



 **Kongress**

Montag, 4. Juli 2005

Konzil Konstanz

Gesundheit ohne Grenzen

Mobilität von Gesundheitsdienstleistungen rund um den Bodensee

Tagungsunterlagen

IBK

Forum des Ministeriums
für Arbeit und Soziales
Baden-Württemberg
und der Kommission
Gesundheit und
Soziales der
Internationalen
Bodenseekonferenz



Baden-Württemberg

MINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALES



GRUSSWORTE

Die Länder und Kantone rund um den Bodensee haben seit Jahren das gemeinsame Ziel, im Interesse ihrer Bürgerinnen und Bürger die Gesundheitsversorgung grenzübergreifend zu verbessern. Im Rahmen der Kommission Gesundheit und Soziales der Internationalen Bodenseekonferenz (IBK) wurden deshalb gemeinsame Gesundheitsprojekte initiiert und durchgeführt. Alle am Gesundheitssystem beteiligten Partner suchen nach Gemeinsamkeiten und Verbesserungsmöglichkeiten bei der Versorgung ihrer Patienten.



Die europäische Integration, insbesondere die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs, hat einen entscheidenden Anteil daran, dass trotz unterschiedlicher Sozial- und Gesundheitssysteme zahlreiche Schranken bereits gefallen sind. Dennoch bleibt noch vieles zu tun, um unsere Gesundheitsversorgung über die Grenzen hinweg durchlässiger zu machen und das »Europa der Regionen« auch im Gesundheitswesen für alle Beteiligten zu verwirklichen.

Der Kongress soll ein Forum bieten für den Austausch von Erfahrungen und Best-Practice-Modellen. An Hand praktischer Beispiele soll gezeigt werden, wie Hindernisse für die Mobilität von Dienstleistungen im Gesundheitswesen abgebaut werden können.

Alle am Gesundheitssystem beteiligten Partner sind herzlich eingeladen, sich mit neuen Ideen im Interesse unserer Bürgerinnen und Bürger am Kongress zu beteiligen. Unser gemeinsames Ziel muss es sein, den Gesundheitsraum Bodensee zu verwirklichen.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Andreas Renner'. The signature is fluid and cursive.

Andreas Renner
Minister für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg

Die Pflege eines regelmässigen und intensiven Erfahrungs- und Informationsaustausches zur Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsversorgung im Bodenseeraum«. Mit dieser prioritären Zielsetzung hat die Kommission Gesundheit und Soziales der Internationalen Bodenseekonferenz (IBK) vor knapp zehn Jahren Ihre Tätigkeit aufgenommen. Über die Organisation von Tagungen ist es immer wieder gelungen, wichtige Partnerinnen und Partner und Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit ganz unterschiedlichen Aufgaben aus dem weiten Feld der Gesundheit aus allen IBK-Ländern und IBK-Kantonen zum Dialog zusammen zu führen. Aus diesem Dialog sind einige konkrete Projekte entstanden, in einigen Fällen resultierte eine fruchtbare grenzüberschreitende Zusammenarbeit. Wir freuen uns sehr, dass der Kongress »Gesundheit ohne Grenzen« Gelegenheit bietet, anhand von verschiedenen Beispielen auf Aktuelles und Erreichtes aus unserer IBK-Kommission Gesundheit und Soziales hinzuweisen. Wir sind auch dankbar, dass Baden-Württemberg als diesjähriges IBK-Vorsitzland das Thema Gesundheit so deutlich ins Zentrum rückt.



Bilanziert man das Erreichte an grenzüberschreitender Zusammenarbeit aus den vergangenen zehn Jahren und blickt man auf das riesige Potential, welches der Bodenseeraum gerade auch für die gemeinsame Gesundheitsversorgung und -vorsorge bietet, so ist noch kein Grund für Euphorie gegeben. Es kann – davon sind wir alle überzeugt – noch vieles in Richtung von gemeinsamen Lösungen und konkreter Zusammenarbeit angestossen werden. Die Vision des Gesundheitsraums Bodensee bleibt eine spannende und anspruchsvolle Herausforderung. Sie immer mehr Wirklichkeit werden zu lassen lohnt sich aber bestimmt.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'R. Wüst'.

Roman Wüst
Vorsitzender IBK-Kommission Gesundheit und Soziales

INHALTSÜBERSICHT

Die Sozialversicherung als Dienstleistung im Europäischen Binnenmarkt - ein gefährliches Konzept

Dr. Franz Terwey 5

Deutsch-Österreichische Kooperationen im Bereich der Krankenversicherung

Rainer Baudermann, AOK Baden-Württemberg 10

Behandlungsanspruch und Patientenverfügung im Dreiländervergleich

Niklaus Herzog, Kantonale Ethikkommission Zürich, Schweiz 12

INTERREG-Projekt „Gesundheitsförderung am Bodensee“: Drei Siegerprojekte des aktuellen Wettbewerbs stellen sich vor

Stefan Christen, Projektleiter 15

Kinder im Gleichgewicht (KiG) - Adipositas Kompetenz-Zentrum Euregio Bodensee

Dr. med. Barbara Unger, Projektleitung 17

INTERREG IIIA – Projekt: Akutversorgung Suchtkranker im Bodenseeraum (ASBO)

Michael Müller-Mohnssen, Projektleiter, Zentrum für Psychiatrie Weissenau 18

Suchtmedizinische Kurzintervention im kleinen Grenzverkehr – welche Auswirkung haben der kommunale Suchthilfeverbund Konstanz und die Suchtmedizinische Tagesklinik für die Region?!

Wolfgang Höcker, Stv. Geschäftsführer, Zentrum für Psychiatrie Reichenau 20

Der Lindauer Kreis

Eva Straub, Landesverband Bayern der Angehörigen psychisch Kranker e.V. 22

Laborprojekt: Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und Privatlabors

Dr. Wolfgang Korte, Leitender Arzt, Institut für Klinische Chemie und Hämatologie des Kantons St. Gallen, Kantonsspital, 25

Telemedizinisches Pilotprojekt zur integrierten Schlaganfallversorgung in der Region Südostbayern

Dr. med. Heinrich J. Audebert und Dr. med. Christian Kukla,
Städtisches Krankenhaus München-Harlaching 27

Support Unit Austria – Rettungsdienst rund um den Bodensee

Werner Meisinger, Landesrettungskommandant,
Österreichisches Rotes Kreuz, Landesverband Vorarlberg 29

Grenzüberschreitende Herzchirurgie in Kreuzlingen und Konstanz

Martin Costa, C E O, CHC Holding AG 32

Situation und Probleme der Rehabilitation im Bodenseeraum: Qualitätskontrolle und Kosten-/Preis- sowie Qualitätsvergleich

Martin Brunnschweiler, Generalsekretär der Gesundheitsdirektion,
Kanton Zürich 37

Die Bedeutung europäischer Netzwerke für die Pharmakaentwicklung bei seltenen Erkrankungen („orphan diseases“)

Albert C. Ludolph, Neurologische Universitätsklinik Ulm 39

Kontakt 41

DIE SOZIALVERSICHERUNG ALS DIENSTLEISTUNG IM EUROPÄISCHEN BINNENMARKT - EIN GEFÄHRLICHES KONZEPT

Dr. Franz Terwey

Kongress „Gesundheit ohne Grenzen“ am 4. Juli 2005 in Konstanz

1. Sozialversicherung in der postnationalen Konstellation

Die öffentlichen Sozial- und Gesundheitssysteme sind ein zentraler Bezugspunkt unserer nationalen Gesellschaftsordnungen. Sie setzen nach traditionellem Verständnis ein politisches Gemeinwesen mit staatlicher Verfasstheit sowie die Existenz geographisch-politischer Grenzen als „Nationalen Solidaritätsrahmen“ voraus. Seit etwas mehr als einem Jahrzehnt jedoch müssen wir uns immer häufiger mit rechtlichen und tatsächlichen Einflüssen befassen, die ihren Ursprung ganz oder teilweise außerhalb des auf ein Staatsgebiet begrenzten Territoriums haben.

Zu diesem „postnationalen Wandel“ zählt vor allem die rasch voranschreitende internationale Marktvernetzung, die dazu führt, dass sich für die einzelstaatlichen Regierungen die strategisch-operative Beherrschung des realen Geschehens nicht nur mit Blick auf das Kapital und den Dienstleistungsverkehr, sondern auch im Arbeitsmarkt zunehmend schwierig gestaltet. Hinzu kommt die aufgrund wachsender Grenzöffnung und Mobilität verstärkte zu beobachtende „Internationalisierung“ bzw. Globalisierung von Gesundheits- und Sicherheitsrisiken, die sich kostentreibend auf den Sozialschutz auswirkt.

Speziell in der Europäischen Union wirken weitere Einflüsse, die der einzelstaatlichen Steuerung weitestgehend entzogen sind, wie etwa Ablösung der ehemals nationalen „Volkswirtschaften“ durch einen Gemeinsamen Binnenmarkt sowie die hiermit einhergehende Unterwerfung nationaler Akteure unter eine Europäische (transnationale) Wirtschafts- und Wettbewerbsordnung. Auch die stabilitätspolitische Einbindung vieler Mitgliedstaaten in eine Gemeinsame Währungsordnung gehört hierher. Durch sie haben die Regierungen der teilnehmenden Länder sich wesentlicher Instrumente nationaler Autonomie begeben, nicht zuletzt mit Blick auf die künftige materielle Gestaltung ihrer Sozial- und Gesundheitspolitik.

2. Eine verdeckte Liberalisierungsdebatte

Die in dieser Entwicklung liegenden Risiken für die Rolle und das Funktionieren der Sozialversicherung liegen auf der Hand: Immer häufiger ist zu beobachten, dass die Debatte um die Zukunft Europas sich fast ausschließlich auf eine rein marktorientierte bzw. wirtschaftliche Betrachtung aller Bereiche des gesellschaftlichen Lebens reduziert. Eines der Hauptanliegen dieser Debatte scheint dabei die radikale Marktöffnung sämtlicher bisher in öffentlicher Regie erledigter Aufgaben zu sein. Damit wird zugleich Versuchen interessierter Kreise der Weg bereitet, die Sozialversicherung

unabhängig von einem eventuellen Mehrwert – oder sogar unter Inkaufnahme zusätzlicher Belastungen für die Betroffenen – zu liberalisieren und letztlich zu privatisieren.

Die Organisation eines öffentlichen Sozial- und Gesundheitsschutzes ist traditionell niemals als wirtschaftlich-unternehmerische Aktivität betrachtet worden. Dennoch erfasst die nicht zuletzt auch vom Europäischen Gerichtshof geförderte Dynamik eines europarechtlichen Verständnisses vom „unternehmerischen Handeln“ prinzipiell sämtliche öffentliche Sektoren – bis hin zu hoheitlichen Tätigkeiten. Diese „Linie“ einer marktorientierten Rechtsentwicklung wird flankiert durch entsprechende rechtsschöpfende Ausdehnungen von Spezialgebieten des europäischen Binnenmarkt- und Wettbewerbsrechts. Hierbei handelt es sich zur Zeit vor allem um Entwicklungen auf den Feldern des Rechts der öffentlichen Auftragsvergabe, des Beihilferechts und der Dienstleistungsfreiheit.

Bestätigt und beschleunigt wird dieser Trend durch die aktuelle Debatte über die Zukunft der Daseinsvorsorge. In diesem Zusammenhang wurde von der Kommission ein Konzept für „soziale und gesundheitliche Dienstleistungen von allgemeinem Interesse“ (social services) entwickelt, welches behauptet, bei voller Berücksichtigung der Ziele der Sozialpolitik ließen sich prinzipiell alle sozialen Leistungen von kommerziellen Unternehmen in einem europaweiten bzw. globalen Wettbewerb erbringen. Bezogen auf die Sozialversicherung würde dies bedeuten, die Pflichtversicherung durch eine Versicherungspflicht zu ersetzen.

Die Sozialversicherung und die öffentliche Gesundheit sind jedoch keine am Markt handelbaren Wirtschaftsgüter, denen - wenn überhaupt - Gemeinwohlverpflichtungen auferlegt werden, sondern sie sind selbst Ausdruck und Sinnbild des Gemeinwohls. Das marktorientierte Konzept sozialer Dienste würde zu einer Erosion der „Ziele der Sozialpolitik“ beitragen, verbunden mit einem Verlust an demokratischen Steuerungsmöglichkeiten. Es geht daher nicht nur um die Art und Weise der Organisation, sondern letztlich um den Inhalt und Umfang des öffentlich gewährleisteten Sozialschutzes. Denn die Wahl der einzusetzenden Mittel ist im Hinblick auf die verfolgten Ziele der Sozialpolitik keineswegs neutral.

