanitaires dans cet espace rhénan. Tous les partenaires y sont cordialement invités.

Dr Carlo Conti

Conseiller d'Etat, Bâle-Ville

Erich Straumann

Conseiller d'Etat, Bâle-Campagne



Andreas Renner

Ministre du Travail et des Affaires Sociales du Bade-Wurtemberg



Jean-Paul Faugère

Prefet de la Région Alsace, Président de la Conférence du Rhin Supérieur



Malu Dreyer

Ministre du Travail, des Affaires sociales, de la Famille et de la Santé, Rhénanie-Palatinat



**Inhalt**

**Gemeinsame Nutzung medizinischer (Groß-) Geräte und spezialisierter Versorgungseinrichtungen anhand einer Kartografie der Geräte im Oberrheingebiet**

Dr. Dominik Schorr

**Behandlung Schwerbrandverletzter in der BG-Unfallklinik in Ludwigshafen**

Dr. Gilbert Weill,  
Bernward Schröter

**Multinationales Telemedizinprojekt am Universitätsklinikum Freiburg**

Prof. Klaus Rückauer

**Grenzüberschreitender Rettungsdienst – eine Bestandsaufnahme**

Dr. Barbara Tebbert

**Zusammenarbeit im Rettungsdienst zwischen Kanton Aargau und ILS Lörrach**

Michael Haug

**Zentraler Bettennachweis für die Notfallversorgung (Straßburger System und System Rheinland-Pfalz-Saarland)**

Dr. Jean-Claude Bartier  
Klaus Wagner

**Notfallrettung und Kooperationen im Bereich der Traumatologie Hautepierre – Strasbourg**

Prof. Dr. Gilbert Taglang

**Die grenzüberschreitende Arbeitsgruppe Basel-Stadt/Basel-Landschaft/Landkreis Lörrach und ihre Tätigkeitsfelder**

Günter Zisselsberger

**Contenu**

**Utilisation commune des équipements médicaux (lourds) et des unités de soins spécialisés sur la base d'une cartographie des équipements dans la région du Rhin Supérieur**

Dr Dominik Schorr

**Traitemet des grands brûlés à la BG-Unfallklinik de Ludwigshafen**

Dr Gilbert Weill  
Bernward Schröter

**Projet de télémédecine à l'Universitätsklinikum de Fribourg**

Prof. Klaus Rückauer

**Secours médical d'urgence - un inventaire**

Dr Barbara Tebbert

**Coopération dans le domaine du secours médical d'urgence entre le canton d'Argovie et l'ILS Lörrach**

Michael Haug

**Système commun de réservation des lits d'hôpital pour les secours d'urgence (Système strasbourgeois et de Rhénanie-Palatinat Sarre)**

Dr Jean-Claude Bartier,  
Klaus Wagner

**Secours médical d'urgence et coopération dans le domaine de la traumatologie Haute-pierre-Strasbourg**

Prof. Dr. Gilbert Taglang

**Groupe de travail transfrontalier Bâle-Ville/Bâle-Campagne/LK Lörrach et ses champs d'activité**

Günter Zisselsberger

# Santé sans frontières

Coopérations dans le domaine des soins hospitaliers

2ème forum de la santé  
28 septembre 2005, Bâle

## Stand der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit in der Trinationalen Agglomeration Basel (TAB) im stationären Bereich – Probleme und Visionen

Andreas Faller

## Grenzüberschreitende Zusammenarbeit im universitär-medizinischen Bereich (Lehre & Forschung) – aktueller Stand und Entwicklungspotential

Prof. Dr. med. André P. Perruchoud

## Der onkologische Schwerpunkt Basel-Lörrach

Prof. Dr. med. Hans-Heinrich Osterhues

## Grenzüberschreitende Zusammenarbeit mit Hilfe von elektronischer Datenübermittlung/Telemedizin

Prof. Dr. med. Michael Mihatsch,

## Know-how-Transfer als Netzwerkaufgabe: Gemeinsame stufengerechte Erbringung medizinischer Dienstleistung im Grenzland – Chirurgisches Kooperationsmodell Kreiskrankenhaus Lörrach – Universitätsspital Basel

Prof. Dr. med. Hans-Reinhard Zerkowski

## Gemeinsame Lösungen zur Bewältigung von Strukturproblemen in der Südpfalz

Bernard Schuman,

## Situation de la coopération transfrontalière dans l'agglomération trinationale Bâle (ATB) dans le domaine des soins stationnaires - Problèmes et visions

Andreas Faller

## Coopération transfrontalière dans le domaine universitaire et médicinal (Enseignement & Recherche)

Prof. Dr. med. André P. Perruchoud

## Coopération sur l'oncologie Bâle

Prof. Dr. med. Hans-Heinrich Osterhues

## Coopération transfrontalière à L'aide de la transmission de données électronique/télémédecine

Prof. Dr. med. Michael Mihatsch

## Transfert de savoir-faire en tant que mission de réseau: prestation de services médicaux commune et adaptée aux différents niveaux dans les régions frontalières - modèle de coopération en chirurgie Kreiskrankenhaus Lörrach - Universitätsspital Bâle

Prof. Dr. med. Hans-Reinhard Zerkowski

## Solutions communes pour la maîtrise des problèmes structurelles en Palatinat du Sud

Bernard Schumann

Die Beiträge von Prof. Dr. Taglang und Prof. Dr. Perruchoud sind im Tagungsband nicht enthalten.

Les résumés de Prof. Dr. Taglang et Prof. Dr. Perruchoud ne sont pas contenus dans la documentation de la conférence.

**Gemeinsame Nutzung medizinischer Großgeräte und spezialisierter Versorgungseinrichtungen anhand einer Kartographie der Geräte im Oberrheingebiet**

Dr. Dominik Schorr

Die Arbeitsgruppe Gesundheitspolitik der D-F-CH Oberrheinkonferenz hat sich schon früh der Thematik grenzüberschreitender Gesundheitsleistungen angenommen. Dabei hat sie das Augenmerk zunächst auf spezialisierte Einrichtung gerichtet, die bei knappen Ressourcen in den Mitgliedsländern nicht im Überschuss geplant werden können und daher sinnvollerweise bei momentan erhöhter lokaler Nachfrage auch im nahen Ausland genutzt werden könnten. Im Jahr 1998 wurden erstmals Karten über die Standorte von Spezialeinrichtungen und Großgeräten zur Behandlung und Diagnostik erstellt. 2004 wurden sie mit Unterstützung des Regierungspräsidiums Karlsruhe aktualisiert und erweitert. Folgende Leistungen sind darin erfasst:

1. Stationäre Dialyse und ambulante Dialyse
2. Zentren für Schwerbrandverletzte und für Handchirurgie
3. Invasive Kardiologie
4. Organtransplantation und Knochenmarktransplantation
5. Zentren für Cochlear-Implants
6. Kernspintomographen
7. Geräte für Strahlentherapie
8. Positronenemissionstomographen (P.E.T.)

Die Karten sind auf den Internet-Seiten der Oberrhein Konferenz ([www.oberrheinkonferenz.org](http://www.oberrheinkonferenz.org)) oder des Regierungspräsidiums Karlsruhe ([www.rp-karlsruhe.de](http://www.rp-karlsruhe.de)) abrufbar.

Die Karten geben Auskunft über Verteilung, resp. Konzentration der Ressourcen und dienen andererseits zum Auffinden von Behandlungsalternativen im Mandatsgebiet der Oberrheinkonferenz.

Sie sind weder fehlerfrei noch war ihre Herstellung die einzige notwendige Maßnahme auf dem Weg zur grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Aufgrund der unterschiedlichen Nomenklaturen in den drei Ländern mussten schon bei der Erfassung kleine Kompromisse eingegangen werden. Die Karten sind ein erster Schritt, der durch persönliche Kontakte unter den Fachleuten und Absprachen über die Abgeltung ergänzt werden muss.

In beiden genannten Bereichen leistet die Oberrheinkonferenz ebenfalls punktuell Unterstützung. Der persönliche Kontakt, der für die Vertrauensbildung und den Abbau von Hemmungen bei der Zuweisung von Patienten unerlässlich ist, wird durch Seminare erleichtert, welche die AG Gesundheitspolitik zusammen mit der Fachhochschule Kehl ausrichtet, so im vergangenen Frühjahr ein Treffen von Vertretern der Rettungsdienstleitstellen. Und auch über die gegenseitigen Absprachen und Vereinbarungen wird an dieser Tagung noch berichtet werden.

**Utilisation commune d'équipements lourds médicaux et d'unités de soins spécialisés à l'aide d'une cartographie des équipements dans la région du Rhin Supérieur**

Dr Dominik Schorr

Le groupe de travail « Politique de santé » de la Conférence franco-germano-suisse du Rhin Supérieur s'est penché tôt déjà sur le sujet des services de santé transfrontaliers. On s'est tout d'abord concentré sur les unités de soins spécialisés qui ne peuvent pas être prévues en supplément à cause du manque de ressources dans les pays membres et qui pourraient donc être utilisées de manière plus judicieuse, au vu de l'actuelle demande locale accrue, également dans les territoires proches à l'étranger. Des cartes relatives aux sites d'unités de soins spécialisés et d'équipements lourds pour les traitements et les diagnostics ont été pour la première fois élaborées en 1998. En 2004, celles-ci ont été actualisées et complétées avec l'aide du Regierungspräsidium de Karlsruhe. Les services suivants y figurent :

1. Dialyse en centre et auto dialyse
2. Centres des grands brûlés et de la chirurgie des mains
3. Cardiologie invasive
4. Transplantation d'organes et greffe de moelle osseuse
5. Centres d'implants cochléaires
6. Tomographes à résonance magnétique nucléaire
7. Appareils de radiothérapie
8. Tomographes d'émission de positrons (T.E.P)

Il est possible de consulter les cartes sur les pages Internet de la Conférence franco-germano-suisse du Rhin Supérieur ([www.oberrheinkonferenz.org](http://www.oberrheinkonferenz.org)) ou du Regierungspräsidium Karlsruhe ([www.rp-karlsruhe.de](http://www.rp-karlsruhe.de)).

Les cartes donnent, d'une part, des informations sur la répartition et la concentration des ressources et servent, d'autre part, à trouver des autres possibilités de traitement dans la région couverte par le mandat de la Conférence du Rhin Supérieur.

Elles ne sont pas parfaites et leur création n'était pas la seule mesure nécessaire pour parvenir à une utilisation des services de soins transfrontaliers. Étant donné les différentes nomenclatures dans les trois pays, quelques petits compromis étaient nécessaires déjà lors de l'élaboration. Les cartes représentent une première étape qui doit être poursuivie grâce à des contacts personnels parmi les experts et des accords relatifs au règlement des frais.

La Conférence du Rhin Supérieur apporte également un soutien ciblé dans les deux domaines évoqués. Le contact personnel, qui est indispensable pour créer la confiance et pour éliminer les craintes lors de l'arrivée des patients, est facilité par le biais de séminaires organisés par le groupe de travail « Politique de santé » conjointement avec l'école supérieure spécialisée de Kehl comme ceci a été le cas le printemps dernier sous forme d'une rencontre de représentants des centres de coordination de secours médical. Lors de la conférence, les ententes et les accords mutuels seront également abordés.

**Grenzüberschreitende Zusammenarbeit bei der Versorgung von Schwerbrandverletzten zwischen dem Elsass und der BG-Unfallklinik Ludwigshafen**

Dr. Gilbert Weill

Die Versorgung von Schwerbrandverletzten ist ein Gebiet, das einer hochspezialisierten und teuren Infrastruktur bedarf, die nur manche Spezialkliniken anbieten können, aber wo die Schnelligkeit, mit der die Behandlung einsetzt, und damit ihre Wohnortnähe das Überleben bedingen.

Im Nord-Osten Frankreichs verfügt das Regionalkrankenhaus Metz als einzige Klinik die Fachkapazität zur Behandlung von Schwerbrandverletzten; allein es bietet nur vier Intensivbetten zu ihrer Versorgung während der Akutphase an. So mussten die elsässischen Patienten, die eine schwere Verbrennung erlitten hatten, häufig in eine entfernte Einrichtung in Paris oder sogar Bordeaux weitergeleitet werden. Jenseits der Grenze, etwa hundert Kilometer von Straßburg entfernt, verfügt die BG-Unfallklinik in Ludwigshafen über eine Abteilung für Schwerbrandverletzte; ihre Kapazitäten erlauben es ihr, Patienten aus anderen Regionen aufzunehmen.

Die Patienten bei Bedarf nach Ludwigshafen weiter zu leiten erschien daher eine passende Lösung, um das Versorgungsangebot im Elsass zu erweitern und einen schnellen Zugang zu einer hochqualitativen Versorgung zu garantieren, nach dem Beispiel des 2003 unterzeichneten Abkommens zwischen der Champagne-Ardenne und dem Zentrum von Loverval in Belgien. Der Erlass vom 19. April 2005 und der am 22. Juli 2005 abgeschlossene Rahmenvertrag zwischen Deutschland und Frankreich bieten dazu den gesetzlichen Rahmen.

Die Vereinbarung, die im April mit der BG-Unfallklinik in Ludwigshafen unterzeichnet wurde, erlaubt es, die Verwaltungsabläufe zu vereinfachen und sie betont die Koordination der Behandlung:

- Die Rettungsleitstellen des Bas-Rhin und des Haut-Rhin sind die einzigen Stellen, die dazu befugt sind, über die Verlegung des Verbrannten zu entscheiden: in die nächstgelegenen französischen Zentren oder, wenn die angefragten Krankenhäuser der Anfrage nicht nachkommen kommen, in die BG-Unfallklinik in Ludwigshafen.
- Um die Kontinuität der Behandlung zu gewährleisten, wird die Rückkehr des Patienten nach Frankreich nach Kontaktaufnahme mit der Abteilung Plastische und rekonstruktive Chirurgie der Universitätsklinik Straßburg organisiert; der Aufenthalt des Patienten wird mittels zweier Evaluationsbögen dokumentiert: der eine wird bei der Einlieferung ausgefüllt und der andere bei der Entlassung; sie werden an die Rettungsleitstelle, die die Verlegung initiiert hat, und die Abteilung Plastische und rekonstruktive Chirurgie gesendet. Im übrigen bekommt der Patient eine Kopie des Entlassungsberichtes ausgehändigt.
- Die Verlegung bedarf nicht der vorherigen Genehmigung durch die Krankenversicherung. Der Transport von Frankreich nach Deutschland wird den französischen Bestimmungen gemäß durchgeführt und die Rückkehr durch das Rote Kreuz Ludwigshafen nach den in Deutschland gültigen Richtlinien und den Tarifen. Die Aufenthalte werden nach Pauschalen vergütet, deren Wortlaut den deutschen DRG's entspricht. Die Ortskrankenkasse von Straßburg stellt die Verbindungskasse zur Begleichung der Rechnungen dar.

So erlaubt die grenzüberschreitende Zusammenarbeit, bei Schwerbrandverletzten den Zugang zur Versorgung und damit deren Qualität zu verbessern, und doch werden die Kosten beherrscht.

Auf den heutigen Tag haben schon zwei Patienten, die in Frankreich krankenversichert sind, von der Versorgung in Ludwigshafen profitieren können.

**Coopération transfrontalière pour les grands brûlés entre l'Alsace et la Clinique de traumatologie de Ludwigshafen**

Dr Gilbert Weill

La prise en charge des grands brûlés est un domaine nécessitant une infrastructure hautement spécialisée et coûteuse, que seuls certains centres très spécialisés peuvent offrir, mais où la rapidité de la mise en œuvre des soins et, de ce fait, leur proximité conditionnent la survie.

Dans le Nord-Est de la France, le Centre hospitalier régional de Metz est le seul établissement disposant des moyens spécialisés pour le traitement des grands brûlés ; or, il ne propose que 4 lits de soins intensifs pour leur prise en charge à la phase aiguë. Ainsi, les patients alsaciens victimes de brûlures graves étaient fréquemment orientés vers un établissement hospitalier éloigné, à Paris voire Bordeaux. De l'autre côté de la frontière, à une centaine de kilomètres de Strasbourg, la Clinique de traumatologie de Ludwigshafen comporte un service pour grands brûlés ; ses capacités lui permettent d'accueillir des patients d'autres régions.

Orienter les patients, au besoin, vers Ludwigshafen apparaissait donc une solution pertinente pour élargir l'offre de soins en Alsace et garantir un accès rapide à des soins de qualité, à l'exemple de l'accord signé en 2003 entre la Champagne-Ardenne et le centre de Loverval en Belgique. Le décret du 19 avril 2005 et l'accord cadre entre l'Allemagne et la France du 22 juillet 2005 offrent le cadre réglementaire.

La convention signée en avril 2005 avec la Clinique de traumatologie de Ludwigshafen permet de faciliter la procédure administrative et elle met l'accent sur la coordination des soins :

- Les services d'aide médicale urgente (SAMU) du Bas-Rhin et du Haut-Rhin sont les seuls services habilités à décider du transfert du brûlé : vers les centres français les plus proches ou, lorsque ces établissements sollicités ne peuvent répondre à la demande, vers la clinique de Ludwigshafen.
- Afin d'assurer la continuité des soins, le retour du patient en France est organisé après contact avec le Service de chirurgie plastique et réparatrice du Centre hospitalier universitaire de Strasbourg ; le séjour du patient est documenté moyennant deux fiches d'évaluation : l'une remplie à l'entrée et l'autre à la sortie ; le SAMU à l'origine du transfert et le Service de chirurgie plastique en sont destinataires. Par ailleurs, une copie du compte-rendu d'hospitalisation est remise au patient.
- Le transfert ne nécessite pas d'autorisation préalable par l'Assurance Maladie. Le transport France - Allemagne se fait selon la réglementation en vigueur en France et le retour, assuré par la Croix-Rouge de Ludwigshafen, selon les référentiels et la tarification en vigueur en Allemagne. La tarification des séjours se fait par forfaits, dont le libellé suit les forfaits à la pathologie (DRG's) allemands. La caisse primaire de Strasbourg fait office de caisse pivot pour le règlement des factures.

Ainsi, la coopération transfrontalière pour les grands brûlés permet d'améliorer l'accès aux soins et, de ce fait, leur qualité, tout en maîtrisant les dépenses.

A ce jour, deux patients, assurés sociaux en France, ont bénéficié d'une prise en charge à Ludwigshafen.

### Kooperation mit Frankreich

Bernward Schröter

An der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Ludwigshafen am Rhein (BGU Ludwigshafen) besteht seit 1968 die Intensivstation für Schwerbrandverletzte. Die Intensivstation V1 ist der Klinik für Hand-, Plastische und Rekonstruktive Chirurgie zugeordnet. Nach umfassender Neukonzeption und Abschluss der Umbauarbeiten im Jahr 2004 stellt sie die modernste Intensiveinheit für Schwerbrandverletzte im deutschsprachigen Raum dar. Sie verfügt über acht auf höchstem technischen Niveau ausgestattete Intensivtherapieplätze in einzeln klimatisierbaren Räumen.

Die Intensivtherapiestation wird räumlich und funktionell durch einen eigenen Schockraum und einen eigenen Operationssaal ergänzt.

Die Station ist personell mit fünf ärztlichen (ein Oberarzt, vier Assistenzärzte) und 34 pflegerischen Planstellen ausgestattet. Unterstützt wird das Team durch einen Facharzt für Anästhesie und sechs Stationshilfen.

Die klassische Indikation für die Aufnahme eines Patienten auf der Intensivstation V1 sind thermische Verletzungen, also Verbrennungen bzw. Verbrühungen. Die Deutschsprachige Arbeitsgemeinschaft für Verbrennungsmedizin hat klare Kriterien für die Aufnahme eines Patienten in ein Verbrennungszentrum definiert:

- Verbrennung von 15% der Körperoberfläche bei Erwachsenen,
- Verbrennung/Verbrühung von 10% der Körperoberfläche bei Kindern,
- Beteiligung von Gesicht, Händen, Anal- oder Genitalbereich bei einer Verbrennung,
- Inhalationstrauma (Einatmen von lungenschädigenden Substanzen),
- Stromunfall.

Neben Patienten, welche diese „harten“ Kriterien erfüllen, werden der Intensivstation V1 jedoch zahlreiche Patienten zugewiesen, deren ursprüngliche Erkrankung nicht von einer thermischen Schädigung herröhrt.

Dazu gehören großflächige Hautläsionen und oberflächliche Wunden sowie großflächige Weichteil- und Muskeldefekte. Auslöser können unter anderem bakterielle Infektionen (z.B. Nekrotisierende Fasziitis) oder toxische Noxen (z.B. Lyell-Syndrom) sein. Auch Kontaminationen mit unterschiedlichsten Chemikalien (Säuren, Laugen, Kontaktgifte) in Form von oberflächlichem Kontakt, Ingestion oder Inhalation gehören zum originären Indikationskatalog der Intensivstation V1. Darüber hinaus werden Replantationen nach Amputationsverletzungen von Extremitäten vorgenommen.

Die Therapieoptionen umfassen neben modernsten Intensivmedizinischen Therapiestrategien, welche kontinuierlich in enger Abstimmung mit anderen Schwerbrandverletzten weiterentwickelt werden, das gesamte Spektrum operativer Eingriffe.

Neben Frühdebridement der geschädigten Körperoberfläche gehören ggf. die Escharatomie (Entlastungsschnitte der Haut und der tieferen Bindegewebsschichten) und die primäre Defektdeckung zu den Operationen in der Frühphase nach Verbrennungstrauma.

Zur Defektdeckung kommen spezifische Verfahren wie Spalthauttransplantationen, lokale Lappenplastiken und ggf. freie Lappen zur Anwendung. Neben speziellen Ernährungs- und Infusionsschemata gehören regelmäßige Verbandwechsel und Lagerungsmaßnahmen zur spezifischen Therapie von Verbrennungen und großflächigen Problemwunden. Frühzeitige Physio- und Ergotherapie, sowie eine intensive psychologische Betreuung der Verletzten und der Angehörigen runden die therapeutischen Maßnahmen ab.

### Coopération avec la France

Bernward Schröter

L'unité de soins intensifs pour les grands brûlés à la « Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik » de Ludwigshafen sur le Rhin (BGU Ludwigshafen) existe depuis 1968. L'unité de soins intensifs V1 est intégrée à la clinique spécialisée dans la chirurgie des mains, la chirurgie plastique et reconstructrice. Après une conception globale nouvelle et la fin des travaux de transformation en 2004, elle représente l'unité de soins intensifs la plus moderne pour les grands brûlés dans le secteur germanophone. Elle dispose de huit lieux de traitement intensif dotés d'équipements techniques des plus sophistiqués dans plusieurs salles climatisées.

L'unité de soins intensifs est complétée, en termes d'espace et de fonction, par une propre salle de déchocage et une propre salle d'opération.