3. Binnenmarkt und soziales Benchmarking

Hinzu kommt, dass im Europäischen Binnenmarkt nationale Grenzen zumindest für das Kapital und den allgemeinen Dienstleistungssektor schon heute der Vergangenheit angehören. Mittelfristig werden sie ihre juristische und ökonomische Bedeutung auch für den öffentlichen Sozialschutz verlieren, weil die Menschen zunehmend „transnationale Beschäftigungsbiographien“ entwickeln und – als Versicherte und Patienten – Dienstleistungen der sozialen Sicherheit in wachsendem Maße auch grenzüberschreitend nachfragen werden.

Dementsprechend wird die von den Mitgliedstaaten heute noch gesetzlich angeordnete „sozialrechtliche Territorialität“ faktisch unterlaufen. Diese „Entgrenzungswirkung“ übt einen wachsenden Druck auf die einzelstaatlichen Sozialordnungen aus: Kosten und Nutzen der Instrumente und Verfahren sozialer Sicherheit werden immer

mehr direkt vergleichbar, höhere Kosten oder mangelnde Verfügbarkeit und Performance der Versorgung werden politisch erklärungsbedürftig.

Konsequenterweise setzen die von der EU-Ebene in zunehmendem Maße betriebenen transnationalen „Benchmarking-Verfahren“ gezielt auf Wettbewerb und prozessgesteuerte Systemkonvergenz im öffentlichen Sozialschutz Europas. Das Benchmarking – mit der etwas verharmlosenden Bezeichnung „Offene Methode der Koordinierung“ – respektiert zwar formal die nationale Gestaltungshoheit der Mitgliedstaaten, indem vordergründig keinerlei rechtlichen Zwang zu bestimmten Systemlösungen ausübt wird.

Andererseits verpflichtet die Anwendung der Offenen Methode der Koordinierung die einzelstaatlichen Regierungen jedoch dazu, die Gestaltung ihrer Sozialsysteme permanent zu dokumentieren und sie an supranational vereinbarten Zielen, Leitlinien und Indikatoren messen zu lassen. Dies bewirkt faktisch einen transnationalen Rechtfertigungszwang durch öffentliche Vergleiche und entfaltet so eine gewisse „soft-law-Wirkung“, die langfristig zu wachsender Angleichung und Standardisierung der Einzelsysteme führt.

Die Durchführung eines Benchmarking von Systemen der sozialen Sicherheit ist grundsätzlich zu begrüßen. Problematisch ist allerdings, dass zumindest für die nähere Zukunft gravierende methodische Probleme in der Vergleichbarkeit der Daten bestehen, die nicht zuletzt auf historisch gewachsene Systemunterschiede zurückzuführen sind. Sozialschutz darf im übrigen nicht nur als Belastung der öffentlichen Haushalte verstanden werden, sondern ist ein ureigener Bestandteil des auf Solidarität basierenden „Europäischen Sozial- und Gesellschaftsmodells“.

Die „finanzielle Nachhaltigkeit“ der Systeme sozialer Sicherheit ist deshalb auch kein „Ziel an sich“, sondern muss im Lichte des Ziels einer „sozialen Nachhaltigkeit“ für die Menschen und Generationen betrachtet werden. Deshalb müssen auch Aspekte des Versorgungsniveaus und der Qualität sowie der Zugänglichkeit, der Gleichbehandlung und des sozialen und individuellen (Risiko-) Ausgleichs umfassend in die Bewertung einbezogen werden.

Die Europäische Kommission plant im übrigen eine Straffung bzw. Intensivierung der Benchmarking-Verfahren in den einzelnen Bereichen sozialer Sicherheit. Das Ziel dieses so genannten „Streamlining-Prozess“ ist es, künftig die Sozialschutzpolitiken der Mitgliedstaaten besser mit den Grundzügen der europäischen Wirtschaftspolitik und der europäischen Beschäftigungsstrategie abzustimmen, wobei gleichzeitig die zum Systemvergleich herangezogenen Indikatoren auf nur sehr wenige Messgrößen reduziert werden sollen.

Der Streamlining-Prozess birgt mithin die Gefahr, dass das Anliegen eines hohen Sozialschutz- und Gesundheitsniveaus gegenüber der Wirtschafts- und Beschäftigungspolitik nur nachrangig betrachtet wird. Soll die Gestaltungskompetenz der Mitgliedstaaten im Sozialschutzbereich nicht völlig ausgehöhlt werden, muss ein ausgewogenes Verhältnis zwischen sozialpolitischen, fiskalischen und beschäftigungspolitischen Aspekten sichergestellt sein. Hierzu gehört es, dass die Akteure des Sozialschutzes, insbesondere die Selbstverwaltungen, unmittelbar in die Debatte einbezogen werden.

4. Sozialpolitische Ziele in Gefahr

Die Leistungen der Sozialversicherung werden ganz überwiegend aus Steuern oder Sozialabgaben finanziert und nicht vom Nutzer im konkreten Fall „bezahlt“. Dies ist Ausdruck der besonderen öffentlichen Verantwortung für das Erreichen der mit der Sozialversicherung verbundenen sozialpolitischen Ziele. Damit entfallen aber zugleich eindeutig die entscheidenden Rahmenbedingungen für eine am Markt orientierte Produktgestaltung und Preisfindung. Eine Organisation der Sozialversicherung „im Binnenmarkt“ wäre ohne fundamentale Mutation der jeweils verfolgten sozialen Ziele nicht möglich; vielmehr wäre dies weitgehend gleichbedeutend mit einem Verzicht auf die Steuerung der sozialpolitischen Ziele.

Wollte man dagegen tatsächlich die Sozialversicherung „im Wettbewerb“ unter voller Wahrung aller ihrer Elemente und sozialpolitischen Ziele organisieren, so müsste ein künstliches, äußerst stark reguliertes Umfeld unter extremer Reduzierung unternehmerischer Freiheiten geschaffen werden, welches überdies flexibel genug sein müsste, jederzeit einen demokratisch legitimierten Wandel sozialpolitischer Ziele in die Praxis umzusetzen. Welche konkreten Vorteile ein solches System für die Beteiligten haben sollte, ist nicht ersichtlich.

Es ist deshalb wenig zufriedenstellend, wenn die Sozialversicherung sich ständig im Zentrum einer interessengeleiteten europarechtlichen Debatte befindet, in der es in Wirklichkeit um grundlegende politische Entscheidungen geht. Auch wenn der Europäische Gerichtshof von Fall zu Fall derartigen Vorstößen Grenzen setzt, so geschieht dies nicht immer mit der Klarheit, die wünschenswert wäre, um weiteren Zweifeln von vornherein vorzubeugen, im Gegenteil: In Einzelfallentscheidungen bestätigte Handlungsspielräume der Sozialversicherung werden durch grundsätzlich privatisierungs- und wettbewerbsorientierte Entscheidungen in anderen Fällen wieder in Frage gestellt. Dies ist angesichts des anhaltenden Drucks aus der Wirtschaftssphäre und ihren Akteuren auch in Zukunft zu erwarten. Damit aber wird die Kompetenzordnung des EG-Vertrags, wie sie vor allem in den Art. 137, 152 und 295 zum Ausdruck kommt, sukzessive außer Kraft gesetzt.

Erforderlich ist daher eine Neujustierung des europarechtlichen Verständnisses der Grenzen zwischen „marktbezogenen“, „wirtschaftlichen“ bzw. „unternehmerischen“ Aktivitäten – unter unbestrittener Geltung europäischen Wirtschaftsrechts – einerseits und dem Bereich solcher Aktivitäten andererseits, der – wegen seines allgemeinen gesellschaftlichen Bezuges und der Abwesenheit kommerzieller Gewinnerzielung – dem ausschließlichen Gestaltungsermessen der Mitgliedstaaten unterliegen muss. Demgegenüber ist der neuen Tendenz in der Rechtsprechung, aus dem EG-Vertrag eine Verpflichtung zur marktkonformen Organisation und damit zur Privatisierung bisher in öffentlicher Regie und im Allgemeininteresse erbrachter Leistungen abzuleiten, eine eindeutige Absage zu erteilen.

5. Herausforderungen für die nationalen Akteure

Fest steht, dass auch künftig strukturelle Gestaltungsentscheidungen für die Systeme sozialer Sicherheit vorrangig auf einzelstaatlicher Ebene gefällt werden müssen und nicht durch die EU. Andererseits ist nicht zu leugnen, dass Europa mit seiner wirtschaftspolitischen Konzentrations- und Deregulierungspolitik eine Machtdimension erreicht hat, die für die nationale Sozial- und Gesundheitspolitik einen schleichenenden Souveränitätsverlust bewirkt. Zugleich befinden sich die Mitgliedstaaten im festen Griff der gemeinsamen Währungspolitik – die ihnen insofern abverlangte strenge Haushaltsdisziplin verengt die Spielräume für soziale Gestaltung.

Unter diesen Rahmenbedingungen eine vorausschauende nationale – und dennoch europäisch vernetzte – Sozial- und Gesundheitspolitik zu betreiben, wird folglich immer schwieriger. Ohne breit angelegte Europakompetenz, ohne grenzüberschreitende Kooperation der Akteure kann dies kaum gelingen. Auch wird man die eigenen Anliegen mehr und mehr in einen größeren, eben europäischen, Bezugsrahmen einbringen müssen. Versagt die Politik an dieser Stelle, dann stehen so wichtige Werte wie soziale Gerechtigkeit, Solidarität und Breitenzugänglichkeit zu sozialen Dienstleistungen von hoher Qualität auf dem Spiel.

Die Verwirklichung der Idee einer „Europäischen Sozialunion“, wiewohl von vielen heute noch abgelehnt, dürfte deshalb mittelfristig zu einer Notwendigkeit dafür werden, dass die Sozialversicherung vor einem „Abbau“ im Binnenmarkt geschützt wird. Europa benötigt neben seiner finanz- und wirtschaftspolitischen Dimension dringend eine gesellschafts- und sozialpolitische Flankierung bzw. eine soziale Verfasstheit. Ohne einen solchen Rahmen wird es künftig kaum mehr möglich sein, die Leitidee eines umfassenden, öffentlich verantworteten und allgemein zugänglichen Sozial-schutzes im europäischen Maßstab zu bewahren.

Die Bewältigung dieser außerordentlich schwierigen Aufgabe stellt wohl eine der größten historischen Herausforderungen für alle diejenigen Akteure dar, die zur Zukunftsgestaltung der Gemeinschaft berufen sind. Auch die Verantwortlichen in den Sozialversicherungen und ihren Selbstverwaltungen sowie in den Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung werden eine ihrer Hauptaufgaben darin sehen müssen, diesen Prozess aktiv zu begleiten. Denn langfristig wird auch im Sozialschutz und im Gesundheitssektor eine grenzüberschreitende Arbeitsteilung politisch zu organisieren sein – nicht nur in strategischer, sondern zunehmend auch in operativer Hinsicht.

DEUTSCH-ÖSTERREICHISCHE KOOPERATIONEN IM BEREICH DER KRANKENVERSICHERUNG

Rainer Baudermann, AOK Baden-Württemberg

Themenpark 1: Rahmenbedingungen für grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung

„Die Beziehungen Österreichs zu Deutschland sind in allen Bereichen eng miteinander verknüpft. Nachbarschaft, gemeinsame Sprache und die Mitgliedschaft in der EU ergeben eine große Anzahl von Verbindungen und gemeinsamen Interessen. 86.700 Deutsche sind mit Erstwohnsitz in Österreich gemeldet. 189.000 Österreicher leben in Deutschland. Jährlich besuchen über 10 Mio. deutsche Touristen Österreich und stellen knapp 60% aller ausländischen Übernachtungen.“ So beschreibt das Auswärtige Amt die Beziehungen zwischen Österreich und Deutschland.

Erfordernisse verstanden und aufgegriffen: Projekt Netc@rds der Europäischen Kommission

Tatsächlich unterhalten Österreicher und Deutsche als Nachbarn gute und vertrauensvolle bilaterale Beziehungen. Dies gilt auch für ihre Zusammenarbeit im Rahmen der Europäischen Union. Hier sind beide Nationen in Projekten engagiert, in denen sie als Beteiligte zusammen mit weiteren Partnerländern schon lange die Erfordernisse der europäischen Integration verstanden und aufgegriffen haben. Konkret äußert sich dies in der Beteiligung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger sowie des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland sowie der AOK Baden-Württemberg als Modell-Krankenkasse für Deutschland am Projekt Netc@rds der Europäischen Kommission. Näheres über das Projekt Netc@rds, das im Kern den vereinfachten, unbürokratischen und direkten Zugang zu medizinisch sofort notwendigen Leistungen während eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes zum Ziel hat, wird im Rahmen des Kongresses von der AOK Baden-Württemberg vorgetragen.

Abbau von Bürokratie – gemeinsames Verständnis für Weiterentwicklungen

Der wichtigste Posten im Dienstleistungsverkehr ist für Österreich der Tourismus. Dabei machen die Touristen aus Deutschland, gemessen an den Ausländerübernachtungen, das Gros aus (fast 60% aller Ausländerübernachtungen des Jahres 2004). Die Verbindung zum Gesundheitswesen ist offensichtlich: Die kleine Verletzung im Urlaub, der Sonnenbrand, oder leider auch der Skiunfall gehören genauso zur Realität wie der von allen geschätzte Erholungseffekt und Freizeitwert der Regionen. Es ist noch gar nicht so lange her, da mussten Deutsche und Österreicher beim jeweiligen Besuch des Nachbarlandes Anspruchsformulare im DIN A 4-Format, im

Anspruchszeitraum befristet, mit sich führen und vor der Leistungserbringung der aushelfenden Krankenkasse vorlegen. Es ist gut, dass diese Zeiten mit der „European Health Insurance Card“ (EHIC) vorbei sind. Beide Länder haben in der Europäischen Kommission im Jahr 2003 für deren Einführung votiert. Nun, nach deren erfolgreicher Einführung, ist man sich auf beiden Seiten der Grenze der Notwendigkeit zur Weiterentwicklung bewusst und hat diese positiv angegangen.

Vision ist schon ein Stück weit Realität geworden

Soviel zu Netc@rds schon im Voraus: Die praktische Umsetzung in Pilotregionen hat schon begonnen, und das scheint allen Beteiligten ein wesentlicher Schritt im gemeinsamen Vorankommen und in der Erlebbarkeit für die Bürger zu sein. Netc@rds steht mit der Rahmenvereinbarung „General Agreement“, deren Entstehungsprozess unter anderem von den jeweiligen Verbindungsstellen begleitet und mitgestaltet wurde, auf einer soliden Basis. Die Vision der europaweit gültigen und in den Ländern akzeptierten Krankenversichertenkarte ist schon ein kleines Stück weit Realität geworden. Wir sind auf dem richtigen Weg.

Erfolg verpflichtet – andere machen mit

Der erste Ideenaustausch zu Netc@rds fand 2002 zwischen Frankreich, Griechenland, Österreich und Deutschland statt. Mittlerweile hat die gemeinsame Zielsetzung und Partnerschaft der Länder im Konsortium zu Netc@rds ein festes Statut gefunden. Sieben weitere europäische Nationen – z. B. Italien, Slowenien, Tschechien und Ungarn – sind nunmehr an Netc@rds beteiligt. In den meisten dieser Länder steht die Neuversorgung großer Bevölkerungsteile mit Krankenversichertenkarten an. Die Interoperabilität der Krankenversichertenkarten wird damit weiter an Bedeutung gewinnen. Österreicher und Deutsche haben in dieser Zielsetzung gemeinsam die ersten Schritte getan und werden diese fortsetzen.

BEHANDLUNGSANSPRUCH UND PATIENTENVERFÜGUNG IM DREILÄNDERVERGLEICH

Niklaus Herzog, Kantonale Ethikkommission Zürich, Schweiz

	CH	BRD	A
Behandlungsanspruch	<p>a) Gemäss Krankenversicherungsgesetz ist jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz verpflichtet, eine (private) Krankenversicherung abzuschliessen. Eine solcherart versicherte Person hat im Krankheitsfall Anspruch auf Behandlung bei freier Arztwahl.</p> <p>b) Öffentliche Spitäler: Sind verpflichtet, <i>Behandlungsbedürftige</i> aufzunehmen (vgl. Art. 8 BV sowie kantonale Gesundheitsgesetze). Art. 12 BV („Recht auf Hilfe in Notlagen“): umfasst auch den (grundrechtlich) geschützten Anspruch auf Zugang zu den grundlegenden medizinischen Leistungen.</p> <p>c) Ein eigentliches <i>Recht auf Behandlung</i> besteht in <i>Notfällen</i> (konkretisiert in den kt. Gesundheitsgesetzen) - dazu sind auch die privaten Leistungserbringer verpflichtet. Unterlassung gebotener Hilfeleistung: zivilrechtliches Delikt, allenfalls auch ein strafrechtliches Delikt: Körperverletzung oder fahrlässige Tötung sowie Verweigerung der zumutbaren Unterstützung eines Menschen in unmittelbarer Lebensgefahr).</p>	<p>a) In der gesetzlichen Krankenversicherung (=öffentlich rechtliche Einrichtungen) versicherte Personen (= Arbeitnehmer und einige weitere Personengruppen) haben bei freier Arztwahl Anspruch auf Behandlung.</p> <p>b) Gemäss Sozialgesetzbuch zugelassene Krankenhäuser, sind verpflichtet Patienten – sofern sie der gesetzlichen Krankenversicherung angehören – mit stationärem Versorgungsbedarf aufzunehmen.</p> <p>c) In Notfällen besteht immer, d.h. ungeachtet des Versicherungsstatus der betroffenen Person), ein Recht auf Behandlung (sanktioniert insbesondere durch Zivil- und Strafrecht sowie Berufsrecht).</p>	<p>a) Grundsätzlich besteht eine Krankenversicherungspflicht für alle Einwohner. Diese haben einen Behandlungsanspruch bei grundsätzlich freier Arztwahl.</p> <p>b) Pflichtversicherte Personen haben bei stationärem Besorgungsbedarf Anspruch auf entsprechende Behandlung in Krankenanstalten.</p> <p>c) Bei vitaler Indikation besteht unabhängig vom Versicherungsstatus ein Anspruch auf Behandlung (ambulant und stationär)</p>

	CH	BRD	A
Patientenverfügung	<p><i>Aktuelle Rechtslage:</i> Es herrscht gesamtschweizerisch eine beträchtliche Rechtsunsicherheit: Von der absoluten über die relative Verbindlichkeit der Patientenverfügung (Patientenverfügung nur als Indiz für den Patientenwillen) bis zur völligen Unverbindlichkeit.</p> <p><i>De lege ferenda:</i> Eine parlamentarische Initiative von Jost Gross ist hängig (vom Nationalrat gutgeheissen am 10.03.2003). Wortlaut: „Der Persönlichkeitsschutz des Zivilgesetzbuches wird durch eine Bestimmung ergänzt, wonach schriftlichen Weisungen von Patientinnen und Patienten bezüglich medizinischer Behandlungsmassnahmen und das Recht auf einen würdevollen Tod (so genanntes Patiententestament) rechtlich verbindliche Wirkung zukommt, soweit diese nicht im Widerspruch mit der Rechtsordnung stehen und zum Zeitpunkt des Todes dem aktuellen oder mutmasslichen Willen noch entsprechen.“</p> <p>Begründung: „...Patiententestamente müssen dem geäusserten oder mutmasslichen Willen der Patienten und Patientinnen zum Zeitpunkt des Todes entsprechen.“</p> <p><i>Zürcher Patientengesetz:</i> § 31: „Eine von der Patientin oder vom Patienten früher verfasste Verfügung bezüg-</p>	<p><i>Aktuelle Rechtslage:</i> Keine spezifische Regelung. Es liegt ein unlängst ergangenes Urteil des Bundesgerichtshofes vor. Darin wird für die Zulässigkeit der passiven Sterbehilfe ein trotz ärztlicher Behandlung irreversibler tödlicher Krankheitsverlauf gefordert. Diesem Entscheid lag jedoch eine Wachkomaproblematik zu Grunde, weshalb die Auswirkungen dieses Urteils unklar sind und zu beträchtlicher Verunsicherung besonders in der Ärzteschaft geführt haben.</p> <p><i>De lege ferenda:</i> November 2004: Entwurf des Bundesjustizministeriums zur Änderung des Betreuungsrechts.</p> <p>Kernaussage: 1. Eine Patientenverfügung, in der der Betreute seinen Willen zu Untersuchungen seines Gesundheitszustandes, Heilbehandlungen oder ärztlichen Eingriffen für den Fall seiner Einwilligungsunfähigkeit geäussert hat, gilt bei Einwilligungsunfähigkeit fort, falls keine konkrete Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass der Betreute die Patientenverfügung widerrufen hat.</p> <p>2. Der Betreuer hat den in einer Patientenverfügung geäusserten Willen des Betreuten zu beachten und die darin vom Betreuten getroffenen Entscheidungen</p>	<p><i>Aktuelle Rechtslage:</i> Gemäss Spitalgesetz kann der Patient durch Verfügung bestimmen, ob er gewisse Behandlungen wünscht oder ablehnt. Darauf ist Bedacht zu nehmen. Der schwammige Begriff „Bedacht“ hat zu beträchtlicher Rechtsunsicherheit geführt, insbesondere im Hinblick auf den Verbindlichkeitsgrad einer solchen Verfügung. Das zuständige Ministerium hat deshalb eine Expertengruppe beauftragt ein spezielles Bundesgesetz ausschliesslich zum Thema Patientenverfügungen zu verfassen.</p> <p><i>De lege ferenda:</i> Das österreichische Parlament (Nationalrat) hat das „Bundesgesetz über Patientenverfügungen“ gutgeheissen und den interessierten Verbänden vor der endgültigen Beschlussfassung zur Stellungnahme unterbreitet. Es ist vorgesehen dieses Gesetz noch in der zweiten Hälfte des laufenden Jahres in Kraft zu setzen.</p> <p>Kernaussage: Eine Patientenverfügung ist verbindlich, wenn: ...“sie frei und ernstlich erklärt und nicht durch Irrtum, durch List, durch Täuschung oder durch physischen oder psychischen Zwang veranlasst wurde, ihr Inhalt rechtlich zulässig und tatsächlich durchführbar ist und der Stand der medizinischen Wissenschaft seit der Errichtung keine für den konkreten Fall erhebliche</p>

	<p>lich lebensverlängernder Massnahmen ist zu beachten. Sie ist unbeachtlich, wenn sie gegen die Rechtsordnung verstösst oder Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die oder der Sterbende in der Zwischenzeit die Einstellung geändert hat.“</p> <p><i>Fazit:</i></p> <p>Die Forderung der parlamentarischen Initiative von Nationalrat Jost Gross ist mit Blick auf den Kanton Zürich (vgl. § 31 Patientengesetz) bereits erfüllt.</p>	<p>durchzusetzen, soweit ihm dies zumutbar ist. Das gilt auch dann, wenn eine Erkrankung noch keinen tödlichen Verlauf genommen hat. Eine vom Betreuten getroffene Entscheidung liegt vor, wenn die Patientenverfügung eine Einwilligung oder Nichteinwilligung in bestimmte Untersuchungen des Gesundheitszustandes, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe enthält, die auf die konkrete Situation zutrifft. Dieser Entwurf wurde auf Grund starker Kritik inzwischen vom Bundesjustizministerium wieder zurückgezogen. Ein neuer Gesetzesentwurf soll nun vom Parlament selbst vorgelegt werden. Kontrovers diskutiert wird vor allem die Frage, ob Patientenverfügungen auch für jene Fälle verbindlich sein sollen, in denen kein irreversibel tödlicher Krankheitsverlauf vorliegt, bzw. der Sterbevorgang noch nicht eingesetzt hat (z.B. Demenz).</p>	<p>Veränderung erfahren hat, sich die sonstigen Lebensumstände des Patienten seit der Errichtung der Patientenverfügung nicht gravierend geändert haben. Zusätzlich verlangt das Gesetz: „Der Errichtung einer Patientenverfügung muss eine der Krankheitssituation und der medizinischen Behandlung entsprechende ärztliche Aufklärung vorausgehen.“</p>
--	---	--	---

INTERREG-PROJEKT „GESUNDHEITSFÖRDERUNG AM BODENSEE“: DREI SIEGERPROJEKTE DES AKTUELLEN WETTBEWERBS STELLEN SICH VOR

Stefan Christen, Projektleiter

Im Dezember 1999 beschloss die Konferenz der IBK-Regierungschefs, das Projekt «Gesundheitsförderung im Bodenseeraum» umzusetzen. Von der Kommission Gesundheit & Soziales wurden daraufhin eine Projektleitung und eine Steuerungsgruppe eingesetzt. Die Kommission liess sich dabei von folgenden Gedanken leiten:

1. Das Projekt sollte nicht eine Eintagsfliege mit regionaler Begrenztheit werden, sondern möglichst weite Kreise von Fachleuten, Laien und der Bevölkerung über einen längeren Zeitraum erreichen können und, soweit möglich, nachhaltig wirken.
2. Nicht nur die allgemeine Bevölkerung sollte Adressat des Projektes sein, sondern vor allem auch Fachleute und Multiplikatoren. Die methodische Vielfalt, die sich im Bereich der Gesundheitsförderung innerhalb des IBK-Gebiets findet, soll für den Erfahrungsaustausch und für gegenseitiges Lernen genutzt werden.