Les postes prévus au budget comprennent 5 médecins (un médecin chef, quatre médecins assistants) et 34 infirmiers. L'équipe est soutenue par un médecin spécialiste en anesthésie et par six aides de service.

Les indications classiques pour accueillir un patient à l'unité de soins intensifs V1 sont les blessures thermiques, à savoir les brûlures et les échaudures. La communauté de travail germanophone pour la médecine des brûlures a défini des critères clairs pour accueillir un patient dans un centre de traitement des brûlures :

- Brûlure sur 15 % de la surface corporelle chez l'adulte,
- Brûlure/échaudure sur 10% de la surface corporelle chez l'enfant,
- Visage, mains, parties anales ou génitales touchés par les brûlures,
- Traumatisme d'inhalation (inhalation de substances nocives pour les poumons),
- Accident électrique.

Au-delà des patients qui remplissent ces critères « durs », l'unité de soins intensifs V1 reçoit également de nombreux patients dont l'affection initiale ne provient pas d'un dommage thermique.

Il peut s'agir de lésions cutanées et de blessures superficielles sur des surfaces importantes ainsi que d'anomalies des parties molles et des troubles musculaires sur des surfaces importantes également. Cela peut être causé, entre autres, par des infections bactériennes (par exemple la fascite nécrosante) ou par des substances toxiques (par exemple le syndrome de Lyell). Les contaminations par différents produits chimiques (acides, solutions alcalines, insecticides de contact) sous forme de contact superficiel, d'ingestion ou l'inhalation peuvent également faire partie du catalogue des indications initiales de l'unité de soins intensifs V1. En outre, des réimplantations après des amputations d'extrémités y sont effectuées.

En plus des stratégies thérapeutiques les plus modernes de la médecine intensive qui sont constamment perfectionnées en se basant sur d'autres cas de grands brûlés, les options thérapeutiques couvrent également toutes les interventions chirurgicales.

Au-delà du débridement précoce de la surface corporelle endommagée, l'escarrotomie (incisions de décharge de la peau et des couches de tissu conjonctif plus profondes) ainsi que la couverture primaire des défauts font partie, le cas échéant, des opérations dans la phase précoce après le traumatisme de brûlure.

Pour couvrir les défauts, des procédés spécifiques comme les greffes dermo-épidermiques, les plasties locales par lambeaux et, le cas échéant, des lambeaux libres sont utilisés. Au-delà des schémas spécifiques d'alimentation et de perfusion, la thérapie spécifique des brûlures et des blessures complexes sur une grande surface implique également des changements réguliers de bandages et des

Die Klinik für Hand-, Plastische und Rekonstruktive Chirurgie verfügt darüber hinaus über sehr umfassende Erfahrungen im Bereich der Sekundärrekonstruktion. Hier steht die funktionelle Verbesserung von Bewegungseinschränkungen sowie die ästhetische Korrektur im Vordergrund. Dazu sind neben Narbenkorrekturen durch Plastiken, Transplantate, lokale oder freie Lappen, aber auch Tenodesen und Arthrodesen erforderlich. Zur Nachbehandlung notwendige Übungs- und Lagerungsschienen, Kompressionshandschuhe und Ärmel, ggf. mit Silikoneinlage, werden an der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik hergestellt oder angepasst.

Die Aufstellung der Therapieoptionen der Intensivstation für Schwerbrandverletzte der BG Unfallklinik Ludwigshafen zeigt, dass neben der originären Indikation der Verbrennung oder Verbrühung zahlreiche weitere Kooperationsmöglichkeiten existieren. Großflächige Problemwunden auch ohne primär lebensbedrohlichen Hintergrund können auf dieser Spezialstation behandelt werden.

Wir freuen uns sehr über das schnelle und unkomplizierte Zustandekommen der Kooperationsvereinbarung. In der sehr kurzen Vorbereitungszeit waren umfangreiche Vorarbeiten nötig; Nur durch den großen Sachverstand und die Flexibilität aller Beteiligten konnte der Vertrag bereits mit Leben erfüllt werden.

Bei den Mitarbeitern der Klinik, den Pressevertretern und der Bevölkerung im Rhein-Neckar-Raum hat die enge Kooperation mit dem Elsass ein sehr positives Echo hervorgerufen.

Wir sind sehr zuversichtlich, dass sich zahlreiche weitere Kooperationsfelder ergeben werden und sich die grenzübergreifende Zusammenarbeit weiter intensivieren wird.

mesures d'installation pour les patients. Une physiothérapie et une ergothérapie précoce ainsi qu'un accompagnement psychologique intensif des patients et des membres de la famille viennent s'ajouter aux mesures thérapeutiques.

La clinique pour la chirurgie des mains, la chirurgie plastique et reconstructive dispose par ailleurs de très nombreuses expériences dans le domaine de la reconstruction secondaire. L'amélioration fonctionnelle des limites motrices ainsi que la correction esthétique y sont au premier plan. Au-delà des corrections de cicatrices par des plasties, des transplants, des lambeaux locaux ou des lambeaux libres, des ténodèses et des arthrodèses sont également nécessaires à cet égard. Les attelles de repos et les supports pour les exercices, les gants et les manches de compression avec une couche de silicone le cas échéant, qui sont nécessaires au traitement postopératoire, sont adaptés ou fabriqués à la « Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik ».

La liste des options thérapeutiques de l'unité de soins intensifs pour les grands brûlés de la « BG Unfallklinik » de Ludwigshafen montre qu'au-delà des indications initiales pour les brûlures et les échardes, il existe de nombreux autres domaines où il est possible de coopérer. Les blessures complexes sur une grande surface, qui ne mettent pas en premier lieu la vie des patients en danger, peuvent également être traitées dans cette unité spéciale.

Nous nous réjouissons de la naissance rapide et sans problème de l'accord de coopération. Des travaux préparatifs amples étaient nécessaires dans le temps très bref de préparation et c'est uniquement grâce aux connaissances spécifiques importantes et à la flexibilité de tous les participants que l'accord a déjà pu être concrétisé.

La coopération étroite avec l'Alsace a rencontré un écho très positif chez les collaborateurs de la clinique, les représentants de la presse et la population dans la région Rhin-Neckar.

Nous croyons fermement que de nombreux autres secteurs de coopération naîtront et que la coopération transfrontalière continuera à s'intensifier.

## Telemedizinprojekt Universitätsklinikum Freiburg und Straßburg

Prof. Dr. Klaus-Dieter Rückauer

Telemedizin umfasst Kommunikation und Aktivitäten auf verschiedenen Ebenen:

- Telepräsenz
- Virtual Reality
- Telerobotics.

Während die beiden letztgenannten Bereiche die Planung bzw. die Durchführung von Eingriffen mit einer bislang nicht bekannten Detailgenauigkeit zum Ziel haben, dient die Telepräsenz der Vertiefung und Verbreitung von Wissen bzw. Fertigkeiten sowie der konsiliarischen Tätigkeit. Auf diesen Bereich soll hier eingegangen werden.

Die visuelle Darstellung des Operationsgebiets und des chirurgischen Handelns bei der minimal-invasiven Chirurgie bringt neue Möglichkeiten, aber auch Erfordernisse der Weiter- und Fortbildung mit sich. Darüber hinaus eröffnet sie die Option des simultanen Informationsaustauschs durch Online-Übertragung der Bilder zu entfernten Teilnehmern. Dies können Experten mit beratender Funktion wie auch konsultierende oder auszubildende Chirurgen sein.

Die rasche Entwicklung der MIC erfordert gerade von den Lehrenden ein hohes Niveau ihres Informationsstandes mit permanenter Aktualisierung der Fertigkeiten. Weiterhin ist eine interne und externe Qualitätskontrolle zur Vermeidung bzw. rechtzeitigen Erkennung von Fehlentwicklungen dringend geboten.

Ein gemeinsames Projekt (TESUS = **TE**le**S**Urgical **S**taffs) der Universitäten Straßburg, Freiburg, Basel, Brüssel, Toulouse und Louvain hatte die Entwicklung diagnostischer und therapeutischer Hilfen für Chirurgen auf drei Ebenen zum Inhalt:

- Chirurgischer Stab: Austausch von Wissen und Erfahrungen bei klassischen oder ungewöhnlichen Fällen zwischen Expertenteams durch Realtime-Übertragung hochauflösender und farbechter Bilder, auch dynamischer Sequenzen, zur Definition von Standards
- Chirurgische Hotline: zur Online-Beratung externer Operateure bezüglich Indikation, Methodenwahl, Vermeidung oder Beherrschung von Komplikationen
- Chirurgische Datenbank mit einer Videothek zum Zweck der zeitunabhängigen Fortbildung und Anleitung zum Training.

Regelmäßige wöchentliche Videokonferenzen beinhalteten Fallvorstellungen der beteiligten Kliniken mit Literaturübersicht und Diskussion sowie einem State-of-the-art-Vortrag eines der Teilnehmer zu einem ausgewählten Thema.

Im nächsten Schritt sollte jedes dieser Zentren für den Kreis der regionalen Krankenhäuser im Sinne eines Rufbereitschaftsdienstes telemedizinisch zur Verfügung stehen. Dies setzt die entsprechende apparative Ausstattung solcher Kliniken voraus, damit eine Direktübertragung aller vorliegenden Befunde in das jeweilige Zentrum erfolgen kann. Das bezieht sich außer auf intraoperative Fragestellungen auch auf die Diskussion zum Beispiel einer interdisziplinären Strategie

**Projet de télémédecine à l'Universitätsklinikum de Fribourg et de Strasbourg**

Prof. Dr Klaus-Dieter Rückauer

La télémédecine comprend la communication et des activités à plusieurs niveaux :

- Téléprésence
- Réalité virtuelle
- Télérobotique

Alors que les deux derniers domaines évoqués poursuivent l'objectif d'une planification et d'une réalisation des opérations avec une précision détaillée encore inconnue à ce jour, la téléprésence consiste à approfondir et à diffuser les connaissances et le savoir-faire ainsi que l'activité consultante. Mon exposé traite de cette question.

La représentation visuelle des opérations et de l'activité chirurgicale dans le domaine de la chirurgie invasive minimale apporte de nouvelles possibilités mais également des exigences en matière de formation permanente et de formation continue. Par ailleurs, elle permet un échange simultané d'informations grâce à la transmission en ligne des images à des participants éloignés. Il peut s'agir d'experts ayant une fonction de conseiller ainsi que de chirurgiens consultants ou de chirurgiens en formation.

Le développement rapide de la chirurgie invasive minimale exige, en particulier de la part des enseignants, un niveau important de connaissances et une actualisation permanente de leurs capacités. Un contrôle interne et externe de la qualité pour éviter ou reconnaître à temps les dysfonctionnements est absolument indispensable.

Un projet commun (TESUS = **T**Ele**S**Urgical **S**taffs) des universités de Strasbourg, Fribourg, Bâle, Bruxelles, Toulouse et Louvain consistait à développer des aides en matière de diagnostic et de thérapie pour les chirurgiens à trois niveaux :

- Équipe chirurgicale : échange de connaissances et d'expériences pour des cas classiques et particuliers entre les équipes d'experts grâce à la transmission en temps réel d'images à haute résolution et reproduisant les couleurs réelles ainsi que de séquences dynamiques pour la définition de standards
- Service d'assistance téléphonique en chirurgie : pour des conseils en ligne d'opérateurs externes relatifs aux indications, au choix des méthodes et aux procédés pour éviter ou maîtriser les complications
- Banque de données chirurgicales avec une vidéothèque pour une formation continue et des conseils pour s'entraîner à tout moment.

Lors de vidéoconférences hebdomadaires régulières, différents cas étaient présentés par les cliniques participantes avec des ouvrages et une discussion ainsi qu'un exposé pointu d'un des participants sur un sujet sélectionné avaient lieu.

Chacun de ces centres devait par la suite être mis à disposition, sous forme de télémédecine, au groupe des hôpitaux régionaux dans le sens d'un service de permanence. Cela presuppose que les cliniques en question soient dotées d'appareils adaptés afin qu'une transmission directe de tous les résultats d'examens dont elles disposent puisse être effectuée vers chaque centre. Au-delà des questions peropératoires, cela peut également concerter la discussion sur une stratégie interdisciplinaire

in Diagnostik und Therapie bestimmter Erkrankungen sowie die rasche Klärung des Procedere beim Vorliegen z.B. eines Polytraumas.

Als Ergebnis der dritten Phase des Projektes steht eine umfangreiche Datenbank mit grundlegenden wie auch speziellen Informationen zu komplexen und auch regulären Fragestellungen zur Verfügung. Die der Telemedizin zugrundeliegende Idee ist der Transport von Daten, nicht von Ärzten. Klassischerweise liegen die über einen Patienten bekannten Daten in Form einzelner Dokumente vor: Text, Messwerte, Ton, Bilder, Bildsequenzen, Videos. Telechirurgie setzt voraus, ermöglicht aber auch die Zusammenfassung solcher Einzeldaten in ein multimediales Dokument. Dessen Übertragung erfordert eine digitale Infrastruktur, die Integration der Informations- und Administrationssysteme sowie Multimedia-Rechner oder Workstations vor Ort. Die Verbindung wird über ISDN-Leitungen, Glasfaser oder Satellit hergestellt. Auf diese Weise gelingt die Bereitstellung der gesamten Patienteninformation ohne Ortswechsel oder Zeitverlust. Außerdem finden die Überlegungen – wesentlicher Gewinn in der Bewertung von Befunden und der Abstimmung interdisziplinärer Aspekte – unter simultaner Teilnahme mehrerer Spezialisten statt. Auch der Patient selbst kann unmittelbar in dieses Gespräch einbezogen sein und seine weiterbehandelnden Ärzte schon während dieser Phase kennen lernen. Das Prinzip lässt sich auch auf die Kommunikation mit niedergelassenen Ärzten übertragen.

Der zu erwartende Nutzen besteht in der „Telesteuerung“ der Diagnostik durch frühzeitige Abstimmung, die dadurch vermiedene Redundanz von Untersuchungen sowie einer Verkürzung des Intervalls zwischen Diagnostik und Therapie. Neben dieser Effizienzsteigerung liegt ein Vorteil in der Nutzung kostenintensiver Systeme großer Zentren durch Krankenhäuser und Praxen. Weiterhin kann dem steigenden Bedarf an Fortbildung rasch und didaktisch ergiebig Rechnung getragen werden. Selbst die Erstellung eines Lernprogramms mit europäischer Harmonisierung bedeutet lediglich die konsequente Fortentwicklung eines solchen Projektes.

Offene Fragen sind die der Kosten, auch der Verteilung der Kosten auf die Teilnehmer, rechtliche im Hinblick auf den Datenschutz und die Haftung bei Fehlern oder Mängeln in einer Entscheidung sowie dienstliche (Vorhaltung einer Rufbereitschaft mit kompetenten Ansprechpartnern). Eine Abschätzung der Folgen dieser Technologie in der Medizin ist bislang nicht ausreichend möglich. Die diesbezüglichen Kriterien müssen im Verlauf der Entwicklung sorgfältig evaluiert werden.

en matière de diagnostic et de thérapie de certaines maladies ainsi que la détermination rapide d'un procédé lorsque l'on a, par exemple, affaire à un polytraumatisme.

La troisième phase du projet consiste à mettre à disposition une banque de données exhaustive avec des informations de base ainsi que des informations spéciales relatives à des questions complexes et également ordinaires.

L'idée qui est à la base de la télémédecine est le transport des données et non pas des médecins. En règle générale, les données connues sur un patient sont sous forme de différents documents : texte, valeurs de mesure, son, images, séquences d'images, vidéos. La téléchirurgie presuppose et rend également possible le groupement de plusieurs données différentes dans un document utilisant différents médias. Leur transmission requiert une infrastructure numérique, l'intégration des systèmes d'information et d'administration, des ordinateurs multimédia ou des stations de travail sur place. La connexion est établie par lignes RNIS, fibre de verre ou satellite. Ainsi, la mise à disposition de l'ensemble des informations relatives aux patients est effectuée sans devoir changer d'endroit et sans perdre de temps. De plus, les réflexions – apport essentiel dans l'évaluation de résultats d'examens et dans l'harmonisation des aspects interdisciplinaires – ont lieu avec participation simultanée de plusieurs spécialistes. Le patient peut également être directement impliqué dans cet entretien et apprendre à connaître ses futurs médecins traitants déjà pendant cette phase. Le principe peut également être appliqué à la communication avec des médecins en cabinet privé.

L'avantage attendu se trouve dans le « télécontrôle » du diagnostic grâce à une coordination préalable qui permet d'éviter une redondance des examens et de réduire l'intervalle entre le diagnostic et la thérapie. Au-delà de cette efficacité accrue, un autre avantage réside dans la possibilité, pour les hôpitaux et les cabinets médicaux, d'utiliser les systèmes coûteux des grands centres. On peut également tenir compte du besoin accru en matière de formation continue rapidement et avec une didactique adaptée. Même la création d'un programme d'apprentissage avec harmonisation européenne entraîne le développement permanent d'un tel projet.

Les questions encore en suspens sont les questions relatives aux coûts et à la répartition des coûts entre les participants, les questions juridiques concernant la protection des données et la responsabilité lorsque des erreurs ont été commises ou qu'une mauvaise décision a été prise et, enfin, les questions concernant le service (présence d'un service de permanence avec des interlocuteurs compétents). Il n'est pas encore possible jusqu'à ce jour d'évaluer suffisamment les conséquences de cette technologie dans la médecine. Les critères relatifs à ce sujet doivent être minutieusement évalués au cours du développement.

## Grenzüberschreitender Rettungsdienst - eine Bestandsaufnahme

Dr. Barbara Tebbert

Im Dezember 2002 erhielt die Arbeitsgruppe Gesundheitspolitik der deutsch-französisch-schweizerischen Oberrheinkonferenz das Mandat für eine grenzüberschreitende Notfallversorgung und damit auch für den Rettungsdienst.

Der Expertenausschuss Krankenkassen, der der AG Gesundheitspolitik zuarbeitet, stellte die zu erörternden Themen zusammen.

Klärungsbedürftige Punkte waren:

- Funk: Unterschiedliche Funkfrequenzen in den drei Ländern
- Haftung: der Versicherungsschutz bei Auslandseinsätzen des Rettungsdienstpersonals.
- Wegerecht: Erlaubnis für Signalfahrten (Martinshorn und Blinklicht).
- Berufsrecht: Registrierung bei der Ärztekammer.
- Arzneimittelrecht: Umgang mit Betäubungsmitteln.
- Kostenerstattung bei Einsätzen: Einzelfallabrechnung in Deutschland und der Schweiz, Global-budget für den Rettungsdienst in Frankreich.
- Standards der Ausbildung und der Einsatzfahrzeuge.

Durch die Zweisprachigkeit im Mandatsgebiet treten Schwierigkeiten in der Kommunikation auf, erschwert durch Fachbegriffe im Rettungsdienst.

In der Zusammenarbeit mit Frankreich war die Frage, auf welcher Ebene Kooperationsvereinbarungen getroffen werden können, unklar.

Während der Rettungsdienst in Deutschland Ländersache ist und in Absprache mit den zuständigen Ministerien regionale Vereinbarungen getroffen werden können, ist für Frankreich ein Staatsvertrag Voraussetzung.

Problemlos gestaltet sich dagegen der Rettungsdienst zwischen Deutschland und der Schweiz. In der Schweiz gibt es keine gesetzlichen Normen sondern Richtlinien. Die Kantone können diese eigenständig umsetzen. Zusammenarbeit wird hier bereits erfolgreich praktiziert.

Die gegenseitige Hilfeleistung in den 3 Ländern ist seit den 80er Jahren im Katastrophenfall geklärt. Der Arbeitsgruppe Gesundheitspolitik wäre es wichtig, auf Erfahrungen in der grenzüberschreitenden Notfallrettung in Einzelfällen zurückgreifen zu können. Wenn der grenzüberschreitende Rettungsdienst funktioniert, sind die Voraussetzungen für adäquate Hilfen auch im Katastrophenfall gegeben.

Am 8.Juni 2005 fand im Euro-Institut in Kehl ein Seminar mit den Rettungsdienstorganisationen des Mandatsgebiets der Oberrheinkonferenz statt. Fachkundige Referenten aus 3 Ländern berichteten über ihren Rettungsdienst (gesetzliche Grundlagen, Strukturen, Standards) vor einem Teilnehmerkreis von 40 Personen. Dabei konnten viele offene Fragen geklärt werden. Wichtig war auch, dass bestehende Kontakte weiter ausgebaut wurden.

Am 22.07.2005 haben das deutsche und französische Gesundheitsministerium ein „Rahmenabkommen zwischen der Regierung der Bundesrepublik Deutschland und der Regierung der Französischen Republik über grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich“ unterzeichnet. Die Oberrheinkonferenz hat hierzu durch ihre Arbeitsgruppe Gesundheitspolitik ihren Beitrag aufgrund der von ihr bisher gemachten Erfahrungen eingebracht.

**Secours médical transfrontalier - état des lieux**

Dr Barbara Tebbert,

En décembre 2002, le groupe de travail « Politique de santé » de la Conférence franco-germano-suisse du Rhin Supérieur a reçu le mandat pour des soins d'urgence transfrontaliers et donc, également pour le secours médical d'urgence.

Le comité d'experts des caisses de maladie, qui opère en amont du groupe de travail « Politique de santé », a fait un résumé des thèmes à évoquer.

Les points à régler étaient les suivants :

- Radio : radiofréquences différentes dans les trois pays
- Responsabilité : couverture d'assurance du personnel de secours médical en ce qui concerne les interventions à l'étranger.
- Droits de passage : permission pour les véhicules prioritaires (sirène et gyrophare)
- Droit professionnel : inscription à l'ordre des médecins
- Droit relatif aux médicaments : utilisation de stupéfiants
- Remboursement des frais lors des interventions : facturation individuelle en Allemagne et en Suisse, budget global pour le secours médical en France.
- Standards concernant la formation et les véhicules d'intervention.

À cause du bilinguisme dans la région couverte par le mandat, il y a des difficultés dans la communication et le jargon utilisé dans le domaine du secours médical complique davantage la situation.

Dans le cadre de la coopération avec la France, la question de savoir à quel niveau les accords de coopération peuvent être conclus n'était pas claire.

Alors que le secours médical en Allemagne relève de la compétence des Länder et que des accords régionaux peuvent être conclus en accord avec les ministères compétents, un traité intergouvernemental est la condition en France.

Le secours médical entre l'Allemagne et la Suisse ne pose quant à lui aucun problème. En Suisse, il n'y a pas de normes légales mais des directives. Les cantons peuvent eux-mêmes les appliquer. La coopération y est déjà pratiquée de manière réussie.