Nach 2001 hat die IBK nun bereits zum zweiten Mal einen Preis für Gesundheitsförderung und Prävention ausgeschrieben. Damit sollen beispielhafte Projekte über die Landes- und Kantonsgrenzen hinaus gewürdigt werden. Zur Förderung von Innovation und zur Unterstützung regionaler Initiative ist erstmals auch ein Förderpreis vergeben worden.

Eingereicht werden konnten Projekte, die im Themenbereich der Gesundheitsförderung und Prävention angesiedelt sind und im IBK-Raum realisiert wurden. Das Motto des «2. IBK-Preises für Gesundheitsförderung und Prävention» lautete «Unter Druck». Gesucht wurden Projekte, die Verhaltensweisen oder Lösungsmöglichkeiten aufzeigen konnten, die «Ventilfunktionen» erfüllen und mithelfen, entstandenen Druck wieder kontrolliert abzubauen. Druck, der sich zum Beispiel durch Drogenkonsum, Autoaggression, Überschuldung, Mobbing, soziale Benachteiligung usw. zeigt.

Aus insgesamt 121 eingereichten Bewerbungen nominierte eine internationale Jury 14 Projekte für den «2. IBK-Preis für Gesundheitsförderung und Prävention» und 5 Projektideen für den «Förderpreis». Mit den in Aussicht gestellten 5000 Euro soll einer innovativen Projektidee zur Umsetzung verholfen werden.

Die Preisverleihung 2005 fand im Rahmen des «2. IBK-Symposiums für Gesundheitsförderung und Prävention» am 11. Mai 2005 im Bregenzer Festspielhaus mit über 400 Teilnehmenden aus dem IBK-Raum statt.

In der Kategorie «Förderpreis» hat **«altissimo – ein Projekt zur Förderung einer altersfreundlichen Kultur»** der Suchtpräventionsstelle Zürcher Oberland in CH-Uster gewonnen.

Die Begründung der Jury: «Gesundheitsförderung bedeutet auch, Menschen die Möglichkeit zu erhalten, am Leben teilzuhaben. So kann Lebensqualität sichergestellt

werden. Dabei sind weder Bequemlichkeit noch Luxus gemeint, sondern die Haltung, dass jeder Mensch über ein bestimmtes Ausmass an Entfaltungs- und Entwicklungsmöglichkeiten verfügen muss. Wem zu viele Möglichkeiten abhanden kommen, der verliert seine Zukunft.

Die professionelle Bearbeitung dieser Überlegungen, kombiniert mit einer unspektakulären, aber liebevollen Methodik zeigt, dass auch aktuelle Themen mit Originalität angegangen werden können. Wir wünschen den Projektverantwortlichen bei der Umsetzung dieser hervorragenden Idee viel Erfolg!»

In der Kategorie «IBK-Preis» handelt es sich um modellhafte Projekte, deren Ende nicht länger als 2 Jahre zurück liegt. Die Verantwortlichen des Siegerprojektes durften die Bronzefigur «heilender Mensch» des bekannten Vorarlberger Künstlers Prof. Herbert Albrecht als Anerkennungspreis entgegen nehmen. Den «2. IBK-Preis für Gesundheitsförderung und Prävention» hat das Projekt **«Ich und Ich – for Mädels only – eine interaktive CD-Rom für Mädchen und junge Frauen zu Schönheit und anderen wichtigen Sachen»** der Arbeitsgemeinschaft Gesundheit im Kreis Böblingen (D) gewonnen.

Die Begründung der Jury: «Prävention bewegt sich im Spannungsfeld zwischen Ist und Soll. Der Widerspruch zwischen dem, wie etwas ist und dem, wie etwas sein sollte, erzeugt Druck. Manchmal brauchen Menschen Unterstützung dabei, wenn dieser Druck droht, zu gross zu werden.

Wenn diese Unterstützung lehrreich statt belehrend, ressourcen- statt defizitorientiert, spielerisch statt verkrampft ist, dann kann sie zur echten Hilfe werden. Das Siegerprojekt wird diesen Ansprüchen ausgezeichnet gerecht. Es kann Modell dafür sein, dass eine kreative Methodik, eine Orientierung an Aktualität, ein Schuss Originalität und eine Portion Innovation ein schmackhaftes Präventions-Menu ergeben. Nachahmung erwünscht und herzliche Gratulation!»

Eine Übersicht sämtlicher nominierten Projekte und Projektideen ist unter www.bodenseekonferenz.org (Schwerpunkte/Gesundheit und Soziales/download IBK Projekte.pdf) zu finden.

Gesundheitsförderung nach Ottawa-Charta 1986

«Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Mass an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können. In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit ebenso betont wie die körperlichen Fähigkeiten. Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur bei dem Gesundheitssektor, sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünderer Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden.»



KURZE PROJEKTbeschreibung

Dr. med. Barbara Unger
Projektleitung Kinder im Gleichgewicht (KiG) Adipositas Kompetenz-Zentrum
Euregio Bodensee
Landratsamt - Gesundheitsamt Ravensburg

Es handelt sich um ein aus EU-Mitteln (Interreg IIIA) gefördertes, grenzübergreifendes Präventionsprojekt der Länder Deutschland (Landkreis Ravensburg), Schweiz (Ostschweizer Kantone) und Österreich (Vorarlberg) im Bodenseeraum.

Die Pilotphase startet im September 2005 und endet am 31.12.2007. Ziel ist der Aufbau einer Plattform zur Vorbereitung der Vernetzung bereits vorhandener Angebote und zur Evaluation von Angeboten der Gesundheitsförderung, Primär- und Sekundär- /Tertiärprävention bei übergewichtigen bzw. adipösen Kindern und Jugendlichen. Gemeinsame Qualitätsstandards werden erarbeitet und sichern die Grundlage für das weitere Vorgehen und die weitere Vernetzung.

Wissenschaftlich soll der Nachweis der Wirksamkeit von Interventionen bei übergewichtigen Kindern und Jugendlichen unter Einbeziehung von Kosten-Nutzen-Aspekten geführt werden. Langfristig wird die Überführung in eine Langzeitbeobachtung geplant, die bislang in Europa einzigartig ist.

Die Ergebnisse dieser Studie sollen grenzübergreifend dazu dienen, die Übersetzung der Pilotphase in ein flächendeckendes Versorgungsangebot mit optimierten vernetzten Angeboten (einschließlich Weiterbildungen für Lehrkräfte, Trainer, Pädagogen u.a. Berufsgruppen in einem hierfür aufzubauenden Weiterbildungszentrum, Freizeit- & Ferienangebote, wissenschaftliche Symposien usw.) für übergewichtige und adipöse Kinder zu begründen und hierdurch nachhaltig finanzierbare Strukturen im Bodenseeraum zu schaffen.

Langfristig versteht sich das Projekt als **Gesundheitsförderungsprojekt**, da nur darin der Schlüssel zu einer verbesserten Kinder- und Jugendgesundheit aller sozialen Gruppen liegt. Die Entwicklung der gesamten Gesellschaft muss diskutiert und Veränderungen eingeleitet werden (Verhältnisprävention). Hierdurch erhält das Projekt seine politische Dimension.

INTERREG IIIA – PROJEKT: AKUTVERSORGUNG SUCHTKRANKER IM BODENSEE- RAUM (ASBO)

Michael Müller-Mohnssen, Projektleiter, Zentrum für Psychiatrie Weissenau

Die „Akutversorgung Suchtkranker im Bodenseeraum“ ist das Thema eines mit EU – Mitteln geförderten INTERREG – Projekts, zudem sich vier Einrichtungen aus Deutschland, Österreich und der Schweiz zusammengeschlossen haben.

Projektpartner sind das Zentrum für Psychiatrie Weissenau (Baden-Württemberg) als koordinierende Einrichtung, die Stiftung Maria Ebene (Vorarlberg), die Psychiatrische Klinik Münsterlingen (Kanton Thurgau) und das Psychiatriezentrum Breitenau (Kanton Schaffhausen).

Im grenzüberschreitenden Bodenseeraum wird von den angrenzenden Ländern und Versorgungsregionen ein differenziertes Versorgungsangebot für Suchtkranke vorgehalten. Trotz der relativ geringen Entfernungen gibt es bei bisher nur sporadischer Zusammenarbeit vergleichsweise wenige Kenntnisse von den Behandlungsangeboten und Versorgungsstrukturen über die Ländergrenzen hinweg.

Primäres Ziel dieses Projekts ist die Verbesserung der Versorgung für Suchtkranke in der grenzüberschreitenden Förderregion durch eine bessere Vernetzung der Versorgungsstrukturen zur Entwicklung einer vergleichbaren grenzüberschreitenden Best Practice. Die Behandlungsstrategien für suchtkranke Menschen in den geförderten Regionen sollen als Ergebnis eines grenzüberschreitend vernetzten Benchmarking – Prozesses so entwickelt werden, dass sie trotz unterschiedlicher Rahmenbedingungen eine fachliche Einheitlichkeit aufweisen. Diese fachliche Einheitlichkeit soll sich auf eine „Best practice“ hinsichtlich der Erarbeitung zielgenauer Kriterien für Versorgungspfade im Sinne einer gestuften Versorgung beziehen. Einbezogen werden soll auch die Entwicklung von Erfolgskriterien für die unterschiedlichen Behandlungsstrategien und deren Kosten, so dass die Effizienz der unterschiedlichen Behandlungsstrategien grenzüberschreitend ermittelt und verglichen werden kann. Die Ziele können wie folgt operationalisiert werden:

1. **„Jeder Patient soll die passende Behandlung im Rahmen der regionalen Versorgungsstrukturen erhalten“**: Die versorgungspolitisch häufig geforderte Ausdifferenzierung des Suchtversorgungssystems und die damit verbundene Verschiebung von stationären auf teilstationäre und ambulante Versorgungsangebote erfordern eine passgenaue Zuordnung der Patienten mit ihrem jeweiligen individuellen Behandlungsbedarf zu den verschiedenen Versorgungsangeboten (Versorgungspfade, Treatment Matching). Hierfür werden Zuordnungskriterien und Kriterien für geplante Behandlungsabläufe entwickelt.
2. **„Behandlungsmuster sind grenzüberschreitend abgestimmt“**: Als Grundlage für eine bessere Versorgungsplanung werden Qualitätsstandards der Partner wie Behandlungsmuster (Leitlinien) und Dokumentationssysteme ver-

glichen und – eingebettet in gleichlaufende nationale (z.B. Leitlinien der wissenschaftlichen Fachgesellschaften) und internationale Entwicklungen (z.B. europäischer Kerndatensatz Sucht) - gemeinsam weiter entwickelt.

3. **„Abgestimmte Qualitätsmarker ermöglichen ein gemeinsames Benchmarking“:** Darüber hinaus werden bei den Partnern vorhandene Qualitätsmarker (z.B. Ergebnisindikatoren für Versorgungsqualität) verglichen und aufeinander abgestimmt mit dem Ziel, ein vergleichendes Benchmarking der Versorgungsangebote zu ermöglichen. Auf dieser Grundlage werden Lernprozesse in Richtung einer grenzüberschreitenden „Best Practice“ in Gang gesetzt.
4. **„Grenzüberschreitender Kompetenztransfer durch kontinuierliche Partizipation aller Projektpartner“:** Durch die Einbeziehung aller Projektpartner in alle Phasen des Projektablaufs finden bereits von Anfang des Projekts an gegenseitige Lernprozesse und damit verbunden ein grenzüberschreitender Kompetenz – Transfer statt.
5. **„Nachhaltigkeit durch Etablierung fester Strukturen der Zusammenarbeit“:** Durch die Etablierung grenzüberschreitender Arbeitsgruppen und Fortbildungsangebote wird eine Nachhaltigkeit dieser grenzüberschreitenden Vernetzung erreicht werden. Auf dem Boden der im Projekt erarbeiteten gemeinsamen Grundlagen werden nachhaltig weitergehende Lernprozesse und Vorhaben im Bereich von Qualitätsmanagement und Versorgungsforschung ermöglicht.
6. **„Vernetzung und Öffentlichkeit“:** Über Tagungen und Publikationen wird die Öffentlichkeit und Fachöffentlichkeit über das Projekt informiert und die Vernetzung innerhalb der beteiligten Regionen und im grenzüberschreitenden Raum gefördert.

Die Ziele sollen in Arbeitsgruppen erarbeitet und im Rahmen gemeinsamer Klausurtagungen abgestimmt werden. Die Ergebnisse werden im Rahmen von Tagungen und Publikationen öffentlich vorgestellt.

Das Projekt ist eingebettet in nationale und internationale Bestrebungen, über vergleichbare Dokumentationssysteme (z.B. europäischer Kerndatensatz für Suchtkranke), leitlinienorientierte Behandlungsmuster (z.B. AWMF – Leitlinien der deutschen wissenschaftlichen Fachgesellschaften) und Qualitätsindikatoren für Behandlungserfolg bestmögliche Behandlungen zu entwickeln und in den Versorgungsregionen umzusetzen.

Das Projekt hat (vorbehaltlich der endgültigen Zustimmung durch die INTERREG – Sekretariate) im November letzten Jahres begonnen und soll bis zum 31.12.2007 durchgeführt werden. Der Abschlussbericht ist geplant für März 2008.

SUCHTMEDIZINISCHE KURZINTERVENTION IM KLEINEN GRENZVERKEHR – WELCHE AUSWIRKUNG HABEN DER KOMMUNALE SUCHTHILFEVERBUND KONSTANZ UND DIE SUCHTMEDIZINISCHE TAGESKLINIK FÜR DIE REGION?!

Wolfgang Höcker, Stv. Geschäftsführer, Zentrum für Psychiatrie Reichenau

Der Landkreis Konstanz ist stolz, sich als Modellregion in der Versorgung Suchtkrankter des Landes Baden-Württemberg präsentieren zu dürfen, wofür wir uns ganz herzlich beim Sozialministerium Baden-Württemberg bedanken wollen.

Besondere Voraussetzungen haben es möglich gemacht, im Landkreis neue und für Baden-Württemberg besondere Versorgungsstrukturen realisieren zu können. Dies sind 1.

eine **Integrierte Versorgung**, die wir im Mai mit der AOK vertraglich abgeschlossen haben. Ziel der IV ist die koordinierte, auf einander abgestimmte gemeinsame Behandlung alkohol- und medikamentenabhängiger Versicherter in allen Stadien der Suchterkrankung, wenn gleich der Schwerpunkt bei der Versorgung von Betroffenen in einem frühen Stadium der Erkrankung zu sehen ist. Diese Versicherten haben noch relativ wenig soziale Folgeschäden, weshalb durch die wohnort-, arbeitsplatz- und familiennahe Integrierte Versorgung eine Chronifizierung und die damit verbundenen Folgeschäden vermieden werden können. Sie stellt aber auch ein Angebot dar, dass ein strukturiertes ambulantes Angebot für suchtkranke Versicherte mit psychiatrischer Comorbidität mit einschließt. Das Leistungsangebot besteht aus einer Verbesserung der Diagnostik im Bereich der medizinischen Primärversorgung, strukturierten Frühinterventionsprogrammen, qualifizierter ambulanter Entzugsbehandlung und Rückfallprävention sowie einer interdisziplinären Erarbeitung der Weiterbehandlungsperspektive. An der Integrierten Versorgung sind das Zentrum für Psychiatrie Reichenau, derzeit das Klinikum Konstanz sowie Haus- und niedergelassene Fachärzte aus dem Landkreis Konstanz beteiligt. Das ZfP fungiert als Projektträger.

Anhang 1

In der Integrierten Versorgung ist der GKV finanzierte, suchtmmedizinische Behandlungsteil zusammengefasst. Dieser wird als Ganzes in den suchtttherapeutischen Verbund, der im Landkreis Konstanz unter Federführung des Landkreises entsteht, integriert. Im suchtttherapeutischen Verbund werden die Leistungserbringer und Beteiligten in der Versorgung der Suchtkranken im Landkreis unter Beibehaltung ihrer derzeitigen Finanzierungsgrundlagen nach dem Vorbild des Gemeindepsychiatrischen Verbundes zusammengefasst. Die Geschäftsführung obliegt einem Lenkungsgremium, in diesem sind die in 4 Gruppen zusammengefassten Mitglieder bzw. Leistungserbringer bei jeweils gleicher Stimmenanzahl vertreten. Im Einzelnen sind dies der psychosoziale Bereich, die Kostenträger, die Suchtmmedizin und das bürger-schaftliche Engagement/die Selbsthilfe. Das Lenkungsgremium erarbeitet Be-

schlussvorlagen für die Mitgliederversammlung, beruft Arbeitskreise ein, beschließt die Tagesordnung der Mitgliederversammlung und organisiert diese. Die hierzu notwendige Infrastruktur wird vom Landkreis gestellt, der auch den Vorsitz führt.

Der suchtttherapeutische Verbund strebt eine verbindliche Kooperation mit internen und externen Einrichtungen an. Es sollen Qualitätsmanagement und Verlaufskontrolle eingerichtet werden, er will einen regionalen Entwicklungsplan entwerfen, soll der Sicherstellung der Beratung, einer differenzierten Diagnostik und Therapie von Abhängigkeitserkrankungen dienen. Für besondere Problemfälle ist eine fallbezogene Koordination der Diagnose und Therapiemaßnahmen im Sinne eines Casemanagements analog einer Hilfsplankonferenz im GPV vorgesehen.

Anhang 2

Zentraler Bestandteil des suchtttherapeutischen Verbundes und Herzstück der integrierten Versorgung ist die im Oktober 2004 eingeweihte **Suchtmedizinische Tagesklinik** für den Landkreis Konstanz. Sie ist die erste Suchtmedizinische Tagesklinik in Baden-Württemberg, die einen Flächenlandkreis versorgt und in ein Krankenhaus der Zentralversorgung integriert ist. Dadurch kommt es zu einer deutlichen Senkung der Zugangsschwelle, das Angebot wird deutlich weniger stigmatisierend als das stationäre psychiatrische Angebot erlebt. Durch die Präsenz der Tagesklinik kommt es zu einer Zunahme der Konsiliar- und Liaisondienste und der psychiatrischen Präsenz im Alltag des somatischen Hauses. Es folgt hieraus eine Verbesserung der Diagnostik substanzbezogener Störungen. Es ist eine lückenlose Übernahme aus dem stationären somatischen Bereich in den teilstationären suchttmedizinischen gewährleistet, Vorstellungstermine sind problemlos zu vereinbaren. Die Tagesklinik präsentiert sich als verbindliche und kompetente Anlaufstelle für Betroffene, Angehörige, Klinik- und Hausärzte. Durch Leistungseinkauf bei den Trägern der psychosozialen Beratungsstellen ist es zu einer verbindlichen Integration dieser gekommen. Die ersten, von uns ausgewerteten Ergebnisse deuten darauf hin, dass sich viele, in die Tagesklinik gesetzten Hoffnungen erfüllen könnten.

Im Einzelfall sind dies: Höherer Frauenanteil bei der Klientel, geeignetes Angebot für Alleinerziehende, hohe Haltefähigkeit während der Behandlung, gute Planbarkeit der Aufenthalte durch hohe Zuverlässigkeit der Patienten, geringe Abbruchrate, anderer Versicherungsmix als im stationären Bereich.

Bestärkt durch die sehr guten bisher erzielten Ergebnisse der Tagesklinik, entschlossen wir uns Kontakt mit Schweizer Versicherungen aufzunehmen, um die Möglichkeit zu sondieren, ob dieses Angebot auch Schweizer Versicherten zugänglich gemacht werden kann. Beim größten Schweizer Krankenversicherer stießen wir auf großes Interesse. Inzwischen haben erste persönliche Gespräche stattgefunden, in denen sich die Versicherung am Leistungsangebot interessiert zeigte. Zum jetzigen Zeitpunkt versuchen wir gemeinsam durch Kontakte auf der gesundheitspolitischen sowie auf der psychiatrischen medizinisch-versorgenden Ebene die Möglichkeiten auszuloten, das therapeutische Angebot der Suchtmedizinischen Tagesklinik in Konstanz in das Behandlungsangebot der Suchtkrankenhilfe im Kanton Thurgau zu implementieren.

DER LINDAUER KREIS

Eva Straub
Landesverband Bayern der Angehörigen psychisch Kranker e.V.



Psychische Krankheiten sind gar nicht so selten, wie es den Anschein haben könnte. Jeder vierte Mensch wird im Laufe seines Lebens mindestens einmal psychiatrisch behandlungsbedürftig. Psychische Krankheiten können jeden treffen - ob Arm ob Reich, ob Jung ob Alt – in jedem Land der Erde.

Und doch begegnet man ihnen am Alltagsleben selten. Das hat unter anderem damit zu tun, dass diese ehemals aussichtslosen Krankheiten Dank bemerkenswerter Therapiefortschritte heute gut behandelbar sind. Es hat aber auch damit zu tun, dass von ihr Betroffene und die Familien die Krankheit, so gut es geht, verschweigen. Psychische Krankheiten sind heute immer noch mit uralten Vorurteilen behaftet und bringen gesellschaftliche Nachteile mit sich.

Aus Angst davor ziehen sich die Familien zurück. Sie suchen nach Gleichbetroffenen, nach Menschen, die sie in ihrer Hilflosigkeit und mit ihren Sorgen verstehen.

Angehörigen-Selbsthilfe

Die finden sie in den Angehörigen-Selbsthilfe-Organisationen, die es inzwischen in allen europäischen und außereuropäischen Ländern gibt - auch natürlich in den Ländern rund um den Bodensee.

Die Erfahrung in den einzelnen Staaten zeigt, je besser sich Gruppierungen von Angehörigen psychisch Kranker vernetzen und ihre Kräfte bündeln, umso mehr befruchten sie sich gegenseitig und um so stärker werden sie. Warum sollte, was so erfolgreich auf örtlicher und auf Landesebene ist, nicht auch auf benachbarter internationaler Ebene der Fall sein.

Der Zusammenschluss

Das war die Geburtsstunde des „**Lindauer Kreises**“, eines Zusammenschlusses der Selbsthilfeverbände von Angehörigen psychisch Kranker in den Bodenseeanrainerländern. Ihm gehören die österreichischen Bundesländer Vorarlberg und Tirol, die Schweizer Kantone Zürich und die der Ostschweiz und die deutschen Bundesländer Baden-Württemberg und Bayern an.

Seinen Namen leitet diese Initiativgruppe von dem regelmäßigen Tagungsort Lindau ab.

Ehrenamtlich tätige Angehörige in Leitungsfunktionen in den Selbsthilfeverbänden der Länder nehmen an den mehrmals jährlich stattfindenden Treffen teil.

Am Anfang der Arbeit standen Vergleiche der Lebens- und Versorgungssituation der Angehörigen und ihrer psychisch erkrankten Familienmitglieder in den Teilnehmerländern. Wie erwartet, ergaben sich viele Ähnlichkeiten. Einig sind sich alle Beteiligten, dass neben den Belastungen durch die Krankheitsauswirkungen das schlechte Image von psychischen Krankheiten, die gesellschaftlichen und beruflichen Benachteiligungen, die Vorurteile gegenüber allem was mit Psychiatrie zu tun hat eine zusätzliche, schwere Bürde sind. Jeder Angehörige kennt diskriminierende Situationen. Bemerkungen wie: „Psychisch krank? Nein, so etwas kommt bei **uns** nicht vor!“ sind wie eine Ohrfeige für Angehörige.