L'aide mutuelle dans les 3 pays en cas de catastrophe est réglée depuis les années 80. Il serait important pour le groupe de travail « Politique de santé » de pouvoir accéder aux expériences acquises dans le secours médical d'urgence transfrontalier dans des cas isolés. Si le secours médical transfrontalier fonctionne, les conditions pour des aides adéquates sont réunies en cas de catastrophe également.

Le 8 juin 2005, un séminaire a eu lieu à l'Euro-Institut de Kehl (Institut pour la coopération transfrontalière) avec les organisations de secours médical de la région couverte par le mandat de la Conférence du Rhin Supérieur. Des intervenants compétents des trois pays ont parlé de leur service de secours médical (fondements légaux, structures, standards) devant 40 participants. De nombreuses questions en suspens ont pu être réglées. Il importait également d'approfondir les contacts existants.

Le 22 juillet 2005, les ministères de la Santé en Allemagne et en France ont signé un « accord cadre franco-allemand sur la coopération sanitaire transfrontalière ». À cet égard, la Conférence du Rhin Supérieur a, grâce à son groupe de travail « Politique de Santé », apporté sa contribution en partageant les expériences qu'elle avait acquises.

Dieses Abkommen ist künftig Grundlage für den Abschluss von regionalen Kooperationsvereinbarungen im Gesundheitsbereich einschließlich des grenzüberschreitenden Rettungsdienstes.

Ländern, Regionalbehörden sowie sonstigen im Gesundheitsbereich tätigen Stellen wird dadurch die Möglichkeit gegeben, alle vor Ort relevanten Belange des Gesundheitswesens zu regeln. Diese Kooperationsvereinbarungen werden neue Perspektiven eröffnen und der Bevölkerung in der Grenzregion einen noch besseren Zugang zu qualitativ hochwertiger Versorgung sichern.

Cet accord servira à l'avenir de fondement pour conclure des accords de coopération régionaux dans le domaine de la santé y compris du secours médical transfrontalier.

On donne ainsi la possibilité aux Länder, aux instances régionales ainsi qu'à d'autres instances opérant dans le domaine sanitaire de régler toutes les demandes en matière de santé importantes sur place. Ces accords de coopération ouvriront de nouvelles perspectives et assureront à la population transfrontalière un accès encore meilleur à des soins de haute qualité.

**Zusammenarbeit im Rettungsdienst zwischen Kanton Aargau, Basel Stadt und der Integrierten Leitstelle Lörrach**

Michael Haug

Anhand der Bestandsaufnahme des grenzüberschreitenden Rettungsdienstes, was durch Frau Dr. Tebbert vorgestellt wird, soll ein praktischer Bezug in der Zusammenarbeit zwischen den zwei Ländern Schweiz und Deutschland im Dreiländereck hergestellt werden.

Der Vortrag wird ca. fünf Minuten umfassen und auf wesentliche Merkmale in der praktischen Zusammenarbeit eingehen

Im Einzelnen werden folgende Fragestellungen in komprimierter Form erörtert:

Wie werden Kommunikationsbarrieren durch verschiedene Funksysteme überbrückt? Einfache Lösungen ermöglichen eine grenzüberschreitende Kommunikation zwischen den einzelnen Leitstellen. Die jeweiligen Funknetze sind nicht kompatibel – der Austausch von Funkgeräten lässt jedoch eine effiziente Kommunikation zwischen den Leitstellen zu. Alarmfaxe durch die Leitstelle Aargau geben Aufschluss über Krankheitsbild, Ort und sonstige Informationen, die für eine adäquate Hilfestellung benötigt werden.

Bei grenzüberschreitenden Einsätzen kann mit der jeweiligen Fremdleitstelle kein Funkkontakt aufgenommen werden. Das bedeutet, dass Rettungseinheiten auf fremdem Territorium durch die heimische Rettungsleitstelle durch grenzüberschreitenden Funkverkehr eingewiesen werden muss.

Die Integrierte Leitstelle fungiert als Alarmzentrale für alle primären Einsätze für den Rettungshubschrauber „Lörrach 301“, sofern dieser aus Deutschland angefordert wird. Sekundäreinsätze, wie zum Beispiel Verlegungen von Notfallpatienten, werden über Zürich direkt abgewickelt. Da der Rettungshubschrauber große Gebiete im deutschen Raum abdeckt, ist eine Funkverbindung zwischen Hubschrauber und den jeweiligen deutschen Leitstellen und Einsatzkräften vor Ort möglich.

Wie werden Einsätze auf „fremdem Boden“ durchgeführt – welche Erfahrungen wurden gegenseitig gesammelt?

Die Zusammenarbeit wird durch unsere Mitarbeit als „sehr gut“ bezeichnet. Häufig kommen gemischte Teams zum Einsatz: Nicht selten ist ein Notarzt und ein Rettungswagen an einer Einsatzstelle, die sich aus einem deutschen- und einem schweizerischen Team zusammensetzen. Die Arbeitsaufteilung ist geregelt, die Arbeitsweisen sind nahezu gleich, so dass es keine großen Unterschiede in den einzelnen Arbeitsabläufen kommt. Kompatibilitätsprobleme bei technischen Geräten oder durch unterschiedliche Normgrößen von medizinischen Werkzeugen werden nicht in nennenswerter Form beklagt.

Die Auswahl der Zielklinik, nach erfolgreicher Versorgung, richtet sich in der Hauptsache an der medizinischen Indikation. Sofern möglich, wird der erkrankte oder verletzte Mensch in seinem Heimatland untergebracht.

Wie hat sich das Einsatzaufkommen im Grenzüberschreitenden Rettungsdienst über die Jahre hinweg entwickelt?

**Coopération entre les services de secours du Canton de l'Aargau, de la ville de Bâle et du siège central intégré de Lörrach.**

Michael Haug

Prenant appui sur l'inventaire des services de secours transfrontaliers que présente Mme Tebbert, une coopération pratique va être mise en place entre la Suisse et l'Allemagne, dans la région dite « des trois frontières » (Dreiländereck)

La présentation de ce projet durera environ cinq minutes, et mettra l'accent sur certains aspects fondamentaux des modalités pratiques de cette coopération.

Il sera succinctement discuté des questions suivantes:

Comment s'affranchir des obstacles à la communication créés par l'existence de systèmes d'émetteur/récepteur différents ?

Des solutions simples permettent une communication transfrontalière entre chacun des différents centres. Les réseaux d'émission qu'utilisent les unités respectives ne sont certes pas compatibles, mais la mise à disposition réciproque d'émetteurs/récepteurs peut permettre de communiquer efficacement. Des systèmes de fax permettant de donner l'alarme par l'intermédiaire du centre de l'Aargau fournissent des renseignements sur le type de maladie, la localisation du malade et toute autre information nécessaire au déploiement de secours adéquats.

Dans le cas d'interventions transfrontalières, il ne peut être pris contact par le biais d'émetteurs/récepteurs avec le centre situé à l'étranger. Cela signifie que les unités de secours intervenant en territoire étranger devront recevoir des instructions du centre de secours situé dans ce même pays étranger, grâce au système d'émetteurs/récepteurs transfrontaliers.

Le siège central intégré fonctionne comme une centrale chargée de donner l'alarme dans tous les cas d'interventions d'urgence nécessitant l'hélicoptère de secours « Lörrach 301 », du moins lorsque son intervention depuis l'Allemagne est exigée. Des cas d'interventions moins urgentes, comme par exemple le déplacement de patients pris en charge par les unités de secours, sont directement gérés par Zurich. L'hélicoptère de secours pouvant couvrir de vastes territoires de l'espace allemand, une liaison radio (émetteur/récepteur) entre cet hélicoptère, chacun des centres situés en Allemagne et les unités d'intervention respectives opérant sur place est désormais possible.

Comment sont menées les interventions « en territoire étranger » - quelles expériences mutuelles ont-elles pu déjà être effectuées ?

La coopération est considérée par nos collaborateurs comme « très bonne ». Souvent, les interventions sont celles d'équipes mixtes : il n'est pas rare qu'un médecin urgentiste et qu'une ambulance soient chargés d'intervenir avec une équipe constituée de personnels suisses et allemands. Le partage des tâches est clairement réglé, les méthodes de travail sont quasiment les mêmes, de sorte qu'on ne constate pas de grandes différences d'approche dans les phases successives d'une

Das grenzüberschreitende Einsatzaufkommen ist in den letzten Jahren stetig gestiegen – im Speziellen ist festzustellen, dass ambulante Behandlungen in der Schweiz zunehmend durch deutsche Bürger wahrgenommen werden. Dies liegt an Abkommen, die es deutschen Bürgern ermöglichen an medizinischen Verfahren des Kantonspitals zu partizipieren (z.B. Strahlentherapie).

Ebenfalls ist die Luftrettung aus der Schweiz "Lörrach 301" fester Bestandteil der ärztlichen Versorgung im grenznahen Bereich. Vielerorts kann das hilfsfreie Intervall in ländlichen Gegenden nur mit Hilfe der ärztlichen Versorgung aus der Luft in Normbereichen gehalten werden.

### Zukünftige Entwicklung / Problemstellungen

Die rettungsdienstliche Zusammenarbeit in der Einzelversorgung von Notfallpatienten ist im grenznahen Bereich durch eine gute und problemlose Zusammenarbeit geprägt. Bei Großschadensereignissen ist eine Zusammenarbeit nicht erprobt, was wünschenswert wäre – speziell in Basel und Weil am Rhein, sind große Umschlagplätze für Chemikalien für Pharma- und Chemiewerke angelegt. Dies birgt ein hohes Gefahrenpotential, was nur gemeinsam bewältigt werden könnte.

Durch die unterschiedlichen Gesundheits- und Finanzierungssysteme können Bürger im allgemeinen nicht aussuchen, in welcher grenznahen medizinischen Einheit sie sich therapieren lassen wollen – dies führt dazu, dass bisher die medizinischen und wirtschaftlichen Ressourcen der einzelnen Länder, außer in Ausnahmefällen, aus unserer Sicht noch nicht ausreichend gefördert werden. Letzt endlich bedingt sich daraus, dass rettungsdienstliche Zusammenarbeit lediglich in begrenztem Maße erforderlich und notwendig ist.

Durch das nun bestehende Rahmenabkommen zwischen Deutschland und Frankreich sehen wir einer neuen Art der Zusammenarbeit im Dreiländereck entgegen. Erste Kontaktaufnahmen in das benachbarte Frankreich sollen dazu dienen, Grundlagen für eine Zusammenarbeit zu schaffen – abzuwarten bleibt jedoch das Rahmenabkommen zwischen Frankreich und Deutschland, was eine Richtschnur für eine praktische Zusammenarbeit darstellen wird.

intervention. On ne déplore pas non plus, de façon significative, des problèmes de compatibilité entre les appareils techniques ou entre des normes différentes pour l'outillage médical.

Le choix de la clinique où le patient sera acheminé, dès lors que les premiers soins ont pu atteindre leur but, est surtout fonction des indications du médecin. Dans la mesure du possible, la personne malade ou blessée sera hospitalisée dans son pays d'origine.

Quelles évolutions constate-t-on, au fil des ans, dans les interventions des services d'urgence transfrontaliers ?

Le taux d'interventions transfrontalières n'a cessé de croître au cours des dernières années – on remarque en particulier qu'en Suisse, les soins apportés en journée (soins dits « ambulatoires ») sont de plus en plus sollicités par les citoyens allemands. Cela est dû à une entente préalable qui permet aux citoyens allemands d'être associés aux pratiques médicales du canton (par pour les traitements par rayons).

#### Evolution future : problèmes et perspectives

La collaboration des services d'urgence pour porter secours à des individus en situation de détresse est marquée par une coopération satisfaisante et ne pose guère de problèmes. Dans le cas de catastrophes d'une plus grande ampleur, la coopération n'a pu encore faire ses preuves, ce qui serait pourtant souhaitable – tout particulièrement à Bâle et à Weil sur le Rhin, où sont aménagés de grands dépôts de substances chimiques visant à la fabrication de produits pharmaceutiques et chimiques. Il y a là un grand danger potentiel, qui ne peut être combattu que collectivement.

À cause des systèmes de sécurité sociale et de financements différents, les citoyens ne peuvent généralement pas choisir dans quelle unité médicale proche de la frontière ils se feront soigner – ce qui fait qu'à notre avis, les ressources médicales et économiques des différentes régions/ des différents pays concernés, n'ont pas encore reçu une aide suffisante. Il en résulte, en fin de compte, qu'une coopération des services de secours ne s'avère nécessaire et indispensable que dans un nombre limité de cas.

Depuis la mise en place de l'accord-cadre conclu entre la France et l'Allemagne, on assiste à une coopération de type nouveau dans la région des trois provinces (Dreiländereck). Les premières prises de contact avec notre voisin français auront pour but de créer les conditions d'une collaboration – il reste néanmoins à attendre « L'accord administratif » entre la France et l'Allemagne, qui sera le fil rouge pour un travail pratique en commun.

**Zentraler Bettennachweis: Software SAGEC**

(System zur Unterstützung in Katastrophenfällen)

Dr Jean-Claude Bartier

Die jüngsten Ereignisse des Massenterrorismus wie der Anschlag auf das World Trade Center im Jahr 2001, der Saringasanschlag in der U-Bahn von Tokyo 1995 oder die jüngsten Attentate in Madrid und London haben die Bedeutung eines verbesserten Katastrophenschutzes und die Notwendigkeit einer grenzüberschreitende Zusammenarbeit aufgezeigt. Unabhängig von ihrem Entwicklungsstand können Staaten in Situationen kommen, die sie alleine nicht mehr handhaben können. Auf der ganzen Welt waren in den letzten 20 Jahren 800 Millionen Menschen von Katastrophen betroffen, und 3 Millionen wurden dabei getötet. Die Großereignisse beherrschen zwar die Schlagzeilen, aber es gibt auch Unfälle geringeren Ausmaßes, bei denen die Mittel einer Gemeinde überfordert sein können. Diese relativ neuen Situationen häufen sich immer mehr und zeigen die Schwächen der Versorgungssysteme in diesen Fällen. Eine Erklärung für diese Schwäche kann die globale Verringerung des Versorgungsangebots sein, die zeitlich angespannte Funktionsweise der Versorgungsstrukturen, der permanente Dienst bis zur Erschöpfung im Krankenhaus und der Mangel an qualifiziertem Personal. Wir erinnern uns an die Katastrophe von Giessen in Belgien, bei der etwa dreißig Personen durch die Explosion einer Gasleitung schwere Verbrennungen erlitten und die Zusammenarbeit von 4 Ländern (Belgien, Frankreich, Deutschland, Niederlande) erforderlich war, um diese Verletzten zu versorgen. Tagtäglich geschieht es immer öfter, dass bei der Suche nach der Versorgung eines polytraumatisch Verletzten, eines Kranken, der reanimiert werden muss, zahlreiche weit zerstreute Dienste angesprochen werden müssen, bevor ein Platz für die geeignete Versorgung gefunden wird.. In Frankreich haben die Einrichtungen SAMU-Centre 15 die Aufgabe, Informationen über die Verfügbarkeit von Krankenhausbetten für ein Département oder eine Region zu verwalten.

Aufgrund dieser Überlegungen haben wir ein gemeinsames Informationssystem entwickelt, das den Aufbau eines Netzwerks von in Krisensituationen handelnden Gesundheitsexperten sowohl vor Ort als auch auf zentraler Ebene ermöglicht. Dabei wurde die Möglichkeit einer grenzüberschreitenden Zusammenarbeit berücksichtigt, und die ausländischen Betreiber können sich in ihrer eigenen Sprache mit dem System in Verbindung setzen. Obwohl die Verwaltung der verfügbaren Krankenhausbetten eine von allen Ländern geteilte Notwendigkeit ist, erschien der Einsatz einer gemeinsamen Software aufgrund der unterschiedlichen Strukturen und Organisationen der verschiedenen Partnern doch schwierig. Dessen waren wir uns bewusst und haben uns auf zwei wesentliche Punkte konzentriert:

1. Die Schnittstelle ist in drei Sprachen vorgesehen, damit sich jeder grenzüberschreitende Betreiber zuschalten und die verfügbaren Daten sofort nutzen kann.
2. Die Daten können auf Standardformate exportiert werden. Damit kann eine Dienststelle mit eigener Software diese Daten aufnehmen und in die eigene Datenbank integrieren.

Die größte Schwierigkeit liegt in der regelmäßigen Aktualisierung der Datenbank. Drei Möglichkeiten stehen zur Verfügung:

1. Ein Krankenhausdienst kann sich selbst zuschalten und seine Bettend Verfügbarkeit anmelden. Mit dieser "idealen" Nutzung ist es möglich, die Kapazitäten in Echtzeit zu erfahren.

**Gestion des lits hospitaliers: logiciel SAGEC**

(Système d'aide à la gestion d'évènements catastrophiques)

Dr Jean-Claude Bartier,

Les actes récents de terrorisme de masse comme l'attaque du WTC en 2001, du métro de Tokyo en 1995 au gaz sarin, ou les attentats récents de Madrid et de Londres, ont révélé l'impérieuse nécessité d'améliorer la prise en charge des catastrophes de masse et de développer la coopération transfrontalière. Les états, quel que soit leur niveau de développement peuvent se trouver face à des situations qu'ils ne peuvent plus gérer seuls. Ces 20 dernières années, les catastrophes ont touché 800 millions de personnes à travers le monde et causé la mort de 3 millions d'entre elles. Cependant si les événements majeurs occupent le devant de la scène, des accidents de moindre ampleur avec moins de victimes peuvent néanmoins dépasser les ressources d'une communauté. Ce type de situations, relativement nouvelles, est de plus en plus fréquent et traduit la grande fragilité des systèmes de soins vis à vis de tels événements. Fragilité qui peut s'expliquer par une réduction globale de l'offre de soins, un fonctionnement à flux tendu des structures de soins, des services hospitaliers fonctionnant en permanence à la limite de la saturation, un manque de personnel qualifié. Tout le monde garde en mémoire la catastrophe de Giessen en Belgique où l'explosion d'une conduite de gaz a entraîné des brûlures graves chez une trentaine de personnes, et a nécessité la coopération de 4 pays (Belgique, France, Allemagne, Pays-Bas) pour absorber ces blessés. Enfin au quotidien, il arrive de plus en plus régulièrement que la recherche d'une place pour un polytraumatisé, un malade relevant de réanimation, nécessite l'interrogation de plusieurs dizaines de services dispersés sur de vastes étendues avant de trouver un service accepteur. En France, les SAMU-Centre 15 sont chargés de gérer les informations de disponibilité des lits pour un département ou une région.

Ces considérations nous ont amené à développer un système d'information collaboratif permettant la mise en réseau des professionnels de santé intervenant dans la gestion d'une crise, depuis le terrain jusqu'à l'échelon central. Il prend en compte la possibilité de coopération transfrontalière en permettant à des opérateurs étrangers de se connecter, dans leur langue, au système. Si gérer les places disponibles dans les hôpitaux est une nécessité partagée par tous les pays, l'utilisation d'un logiciel commun est apparu difficile, tant les structures et les modes d'organisation sont différents entre les différents partenaires. Conscient de cette difficulté, nous avons porté nos efforts sur deux points particuliers:

1. l'interface est proposée en trois langues de façon à permettre à tout opérateur transfrontalier de se connecter et d'utiliser immédiatement les données disponibles.
2. les données pertinentes peuvent être exportées à des formats standards. Ainsi un service possédant son propre logiciel, peut récupérer ces données et les intégrer dans sa base de données.

La principale difficulté est d'assurer la mise à jour régulière des bases de données. Pour atteindre cet objectif, trois niveaux de saisie sont disponibles :

1. un service hospitalier peut se connecter de manière autonome et indiquer ses disponibilités. C'est l'usage "idéal" permettant de connaître en temps réel ses capacités

2. Eine Krankenhausverwaltung aktualisiert das gesamte Angebot eines Krankenhauses oder einer Gruppe von Krankenhäusern. Diese Methode ist sehr zuverlässig, allerdings werden die Informationen nur einmal täglich aktualisiert.
3. SAMU hat Zugang zu der gesamten Datenbank und trägt die telefonisch von den verschiedenen Dienststellen erhaltenen Informationen selbst ein. Das ist die in Krisenfällen traditionell angewandte Methode, allerdings wäre es wünschenswert, diese Methode durch die beiden ersten Lösungen zu ersetzen. Die Software verwaltet nicht nur die Betten, sondern auch die Belegung der Operationssäle und Aufwachstationen, die technischen Plattformen (Dialyse), spezialisierte Dienste, etc. In Zusammenarbeit mit der SFETB (Französische Gesellschaft zur Studie und Behandlung von Verbrennungen), wird mit SAGEC der Aufbau eines Netzwerks für Schwerbrandverletzte in Europa möglich sein.

Andere Merkmale dieser Software sind folgende:

SAGEC ist überall zugänglich. Eine Internetverbindung und ein Zugangscode reichen aus. Vor Ort kann SAGEC mit einer GPRS-Verbindung und einem PC genutzt werden, von der Unfallstelle bis zur Räumung, über PMA. Ein sofortiger Einsatz ist möglich und keine besondere Installierung erforderlich. SAGEC benötigt keine spezifische Informatikinfrastruktur, sondern nutzt einfache Informatikeinrichtungen, die in fast allen Krankenhäusern und Verwaltungen vorhanden sind.

SAGEC liefert einen ständigen Überblick über Krisenjahrbücher, Rettungspläne, Spezialdokumentation, Checklisten und überarbeiteten Dateien, Lagerbestand (Biotox), etc...

SAGEC erstellt eine medizinische Akte für alle beteiligten Mediziner der Krankenhäuser und niedergelassenen Ärzte. Über PMA behandelte Opfer können somit dem gleichen Ereignis zugeordnet werden, unabhängig davon, ob sie direkt in ein Krankenhaus kamen (Tokyo) oder zu ihrem behandelnden Arzt (Toulouse).

Unter Einbeziehung von Apotheken, Laboren und sämtlichen Partnern kann mit dem gleichen Netzwerk eine echte Gesundheitswache organisiert werden.

SAGEC ist eine von den Anwendern nach ihren Bedürfnissen entwickelte freie Software und verwendet frei zugängliche Software (PHP, MySQL, Apache). Sie kann unter Windows, Mac OS oder Linux installiert werden und ist für die meisten üblichen Explorer zugänglich: Internet Explorer, Netscape, Mozilla, Konqueror ...