Selbsthilfe-Verständnis im „Lindauer Kreis“

Der Lindauer Kreis sieht sich nicht nur als Debattierklub, sondern will in guter Selbsthilfeweise aktiv werden und Initiative ergreifen. Was wäre da besser geeignet als ein Projekt mit dem Ziel, Vorurteile abzubauen. Wie schwierig das bei einem erwachsenen Menschen ist, der seine Vorurteile bereits in frühen Jahren erworben hat, wissen wir von uns selber. Vielversprechender ist es, Vorurteile gegenüber psychisch kranken Menschen gar nicht erst entstehen zu lassen.

Schulprojekt

In den Teilnehmerländern am „Lindauer Kreis“ werden bereits unterschiedliche Anti-Stigma-Schulprojekte zur Aufklärung von Schülern einerseits und zur Information von Lehrern andererseits mit Erfolg erprobt. Die Zielsetzung ist jeweils vergleichbar. Es geht um mehr Toleranz gegenüber Menschen, die krankheitsbedingt anders sind als die meisten, um Basisinformationen über psychische Krankheiten und ihre Bewältigung und um Verständnis mit den betroffenen Familien.

Die Schülerprojekte haben alle einen dialogischen Ansatz, d.h. es nehmen Psychiater, Psychiatrie Erfahrene und Angehörige daran teil. Die Dauer und der didaktische Aufbau sind bei den einzelnen Projekten unterschiedlich.

Die Informationsprogramme für Lehrer zielen in ihren Konzepten auf den Erhalt der psychischen Gesundheit der Schüler und die angepasste Reaktion auf krankheitswertiges Verhalten. Eines der Konzepte will ein unvoreingenommenes Hilfebündnis zwischen Lehrern, Eltern psychisch kranker Kindern und professionellen Helfern aus der Psychiatrie anregen. Diese Lehrerprojekte haben auch präventiven und behütenden Charakter. Die Hoffnung hierbei ist, dass es mit der Akzeptanz der gemeinsamen Verantwortung für den Schüler möglich ist, eher zu einer - wenn notwendigen - Behandlung zu kommen, um Spätfolgen zu vermeiden.

Das Spezifische des „Lindauer-Kreis-Schul-Projektes“

Das Besondere des Projektes besteht nun darin, diese unterschiedlichen Einzelprojekte und ihre speziellen Schwerpunkte zusammenzustellen und den Schulbehörden und einzelnen Schulen zur Auswahl anzubieten und ihnen Berater zu vermitteln. Praktische Probleme bei der Realisierung können aufgrund den bisherigen Erfahrun-

gen angegangen werden. So müssen zum Beispiel Ärzte, Angehörige und Betroffene gewonnen werden, an der Umsetzung mitzuwirken, das Unterrichtsmaterial muss vervielfältigt und die Vervielfältigung bezahlt werden, die Schulen müssen Zeit für die Informationsprogramme zur Verfügung stellen.

Der Lindauer Kreis wirkt dabei sowohl als Berater und Vermittler, wie als Koordinator und Unterstützer mit.

Der Erfolg dieses Projektes hängt nicht nur von dem Willen und dem ehreamtlichen Einsatz der Lindauer-Kreis-Teilnehmer ab. Ohne die Bereitschaft der Schulbehörden, ohne Sponsoren und ohne die positive Berichterstattung der Medien wird die Verbreitung des länderübergreifenden Schulinformationsangebots nicht möglich sein.

LABORPROJEKT: ZUSAMMENARBEIT ZWISCHEN KRANKENHÄUSERN UND PRIVATLABORS

Dr. Wolfgang Korte, Leitender Arzt, Institut für Klinische Chemie und Hämatologie des Kantons St. Gallen, Kantonsspital St. Gallen

Definition

Bei der Telemedizin werden medizinische Daten, also Texte, Tabellen, Befunde, Bilder etc. über große Entfernungen elektronisch ausgetauscht um eine diagnostische oder therapeutische Interaktion zu ermöglichen. Aufgrund moderner Kommunikationstechnologien ist es mittlerweile möglich, Befunde wie Röntgenbilder, CT-Bilder, MRT-Bilder, Laborbefunde, EKG u.a. in sehr guter Qualität an Experten zu übermitteln, um sich mit ihnen interaktiv auszutauschen.

Typische Anwendungsgebiete, Beispiele

Gesundheitsinformationen Das Internet ist ein sehr wichtiger Bereich der Gesundheitsinformationsbeschaffung. So können gut verständliche medizinische Inhalte 24 Stunden lang weltweit abgerufen werden. Die Informationen können außerdem in wenigen Minuten jederzeit aktualisiert werden; mit Hilfe von Links kann man leicht zu den interessanten Themen gelangen. Patienten wie auch medizinisches Personal nutzen diese Informationsquelle. Darüber hinaus haben zahlreiche medizinische Einrichtungen, wie z.B. Krankenhäuser oder Versicherungen, zusätzlich eigene Intranet-Systeme geschaffen. Streng genommen gehören Intranetsysteme jedoch nicht zur Telemedizin.

e-Learning Das Internet hat auch die Art des Wissenserwerbes geändert. Ein "elektronisches Lehrbuch" eröffnet dem Lernenden völlig neue Möglichkeiten, z.B. sich interaktiv mit dem angebotenen Lehrstoff auseinander zu setzen.

Telekonsultation Röntgenbilder, CT-Bilder, US-Bilder, MRT-Bilder (Teleradiologie), Schnellschnittuntersuchungen (Telepathologie), zytologische Präparate und Labor-Resultate (Tele-Labormedizin), Abbildungen der Augen (Teleophthalmologie) und der Haut (Teledermatologie) können an Spezialisten zur Beurteilung oder z.B. zur Zeitmeinung übermittelt werden.

Weitere Anwendungsmöglichkeiten sind Telechirurgie, Management Systeme, Abrechnungssysteme und vieles mehr.

Diese Beispiele zeigen, dass die Vorteile zur Implementierung telemedizinischer Anwendungen auf der Hand liegen. Um jedoch eine Qualitätssteigerung (und eine Kostensenkung) zu erreichen bedarf es einer Vielzahl von Aufgaben, die vor dem Einsatz telemedizinischer Systeme erledigt sein müssen. Es scheint unumgänglich, bei der Implementierung telemedizinischer Projekte einen runden Tisch einzuführen an dem Vertreter aller Beteiligten teilnehmen. Optimierungen und Qualitätsverbesserungen wird es nur dann geben, wenn man die grundlegende Problematik eines solchen

Netzwerkes (und dieser Ausdruck ist hier nicht technisch gemeint) thematisiert: es geht heute primär nicht mehr um technische Probleme, sondern um die grundsätzliche Frage, was soll in welcher Reihenfolge wie umgesetzt und implementiert werden. Dabei muss vorausschauend geplant werden; sollen auch spätere und andere Projekte profitieren, ist das Was ist genau zu definieren, Schnittstellen sind soweit möglich zu normieren und Standards festzulegen.

Projekt "Grenzüberschreitende Telemedizin im Laborbereich"

Dieses Projekt greift das oben beschriebene Potential (wie auch die potentielle Problematik) der Telemedizin auf. Dabei ist die Bodenseeregion als "Kondensator" geeignet, da hier auf vergleichbar kleinem Raum mehrere interessierte Laboratorien gibt, die die Möglichkeiten der Telemedizin für sich in Zusammenarbeit mit den anderen Projektteilnehmern nutzbar machen wollen. Dabei stellt sich die Ausgangslage wie folgt dar: die Verfügbarkeit grenzüberschreitender medizinischer Leistungen wird durch die unterschiedlichen Verrechnungssysteme und -levels eingeschränkt; im Laborbereich kann eine grenzüberschreitende telemedizinische Zusammenarbeit diese Thematik relativieren, so dass die Nutzung verschiedener Ressourcen und Kompetenzlevel möglich werden sollten.

In diesem Pilotprojekt soll die Machbarkeit evaluiert und dokumentiert werden; da die wesentliche Problematik der Implementierung nicht mehr in der Technik, sondern der organisatorischen Durchführbarkeit und Standardisierung liegt (s.o.), wurden bis Mitte 2006 drei wesentliche „milestones“ definiert:

1. die Etablierung einer technischen Plattform die in allen Laboratorien die standardisierte Bearbeitung der Projektaufgaben zulässt
2. neben der telematischen Arbeit begleitend regelmäßige persönlich Zusammentreffen zur Ausarbeitung von Standard-Arbeitsanweisung („standard operating procedures, SOPs“)
3. Überführung der erarbeiteten Standards in den Routinebetrieb wo sinnvoll; Vorschläge zur Bewertung und Abrechnung telemedizinisch (grenzüberschreitend) erbrachter Leistungen

An diesem Projekt sind bisher 3 Privat-Labors wie auch 5 Labors öffentlicher Institutionen aus Vorarlberg (Feldkirch, Dornbirn), Liechtenstein (Schaan), Baden-Württemberg (Singen, Konstanz) und St. Gallen (Uznach, St. Gallen) beteiligt. Das Projekt wird von der EU (Interreg IIIa) und der Schweiz finanziell unterstützt.

TELEMEDIZINISCHES PILOTPROJEKT ZUR INTEGRIERTEN SCHLAG- ANFALLVERSORGUNG IN DER REGION SÜDOSTBAYERN



**Dr. med. Heinrich J. Audebert und Dr. med. Christian Kukla,
Abteilung für Neurologie, Städtisches Krankenhaus München-Harlaching**

Zielsetzung von TEMPiS ist es, Patienten mit akutem Schlaganfall auch außerhalb von Ballungsräumen flächendeckend eine Behandlung nach dem Standard von Stroke-Units zu ermöglichen. Zentrales Element ist dabei der kontinuierliche Kompetenzaustausch zwischen zwei Schlaganfallzentren (Städtisches Krankenhaus München-Harlaching und Universität Regensburg) und zwölf regionalen Krankenhäusern mit neu aufgebauten Schlaganfallstationen. In zehn Krankenhäusern werden die Schlaganfallpatienten durch internistische Abteilungen behandelt, zwei Kooperationskliniken verfügen über eine eigene neurologische Abteilung.

In dem Projekt steht rund um die Uhr eine telemedizinische Beratung durch in der Schlaganfallbehandlung erfahrene Neurologen zur Verfügung. Über eine Hightechvernetzung können die Patienten im Rahmen einer Videokonferenz klinisch untersucht werden und die CT- und MRT-Bilder digital übermittelt werden. Ein intensiv geschultes „Stroke-Team“ mit Ärzten, Pflegekräften, Physio- und Ergotherapeuten sowie Logopäden bietet den Patienten während ihres gesamten stationären Aufenthaltes eine spezialisierte Behandlung an, die auf standardisierte und optimierte Behandlungsprozeduren (SOPs) basiert.

Seit dem 01. Februar 2003 wurden bislang über 5700 Telekonsultationen durch das sechsköpfige Expertenteam in München und Regensburg durchgeführt. In 5% der Telekonsile wurde eine nicht vaskuläre Ursache der neurologischen Störungen anhand der klinischen Untersuchung und des Bildgebungsbefundes diagnostiziert. 95% der Schlaganfallpatienten konnten in ihrer Heimatklinik weiterbehandelt werden, nur bei 5% wurde eine Verlegung in ein Schlaganfallzentrum bzw. in eine neurochirurgische Klinik eingeleitet. Bei 250 Patienten wurde in den regionalen Krankenhäusern eine systemische Lysebehandlung mit rt-PA durchgeführt.

Eine Zwischenauswertung des über drei Jahre laufenden Projekts hat folgendes Ergebnis:

- Die telemedizinische Vernetzung von Krankenhäusern unterschiedlicher Versorgungsstufen ist technisch bei guter Stabilität durchführbar- auch unter Einhaltung des Datenschutzes.
- Die fachärztliche Beurteilung des Schlaganfalles bzw. seiner Differentialdiagnosen durch die klinische Untersuchung über Videokonferenz und Bewertung der zerebralen Bildgebung ist im Alltag gut möglich.
- Die Einholung einer „second opinion“ wird von den Ärzten der Kooperationskliniken als fachlich hilfreich bewertet (Durchschnittsnote 1,6 bei Notenskala 1-5).

- Von den Patienten wird sowohl die Telekonferenz selbst als auch die Zusammenarbeit zwischen den Institutionen sehr positiv (Note jeweils 1,4) bewertet.
- Durch die Vernetzung können bisher kaum genutzte Therapieoptionen wie die systemische Lyse flächendeckend verfügbar gemacht werden (Stroke 2005; 36/2:287-291) und Patienten mit interventionsbedürftigen Schlaganfallerkrankungen gezielt in spezialisierte Kliniken verlegt werden.
- Im Rahmen des Projekts hat sich bereits im ersten Halbjahr eine Senkung der akutstationären Liegezeit auf 9,8 Tage realisieren lassen (Durchschnittswert für Kliniken ohne Stroke-Unit in Bayern 2002 nach BAQ-Qualitätssicherung: 12,4 Tage).

Die Auswirkungen auf die Behandlungsergebnisse und Kosteneffizienz werden in einer prospektiven und kontrollierten Untersuchung geprüft (Nervenarzt 2004; 75:161-165). Die Ergebnisse des 3-Monats-Follow-up werden 2005 erwartet.

Finanziert wird das Projekt durch die gesetzlichen Krankenkassen Bayerns, die beteiligten Krankenhäuser, das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen sowie durch die Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe.

SUPPORT UNIT AUSTRIA – RETTUNGSDIENST RUND UM DEN BODENSEE

Werner Meisinger, Landesrettungskommandant, Österreichisches Rotes Kreuz, Landesverband Vorarlberg

Die Tätigkeiten der verschiedenen Rettungs- und Hilfsorganisationen sind vielseitig. Sie umfassen im Wesentlichen den Rettungsdienst.

Katastrophenhilfe und Krisenbewältigung gelangen aber immer mehr ins Blickfeld des öffentlichen Interesses. Ereignisse wie Galtür und Kaprun zeigen, dass Maßnahmen der Katastrophenhilfe national und international beobachtet und bewertet werden. Auch die „internationale Katastrophenhilfe“ wird neben der Entwicklungshilfe als notwendiger Solidaritätsbeitrag hoch entwickelter Staaten gesehen und erhält immer mehr an Bedeutung.

Die Kommunikation bei solchen grenzüberschreitenden Ereignissen stellt immer wieder eine große Herausforderung für alle involvierten Rettungskräfte dar.

Seit wenigen Wochen steht im Land Vorarlberg den Rettungsorganisationen eine Kommunikationseinheit zur Verfügung.

Die „Support Unit Austria“ ist als Vorarlberger Einheit sowohl für nationale Einsätze als auch als Österreichischer Beitrag zur internationalen Katastrophenhilfe zu sehen und wurde in enger Zusammenarbeit der Vorarlberger Hilfs- und Rettungsorganisationen und im Katastrophenschutz tätigen Partnern verwirklicht.

- Feuerwehr
- Rotes Kreuz
- Bergrettung
- Wasserrettung
- ÖAMTC
- Illwerke/VKW

Das Modell für den Einsatz der Support Unit sieht vor, dass diese Einheit für sich unabhängig ohne Fremdunterstützung arbeiten und grundsätzlich allen Bedarfsträgern angeboten werden kann.

Die Leitung der Support Unit wird von einem Kernteam, bestehend aus allen Vertretern aller Organisationen unter Federführung des Österreichischen Roten Kreuzes, Landesverband Vorarlberg, wahrgenommen.

Mitarbeiter:

Der Vorschlag zur Entsendung von Mitarbeitern zur Support Unit obliegt den jeweiligen Partner-Organisationen auf Grundlage des von allen Partnern festgelegten Anforderungsprofils. Die Mitgliederanzahl wird mit 28 beschränkt. Für den Einsatz wird ist Personalaufwand von ca. 3 – 4 Personen erforderlich.

Technisches Konzept:

Die Einrichtungen der Support Unit basieren auf den im und vom Land Vorarlberg betriebenen Kommunikationseinrichtungen und sind eine Teil dieses Systems . Da das Land für Ersatzteilhaltung und Vorkehrungen für Großschaden Systeme- und Endgeräten durch alle BOS (Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben) ergeben sich Synergien, welche zum Betrieb einer Support Unit Austria genutzt werden können.

Systemübersicht:

Organisation	Systeme/Systemeinheiten	Anzahl	Box	
Land	Bündelfunkzentrale	1	1	
	Bündelfunkzelle MPT	1	1	
	Alarmierungsrelais inkl. Zentrale	1	1	
	Alarmumsetzer	1	1	
	Lokale Relais – 70cm	1	1	
	Kleintelefonanlage inkl. Dect Schnurlostelefone	1/20	2	
	Richtfunkstrecke - digital	1	1	n.
	Mobile Programmierereinheiten	1	1	
	KW Amateurfunkstation (OE9XLV)	1	1	
	Messsysteme inkl. Kleinwerkzeug und Zubehör		3	

Organisation	Systeme	Anzahl	Box	
RK	Laptop	5	1	
	Powereinheit (K-Zug)	1		
	Versorgungsinfrastruktur (K-Zug)	1		

Organisation	System	Anzahl	Box	
BR	Lokale Relais – 70cm	4	4	
BR/Land	Antennenmasten, Antennen inkl. Zubehör	2	2	

Organisation	Endgeräte	Anzahl	Box	
Land	Bündelfunkgeräte/Pocsag Pager	12	2	
BR	Bündelfunkgeräte/Pocsag Pager	12	2	
RK	Bündelfunkgeräte/Pocsag Pager	12	2	
WR	Bündelfunkgeräte/Pocsag Pager	12	1	
Land	Satelittentelefone	4	1	

Systembeschreibung:

Telefonanlage mit Endgeräten:

Für die Einsatzleitung steht eine Klein-Telefonanlage mit 20 Schnurlostelefonen und 5 Festgeräten zur Verfügung. Die Anlage ermöglicht den Einstieg in ein örtlich betriebenes Telefonnetz.

MPT Bündelfunkstation mit Endgeräten:

- Unkomplizierte Rufnummernvergabe und Ausgabe der Geräte
- Einfache Bedienung der Geräte
- Keine Kanalschaltung notwendig
- Funkverbindung zwischen allen Stationen möglich
- Geschlossener Funkverkehr
- Bildung von Gruppen möglich
- Senden von Statustexten an eine Zentrale

Alarmierungssystem mit Alarmumsetzer:

- Einfache Bedienung
- Schnelle und zuverlässige Benachrichtigung und Alarmierung
- Einzel-, Gruppen- und Sammelrufe möglich
- Bis zu 20 Alarmierungen speicher- und abrufbar
- automatischer Zeitstempel bei eingehenden Meldungen
- Jede neue noch nicht gelesene Meldung wird markiert
- unterschiedliche Alarmarten
- Lange Betriebszeit mit Akku (ca. 12 bis 45 Tage je nach Pagertype)
- Abhörschutz

Taktische Funkeinheit (70 cm Band) mit Endgeräten:

- Einfache Bedienung
- Offener Funkverkehr für kleiner Einheiten
- in sich geschlossenes System

IT-Systeme:

Für den Datenaustausch in den Räumlichkeiten der Einsatzleitung (Büros, Besprechungsräume.....) dient ein lokales IT-Netzwerk mit entsprechenden Computern (Server, Notebooks)

Einsatzbereitschaft:

Die zweijährige Aufbauphase ist abgeschlossen. In der Zeit von 26.5. – 29.5.2005 war die Support Unit erstmals im Rahmen der Bundeskatastrophenübung des ÖRK in der Silvretta im Einsatz.

GRENZÜBERSCHREITENDE HERZCHIRURGIE IN KREUZLINGEN UND KONSTANZ



Herz-Neuro-Zentrum Bodensee
Herz-Zentrum-Bodensee

Martin Costa, C E O, CHC Holding AG

Die Planung der medizinischen Versorgung, insbesondere die Krankenhausplanung

deckt aus dem Blickwinkel der einzelnen Kantone oder Bundesländer den Eigenbedarf des jeweiligen Landes. Diese, aus Landessicht korrekte Krankenhausplanung führt jedoch letztlich zu „Insellösungen“, bei denen die Frage einer länderübergreifenden Versorgungsplanung für eine Region wie z.B. die Euregio-Bodensee keine relevante Rolle spielt.

Dies führt aus Landessicht nicht zuletzt vor dem Hintergrund eines zunehmenden Kostendrucks im Gesundheitswesen zu einer, zwar bedarfsgerechten aber in Bezug auf Standorte der Maximalversorgung, zentrierten Krankenhauslandschaft. Grenzgebiete wie die Euregio Bodensee bilden in den einzelnen Anrainerstaaten dabei unvermeidbar die äussere Versorgungszone mit allen hieraus resultierenden Konsequenzen Während in den Grenzgebieten bereits Anfang der neunziger Jahre eine leistungsfähige Grund- und Schwerpunktversorgung in vielen Fachdisziplinen möglich war, waren herzchirurgische Standorte fast ausschliesslich an Kliniken der Maximalversorgung und damit ausserhalb der Euregio Bodensee angesiedelt. Eingeschränkte Verkehrsanbindungen und geographisch-meteorologische Hindernisse. Der Schwarzwald oder auch der Arlberg erschweren bei Nebel, gerade für Notfallpatienten die rasche Erreichbarkeit der nächstgelegenen Herzchirurgie. Die Bevölkerung links und rechts der Grenze einte bis 1992 der Umstand, dass eine herzchirurgische Versorgung nur ausserhalb der Euregio-Bodensee möglich war. Die nächstgelegenen Kliniken waren zu diesem Zeitpunkt Bad Krozingen, Freiburg, München (3), Innsbruck, Stuttgart (2), Tübingen, Ulm und Zürich (3). Dies war die Grundlage zur Ansiedlung einer invasiv-kardiologischen und herzchirurgischen Fachklinik im Kanton Thurgau und damit letztlich Ausgangspunkt der heutigen grenzüberschreitenden Versorgung in der Herzchirurgie.

Ein Herz(zentrum) für die Euregio Bodensee

Mit Eröffnung des „Herz-Zentrum Bodensee“ im schweizerischen Kreuzlingen war es erstmals möglich, Herzoperationen in der Bodenseeregion durchzuführen. Während das Einzugsgebiet der Klinik in den ersten Jahren aufgrund der in Deutschland bestehenden Warteliste für Herzoperationen bis nach Magdeburg und Hildesheim reichte, fokussierte sich die Herkunft der Patienten, nicht zuletzt als Folge des notwendigen Ausbaus herzchirurgischer Kapazitäten in Deutschland ab 1995 zunehmend auf die Bodenseeregion und Süddeutschland. Mit der Inbetriebnahme der Klinik Ende 1992 war auch das Angebot an die See-Anrainerländer verbunden, Herzoperationen künftig wohnortnah in Kreuzlingen durchführen zu lassen. Es zeigte sich

jedoch sehr schnell, dass die nationalen Gesundheitsgesetze der einzelnen Länder Mitte der neunziger Jahre noch keinen Gestaltungsraum für einen „europäischen Gedanken“ im Gesundheitswesen boten. Zwangsläufig etablierte sich die Kreuzlinger Klinik dadurch zunehmend als herzchirurgisches Notfallzentrum der Bodenseeregion. Immer dann, wenn der Zustand eines Patienten zu kritisch und der Transport in eines der weiter entfernten Herzzentren nicht mehr vertretbar waren, nahmen Notarztwagen und Rettungshubschrauber Kurs auf die kleine thurgauische Grenzstadt. Allein 1994 landeten knapp 200 Rettungshubschrauber, bis zu 5 mal am Tag neben der Klinik mitten in einem idyllischen Wohngebiet – die Begeisterung der Anwohner hierüber hielt sich in überschaubaren Grenzen.