2. une administration hospitalière met à jour l'ensemble des services d'un hôpital ou d'un groupe d'hôpitaux. C'est la méthode la plus fiable mais les informations ne sont mises à jour qu'une fois par jour
3. le SAMU a accès à toute la base et remplit lui même les informations qu'il a recueilli par voie téléphonique auprès des services. C'est la méthode traditionnellement utilisée en situation de crise et que l'on souhaite voir disparaître au profit des deux premières solutions. Le logiciel gère non seulement les lits mais aussi les salles d'opération, de réveil, les plateaux techniques (dialyse), les services très spécialisés, etc. A terme, et en collaboration avec la SFETB, SAGEC permettra de mettre en réseau les services de grands brûlés d'Europe.

Les autres caractéristiques de ce logiciel sont les suivantes:

SAGEC est accessible partout. Il suffit d'une connexion internet et d'un code d'accès. Sur le terrain, une connexion GPRS et un PC permettent d'utiliser SAGEC depuis le chantier jusqu'aux évacuations, en passant par le PMA. Sa mise en oeuvre est immédiate et ne nécessite aucune installation particulière.

SAGEC ne nécessite pas d'infrastructures informatiques spécifiques mais utilise des installations informatiques banales, présentes dans la plupart des hôpitaux et administrations.

SAGEC permet d'avoir en permanence sous la main les annuaires de crise, les plans de secours, la documentation spécialisée, check-list et fiches réflexes, l'état des stocks (Biotox), etc...

SAGEC propose un dossier médical partagé entre tous les intervenants médicaux, qu'ils soient hospitaliers ou libéraux. Il est ainsi possible de relier à un même événement les victimes qui sont passées par un PMA, qui se sont rendues directement à l'hôpital (Tokyo) ou chez leur médecin traitant (Toulouse).

Par le même réseau, en y incluant les pharmaciens, les laboratoires et tous les partenaires pertinents, il est possible d'organiser une véritable veille sanitaire.

SAGEC est un logiciel libre conçu par des utilisateurs, autour des besoins des utilisateurs, en utilisant des logiciels libres (PHP, MySQL, Apache). Il s'installe indifféremment sous Windows, Mac OS ou linux et est accessible par la plupart des explorateurs usuels: internet explorer, netscape, mozilla, konqueror ...

**Zentraler Bettennachweis Rheinland-Pfalz / Saarland****„Zentrale landesweite Behandlungskapazitäten“ (ZLB)**

Klaus Wagner

Zwischen 1990 und 1995 wurde dem Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit (MASFG) wiederholt von Fällen berichtet, in denen Krankenhäuser die Aufnahme von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten abgelehnt hatten und die Rettungsdienste lange suchen mussten, bis sie ein aufnahmefähiges Krankenhaus fanden. Teilweise dauerte die Suche mehrere Stunden.

Die Ursache war, dass die Rettungsleitstellen keine Übersicht über die freien Aufnahmekapazitäten der Krankenhäuser besaßen. Allenfalls kannten sie um Mitternacht und danach die Belegungssituation der Krankenhäuser ihres Zuständigkeitsbereiches des vorangegangenen Tages, von der die aktuelle Auslastung allerdings erheblich abweichen konnte. In keinem Fall aber war ihnen die Belegungssituation der Krankenhäuser außerhalb des Leitstellenebereichs bekannt.

Das MASFG daraufhin zusammen mit dem Ministerium des Innern und für Sport (ISM), Notfallmedizinern, Rettungsdienstpersonal, Krankenhausvertretern den ZLB entwickelt.

Der ZLB wurde als „negativer, qualifizierter Bettennachweis“ konzipiert. Diese Form des Bettennachweises bedeutet, dass die Rettungsleitstellen aber auch die Krankenhäuser jederzeit einen Überblick darüber haben, welche notfallmedizinisch relevanten Disziplinen, welche Überwachungsbetten und welche Beatmungsgeräte in den einzelnen Krankenhäusern aufnahmefähig oder belegt sind. Dazu gibt es zwei Statusmeldungen: „1“: es besteht Aufnahmekapazität oder „0“: keine Aufnahmekapazität. Eine pauschale „belegt“ – Meldung alter Art gab es somit nicht mehr.

Wiederholen sich „0“ Meldungen, müssen die betreffenden Krankenhäuser dies gegenüber der zuständigen Behörde für das Krankenhauswesen begründen.

Während bisher nur die notfallmedizinisch relevanten Disziplinen (Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Pädiatrie, Unfall-, Neuro- und Herzchirurgie, Geburtshilfe, interdisziplinäre Intensivmedizin und Stroke unit) erfasst wurden, werden ab September 2005 alle in einem Krankenhaus vorhandenen Disziplinen in das Meldeverfahren mit einbezogen.

Mit dem ZLB verfügte Rheinland-Pfalz als erstes Flächenland über ein rechnergestütztes Steuerungsinstrument an der Schnittstelle zwischen dem Rettungsdienst und den Krankenhäusern, das im Bedarfsfalle auch zur Bewältigung von Großschadenslagen genutzt werden kann. Seit dem 01. Dezember 2005 das Saarland im ZLB integriert. Des weiteren melden verschiedene Berufsgenossenschaftliche Unfallkliniken ihre Kapazitäten.

Der ZLB ist für den Disponenten der Rettungsleitstelle ein Leitsystem und gibt einen „ersten“ Überblick über die vorhanden freien Kapazitäten in den Krankenhäusern. Er vermittelt einen verlässlichen Überblick über die Versorgungs- und Aufnahmekapazität der Krankenhäuser sowohl im Rettungsdienstbereich als auch - bei Bedarf - landesweit. Er kann aber nicht die notwendige Kommunikation zwischen der Rettungsleitstelle bzw. der Notärztin/dem Notarzt vor Ort und dem aufnehmenden Krankenhaus ersetzen. Der ZLB trägt aber maßgeblich dazu bei, dass der Disponent

**Système commun de réservation des lits d'hôpital Rhénanie-Palatinat / Sarre****« Capacités centrales de traitement sur l'ensemble du Land » (ZLB)**

Klaus Wagner

Entre 1990 et 1995, le ministère du Travail, des Affaires sociales, de la Famille et de la Santé a été informé à plusieurs reprises que des hôpitaux avaient refusé d'accueillir des patients et des patientes qui arrivaient aux urgences et que les secours médicaux avaient dû chercher pendant longtemps avant de trouver un hôpital qui puisse les accueillir. La recherche d'un hôpital durait parfois plusieurs heures.

La raison était que les centres de coordination de secours médical ne disposaient pas d'un aperçu des capacités d'accueil disponibles des hôpitaux. C'est à partir de minuit, dans le meilleur des cas, qu'ils connaissaient le taux d'occupation des hôpitaux de leur domaine de compétence de la veille mais la situation pouvait être tout à fait différente le jour d'après. Et ils n'étaient en aucun cas au courant du taux d'occupation des hôpitaux en dehors de leur domaine de compétence.

Le ministère du Travail, des Affaires sociales, de la Famille et de la Santé a en conséquence, conjointement avec le ministère de l'Intérieur et du Sport, les médecins spécialisés dans le secours médical, le personnel de secours d'urgence et les représentants des hôpitaux, développé les capacités centrales de traitement sur l'ensemble du Land (ZLB).

Les capacités centrales de traitement sur l'ensemble du Land (ZLB) ont été conçues comme un « système négatif qualifié de réservation des lits d'hôpital ». Cette forme de système de réservation des lits d'hôpital signifie que les centres de coordination de secours médical mais également les hôpitaux peuvent voir à tout moment quelles disciplines importantes en matière de médecine d'urgence, quels lits de surveillance continue et quels respirateurs sont disponibles ou ne le sont pas dans chaque hôpital. Il existe à cet égard deux signaux : « 1 » : capacité d'accueil ou « 0 » : pas de capacité d'accueil. Le signal « occupé » automatique comme il existait auparavant a donc été supprimé.

Si les signaux « 0 » se répètent, les hôpitaux concernés doivent s'expliquer devant l'autorité compétente des hôpitaux.

Alors que jusqu'à maintenant seules les disciplines relatives au secours médical (chirurgie générale, médecine interne, pédiatrie, chirurgie traumatologique, neurochirurgie et chirurgie cardiaque, obstétrique, médecine intensive interdisciplinaire et accidents vasculaires cérébraux) étaient concernées, toutes les disciplines existantes dans un hôpital seront prises en compte dans le système des signaux à partir de septembre 2005.

Avec le système ZLB, la Rhénanie-Palatinat disposait en tant que premier Land autre que les villes-États d'un instrument de commande informatisé à l'interface entre le secours médical et les hôpitaux qui peut également être utilisé en cas de besoin pour surmonter les grandes catastrophes. Depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2005, la Sarre est intégrée au système ZLB. Par ailleurs, différentes cliniques traumatologiques faisant partie d'associations professionnelles signalent leurs capacités.

Le système ZLB représente un système directeur pour le gérant du centre de coordination de secours médical et donne un « premier » aperçu des capacités disponibles dans les hôpitaux. Il donne un aperçu fiable des capacités en matière de soins et d'accueil des hôpitaux dans le domaine du secours médical et sur l'ensemble du Land en cas de besoin. Il ne peut toutefois pas remplacer la

der Rettungsleitstelle die geeigneten Krankenhäuser gezielt anrufen und an Hand der Übersicht offensichtlich erfolglose Anrufe vermeiden kann. Dadurch können Notfallpatienten ohne das Risiko eines „Notfalltourismus“ schnell und zuverlässig dem geeigneten aufnahmefähigen Krankenhaus zugeführt werden.

Die im ZLB gespeicherten Daten können bei vorhandenem Internet-Anschluss auch von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie von Krankenhäusern und Rettungsleitstellen außerhalb von Rheinland-Pfalz und dem Saarland genutzt werden.

Insgesamt wurde die Notfallversorgung durch den computergestützten Bettennachweis in kurzer Zeit spürbar verbessert, da die rasche und patientengerechte Zuweisung in medizinischen Notfällen für die Rettungsleitstellen in ein nahe gelegenes geeignetes und aufnahmefähiges Krankenhaus leichter möglich ist.

Ein solches Leitsystem muss ständig weiterentwickelt werden. Daher wäre es aus Sicht der Länder Rheinland-Pfalz und Saarland sehr wünschenswert, wenn auch andere Länder sich diesem ZLB anschließen oder wenn sich mit bereits bestehenden Bettennachweis-Systemen Verknüpfungen herstellen ließen. Ein weiteres Ziel wäre, dass sich im ZLB der jeweilige aktuelle Stand aller verfügbaren freien Behandlungskapazitäten in einem Krankenhaus wiederspiegelt. Dies wäre dadurch zu erreichen, dass moderne Patientenverwaltungssysteme den zeitnahen Zu- und Abgang von Patientinnen und Patienten dokumentieren und diese Daten aktuell an den ZLB weitergeben.

Der ZLB kann unter folgender Internet-Adresse angesehen werden:

<http://www.leitstellen-info.de>

communication nécessaire entre le centre de coordination de secours médical ou le médecin d'urgence sur place et l'hôpital qui accueille le patient. Le système ZLB contribue largement à ce que le gérant du centre de coordination de secours médical puisse appeler de manière ciblée les hôpitaux adaptés et que grâce à l'aperçu, les appels inutiles puissent être évités. Ainsi, les patients arrivant aux urgences peuvent être conduits rapidement et de manière fiable à l'hôpital approprié prêt à les accueillir sans devoir subir les risques d'un « tourisme d'urgence ».

Lorsqu'une connexion Internet est disponible, les données enregistrées dans le système ZLB peuvent également être utilisées par les médecins en cabinet privé ainsi que par les hôpitaux et les centres de coordination de secours médical en dehors de la Rhénanie-Palatinat et de la Sarre.

Les soins d'urgence ont, dans l'ensemble, connu une amélioration sensible et rapide grâce au système informatique de réservation des lits d'hôpital étant donné que l'envoi rapide et adapté des patients dans un hôpital proche, approprié et apte à les accueillir est maintenant plus simple pour les centres de coordination de secours médical lorsqu'il y a une urgence médicale.

Un tel système de coordination doit constamment être perfectionné. Ainsi, il serait très souhaitable du point de vue des Länder de Rhénanie-Palatinat et de Sarre que d'autres Länder participent également au système ZLB ou qu'il soit possible de créer des interfaces avec les systèmes de réservation des lits d'hôpital déjà existants. Un autre objectif serait que l'état actuel de toutes les capacités disponibles de traitement dans un hôpital soit indiqué dans le système ZLB. Il serait possible d'atteindre cet objectif si les systèmes modernes de gestion des patients documentent au fur et à mesure l'entrée et la sortie des patientes et des patients et transmettent les données actuelles au système ZLB.

Il est possible de consulter le système ZLB à l'adresse suivante :  
<http://www.leitstellen-info.de>

**Die grenzüberschreitende Arbeitsgruppe Basel-Stadt/Basel-Landschaft, Landkreis Lörrach und ihre Tätigkeitsfelder**

Günter Zisselsberger

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

vielen Dank an die Organisatoren dieses Forums, dass ich zu Ihnen sprechen darf. Natürlich speziell ein Dankeschön an unsere Arbeitsgruppe, dass mir die Ehre zu Teil wurde, unsere Gruppe und die Tätigkeitsfelder vorstellen zu dürfen.

Als ich im Frühjahr 1975 im Rahmen einer Prüfung das Thema "Grenzgänger" bekommen habe, habe ich mich an der Lösung der Aufgabe sehr, sehr schwer getan. Nach der Prüfung habe ich mich oft gefragt, was denn ein solches Thema in einem Staatsexamen zu suchen hat. Als Stuttgarter Bürger, mit einem Tätigkeitsfeld bei der AOK, das sich in erster Linie in der Raumschaft Stuttgart abspielte, war diese Frage sicher berechtigt. Erst 1994 mit der Übernahme der Tätigkeit als AOK-Geschäftsführer in Lörrach hat sich die Beantwortung der Frage ergeben. Denn schon nach einigen Tagen war für mich als Neu-Regio-Bewohner die Thematik permanent vorhanden. Sie bekam schon sehr früh eine große Dimension, als es um das Thema Strahlentherapie ging.

Der Landkreis Lörrach strebte hinsichtlich der Strahlentherapie an, mit dem heutigen Universitätsklinikum Basel zu kooperieren. Gleichzeitig lag der Antrag einer niedergelassenen radiologischen Praxis vor, einen Strahlentherapiestandort in Lörrach aufzubauen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen hatten eine klare Position: "Eine Kooperation des Landkreises Lörrach mit dem Tumorzentrum Basel ist aus Kostengründen abzulehnen."

Den Verlauf der Geschichte kennen Sie sicher zum Teil, für alle die es noch nicht wissen: Nach vielen intensiven Gesprächen und Verhandlungen gelang des der AOK Lörrach einen Vertrag mit dem damaligen Kantonsspital abzuschließen, der u. a. die Errichtung einer Strahlentherapie in Lörrach verhinderte.

Mit das Tollste daran war und ist, dass diese Vereinbarung gerade aus Kostengründen die beste war; aber 1995 dachten die Länder vielleicht noch etwas zu regional und die Geldnot war noch nicht in dieser Dimension vorhanden.

Seit dieser Zeit hat mich persönlich dieses Thema nicht mehr losgelassen und ich bin gerne der Einladung des ehemaligen Landrats Alois Rübsamen, des Regierungsrats Carlo Conti gefolgt, ab 1999 in einer kleinen, schlagkräftigen Arbeitsgruppe mit zu arbeiten.

Trotz einer Fülle von grenzüberschreitenden Gremien war den beiden Politikern nämlich bewusst geworden, dass es zwar eine Vielzahl von politischen Gremien gibt und geben muss, dass aber das "Kümmern um ganz praktische Fälle bzw. Probleme" in diesen Gremien kein zu Hause finden würde.

**Groupe de travail transfrontalier Bâle-Ville/Bâle-Campagne/Landkreis (circonscription administrative) Lörrach et ses champs d'activité**

Günter Zisselsberger

Mesdames et Messieurs,

Je remercie les organisateurs de ce forum de m'avoir donné la possibilité de prendre la parole. Je tiens également à remercier tout particulièrement le groupe de travail pour m'avoir accordé le privilège de vous présenter notre groupe et ses champs d'activité.

Lorsqu'au printemps de l'année 1975, je suis tombé sur le sujet « les frontaliers » dans le cadre d'un examen, j'ai eu beaucoup de difficultés à résoudre ce problème. Après l'examen, je me suis souvent demandé pourquoi un tel sujet était traité dans un examen d'État. En tant que citoyen de Stuttgart et ayant une fonction à la caisse maladie AOK qui recouvrait en premier lieu le secteur de Stuttgart, cette question était certainement justifiée. C'est seulement en 1994, lorsque l'on m'a confié le poste de gérant de la caisse maladie AOK à Lörrach, que j'ai enfin trouvé la réponse à cette question. En effet, après quelques jours seulement, le sujet était pour moi en tant que nouvel habitant de la Regio omniprésent. Et il a pris, déjà très tôt, une importance particulière lorsqu'il a été question de radiothérapie.

Le Landkreis Lörrach avait pour objectif de coopérer dans le domaine de la radiothérapie avec la clinique actuelle « Universitätsklinikum » de Bâle. En même temps, un cabinet privé de radiologie avait fait la demande pour mettre en place un site de radiothérapie à Lörrach. Les organisations centrales des caisses maladie avaient une position claire : « Une coopération du Landkreis Lörrach avec le centre des tumeurs de Bâle n'est pas possible pour des raisons financières ».

Vous connaissez en partie le déroulement de l'histoire et pour ceux qui ne sont pas au courant, voilà ce qui s'est passé : après des entretiens intensifs et des négociations approfondies, la caisse maladie AOK de Lörrach est parvenue à conclure avec l'ancien « Kantonsspital » (hôpital du canton) un contrat qui empêchait, entre autres, la création d'un site de radiothérapie à Lörrach.

Cet accord représentait, justement pour des raisons financières, la meilleure solution mais les Länder pensaient peut-être encore trop en termes de région et les problèmes d'argent n'avaient pas encore une telle dimension en 1995.

Depuis lors, ce sujet ne m'a plus quitté et c'est avec plaisir que j'ai répondu à l'invitation de l'ancien député au Grand Conseil, Alois Rübsamen, et du Président du Conseil d'Etat, Carlo Conti, à participer à partir de 1999 à un petit groupe de travail influent.

Malgré toute une panoplie de comités transfrontaliers, les deux hommes politiques se sont rendus compte qu'il existait certes une multitude de comités politiques et qu'il devait y en avoir mais que « le traitement de cas ou de problèmes vraiment pratiques » n'y trouverait pas sa place.

Der Zweck dieser Arbeitsgruppe war und ist,

- a. die Systeme beider Regionen mit praktischem Leben zu erfüllen und
- b. eventuell auftretende Einzelfälle schnell und unbürokratisch zu lösen.

Die Besetzung dieser Arbeitsgruppe war variabel, um aus den gemachten Erfahrungen auch schnellst möglich Folgen herzuleiten. So besteht sie im Augenblick aus folgenden Personen:

Dr. Andreas Faller, Sanitätsdepartement Basel-Stadt

Dieter Ahlbrecht, Kliniken GmbH, Lörrach

Dr. Dominik Schorr, Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion, Liestal

Jutta M. Pils, Universitätskliniken Basel

Dr. Konrad Widmer, Universitätskinderspital beider Basel

Peter Lepkojis, Kliniken GmbH, Lörrach

Remigius Dürrenberger, ÖKK Basel

Wolfgang Nestle, Landratsamt Lörrach

und meiner Wenigkeit.

Mit dieser Besetzung ist zur Zeit sicher gestellt, dass dem angedachten Zweck Rechnung getragen werden kann.

Erlauben Sie mir bitte, Ihnen in ganz kurzer Form ein praktisches Beispiel erzählen zu dürfen:

Ein deutsch-schweizerisches Ehepaar bekommt Nachwuchs. Die Frau begibt sich zur Entbindung nach Basel, erkundigt sich vorher bei ihrer Zusatzversicherung, ob denn das Neugeborene auch zusatzversichert sei und erhält eine positive Nachricht.

Leider gab es bei der Geburt Komplikationen, das Neugeborene musste mehrere Monate im Universitätskinderspital in Basel verbleiben, so dass eine stattliche sechsstellige Summe als Rechnung auflief. Die Klinik wollte das Geld, die private deutsche Versicherung von ihrer Zusage nichts mehr wissen. Und jetzt?

Als erstes brachte die Gruppe es fertig, dass das Krankenhaus die Rechnung stundete, so dass der stärkste Druck von der Familie genommen wurde. Die Schweizer Kollegen in der Arbeitsgruppe machten eine Basler Stiftung ausfindig, deren Zweck die finanzielle Absicherung von Kindern aus Deutschland und dem Elsass in der Krankenbehandlung ist. Damit war klar, dass die Familie ein Netz geknüpft bekam, das ihr die finanziellen Sorgen auf jeden Fall nehmen würde. Schlussendlich musste diese Stiftung nicht in Anspruch genommen werden, weil auf Betreiben der Arbeitsgruppe die deutsche Privatversicherung doch noch zu ihrer Zusage stand.

Ein großer Erfolg? Für die europäische Politik sicher nicht, aber für die Familie allemal. Und ich denke, die Arbeitsgruppe hat mit dieser Problemlösung einen Teil ihres Zwecks sehr gut erfüllt. Übrigens, das Kind erfreut sich bester Gesundheit.

L'objectif de ce groupe de travail était et est de

- a. concrétiser les systèmes des deux régions et de
- b. résoudre rapidement et de manière non bureaucratique des cas particuliers qui peuvent éventuellement se présenter.

La composition du groupe de travail était variable pour pouvoir mettre à profit les expériences de chacun et en tirer des conséquences le plus vite possible. Il est actuellement composé des personnes suivantes :

Dr. Andreas Faller, Département de la santé Bâle-Ville

Dieter Ahlbrecht, Kliniken GmbH, Lörrach

Dr. Dominik Schorr, Direction Sanitaire et Economique de Liestal

Jutta M. Pils, cliniques universitaires de Bâle

Dr. Konrad Widmer, Universitätskinderspital (hôpital universitaire pour enfants) des deux Bâle

Peter Lepkojis, Kliniken GmbH, Lörrach

Remigius Dürrenberger, ÖKK Bâle

Wolfgang Nestle, Landratsamt (direction administrative du Kreis) Lörrach  
et moi-même.

Cette composition permet de garantir la poursuite de l'objectif fixé.

Permettez-moi de vous raconter brièvement une histoire vécue par une famille :

Un couple germano-suisse allait avoir un enfant. La femme s'est rendue à Bâle pour l'accouchement. Elle avait préalablement demandé à son assurance complémentaire si le nouveau-né était également assuré et l'assurance lui avait affirmé que c'était bien le cas.

Malheureusement, il y a eu des complications pendant la naissance. Le nouveau-né a dû rester pendant plusieurs mois à l'Universitätskinderspital (l'hôpital universitaire pour enfants) de Bâle et la facture de l'hospitalisation avait atteint un montant imposant à six chiffres. La clinique voulait son argent et l'assurance privée en Allemagne ne voulait rien savoir de ses engagements préalables. Alors, que s'est-il passé ?

Le groupe a, en premier lieu, convaincu l'hôpital de reporter la facture pour que la famille n'ait plus à subir cette grande pression. Les collègues suisses du groupe de travail ont trouvé une fondation à Bâle dont l'objectif est de garantir que les enfants venant d'Allemagne et d'Alsace aient une couverture financière pour les traitements. Ainsi, il était clair que la famille disposait d'un réseau qui lui permettrait dans tous les cas de se débarrasser des soucis financiers. La fondation n'a finalement pas été mise à contribution car, grâce à l'action du groupe de travail, l'assurance privée allemande a fini par reconnaître les engagements qu'elle avait pris.

Une réussite importante ? Pour la politique européenne certainement pas mais pour la famille en tout cas. Et je pense que le groupe de travail a très bien rempli une partie de son objectif en résolvant le problème. Au fait, l'enfant est maintenant en pleine forme.

Aus all diesen Begegnungen der Arbeitsgruppe entstand u. a. eine große Vertrauensbasis untereinander, die es auch ermöglichte, Visionen auszudenken, aufzumalen und den Versuch zu starten, einfachere Lösungen zu finden.

12.000 deutsche Grenzgänger nach Basel waren und sind für uns ein Argument, unsere Arbeit fortzusetzen und zu vertiefen.

Herr Landrat Walter Schneider hat sich als Nachfolger von Alois Rübsamen des Themas grenzüberschreitende Zusammenarbeit nahtlos angenommen. Dr. Conti hielt vor ca. eineinhalb Jahren ein vielbeachteten Vortrag in Lörrach. Es gelang ihm ganz ausgezeichnet, den Zusammenhang zwischen universitärer Klinikversorgung und Sicherung der Arbeitsplätze in der Regio darzustellen. Als innovative Arbeitsgruppe haben wir diese Steilvorlage aufgegriffen, unsere Visionen konkretisiert, die Unterstützung der großen Politik in beiden Ländern eingefordert und bekommen und können unter Umständen in einer Modellregion Basel-Landschaft, Basel-Stadt und Lörrach eine offene Region im Gesundheitswesen ausprobieren.

Es macht riesig Spaß, in dieser Arbeitsgruppe mitarbeiten zu dürfen. Es gibt viel zu tun – denken Sie nur an die 30.000 elsässischen Grenzgänger, die nach Basel einpendeln – die Arbeitsgruppe ist weiterhin hoch motiviert und optimistisch, die Regio für ihre Bewohner gesundheitsmäßig fit für die Zukunft machen zu können.

Danke für Ihre Aufmerksamkeit!

Grâce à toutes ces rencontres du groupe de travail, une grande confiance s'est installée. Elle a permis d'imaginer et de formuler des visions et également de s'engager à trouver des solutions plus simples.

Le nombre des 12 000 frontaliers allemands à Bâle représentait et représente toujours pour nous un argument pour continuer notre travail et l'approfondir.

Monsieur Walter Schneider, député au Grand Conseil a, en tant que successeur d'Alois Rübsamen, immédiatement traité le sujet de la coopération transfrontalière. Dr.Conti a donné une conférence très appréciée il y a environ 1 an et demi à Lörrach. Il a présenté avec succès la relation entre les soins en clinique universitaire et la garantie des emplois dans la Regio. En tant que groupe de travail innovant, nous avons fait face à ce défi, concrétisé nos visions, exigé et reçu le soutien de la sphère politique dans les deux pays et nous pouvons éventuellement tester une région ouverte en matière de santé dans une région modèle Bâle-Campagne, Bâle-Ville et Lörrach.

C'est un grand plaisir pour moi de pouvoir participer à ce groupe de travail. Le travail ne manque pas – pensez aux 30.000 frontaliers alsaciens qui se rendent tous les jours à Bâle – et le groupe de travail est toujours aussi motivé et optimiste pour faire de la Regio une région en forme pour l'avenir en matière de santé pour ses habitants.

Merci de votre attention !

**Stand der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit in der Trinationalen Agglomeration Basel (TAB) im stationären Bereich – Probleme und Visionen**

Andreas Faller

Seit Jahren schon bestehen intensive Kontakte zwischen dem Kanton Basel-Stadt und dem Landkreis Lörrach mit dem Ziel, die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen auszubauen. In Teilbereichen ergab sich daraus bereits eine erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und einzelnen Versicherern. Diese grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen kommt nun einen wesentlichen Schritt weiter. Bei einem Treffen der Parlamentarischen Staatssekretärin im deutschen Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Marion Caspers-Merk, Bundesrat Pascal Couchebin, Vorsteher des Eidgenössischen Departements des Innern, und Regierungsrat Carlo Conti, Vorsteher des Gesundheitsdepartements Basel-Stadt, vom 7. April 2004 in Bern wurde vereinbart, diese Zusammenarbeit auch auf Regierungsebene nachhaltig zu unterstützen. Dabei wurde von allen Seiten der klare Wille zum Ausdruck gebracht, die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen zwischen Deutschland und der Schweiz – insbesondere im stationären Bereich – weiter zu intensivieren und damit die Freizügigkeit für die Bevölkerung und gleichzeitig den Wettbewerb im Gesundheitswesen zu fördern.

In der Folge erhielt die „grenzüberschreitende Arbeitsgruppe Gesundheit Landkreis Lörrach / Basel-Landschaft / Basel-Stadt (GAG)“ mit Vertretungen von Behörden, Krankenkassen und Leistungserbringern der Kantone Basel-Stadt, Basel-Landschaft und des Landkreises Lörrach den Auftrag, zum Stand der Freizügigkeit im Gesundheitswesen zwischen beiden Staaten, entsprechenden Erweiterungsmöglichkeiten und der Möglichkeit eines Pilotprojektes zu berichten.

Das Lenkungsgremium zum entsprechenden Projekt setzt sich wie folgt zusammen:

- Frau Marion Caspers-Merk, parlamentarische Staatssekretärin im Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung
- Sozialministerium Baden-Württemberg, vertreten durch Herrn Dr. Werner Traub, Ministerialrat, Referat Europa und Recht
- Herr Landrat Walter Schneider (Landkreis Lörrach)
- Herr Regierungsrat Dr. Carlo Conti, Vorsteher Gesundheitsdepartement Basel-Stadt
- Herr Regierungsrat Erich Straumann, Vorsteher Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion des Kantons Basel-Landschaft

In der Arbeitsgruppe „GAG“, die der Projektleitung entspricht, haben Einsatz:

Herr Dieter Ahlbrecht, Geschäftsführer Kliniken des Landkreises Lörrach GmbH

Herr Remigius Dürrenberger, OEKK Basel, Co-Leiter Managed Care und Leistungseinkauf

Herr Andreas Faller, Departementssekretär und Leiter Rechtsdienst, Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

Herr Peter Lepkojis, Verwaltungsdirektor Kreiskrankenhaus Lörrach

Herr Wolfgang Nestle, Landratsamt des Landkreises Lörrach

Frau Jutta Pils, Leiterin Kooperationsmanagement am Universitätsspital Basel

**Situation de la coopération transfrontalière dans l'Agglomération Trinationale de Bâle (ATB) dans le domaine des soins hospitaliers – problèmes et visions**  
Andreas Faller,

Depuis des années déjà, des contacts intensifs existent entre le canton Bâle-Ville et la circonscription administrative de Lörrach qui poursuivent l'objectif d'approfondir la coopération transfrontalière dans le domaine de la santé. Certains domaines ont vu naître une coopération réussie entre des hôpitaux et des assureurs. Cette coopération transfrontalière dans le domaine de la santé connaît maintenant une avancée importante. Lors d'une rencontre, le 7 avril 2004 à Berne, la Secrétaire d'État parlementaire auprès du ministère fédéral de la Santé et de la Sécurité Sociale en Allemagne, Marion Caspers-Merk, le conseiller fédéral Pascal Couchebin, chef du Département fédéral de l'intérieur en Suisse et le Conseiller d'État Carlo Conti, chef du Département de la santé du canton Bâle-Ville, se sont mis d'accord pour promouvoir durablement cette coopération également à l'échelon gouvernemental. À cet égard, toutes les parties ont exprimé clairement leur désir d'approfondir davantage la coopération transfrontalière dans le domaine de la santé entre l'Allemagne et la Suisse – notamment dans le domaine hospitalier – et de promouvoir ainsi la libre circulation de la population ainsi que la concurrence en matière de santé.

Dans la foulée, le groupe de travail transfrontalier sur la santé, circonscription administrative de Lörrach / Bâle-Campagne / Bâle-Ville (GAG), qui compte parmi ses membres des représentants d'autorités, de caisses maladie et de prestataires de services des cantons Bâle-Ville, Bâle-Campagne et de la circonscription administrative de Lörrach a été chargé de faire un état des lieux de la libre circulation entre les deux états dans le domaine de la santé et de faire un rapport sur le potentiel d'élargissement et sur la possibilité de mettre en place un projet pilote.

Les membres du comité de pilotage responsables dudit projet sont :

- Madame Marion Caspers-Merk, Secrétaire d'État parlementaire auprès du ministère fédéral de la Santé et de la Sécurité Sociale
- Ministère des Affaires sociales du Land de Bade-Wurtemberg, représenté par Monsieur Dr. Werner Traub, Conseiller ministériel, Service Europe et Droit
- Monsieur Walter Schneider, Chef des services administratifs (circonscription de Lörrach)
- Monsieur Dr. Carlo Conti, Conseiller d'État, Chef du Département de la Santé Bâle-Ville
- Monsieur Erich Straumann, Conseiller d'État, Chef de la Direction de l'Économie Publique et des Affaires Sanitaires du canton Bâle-Campagne

Font partie du groupe de travail « GAG », qui correspond à la direction du projet, les personnes suivantes :

Monsieur Dieter Ahlbrecht, gérant des « Kliniken des Landkreises Lörrach GmbH» (cliniques de la circonscription administrative de Lörrach)

Monsieur Remigius Dürrenberger, OEKK Basel, Co-Président du « Managed Care» (soins intégrés) et Achat de services

Monsieur Andreas Faller, Secrétaire de Département et Directeur du service juridique, Département de la Santé Bâle-Ville

Monsieur Peter Lepkojis, Directeur administratif de l'hôpital de la circonscription administrative de Lörrach

Herr Dr. Dominik Schorr, Kantonsarzt des Kantons Basel-Landschaft

Herr Dr. Konrad Widmer, Vorsitzender der Geschäftsleitung, Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB)

Herr Günter Zisselsberger, Geschäftsführer der AOK Lörrach

Der Zwischenbericht mit der Empfehlung zur Ausarbeitung eines detaillierten Pilotprojektes wurde im Mai 2005 vorgelegt. Das entsprechende Vorgehen wurde vom Lenkungsgremium genehmigt und die Arbeitsgruppe, welche bereits den Zwischenbericht vorgelegt hat, mit der Erarbeitung des Pilotprojektes betraut. Ziel des Pilotprojektes ist die Erweiterung der Kooperation in der Gesundheitsversorgung zwischen der Schweiz und Deutschland und die Erhöhung der Patientinnen-/Patientenfreizügigkeit zwischen beiden Staaten.

In ausgesuchten Bereichen von akut-somatischer Behandlung / Rehabilitation / Pflege für bestimmte Behandlungen sollen nun zu diesem Zweck grenzüberschreitende Zuweisungsstrukturen und Behandlungspfade für Patientinnen und Patienten festgelegt werden. Außerdem muss ein dazugehöriges Versicherungsmodell erarbeitet beziehungsweise Lösungen zur Finanzierungsproblematik (unterschiedliche Finanzierungssysteme Schweiz – Deutschland) vorgelegt werden. Als mögliche Themen hat die Arbeitsgruppe bereits Rehabilitation, Pädiatrie, ausgewählte Standardbehandlungen in den Bereichen Chirurgie und Innere Medizin, Psychiatrie (insbesondere Sucht), Pflegeheime, Geriatrie, Betreuung schwerstbehinderter Erwachsener und Rettungsdienst vorgeschlagen.

Das Pilotprojekt ist auf insgesamt drei Jahre befristet, wobei das Startjahr im Sinne einer „Anlaufphase“ nur beschränkt in die Projektauswertung einbezogen werden soll. Räumlich gesehen ist, was die Herkunft der Leistungserbringer und der involvierten Versicherten betrifft, eine Beschränkung auf den Landkreis Lörrach sowie die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft vorgesehen. Die Arbeitsgruppe kann allerdings auch einzelne Leistungserbringer außerhalb dieses Gebietes einbeziehen, sofern dies zur Bildung einer sinnvollen Behandlungskette erforderlich ist.

Der französischen Seite ist die Mitwirkungen an den Projektarbeiten und am Pilotprojekt selber bis anhin (noch) nicht möglich gewesen; Lenkungsgremium und Projektleitung sind aber bereit, eine Ausweitung des Projektraumes bis zum Abschluss der Vorbereitungsarbeiten offen zu halten.

Die im Einzugsgebiet des Pilotprojektes domizilierten Versicherer und Leistungserbringer sind innerhalb von Arbeitsgruppen von Anfang an in die Ausarbeitung der Rahmenbedingungen einbezogen worden. Eine entsprechende Informationsveranstaltung (kick-off-meeting) hat am 2. Juni 2005 stattgefunden. Die Anwesenheit von rund 50 Vertretungen von Versicherern und Leistungserbringern zeugt vom großen Interesse, welches diesem Thema entgegengebracht wird. Die im Nachgang zur Informationsveranstaltung gegründeten Subarbeitsgruppen „Leistungserbringer“ und „Versicherer/ Leistungseinkäufer“ haben ihre Arbeit begonnen und je drei große Sitzungen sowie verschiedene Treffen in kleinerem Rahmen durchgeführt, Gespräche mit den Vereinigungen der freipraktizierenden Ärztinnen / Ärzte sind bereits aufgenommen worden.

Mittlerweile haben auch erste Gespräche mit der eidgenössischen Bundesverwaltung bezüglich Zustimmung des Bundes zum Pilotprojekt stattgefunden, wobei eindeutig positive Signale zu erkennen waren, es wurde sogar eine Erweiterung des Projektes unter Beteiligung des Bundes (z.B. Nordwestschweiz als mögliche Pilotregion für die Einführung einer elektronischen Patientenkarte) diskutiert.

Monsieur Wolfgang Nestle, Direction administrative de la circonscription de Lörrach

Madame Jutta Pils, Directrice de la gestion de la coopération à l'hôpital universitaire de Bâle

Monsieur Dr. Dominik Schorr, médecin de canton Bâle-Campagne

Monsieur Dr. Konrad Widmer, Président de la Direction, Hôpital universitaire pour enfants des deux Bâle (UKBB)

Monsieur Günter Zisselsberger, gérant de la caisse maladie AOK de Lörrach

Le rapport intermédiaire contenant la recommandation de l'élaboration d'un projet pilote détaillé a été présenté en mai 2005. La procédure correspondante a été validée par le comité de pilotage et le groupe de travail, qui avait déjà déposé le rapport intermédiaire, a été chargé de l'élaboration du projet pilote. L'objectif du projet pilote consiste à élargir la coopération dans le domaine des soins, entre la Suisse et l'Allemagne et à intensifier la libre circulation des patientes / patients entre les deux États.

Dans les domaines sélectionnés du traitement / de la rééducation / des soins somatiques aigus pour certains traitements, des structures transfrontalières d'attribution des rôles à cet égard ainsi que des possibilités de traitement pour les patientes / patients devront être déterminées. Par ailleurs, il convient d'élaborer un modèle d'assurance y relatif et de présenter des solutions concernant la problématique du financement (systèmes de financement différents Suisse – Allemagne). Comme sujets possibles, le groupe de travail a déjà proposé la rééducation, la pédiatrie, les traitements standard sélectionnés dans les domaines de la chirurgie et de la médecine interne, la psychiatrie (en particulier l'addiction), les établissements de soins, la gériatrie, la prise en charge des adultes gravement handicapés et le secours médical.

Le projet pilote s'étend sur une période de trois ans. L'année de lancement, considérée comme « une mise en route » ne sera que partiellement prise en compte dans l'évaluation du projet. Pour ce projet, il est prévu de faire appel exclusivement à des prestataires de services et à des assureurs originaires de la circonscription administrative de Lörrach et des cantons de Bâle-Ville et Bâle-Campagne. Toutefois, le groupe de travail peut également faire participer des prestataires de services extérieurs dans la mesure où cela s'avère nécessaire pour créer une « chaîne de prise en charge » pertinente.

La participation française aux travaux du projet et au projet pilote n'a pas (encore) été possible : le comité de pilotage et la direction du projet sont cependant prêts à intégrer d'autres régions dans ce projet, et ce, jusqu'à la conclusion des travaux de préparation.

Dans le cadre de groupes de travail, les assureurs et les prestataires de services sis dans le secteur du projet pilote ont été impliqués dès le départ dans l'élaboration des conditions générales. Un atelier d'information (kick-off-meeting) a eu lieu le 2 juin 2005. La présence de près de 50 représentants d'assureurs et de prestataires de services témoigne du grand intérêt porté à ce sujet. Les sous-groupes de travail qui ont été créés à l'issue de cet atelier d'information « Prestataires de services » et « Assureurs / Acheteurs de prestations » ont commencé leur travail et ont organisé 3 grandes réunions chacun ainsi que différentes rencontres de moindre envergure. Par ailleurs, des entretiens avec les associations des médecins indépendants ont débuté.

Aujourd'hui, les premiers entretiens ont déjà eu lieu avec l'administration fédérale suisse concernant l'accord de la Confédération vis-à-vis du projet pilote. Des signaux positifs clairs ont été lancés et un élargissement du projet avec la participation de la Confédération (par exemple la Suisse du nord-ouest en tant que région pilote possible pour la mise en place d'une carte électronique pour les

Die definitive Stellungnahme des zuständigen Departements respektive des Bundesrates ist innerhalb der kommenden Wochen zu erwarten.

Ferner sollen in zeitlicher Hinsicht bereits im Hinblick auf den Kongress „Gesundheit ohne Grenzen“ der Oberrheinkonferenz erste Resultate aus den Arbeitsgruppen präsentiert werden. Sofern es gelingt, die unterschiedlichen Spitalfinanzierungssysteme beider Staaten speditiv durch Erarbeitung eines Versicherungs- beziehungsweise Finanzierungsmodells zusammenzuführen, könnte der Schlussbericht gegen Jahresende vorgelegt und das Pilotprojekt im kommenden Jahr gestartet werden.

patients) a même été évoqué. La prise de position définitive du Département compétent et du Conseil fédéral est attendue au cours de la semaine à venir.

Par ailleurs, les premiers résultats des groupes de travail doivent déjà être présentés en amont du forum « Santé sans frontières » de la Conférence du Rhin Supérieur. Pour autant qu'il soit possible de réunir rapidement les différents systèmes de financement des hôpitaux des deux États en élaborant un modèle d'assurance et de financement, le rapport final pourrait être présenté vers la fin de l'année et le projet pilote lancé dans l'année suivante.

**Der Onkologischer Schwerpunkt Lörrach-Rheinfelden (OSP)**

Prof. Dr. Hans-H. Osterhues

Der Onkologische Schwerpunkt Lörrach-Rheinfelden (OSP) ist eine grenzübergreifende Netzwerkbildung zur Optimierung der medizinischen Versorgung onkologischer Patienten der südbadischen Region.

Die Bündelung der einzelnen onkologischen Schwerpunktleistungen im Landkreis Lörrach (z.B. Kreiskrankenhaus Lörrach, Frauenklinik Rheinfelden) zu einem onkologischen Schwerpunkt, war mit den bestehenden Strukturen der südbadischen Region nicht möglich.

Ausgangspunkt der jetzigen Entwicklung waren daher die über Jahre schon bestehenden Einzelkooperationen zwischen den medizinischen Einrichtungen der Grenzregion im Kreis Lörrach und des Kantons Basel Stadt. Die enge örtliche Beziehung zwischen Basel und dem Landkreis Lörrach hat schon früh die Weichen für eine Zusammenarbeit auf dem Gebiet der Notfallversorgung gestellt. Während diese Versorgung im nächstgelegenem Zentrum der Maximalversorgung (Basel) für Patienten aller Versicherungsformen unproblematisch ist, war die Leistungserbringung schweizerischer Kooperationspartner für elektive Standardleistungen bei gesetzlich versicherten Patienten ungelöst. Erster Schritt auch hier eine grenzübergreifende regionale Versorgungseinheit zu bilden, wurden mit dem pathologischen Institut des Universitätsspitals Basel umgesetzt. Hinzu kam die Kooperation mit dem Institut für Radio-Onkologie in Basel im Sinne einer regionalen, wohnortnahmen Versorgung für onkologische Patienten.

Die Grundsatz einer teamorientierten Versorgung onkologischer Patienten ist durch die Einrichtung onkologischer Schwerpunkte in Deutschland fest verankert. Die Förderung der Schwerpunkte, sichtbar durch die Anerkennung durch die zuständigen Sozialministerien, bezog sich bis dato auf Netzwerke innerhalb deutscher Leistungserbringer. Als Novum erfolgte im Juni 2001 durch das Sozialministerium Baden-Württemberg die Anerkennung des OSP Lörrach- Rheinfelden mit festgelegter Einbeziehung grenzübergreifender Einrichtungen aus Basel.

Beteiligte Einrichtungen auf deutscher Seite sind das Kreiskrankenhaus Lörrach und das St. Elisabethenkrankenhaus, die Frauenklinik Rheinfelden und auf Schweizer Seite das Institut für Radio-Onkologie und das Institut für Pathologie des Universitätsspitals Basel. Zusätzlich besteht eine Anbindung an die Abteilung Onkologie des Basler Universitätsspitals.

Das Ziel des OSP ist eine kompetente medizinische Versorgung mit einem erweiterten Leistungsangebot in der Onkologie für die Patienten der südbadischen Region. Dies beinhaltet nicht nur die festgelegte Arbeitsbeziehung der obigen Institutionen, sondern auch die Erweiterung der Versorgung durch eine psychoonkologische und schmerztherapeutischen Betreuung sowie die Einrichtung einer Brückenpflege. Die Datenvernetzung zwischen den Teilnehmern erfolgt patientenbezogen in einer Tumorbasisdokumentation, die auf Daten aller Einrichtungen zurückgreifen kann.

Kernpunkt des Schwerpunktes war die Einrichtung einer Koordinationsstelle. Diese in der Geschäftsstelle des OSP (Kreiskrankenhaus Lörrach) angesiedelte ärztliche Koordinatorin stellt das Bindeglied zwischen den grenzübergreifenden Einrichtungen dar. Das Aufgabenfeld umfasst administrative Fragen, wie die Koordination der Tumorbasisdokumentation, Organisation von Fortbildungsangeboten und Patiententagen, Erstellung von Standards, Koordination eines ärztlichen Konsiliardienstes. Kernstück der Behandlung sind darüber hinaus die regelmäßigen interdisziplinären Tumorkonferenzen. Daran nehmen alle Partner des OSP teil, um in Einzelfalldiskussionen die individuellen Behandlungskonzepte für Patienten festzulegen. Die Gruppe umfasst neben den festgelegten Partnern aus den Krankenhäusern auch die Teilnahme aller aktiven und potentiellen

**Le réseau oncologique « OSP Lörrach-Rheinfelden »**

Prof. Dr. Hans-H. Osterhues

Le réseau oncologique « OSP Lörrach-Rheinfelden » est un réseau transfrontalier visant à optimiser les soins médicaux dispensés aux patients oncologiques de la région de Bade du Sud.

Les structures existantes de la région de Bade du Sud ne permettaient pas de regrouper les différents services consacrés à l'oncologie dans la circonscription administrative de Lörrach (l'hôpital de la circonscription administrative de Lörrach « Kreiskrankenhaus Lörrach », la clinique gynécologique de Rheinfelden par exemple) pour former un réseau oncologique.

La situation actuelle est le résultat de coopérations de plusieurs années entre les instituts médicaux de la région frontalière dans la circonscription administrative de Lörrach et du canton Bâle-Ville. Les liens étroits sur le plan local entre Bâle et la circonscription administrative de Lörrach ont, très tôt déjà, posé les jalons d'une coopération dans le domaine du secours médical d'urgence. Alors que la dispense de ces soins ne pose aucun problème dans le centre le plus proche prodiguant la totalité des soins (Bâle) aux patients, indépendamment de leur assurance, la question de la prestation de services des partenaires de coopération suisses n'était pas résolue en ce qui concerne le choix des services standard pour les patients membres d'une caisse maladie publique. La première étape de la mise en place d'une unité de soins régionale transfrontalière a été réalisée avec la coopération de l'Institut de pathologie de l'hôpital universitaire de Bâle. L'institut de radio-oncologie de Bâle a également apporté son aide en proposant des soins au niveau régional, proches du domicile des patients oncologiques.

En Allemagne, l'orientation des soins dispensés aux patients oncologiques vers le travail en équipe est un principe solidement ancré grâce à la mise en place de réseaux oncologiques. Jusqu'à présent, seuls les réseaux de prestataires de services allemands étaient reconnus et par là même, promus, par les ministères des Affaires sociales compétents. En juin 2001, le ministère des Affaires sociales du Land de Bade-Wurtemberg a reconnu, pour la première fois, le réseau oncologique « OSP Lörrach-Rheinfelden » ainsi que des institutions transfrontalières de Bâle associées. Les institutions allemandes participant au réseau sont le « Kreiskrankenhaus Lörrach », le « St. Elisabethenkrankenhaus » ainsi que la clinique gynécologique de Rheinfelden et, du côté suisse, il s'agit de l'institut de radio-oncologie et de l'Institut de pathologie de l'hôpital universitaire de Bâle. La coopération s'étend en outre au service oncologique de l'hôpital universitaire de Bâle.

L'objectif du réseau oncologique est de dispenser des soins médicaux de qualité, assortis d'une vaste offre de prestations dans le domaine de l'oncologie, aux patients de la région de Bade du sud. Cela implique non seulement la participation déterminée des institutions susmentionnées mais également un élargissement des soins via une prise en charge psycho-oncologique et antalgique ainsi que la mise en place de soins de transfert. La mise en réseau des données des participants est effectuée pour chaque patient dans une documentation de base sur les tumeurs, offrant elle-même un accès aux données de tous les instituts. La mise en place d'une antenne était au cœur de la mise en réseau. La coordinatrice médicale opérant au sein de l'antenne de l'OSP (Kreiskrankenhaus Lörrach) joue le rôle d'intermédiaire entre les institutions transfrontalières. Ses missions comprennent les questions administratives comme la coordination de la documentation de base sur les tumeurs, l'organisation d'offres de formation continue et de journées consacrées aux patients, l'élaboration de normes, la coordination d'un service médical de consultation. Par ailleurs, les conférences interdisciplinaires régulières sur les tumeurs font également partie intégrante du traitement. Tous les partenaires du réseau OSP y participent afin de pouvoir déterminer, dans le cadre de discussions au cas par cas, des concepts individuels de traitement pour les patients. Outre les partenaires fixes au sein des hôpitaux, le groupe comprend également des participants originaires de toutes les disciplines actives et

gefragten Fachrichtungen und Subdisziplinen im Hinblick auf die Diagnostik und Therapieanforderungen einer kompletten Betreuung.

Die gewachsene, enge Verzahnung zwischen den Einrichtungen hat dabei eine Infrastruktur geschaffen, die ideale Voraussetzungen zur Falldiskussion bietet. Beispielhaft erwähnt sei die telemedizinische Beurteilung pathologischer Präparate, oder die zusätzliche Fallbeurteilung durch den behandelnden und einen unabhängigen Onkologen.

Die kooperative Organisationsform des OSP ist durch eine vertragliche Regelung festgelegt, die den regionalen Umständen Rechnung trägt. Medizinische Aspekte werden dabei im Ärztlichen Beirat behandelt. Mitglieder des Beirats sind alle Einrichtungen des OSP, zusätzlich noch unterteilt in die Subdisziplinen. Weiterhin sind andere kooperierende Einrichtungen der stationären Versorgung (Krankenhäuser im Einzugsgebiet) und ambulante Versorgungspartner (niedergelassene Ärzte) beteiligt. Der aus den Mitgliedern gewählte Sprecher des ärztlichen Beirats und die hauptamtliche Koordinatorin stellen das Verbindungsglied zum Vorstand des OSP dar. Dieser befasst sich mit den administrativen und finanziellen Fragestellungen des Netzwerkes und ist mit Verwaltungsfachleuten besetzt.

Nach nunmehr 4-jähriger Laufzeit weist der OSP Lörrach – Rheinfelden eine beeindruckende Erfolgsbilanz auf. Ablesbar in der Festigung der grenzübergreifenden Strukturen unter dem Aspekt der Kommunikation, Akzeptanz der Leistungsverteilung bei ärztlichen Kollegen und auch durch die Kostenträger, letztlich einer steigenden Zahl versorgter Patienten.

Die Position der ärztlichen Koordinatorin als übergreifende Anlaufstelle hat sich als Kernpunkt herauskristallisiert und zur Vereinfachung des Informationsflusses geführt. Nicht nur die turnusmäßigen Fallkonferenzen, sondern auch das spezifische Fortbildungsangebot, das durch alle Teilnehmer der grenzübergreifenden Einrichtungen ausgerichtet wird, schafft eine regionale Verbindung, die dem natürlich gewachsenen geographischen Beziehungen der südbadischen Region mit historisch enger Anbindung an die Schweiz im Sinne der Regio Basiliensis entspricht.

potentielles requises ainsi que des sous-disciplines de diagnostic et d'exigences en matière de thérapie pour un traitement complet.

L'étroite imbrication accrue des institutions a fait naître une infrastructure qui offre les conditions idéales pour discuter de cas particuliers. L'évaluation par le biais de la télémédecine des produits pathologiques ou l'avis supplémentaire de l'oncologue traitant ou d'un oncologue indépendant sur des cas particuliers sont autant de cas exemplaires.

Le type de coopération de l'OSP est réglementé par un contrat qui tient compte des aspects régionaux. Les aspects médicaux sont traités au sein du conseil des médecins. Font partie du conseil toutes les institutions du réseau OSP, elles-mêmes réparties en sous-disciplines. Par ailleurs, d'autres institutions de soins hospitaliers qui coopèrent entre elles (hôpitaux du secteur) ainsi que d'autres partenaires spécialisés dans les soins ambulants (médecins en cabinet privé) participent à ce travail de coopération. Le porte-parole choisi parmi les membres du conseil des médecins et la coordinatrice permanente assurent la liaison avec la direction de l'OSP : celle-ci est chargée des questions administratives et financières du réseau et est composée d'administrateurs.

Quatre ans après sa création, l'OSP Lörrach–Rheinfelden affiche un bilan extrêmement positif. La consolidation des structures transfrontalières en matière de communication, l'acceptation de la répartition des services de la part des médecins et des organismes payeurs et, enfin, l'augmentation du nombre de patients traités sont la preuve de cette réussite.

La fonction de coordinatrice médicale au sein de l'antenne transfrontalière s'est avérée essentielle et a permis de simplifier le flux d'informations. Les conférences par roulement sur des cas particuliers ainsi que l'offre spécifique en matière de formation continue, élaborée grâce au concours de tous les participants opérant dans les institutions transfrontalières, créent un lien régional qui reflète les relations géographiques naturelles de la région de Bade du Sud, caractérisée par un lien historique étroit avec la Suisse dans le sens de la Regio Basiliensis.

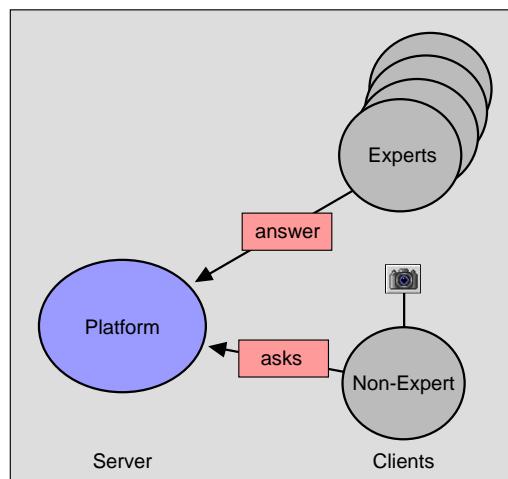
## Telemedizin in der Zusammenarbeit der Kliniken des Landkreises Lörrach mit dem Institut für Pathologie des Universitätsspitals Basel

Martin Oberholzer und Michael J.Mihatsch

Telemedizin im Allgemeinen kann als Zusammenarbeit in der Medizin über beliebige Distanzen hinweg definiert werden. Die Personen, die miteinander zusammenarbeiten, erbringen dabei beliebige Leistungen für die Patienten an einer Institution fernab vom Patienten.

Telemedizin im engeren Sinne kann als strukturierter Dialog über Fragen in der Medizin definiert werden. Dabei stellt ein Partner eine Frage zu einem Problem. Ein anderer Partner oder mehrere andere Partner geben eine Antwort auf die Frage (Abb.1). Der Fragende ist in diesem Dialog der Nicht-Experte, die Antwortenden sind die Experten. Die Fragen und Probleme, welche zur Diskussion gestellt werden, sind oft Fragen zu diagnostischen Bildern (radiologische Bilder, pathologisch-anatomische Bilder, EKG, etc.).

**Abb.1 Telemedizin im engeren Sinne**



## iPath und iTeach

Am Institut für Pathologie des Universitätsspitals Basel wurde vor über 10 Jahren eines der ersten Telemedizinsysteme in Europa entwickelt. Vor 5 Jahren wurde das System vollständig überarbeitet und auf den neuesten Stand gebracht. Es kann jetzt sowohl in der klinischen Medizin (iPath; <http://ipath.ch>) als auch in der Lehre eingesetzt werden (<http://teleteach.patho.unibas.ch>). Das System wird inzwischen weltweit genutzt (Abb.2), vor allem aber von Partnern in Südostasien. Die Argentische Gesellschaft für Kardiologie hat sich jüngst entschieden, ein telemedizinisches Netzwerk mit iPath aufzubauen. Ein dreijähriges Projekt mit den Solomon Islands im Südpazifik wird dieses Jahr erfolgreich abgeschlossen.

### Télémedecine dans le cadre de la coopération des cliniques de la circonscription administrative de Lörrach avec l'Institut de pathologie de l'hôpital universitaire de Bâle (Universitätsspital Basel)

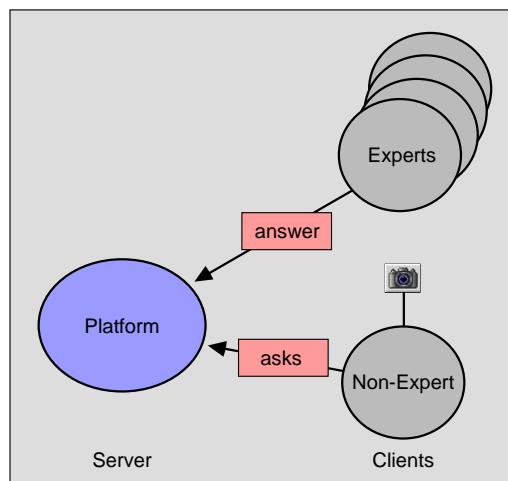
Martin Oberholzer et Michael J.Mihatsch

La télémedecine en général peut être définie comme une coopération dans le domaine médical, quelles que soient les distances qui séparent les partenaires. Les personnes qui travaillent ensemble offrent, depuis leur institution, des services à des patients soignés dans des structures éloignées sur le plan géographique.

La télémedecine au sens strict du terme peut être définie comme un dialogue structuré sur des questions médicales. Un partenaire pose une question sur un problème particulier. Un autre partenaire ou plusieurs autres partenaires donne(nt) une réponse à la question (Figure 1). La personne qui pose la question dans ce dialogue n'est pas un expert. Les experts sont les personnes qui répondent aux questions. Les questions et les problèmes faisant l'objet d'une discussion se rapportent souvent à des images diagnostiques (des radiologies, des images anatomiques, pathologiques, des électrocardiogrammes, etc.).

**Figure 1**

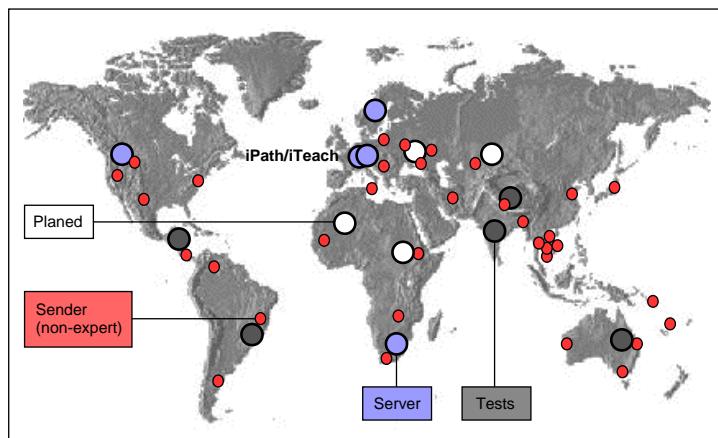
**La télémedecine au sens strict**



### Les systèmes ipath et iteach

Un des premiers systèmes de télémedecine en Europe a été développé il y a plus de 10 ans à l'Institut de pathologie de l'hôpital universitaire de Bâle. Il y a 5 ans, le système a été remanié dans son intégralité et modernisé. Il peut maintenant être utilisé aussi bien en médecine clinique (iPath ; <http://ipath.ch>) que dans le domaine de l'apprentissage (<http://teleteach.patho.unibas.ch>). Ce système est désormais utilisé dans le monde entier (Figure 2) et notamment par des partenaires d'Asie du sud-est. La société argentine de cardiologie a récemment décidé de mettre en place un réseau de télémedecine avec le système iPath. Un projet triennal réussi avec les îles Salomon dans le pacifique du sud s'achèvera cette année.

**Abb.2 Weltweite Telemedizin mit iPath (<http://ipath.ch>)**



Die Kliniken des Kreiskrankenhauses sind ebenfalls ein «Kunde» von iPath. Seit Bestehen von iPath werden die Tumorfallbesprechungen (Onkologiekonferenzen) in Lörrach mit iPath durchgeführt (Abb.3). Die Krankheiten der Patientinnen und Patienten werden von Radiologen, Pathologen, Internisten und Chirurgen diskutiert, um für die einzelnen Patientinnen und Patienten die best mögliche Therapie festzulegen. Die Diskussion findet anhand von Bildern statt. Die Bilder werden von den einzelnen Spezialisten auf der iPath-Plattform deponiert. Es spielt keine Rolle, wo die Bilder zur Verfügung stehen. So kann ein relevanter radiologischer Befund auch in einer Privatklinik in Nordrhein-Westfalen oder eine pathologisch-anatomische Untersuchung in Aurich (Friesland) vorgenommen worden sein. Die einzige Voraussetzung für die Partner, welche für die Besprechung Bilder zur Verfügung stellen, ist, dass sie

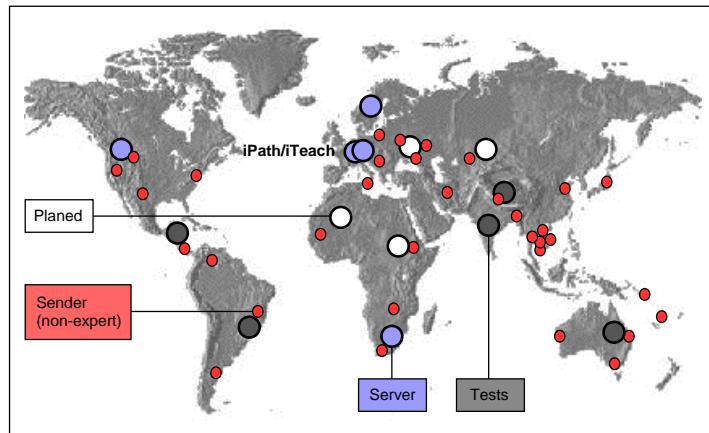
- über einen Computer,
- einen Anschluss ans Internet und
- eine Digitalkamera verfügen.

Selbstverständlich können zur Besprechung der Fragen und Probleme zusätzlich zu den in Lörrach anwesenden Spezialisten auch Experten aus beliebigen Ländern beigezogen werden.

## Pathoweb

Neben den beiden Anwendungen iPath (und iTeach) steht den Kliniken des Landkreises Lörrach auch PathoWeb zur Verfügung. Über PathoWeb können die behandelnden Ärztinnen und Ärzte zu jeder Zeit und von jedem Standort aus auf die (anonymisierten) Pathologieberichte ihrer Patientinnen und Patienten zugreifen. Werden die Befunde fotografiert, werden diese Bilder zusammen mit dem Bericht dem Anfragenden automatisch angezeigt.

**Figure 2 La télémédecine dans le monde avec le système iPath  
(<http://ipath.ch>)**



Les cliniques de l'hôpital de la circonscription administrative de Lörrach sont également « clientes » de iPath. Depuis la création de iPath, les entretiens relatifs à des cas de tumeurs (conférences sur l'oncologie) sont menés à Lörrach par le biais du système iPath (Figure 3). Les maladies des patientes et des patients font l'objet de discussions entre les radiologues, les pathologistes, les internistes et les chirurgiens, leur objectif étant de trouver la meilleure thérapie possible pour les patientes et les patients en question. La discussion est basée sur des images. Les images sont déposées par les spécialistes sur la plate-forme du système iPath. Peu importe leur lieu d'origine. Ainsi, les résultats importants d'un examen radiologique peuvent provenir d'une clinique privée du Land de la Rhénanie-du-Nord-Westphalie ou un examen pathologique et anatomique peut avoir été réalisé à Aurich (Frise). La seule condition requise est que les partenaires, qui mettent des images à disposition pour la discussion, doivent être équipés

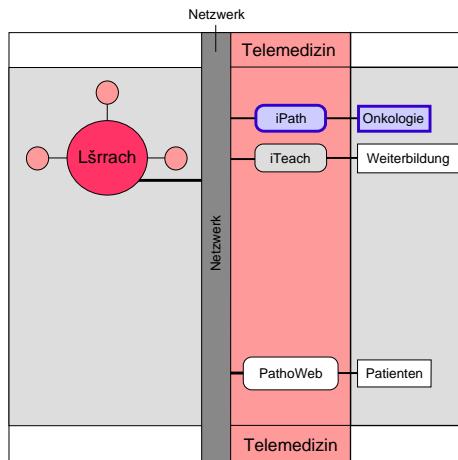
- d'un ordinateur,
- d'une connexion Internet et
- d'une caméra numérique.

Bien sûr, outre les spécialistes présents à Lörrach, des experts d'autres pays peuvent également être mis à contribution pour discuter des questions et des problèmes.

### Pathoweb

Au-delà des deux applications iPath (et iTeach), les cliniques de la circonscription administrative de Lörrach ont également PathoWeb à leur disposition. Ce système permet aux médecins traitants, à tout moment et à partir de n'importe quel site, d'avoir accès aux rapports pathologiques (rendus anonymes) de leurs patientes et de leurs patients. Si les résultats des examens sont photographiés, ces images sont alors automatiquement affichées à l'écran, assorties du rapport correspondant.

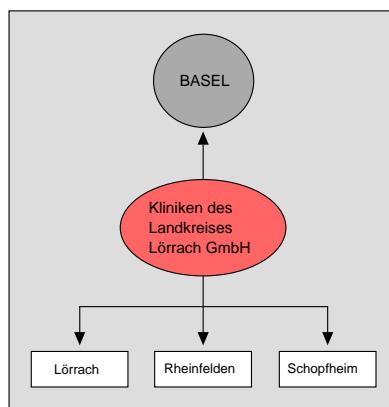
**Abb.3 Die Onkologie-Besprechungen der Kliniken des Landkreises Lörrach finden mit dem Telemedizinsystem iPath statt.**



### Datennetzwerk

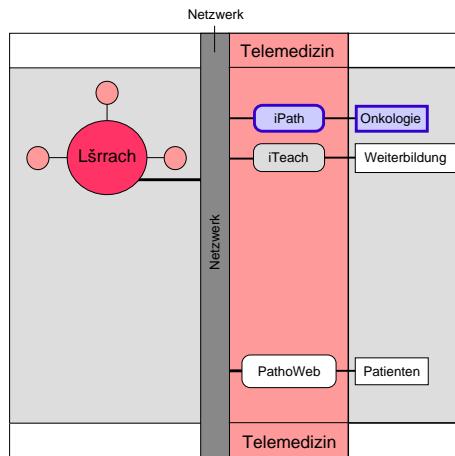
Neben der Telemedizin im engeren Sinne sind die Kliniken in ein Datennetz mit dem Institut für Pathologie der Universität Basel eingebunden (Abb.4). Über dieses Datennetz werden die Anforderungen der Kliniken und die Berichte aus dem Institut für Pathologie elektronisch ausgetauscht. («papierlose Kommunikation»).

**Abb.4 Datenverbund zwischen den Kliniken des Landkreises Lörrach und dem Institut für Pathologie des Universitätsspitals Basel**



Die Untersuchungsaufträge der Kliniken des Landkreises Lörrach werden seit über einem Jahr an den jeweiligen Standorten in den Kliniken (Operationssaal, Endoskopieraum) über einen Bildschirm erfasst (Abb.5). Diese Daten werden dann zusammen mit den Daten der Patientinnen und Patienten über eine gesicherte Verbindung an das Institut für Pathologie des Universitätsspitals Basel transferiert und dort über einen Barcode ins institutseigene System PathoWin eingelesen. Dadurch entfallen die Arbeiten für die Erfassung der Daten der Patientinnen und Patienten und für das Eintragen der klinischen Befunde und Fragestellungen im Sekretariat des Instituts für Pathologie. Abgesehen davon stehen den Pathologinnen und Pathologen sämtliche wichtigen und verfügbaren Angaben zur Krankheit des Patienten für die Diagnostik automatisch zur Verfügung.

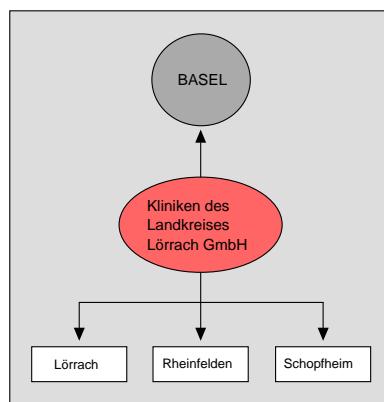
**Figure 3 Les discussions relatives à l'oncologie des cliniques de la circonscription administrative de Lörrach se déroulent via le système de télémédecine iPath.**



Réseau de données

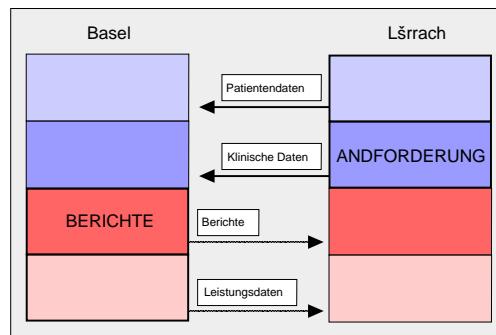
Au-delà de la télémédecine au sens strict du terme, les cliniques font partie d'un réseau de données aux côtés de l'Institut de pathologie de l'hôpital universitaire de Bâle (Figure 4). Les demandes des cliniques et les rapports de l'Institut de pathologie sont échangés par voie électronique via ce réseau de données (« communication sans papier »).

**Figure 4 Interconnexion des données entre les cliniques de la circonscription administrative de Lörrach et l'Institut de pathologie de l'hôpital universitaire de Bâle**



Depuis plus d'un an, les examens réalisés dans les cliniques de la circonscription administrative de Lörrach sont saisis sur un écran depuis chaque site concerné (salle d'opération, salle d'endoscopie) (Figure 5). Ces données, ainsi que les données des patientes et des patients, sont ensuite transférées, par le biais d'une connexion sécurisée, à l'Institut de pathologie de l'hôpital universitaire de Bâle puis sont entrées dans le propre système PathoWin de l'institut par le biais d'un code à barres. Ainsi, le secrétariat de l'Institut de pathologie n'a plus à se charger de la saisie des données relatives aux patientes et aux patients, des résultats d'examen cliniques et des questions. De plus, les pathologistes disposent automatiquement de toutes les données importantes et disponibles relatives à la maladie du patient dans le but de faire un diagnostic.

**Abb.5 Daten, welche im Datenverbundnetz zwischen den Kliniken des Landkreises Lörrach und dem Institut für Pathologie des Universitätsspitals elektronisch ausgetauscht werden**

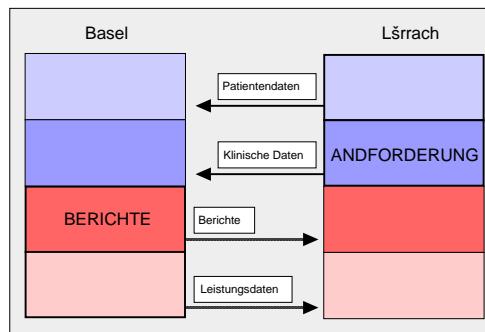


Die Pathologie-Diagnose wird wie üblich im Sekretariat in PathoWin hineingeschrieben. Nach der Unterschrift durch die verantwortliche Ärztin oder den verantwortlichen Arzt wird der Bericht - wiederum über einen Barcode - freigegeben und automatisch an die Klinik gesandt, welche den Untersuchungsauftrag erteilt hat. Die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt wird über eine e-mail darüber orientiert, dass der Bericht aus dem Institut für Pathologie vorliegt und abgerufen und ausgedruckt werden kann.

Aus den Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit den Kliniken des Landkreises Lörrach mit Telemedizin lassen sich 4 Grundregeln ableiten:

1. Für beide Parteien, die Ärzteschaft und die Informatiker, gilt ein unumstößliches Gesetz: «Die Computer sind für die Benutzer da und nicht umgekehrt»: Nicht überzeugende Lösungen oder Kompromisse haben in der Technologie der Telemedizin keinen Platz, weil sie immer zum Misserfolg führen.
2. Telemedizinsysteme müssen modular aufgebaut, einfach strukturiert und höchst benutzerfreundlich sein.
3. Die Installation solcher Systeme muss sorgfältig, beharrlich und Ziel gerichtet geführt werden.
4. Die Partner, welche bei telemedizinischen Installationen zusammenarbeiten, müssen sich eingehend mit den konkreten Wünschen und Forderungen des Gegenübers auseinandersetzen: Die Informatiker müssen die Anliegen der Ärzteschaft begreifen und mindestens ein Arzt muss die Sprache und Gedanken der Informatiker verstehen.

**Figure 5 Réseau de données : échange électronique de données entre les cliniques de la circonscription administrative de Lörrach et l'Institut de pathologie de l'hôpital universitaire.**



Le diagnostic pathologique est, comme toujours, enregistré au secrétariat dans PathoWin. Après que le médecin responsable a signé le rapport, ce dernier sera validé – par le biais d'un code à barres – et envoyé automatiquement à la clinique qui avait donné le mandat d'analyse. Le médecin traitant sera informé par email que le rapport de l'Institut de pathologie est disponible et qu'il peut être consulté et imprimé.

4 règles de base découlent des expériences faites dans le cadre de la coopération avec les cliniques de la circonscription administrative de Lörrach dans le domaine de la télémédecine :

1. Il existe une loi irréfutable pour les deux parties, les médecins et les informaticiens : « Les ordinateurs sont là pour les utilisateurs et non le contraire » : les solutions peu convaincantes ou les compromis n'ont pas leur place dans la technologie de télémédecine car elles aboutissent toujours sur un échec.
2. Les systèmes de télémédecine doivent être construits sous forme modulaire, ils doivent être conçus simplement et être aussi conviviaux que possible.
3. L'installation de tels systèmes doit être minutieusement effectuée, avec persévérance et axée sur l'objectif.
4. Les partenaires qui coopèrent en matière d'installations en télémédecine doivent vraiment se pencher sur les exigences et les souhaits concrets de leur partenaire : les informaticiens doivent comprendre les requêtes des médecins et un médecin, au moins, doit comprendre la langue et la façon de penser des informaticiens.



**Versorgungsnetzwerk im Grenzland**

**I-K**

**Access - Zugang**

„Im kommenden Zeitalter treten Netzwerke an die Stelle der Märkte, und aus dem Streben nach Eigentum (i.e. Produktions-mittel) wird Streben nach Zugang,...“

„... was bislang käuflich war, wird ‘zugänglich’.“

J. Rifkin, 2000  
„The Age of Access“



Réseau de soins en région transfrontalière

| - | ←

Accès

« Aujourd'hui les réseaux prennent peu à peu la place des marchés : nous passons de l'ère de la propriété à celle de l'accès »  
Ce que l'on pouvait acheter jusqu'à présent devient accessible.

J. Rifkin, 2000  
« L'Age de l'accès »

Versorgungsnetzwerk im Grenzland

Zielsetzung

**Patient, Arzt, Kostenträger, Politik**

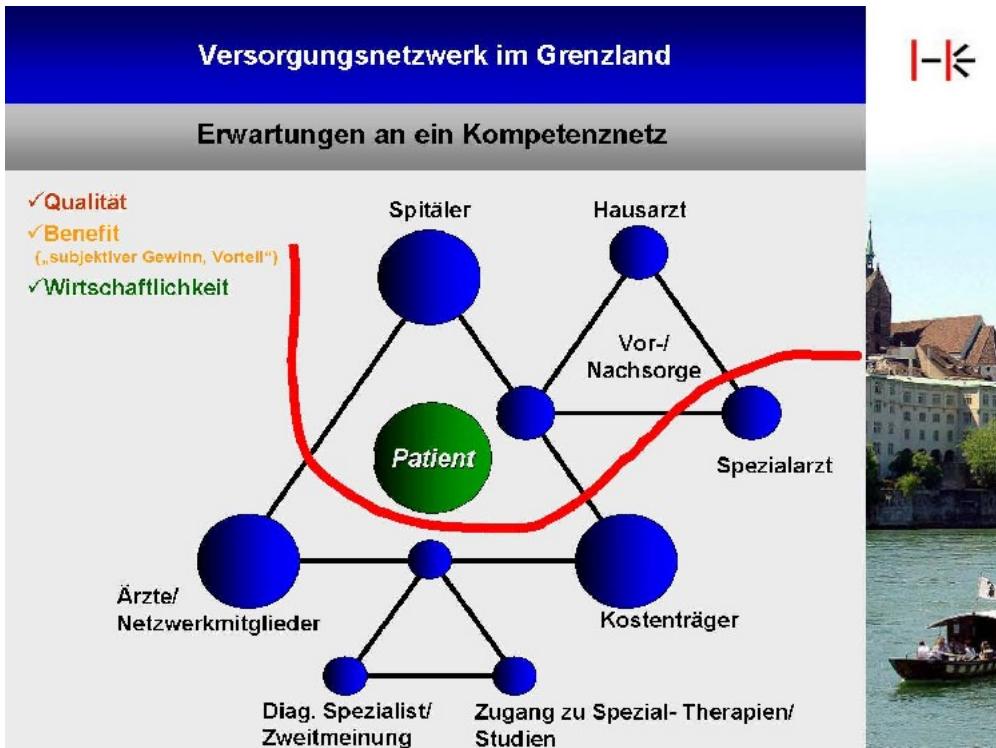
wollen

schnellen, direkten, wohnortnahmen Zugang  
zu stufengerechter Behandlung!

(Grundversorgung → Maximalversorgung („Spitzenmedizin“))



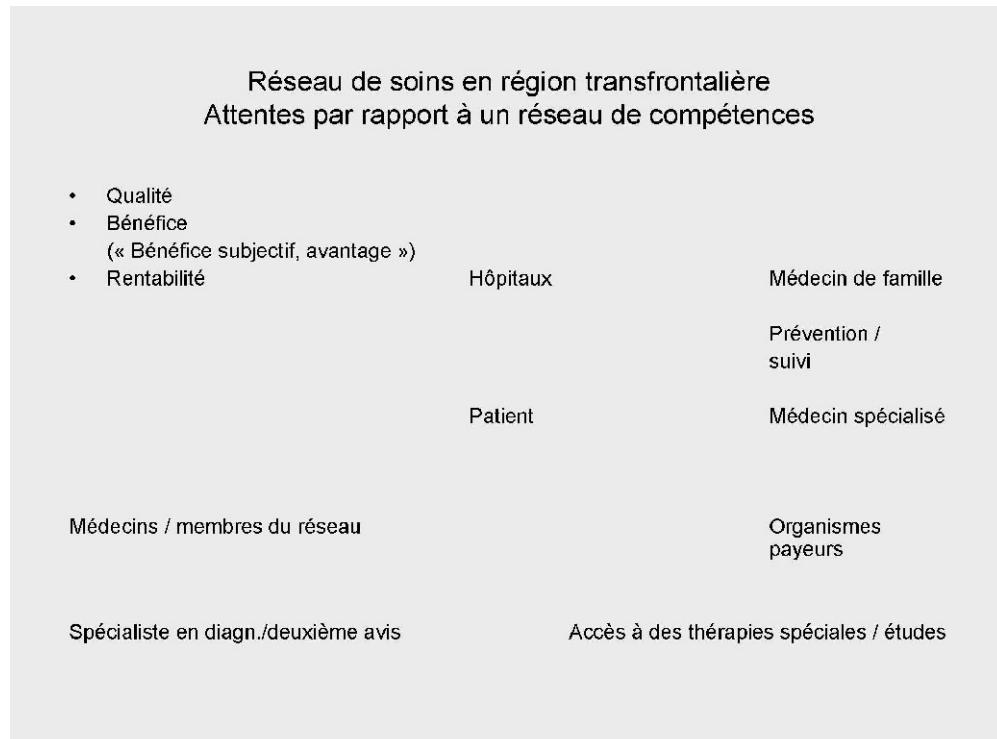
I-K logo

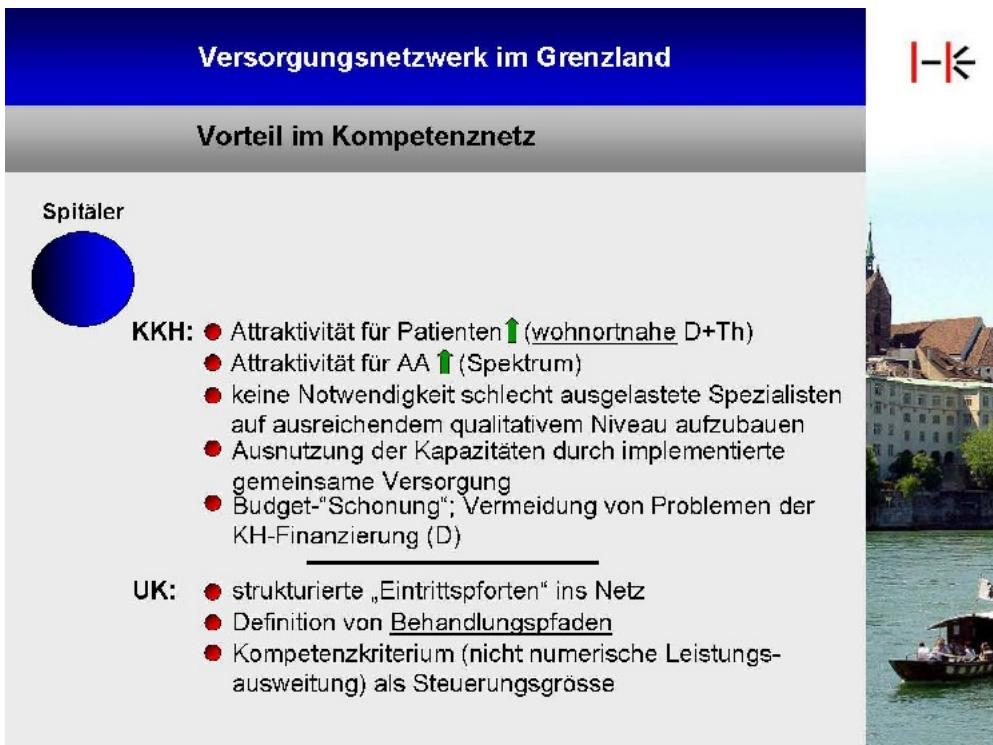
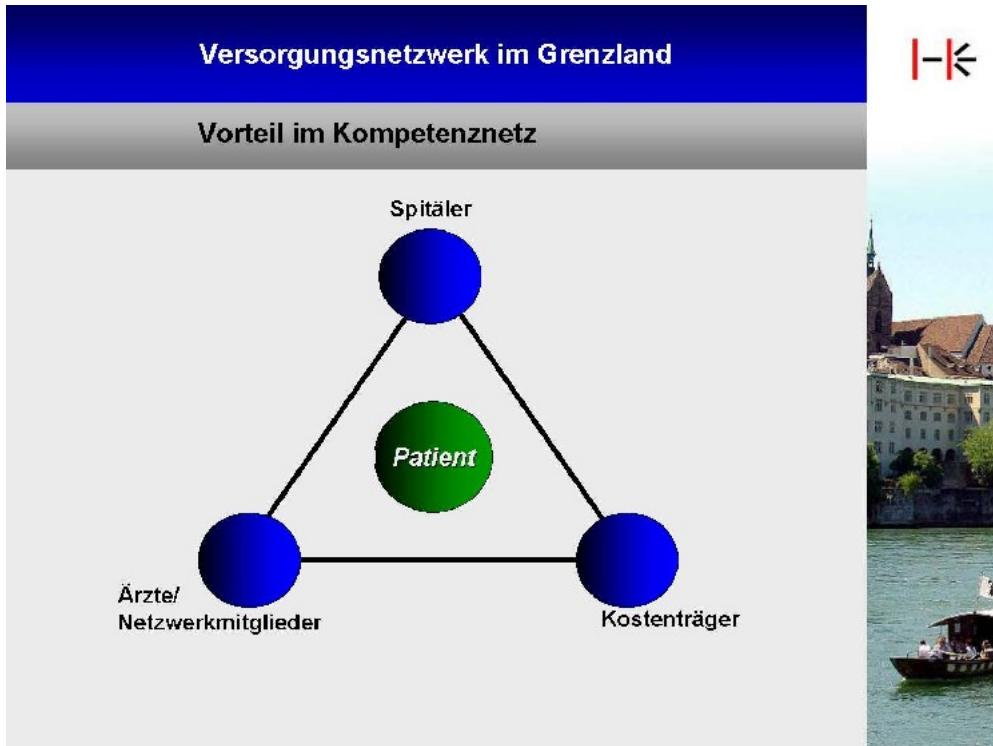


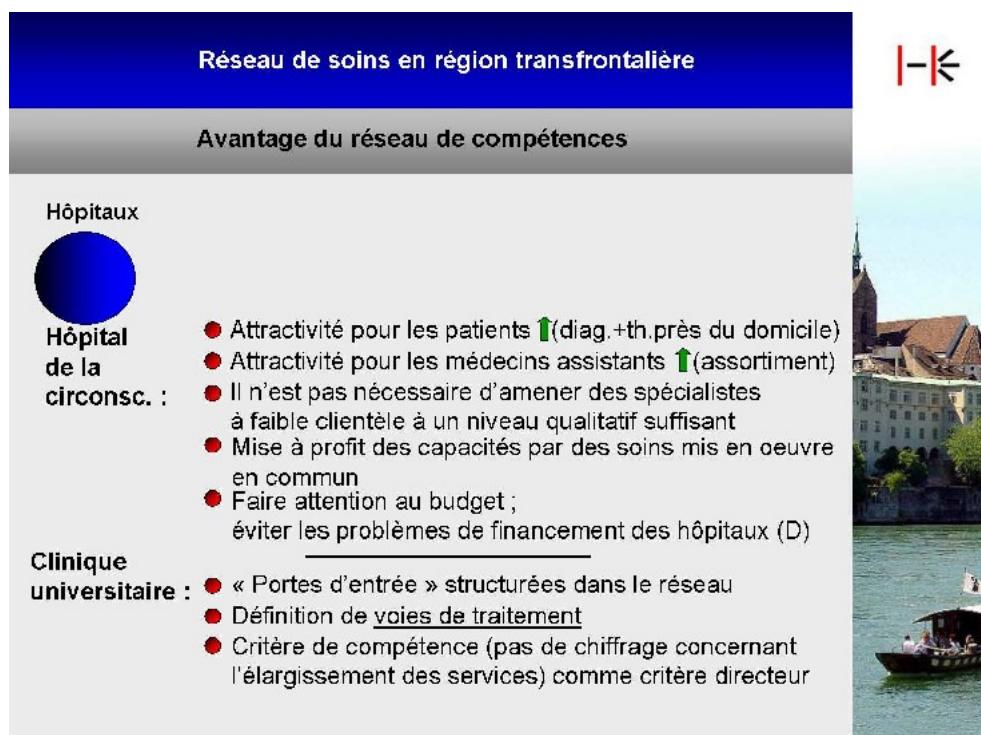
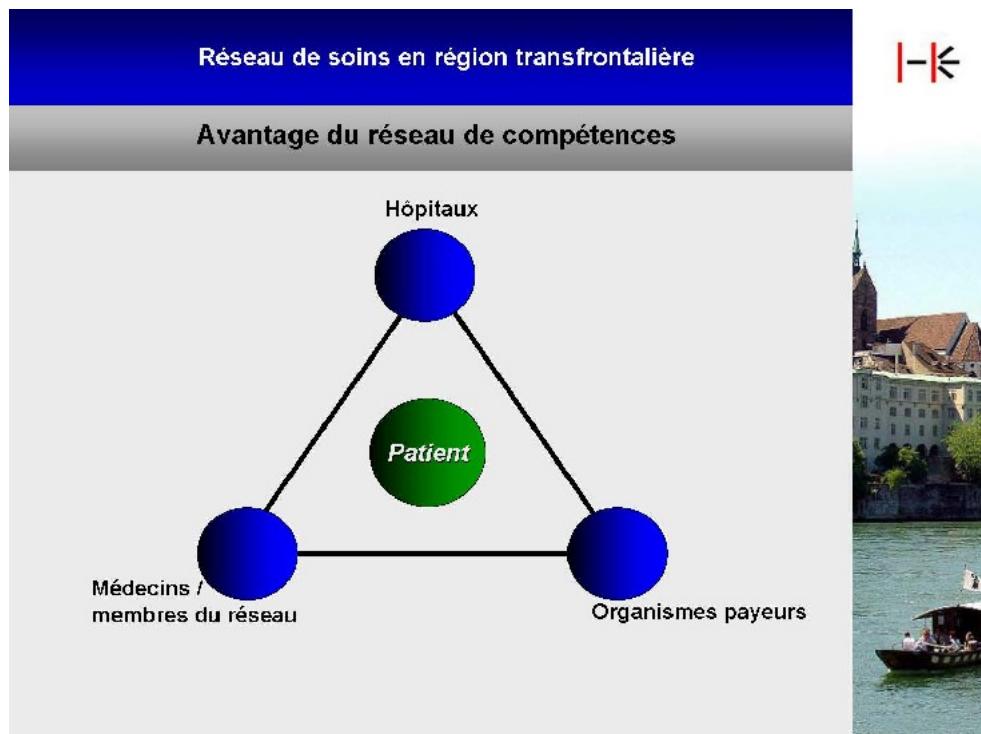
# Réseau de soins en région transfrontalière

## Objectif

### Les patients, les médecins, les organismes payeurs et le monde politique veulent un accès aux soins rapide, direct, proche du domicile et adapté aux différents niveaux !







### Versorgungsnetzwerk im Grenzland

#### Vorteil im Kompetenznetz

Ärzte/  
Netzwerkmitglieder



**KKH:**

- Direkter, ungezwungener Umgang mit Kollegen anderer Versorgungsstufen
- AA/OA-Ausbildung ↑ NE: Verbesserung Grundversorgung
- Attraktivität des Spitals ↑ (Spektrum, Rotation)
- Zugang zur akad. Medizin für AA/OA
- Fort- und Weiterbildung
- Verkürzung der Wege im Eskalationsfall

**UK:**

- Weiterbildung/Rotation (Chirurgie des Häufigen)
- Erfahrungszugewinn (gemeinsame Fallzahl ↑ )



### Versorgungsnetzwerk im Grenzland

#### Vorteil im Kompetenznetz

Kostenträger



- Regionale Versorgung mit möglichst wenig „Doppelspurigkeiten“
- Konzentration der Mittel  
→ Qualitätssteigerung Grund- und Maximalversorgung



| - | ←

### Réseau de soins en région transfrontalière

#### Avantage du réseau de compétences

Médecins / membres du réseau



Hôpital de la circons. :

- Relations directes sans obligation avec des collègues d'autres niveaux du domaine des soins
- Formation de méd. assist./méd.-chefs ↑ Effet suppl.: amélioration des soins de base
- Attractivité de l'hôpital ↑ (assortiment, rotation)
- Accès à la méd. univers. pour les méd. assist. / méd.-chefs
- Perfectionnement et formation continue
- « Prendre des raccourcis » en cas d'escalade de la situation !

Clinique universitaire :

- Formation continue / rotation (chirurgie standard)
- Gain en expérience (nombre de cas en commun ↑)



| - | ←

### Réseau de soins en région transfrontalière

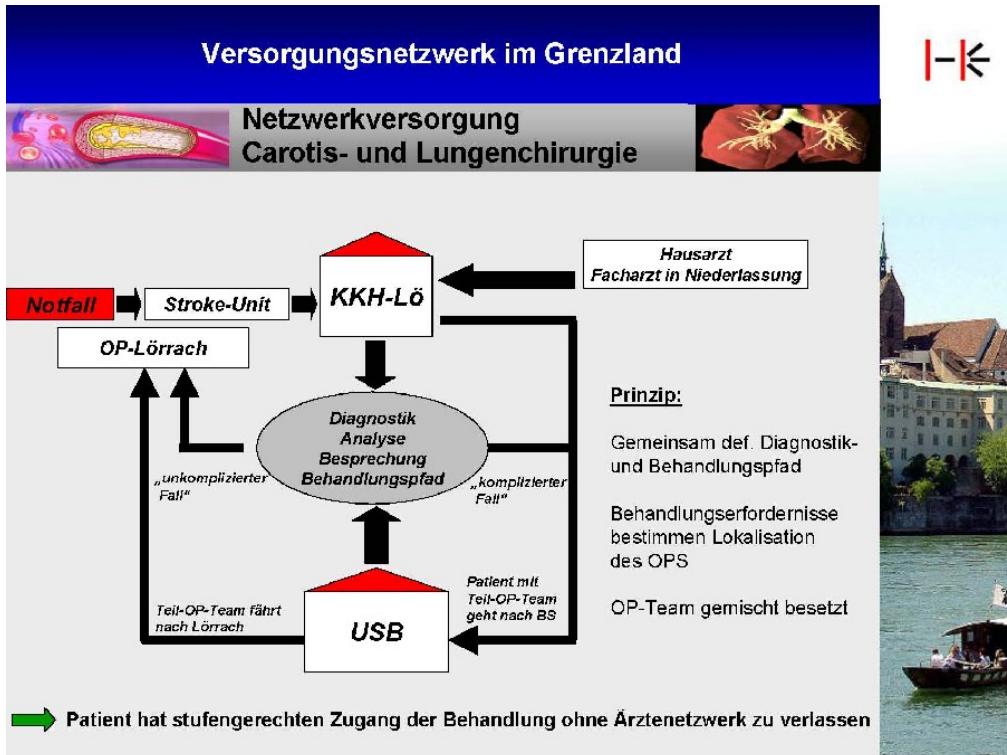
#### Avantage du réseau de compétences

Organismes payeurs



- Soins régionaux avec le moins de « doubles voies » possible
- Concentration des moyens  
→ Qualité accrue concernant les soins de base et la totalité des soins





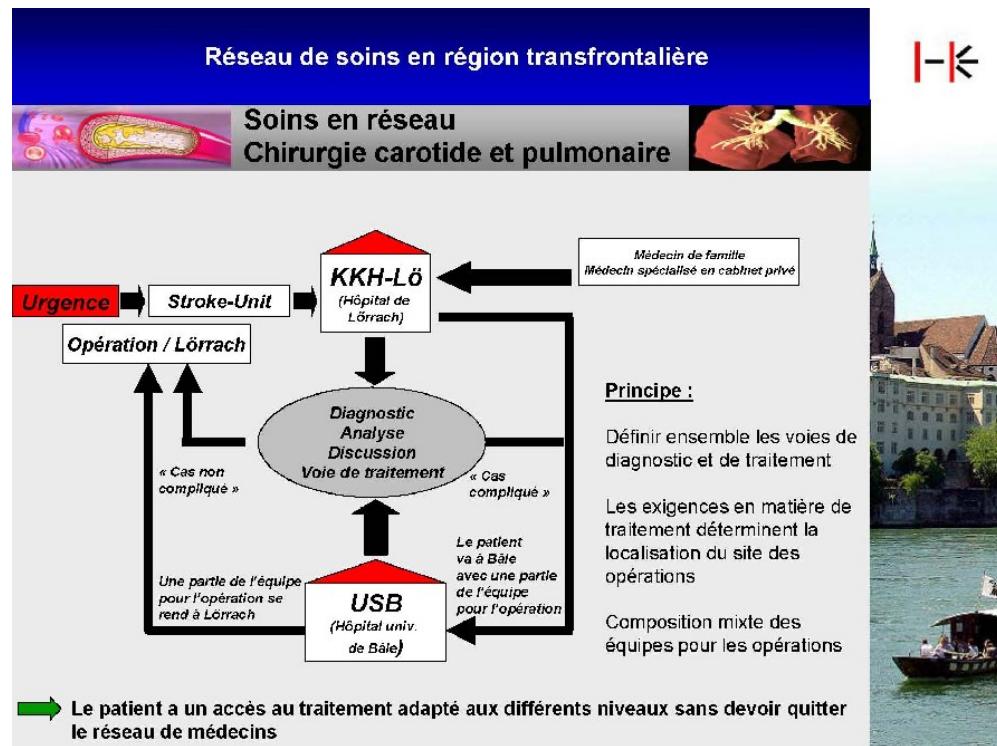
**Versorgungsnetzwerk im Grenzland**

**Zusammenfassung**

Ein Kompetenznetz aus Hausärzten, Fachärzten in Niederlassung, Kreiskrankenhaus und Universitätsspital scheint geeignet, wohnortnahe Versorgung von Patienten jedes Qualitätserfordernisses regional im selben Ärztekreis ohne „Reibungsverluste“ (i.e. schnellstmöglich), effektiv und wirtschaftlich zu gewährleisten.

Unsere ersten grenzüberschreitenden Erfahrungen berechtigen u. E. dieses Modell modular auszubauen.

Rechts neben dem Text befindet sich eine Ansicht eines kleinen Bootes auf einer Flusslandschaft mit Gebäuden im Hintergrund.



**Réseau de soins en région transfrontalière**

**Résumé**

Un réseau de compétences composé de médecins de famille, de médecins spécialisés en cabinet privé, de l'hôpital de la circonscription administrative de Lörrach et de l'hôpital universitaire de Bâle semble adapté pour garantir sans « perte » (c'est-à-dire le plus vite possible), de manière efficace et économique, des soins proches du domicile des patients de toute exigence de qualité dans la même circonscription médicale sur le plan régional. Nos premières expériences transfrontalières nous permettent d'élargir ce modèle de manière modulaire.



**Gemeinsame Lösungen zur Bewältigung von Strukturproblemen in der Südpfalz**

Bernard Schuman

**1. Die Krankenhausstruktur in der Südpfalz**

Die Südpfalz besteht aus den Landkreisen Germersheim und Südliche Weinstraße sowie der kreisfreien Stadt Landau. Bis zum Ende des letzten Jahrhunderts gab es in diesem Gebiet mit ca. 300.000 Einwohnerinnen und Einwohnern fünf Krankenhäuser der Grundversorgung mit jeweils etwa 100 bis 200 Krankenhausbetten, eine große Fachklinik für Psychiatrie und Neurologie, eine weitere Fachklinik für Psychiatrie, ein Krankenhaus der Regelversorgung mit knapp 400 Planbetten sowie an die große Fachklinik angeschlossene Tageskliniken. Die Häuser der Regel- und der Grundversorgung verfügten zumindest über Fachabteilungen für Innere Medizin, Chirurgie sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Angesichts der Leistungszahlen in den einzelnen Abteilungen war für einige Standorte abzusehen, dass eine wirtschaftliche Betriebsführung nicht mehr möglich sein würde. Wenn die Schließung ganzer Standorte vermieden werden soll, bietet sich in solchen Fällen an, dass benachbarte Krankenhäuser ihre Angebote miteinander abstimmen, um sich in ihrem Versorgungsangebot zu ergänzen, anstatt miteinander zu konkurrieren.

Die rheinland-pfälzische Landesregierung unterstützt die Plankrankenhäuser auf diesem Weg.

**2. Die Bildung von Krankenhausverbünden**

Um Krankenhäusern die wirtschaftliche Betriebsführung zu erleichtern, wurde die Rechtskonstruktion des Krankenhausverbundes entwickelt. Ein Krankenhausverbund ist ein Krankenhaus mit mehreren Standorten (Verbundkrankenhäuser) in unterschiedlichen Gemeinden. Jedes Verbundkrankenhaus, das Teil eines Krankenhausverbundes ist, erfüllt mit einem Teil seiner Kapazitäten einen eigenen Versorgungsauftrag für sein Einzugsgebiet und sichert somit die ortsnahe Grund- oder Regelversorgung. Der gesamte Krankenhausverbund sichert die Regelversorgung für das größere Einzugsgebiet aller Standorte des Krankenhausverbundes insgesamt. Soweit das gemeinsame Einzugsgebiet betroffen ist, entscheidet der Krankenhausträger selbstständig, welche Leistungen er an den einzelnen Standorten anbietet.

Ein Krankenhausverbund wurde in der Südpfalz aus drei Grundversorgungskrankenhäusern gebildet. Es handelt sich dabei um das Städtische Krankenhaus Landau und die Kreiskrankenhäuser Annweiler und Bad Bergzabern, die nunmehr gemeinsam das Regelversorgungskrankenhaus Klinikum Südliche Weinstraße bilden.

**3. Der Zusammenschluss von Krankenhäusern**

Auch der Zusammenschluss von Krankenhäusern kann sinnvoll sein. Aus ehemaligen selbstständigen Krankenhäusern werden dann Betriebsstätten einer Einrichtung, deren Träger selbst entscheidet, welche Leistungen er an welchem Standort erbringt. Der Zusammenschluss zweier Krankenhäuser und die Erteilung eines gemeinsamen Versorgungsauftrags erfolgte gegenüber den ehemaligen Kreiskrankenhäusern Kandel und Germersheim zu den Asklepios-Südpfalz-Kliniken.

**Solutions communes pour la maîtrise des problèmes structurels en Palatinat du Sud**

Bernard Schuman

**1. Structure des hôpitaux en Palatinat du Sud**

Le Palatinat du Sud est composé des circonscriptions administratives de Germersheim, de la Südliche Weinstraße ainsi que de la ville de Landau qui ne fait pas partie d'une circonscription administrative. Jusqu'à la fin du siècle dernier, il y avait dans cette région d'environ 300 000 habitants 5 hôpitaux pour les soins de base avec environ 100 à 200 lits d'hôpital pour chacun d'entre eux, une grande clinique spécialisée dans la psychiatrie et la neurologie, une autre clinique spécialisée dans la psychiatrie, un hôpital pour régime hospitalier normal avec près de 400 lits planifiés ainsi que des hôpitaux de jours raccordés à la grande clinique spécialisée. Les hôpitaux pour les soins de base et pour régime hospitalier normal disposaient de services spécialisés au moins pour la médecine interne, la chirurgie ainsi que pour la gynécologie et l'obstétrique. Eu égard aux chiffres obtenus dans les différents services, on pouvait prévoir pour certains sites qu'une gestion économique des affaires ne serait plus possible. Si l'on veut éviter la fermeture de sites entiers, il est indiqué dans ces cas précis que les hôpitaux voisins harmonisent leurs offres pour se compléter en matière de services de soins et non pas pour se concurrencer.

Le gouvernement du Land de Rhénanie-Palatinat soutient dans ce sens les hôpitaux disposant des capacités requises.

**2. Crédation d'associations d'hôpitaux**

Afin de faciliter la gestion économique pour les hôpitaux, les bases juridiques de l'association des hôpitaux ont été développées. Une association d'hôpitaux est un hôpital avec plusieurs sites (hôpitaux associés) dans différentes communes. Chaque hôpital associé, qui appartient à une association d'hôpitaux, remplit, en exploitant une partie de ses capacités, une mission de soins dans son domaine d'action et garantit ainsi les soins de base et les soins normaux dans les alentours. L'ensemble de l'association d'hôpitaux garantit les soins normaux pour le grand domaine d'action de tous les sites de l'association d'hôpitaux. Dans la mesure où le domaine d'action commun est concerné, le responsable de l'hôpital décide lui-même quels services il veut proposer sur chaque site.

Une association d'hôpitaux a été créée en Palatinat du Sud à partir de trois hôpitaux dispensant des soins de base. Il s'agit de l'hôpital de la ville de Landau et des hôpitaux des circonscriptions administratives de Annweiler et Bad Bergzabern qui forment désormais l'hôpital pour les soins de base « Klinikum Südliche Weinstraße ».

**3. Groupement d'hôpitaux**

Le groupement d'hôpitaux peut également être intéressant. D'anciens hôpitaux indépendants sont transformés en unités d'un établissement dont le responsable décide lui-même quels services il offre sur quel site. Les cliniques « Asklepios-Südpfalz-Kliniken » sont nées du groupement des deux anciens hôpitaux des circonscriptions administratives Kandel et Germersheim poursuivant une mission commune de soins.

**4. Der grenzüberschreitende Aspekt**

Die französische Stadt Wissembourg liegt unmittelbar an der Grenze zur Südpfalz. Sie verfügt über ein „natürliches Einzugsgebiet“ in Deutschland. Eine Kooperation zwischen dem Krankenhaus in Wissembourg und den Einrichtungen in der Südpfalz, insbesondere in Landau und der Südlichen Weinstraße könnte sinnvoll sein.

Dabei bieten sich insbesondere folgende Bereiche an:

- Geburtshilfe
- Rettungsdienst (findet bereits statt)
- die Erbringung von Berufsgenossenschaften zu finanzierenden Leistungen in Wissembourg
- gefäßchirurgische Leistungen für französische Patientinnen und Patienten in Deutschland
- grenzüberschreitende Versorgung dialysepflichtiger Patientinnen und Patienten.

### 4. Aspect transfrontalier

La ville française de Wissembourg se situe directement à la frontière du Palatinat du Sud. Elle dispose d'un « domaine d'action naturel » en Allemagne. Une coopération entre l'hôpital de Wissembourg et les institutions en Palatinat du Sud, en particulier à Landau et à la Südliche Weinstraße, pourrait être judicieuse.

Les domaines suivants seraient particulièrement intéressants :

- L'obstétrique
- Le secours médical (déjà existant)
- La prestation d'associations professionnelles en ce qui concerne les services financiers à Wissembourg
- Des services dans le domaine de la chirurgie cardio-vasculaire pour les patientes et les patients français en Allemagne
- Des soins transfrontaliers pour les patientes et les patients obligés de subir des dialyses.

**Referenten der Veranstaltung**

Name/Adresse	Funktion	Kontakt
Dr. med. Dominik Schorr Kantonsarzt, Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion Postfach 4410 Liestal	Vorsitzender der AG Gesundheitspolitik der Oberrheinkonferenz	Tel 0041/61 925 59 24 Fax 0041/61 925 69 92 <a href="mailto:dominik.schorr@vsd.bl.ch">dominik.schorr@vsd.bl.ch</a>
Dr. Gilbert Weill Regionaldirektor Direction régionale du service médical d'Alsace-Moselle 18 rue Contades F-67300 Schiltigheim	Directeur régional du Service médical de la région Alsace-Moselle et Coordinateur de la zone Allemagne / Autriche Regionaldirektor Medizinischer Dienst Elsass-Mosel	Tel. : +33 (0)3 88 19 77 00 Fax : +33 (0) 3 88 19 77 29 <a href="mailto:gilbert.weill@ersm-strasbourg.cnamts.fr">gilbert.weill@ersm-strasbourg.cnamts.fr</a>
Bernward Schröter, Verwaltungsleiter der BG-Unfallklinik in Ludwigshafen, Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Ludwigshafen Ludwig-Gutmann-Str. 13 D - 67071 Ludwigshafen	Verwaltungsleiter der BG-Unfallklinik in Ludwigshafen, Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Ludwigshafen	Tel.: 49 (6 21) 68 10 - 23 00, Fax: 49 (6 21) 68 10 - 24 00, Mail: <a href="mailto:vdschroeter@bgu-ludwigshafen.de">vdschroeter@bgu-ludwigshafen.de</a>
Prof. Dr. Klaus-Dieter Rückauer, Chirurgische Universitätsklinik Freiburg, Abt. Allgemeine und Viszeralchirurgie mit Poliklinik Hugstetter Straße 55 79106 Freiburg	Universitätsklinikum Freiburg Sektionsleiter Abt. Allgemeine und Viszeralchirurgie mit Poliklinik	<a href="mailto:rueck@chir.ukl.uni-freiburg.de">rueck@chir.ukl.uni-freiburg.de</a> Tel.: 0761-270-2809
Dr. Barbara Tebbert Regierungspräsidium Karlsruhe 76247 Karlsruhe	Leiterin der Abteilung Wirtschaft, Raumordnung, Bau-Denkmal- und Gesundheitswesen	0721-926-6252/6251 <a href="mailto:barbara.tebbert@rpk.bwl.de">barbara.tebbert@rpk.bwl.de</a>
Michael Haug Geschäftsführer DRK Rettungsdienst Lörrach gGmbH Weiler Straße 6 D-79540 Lörrach	Geschäftsführer	Telefon: +49 7621 15150 eMail: <a href="mailto:michael-peter.haug@rettungsdienst-loerrach.de">michael-peter.haug@rettungsdienst-loerrach.de</a>

## Santé sans frontières

Coopérations dans le domaine des soins hospitaliers

2ème forum de la santé  
28 septembre 2005, Bâle

Dr,Jean-Claude Bartier SAMU 67 Hopitaux Universitaire de Strasbourg 1 Place de l'hopital F 67091 Strasbourg Cedex	Directeur médical du SAMU 67 Universitätskliniken Straßburg , Ltd. Arzt der Rettungsleitstelle Unter-Rhein (Bas-Rhin)	Tel. 0033 388 11 69 01 Fax 0033 388 11 69 05 <a href="mailto:Jean-claude.bartier@chru-strasbourg.fr">Jean-claude.bartier@chru-strasbourg.fr</a>
Klaus Wagner Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit des Landes Rheinland-Pfalz Bauhofstraße 9 55116 Mainz	Referat 633-1 Gesundheits- schutz	Tel.: 06131-162325 Fax: 06131-16172325 oder 06131-165323 <a href="mailto:klaus.wagner@masfg.rlp.de">klaus.wagner@masfg.rlp.de</a>
Prof. Dr. Gilbert Taglang Centre de Traumatologie et d'Orthopédie F-67400 Illkirch-Graffenstaden	Chef de service du département Traumatologie	Tel.: 03.88.55.20 Fax: 03.88.55.23.49 <a href="mailto:Gilbert.taqlang@ugecam-alsace.cnamts.fr">Gilbert.taqlang@ugecam-alsace.cnamts.fr</a>
Andreas Faller Gesundheitsdepartement Basel-Stadt St. Alban-Vorstadt 21 4001 Basel	Departementssekretär und Leiter Rechtsdienst	<a href="mailto:andreas.faller@bs.ch">andreas.faller@bs.ch</a>
Günter Zisselsberger Geschäftsführer AOK – Die Gesundheitskasse Baumgartnerstrasse 7 D-79540 Lörrach		Telefon: 07621 419-100/101 Telefax: 07621 419-233 <a href="mailto:guenter.zisselsberger@bw.aok.de">guenter.zisselsberger@bw.aok.de</a> <a href="mailto:Irene.meichsner@bw.aok.de">Irene.meichsner@bw.aok.de</a>
Prof. Dr. med. André P. Perruchoud Chefarzt Innere Medizin A Universitätsspital Basel 4031 Basel		<a href="mailto:aperruchoud@uhbs.ch">aperruchoud@uhbs.ch</a>
Prof. Dr. med. Hans-Heinrich Osterhues Chefarzt Klinik Innere Medizin Kreiskrankenhaus Lörrach Spitalstrasse 25 D-79539 Lörrach		Tel.: +49 (0)7621 416 8200 Fax: +49 (0)7621 416 8847 Email: osterhues.hans@klinloe.de Internet: www.klinloe.de

Prof. Dr. med. Michael Mihatsch Chefarzt Pathologie Universitätsspital Basel 4031 Basel		<a href="mailto:mimihatsch@uhbs.ch">mimihatsch@uhbs.ch</a>
Prof. Dr. med. Hans-Reinhard Zerkowski Chefarzt Herz-Thoraxchirurgie Universitätsspital Basel 4031 Basel	Bereichsleiter Operative Medizin, Mitglied der Spitalleitung	Tel.: +41-61-265 71 45 FAX: +41-61-265 73 24 <a href="mailto:hrzerkowski@uhbs.ch">hrzerkowski@uhbs.ch</a>
Bernard Schumann Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit des Landes Rheinland-Pfalz Bauhofstraße 9 55116 Mainz	Referat 632-2 Krankenhausplanung	Tel.: 06131-162392 Fax: 06131-16172392 und 06131-164375, Mail: <a href="mailto:Bernard.Schumann@masfg.rlp.de">Bernard.Schumann@masfg.rlp.de</a> ,

**Impressum**

**Herausgeber:** Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg,  
Schellingstraße 15, D-70174 Stuttgart  
[www.sozialministerium-bw.de](http://www.sozialministerium-bw.de)

**Redaktion:** Jürgen Hohaus, Regierungspräsidium Karlsruhe  
Christine Kohler, Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg

Die inhaltliche Verantwortung liegt bei den Autoren der Beiträge.

Alle Rechte vorbehalten; Stuttgart, September 2005