Mit der Durchführung von Ballondilatationen (PTCA) benötigte das Landeskrankenhaus Feldkirch in Vorarlberg ab 1995 ein jederzeit erreichbares herzchirurgisches Stand-by, Aufgrund der zu grossen Distanzen war es nicht möglich, dies durch Kliniken in Österreich sicherzustellen, so dass Ende 1995 zwischen dem Landeskrankenhaus und dem Kreuzlinger Herzzentrum eine Vereinbarung zur Sicherstellung der herzchirurgischen Notfallversorgung von Vorarlberg geschlossen wurde. Wie gering der Spielraum und damit auch die Umsetzungsmöglichkeiten für grenzüberschreitende Projekte damals waren, zeigte sich, als die Frage der Finanzierung dieser, durch elektive Ballondilatationen ausgelösten Notfalloperationen zu klären war. Die Krankenkassen waren der Meinung, dass die Operationskosten als Bestandteil der PTCA zu werten und mit dieser auch entschädigt sind. Aufgrund der komplizierten, zwischen Bund, Land und Krankenkasse dreigeteilten Finanzierung von Krankenhausleistungen konnte die Beantwortung der Frage erst gerichtlich geklärt werden – zugunsten der Krankenkassen.

Während die Behandlung von „echten“ Notfallpatienten grenzüberschreitend weitgehend unproblematisch möglich war, mussten elektive Patienten, die in Konstanz quasi in Wurfweite zur Kreuzlinger Herzchirurgie lebten, Behandlungseinrichtungen jenseits des Schwarzwaldes aufsuchen. Gemäss Sozialversicherungsgesetz (SGB V, §18) durften planbare Leistungen im Ausland durch die gesetzlichen Krankenkassen nur dann erstattet werden, wenn eine Behandlung in Deutschland – und hier war es grundsätzlich belanglos wo - nicht möglich war. Die Einhaltung dieser gesetzlichen Auflagen wurde durch das Aufsichtsorgan der gesetzlichen Krankenkasse, das Bundesversicherungsamt überwacht und bei Verstössen sanktioniert. Die Frage der Verhältnismässigkeit von Wohn- und Behandlungsort spielte bei der Beurteilung ebenso so wenig eine Rolle wie der Gedanke grenzüberschreitende Modelle im Gesundheitswesen. In der Erkenntnis, dass unter diesen Voraussetzungen ein Zugang deutscher Patienten zu der Kreuzlinger Herzchirurgie auf absehbare Zeit nicht möglich ist, reiften Überlegungen zum Aufbau einer Dependence in Deutschland.

Herzzentrum Konstanz

Mit dem Ziel einer wohnortnahen herzchirurgischen Versorgung für die deutsche Bodenseeregion wurde 1996 zwischen dem Bundesverband der Ersatzkassen (VdAK) und dem zukünftigen Träger des Konstanzer Herzzentrums ein Vertrag geschlossen. Im Rahmen des Neuordnungsgesetzes (NOG) sollte das Konstanzer Herzzentrum als Aussenstelle der Kreuzlinger Klinik primär für Versicherte der Ersatzkassen eine

Behandlungsmöglichkeit bieten. Die Umsetzung dieses Vertrages scheiterte jedoch an einschränkenden Gesetzesbestimmungen, so dass die Konstanzer Klinik fünf Jahre als „Privatklinik wider Willen“ betrieben werden musste. In der 66-Betten-Klinik konnten bis zur endgültigen Zulassung im Oktober 2002 nur Privat- und Notfallpatienten sowie ausländische Patienten behandelt werden. Mit Genehmigung der thurgauischen Regierung sowie zahlreicher grossen schweizerischen Krankenversicherungen wurde im Oktober 2000 der sog. „Regio-Vertrag“ geschlossen, der u.a. auch die Genehmigung zur Belegung von bis zu 20 eidgenössischen Betten im Konstanzer Herzzentrum beinhaltet. Für schweizerische Patienten, die über eine Versicherungsdeckung „Allgemeine Abteilung ganze Schweiz“ verfügten, war es zukünftig möglich, in diesem grenzüberschreitenden Verbundmodell behandelt zu werden. Definierte Qualität und attraktive Konditionen waren notwendige Beigaben. Durch diesen Vertrag konnte auch die Unternehmensphilosophie von „einer Klinik an zwei Standorten“ nachhaltig umgesetzt und das Leistungsspektrum beider Kliniken vertieft werden. Im Verbund verfügen die beiden Einrichtungen in der Kardiologie, Intensivmedizin, Herzchirurgie sowie Neurochirurgie (nur Schweiz) über knapp 100 Betten, davon 12 Beatmungs- und 24 Überwachungsplätze. 4 Operationssäle sowie seit Juni 2005 drei Herzkatheterlabore ermöglichen es, an 365 Tagen im Jahr eine umfassende Versorgung der Patienten aus der Region in der Region zu gewährleisten. Gleichzeitig war es durch das Gesamtvolumen in diesem Verbund zweier kleinerer Fachkliniken möglich, auch Spezialbereiche, die nicht einmal zum Spektrum aller Universitätskliniken gehören und bei isolierter Betrachtung der einzelnen Standorte auch nicht zwingend sinnvoll und wirtschaftlich gewesen wären, zu etablieren.

Grenzüberschreitende Versorgung – und ihre Grenzen

Ebenso wenig, wie innerhalb Europas eine uneingeschränkt freie Wahl des Behandlungsortes möglich ist, können Bürger aus der Schweiz und Deutschland seit Inkrafttreten der bilateralen Verträge den Arzt auf der anderen Seite der Grenze ohne Barrieren aufsuchen. Im ambulanten Bereich verhindern landespezifische Entgeltsysteme bei allgemeinversicherten Patienten den kleinen Grenzverkehr ebenso effizient, wie in der stationären Versorgung. Diese kann der schweizerische Patient ohne entsprechende Zusatzversicherung seit Einführung des neuen Krankenversicherungsgesetzes (KVG) nicht einmal ausserhalb seines Wohnkantons frei wählen, geschweige denn im Ausland.

Bei der Umsetzung des Eingangs vorgestellten „Regio-Vertrages“ zwischen den beiden Herzzentren und schweizerischen Krankenkassen wurde aber auch deutlich, dass vertragliche Grundlagen alleine noch nicht ausreichen, um eine Völkerwanderung über die Grenze auszulösen. Während deutsche Patienten einer Behandlung in der Schweiz erfahrungsgemäss aufgeschlossen gegenüberstehen, reagiert der Schweizer Patient auf derartige Optionen mit vornehmer Zurückhaltung oder der Frage „*muss des denn sii?*“. Es ist wichtig, diese Gegebenheiten zu erkennen und relativierend zu werten, wenn in plakativen Diskussionen zu den Risiken einer freigegebenen Auslandsbehandlung der Niedergang schweizerischer Rehabilitationskliniken im Grenzgebiet oder die Abwanderung deutscher Privatpatienten in Schweizer Privatkliniken prophezeit wird. Am Beispiel der bestehenden grenzüberschreitenden

Behandlungsoptionen innerhalb des Regio-Vertrages zeigte sich schnell, dass die meisten Patienten bei einem qualitativ guten und ausreichenden Behandlungsangebot im eigenen Land kaum die Notwendigkeit einer Auslandbehandlung sehen und der Versorgung im eigenen Land klar den Vorzug geben. Gleichzeitig wurde aber auch deutlich, dass in einem regionalen Leistungsverbund unter Einbezug mehrerer, an der Gesamtbehandlung beteiligter Partner die Effizienz der Behandlungsabläufe verbessert und beschleunigt werden kann. So wurden im Ergebnis u.a. Doppelspurigkeiten in der Diagnostik eliminiert und einheitliche, auf einander abgestimmte Therapiekonzepte etabliert. Besonders deutlich wurde dies in der engen Kooperation zwischen niedergelassenen, teilweise im Herzzentrum tätigen Kardiologen, qualitativ hochwertigen Rehabilitationskliniken wie z.B. der Mettnau-Kur Radolfzell (D) oder der Klinik Schloss Mammern (CH) und den beiden Herzzentren. Kurze Informationswege zwischen den Partnern, regelmässige integrierte Fortbildungen und Fallbesprechungen („Kardiologischen Round-Table“) sowie definierte und vorgehaltene Behandlungskontingente für einen raschen Therapiebeginn seien hier als Beispiel genannt. Die enge betriebliche Kooperation zwischen den beiden Herzzentren in Konstanz und Kreuzlingen mobilisiert darüber hinaus betriebliche Synergien in den unterschiedlichsten Bereichen. Zum Beispiel können bei temporären Spitzen in der Notfallbehandlung oder bei Wartungs- und Reparaturmassnahmen in einer Klinik infrastrukturelle und personelle Ressourcen grenzüberschreitend genutzt werden.

Zusammenfassung

Wenn die Möglichkeiten einer verstärkten grenzüberschreitenden Versorgung im Gesundheitswesen heute verstärkt diskutiert werden, ist dies uneingeschränkt zu begrüssen. Die grössten Potentiale bestehen vermutlich in der Entwicklung von grenzüberschreitenden Versorgungsregionen, in denen eine Komplettierung des vorhandenen Behandlungsangebotes durch die Nutzung von komplementären Leistungen aus dem Nachbarland erreicht wird. Ein weiteres Beispiel für diesen Ansatz ist die praktizierte grenzüberschreitende Notfallversorgung von Patienten mit akuten Hirnblutungen aus dem Raum Konstanz. Die Erstversorgung und Diagnostik dieser Patienten erfolgt durch das Klinikum Konstanz. Wird die Verdachtsdiagnose radiologisch bestätigt, erfolgt noch in Konstanz eine konsiliarische Betreuung durch die Neurochirurgen des Kreuzlinger Herz- und Neuro-Zentrums, in dem bei vitaler Indikation, auch eine sofortige operative Versorgung durchgeführt werden kann. Sofern notwendig, wird im Vorfeld der Operation eine differenzierte neuroradiologische Diagnostik durch die Radiologie der Spital Thurgau AG am Kantonsspital Münsterlingen vorgenommen. Das Zusammenspiel mehrerer, primär nach nationalen Versorgungsgesichtspunkten ausgerichteten Kliniken ermöglicht für diese oftmals hochakuten Notfälle in einem Radius von wenigen Kilometern eine umfassende Diagnostik und Therapie. In derartigen Notfallsituationen besteht jedoch kaum die Möglichkeit, die einzelnen Massnahmen im Vorfeld mit dem Kostenträger des Patienten abzustimmen. Dies kann dann z.B. dazu führen, dass eine österreichische Krankenkasse die Zustimmung zur Abrechnung von Leistungen eines Notfalles im Rahmen der bilateralen Verträge verweigert, weil im Vorfeld keine Zustimmung der Krankenkasse eingeholt wurde. Nun lassen sich Notfallpatienten nur schwerlich nach den Schalterstunden von Krankenkassen terminieren – im vorliegenden Fall wurde der Patient um 00:05

Uhr aufgenommen. Es wäre daher zu wünschen, dass gerade in Grenzregionen mit einem entsprechenden Versorgungspotential auch klar definierte versicherungsrechtliche Spielräume geschaffen werden, die über eine „Goodwill-Entscheidung“ im Einzelfall hinausgehen.



Das Herz-Neuro-Zentrum Bodensee im thurgauischen Kreuzlingen



Das Herz-Zentrum Bodensee auf dem Gelände des Klinikums Konstanz

SITUATION UND PROBLEME DER REHABILITATION IM BODENSEERAUM: QUALITÄTSKONTROLLE UND KOSTEN-/PREIS- SOWIE QUALITÄTSVERGLEICH

Martin Brunnschweiler, Generalsekretär der Gesundheitsdirektion, Kanton Zürich

1. Rehabilitationsangebot im Bodenseeraum

Im Bodenseeraum gibt es eine grosse Anzahl von stationären Rehabilitationseinrichtungen:

In den zur Bodenseeregion gehörenden Landkreisen von Baden-Württemberg und Bayern besteht ein Angebot von insgesamt zirka 7'200 Betten. Dieses Gebiet hat rund 1'170'000 Einwohner.

In der Schweiz bieten die stationären Rehabilitationskliniken der zum Bodenseeraum gehörenden Kantone Zürich, St. Gallen, Thurgau, Schaffhausen und beider Appenzell sowie der Kantone Aargau und Graubünden (die zwar nicht zum Bodenseeraum gehören, in deren Einrichtungen aber viele Zürcher Patientinnen und Patienten behandelt werden) insgesamt zirka 2'100 Betten an. In diesen Kantonen wohnen gesamthaft rund 2'840'000 Menschen.

Im Vorarlberg sowie in Liechtenstein bestehen keine stationären Rehabilitationseinrichtungen. Vorarlberg hat rund 380'000, Liechtenstein rund 34'000 Einwohner.

Dass das Verhältnis der verfügbaren Betten zur Einwohnerzahl in Deutschland und der Schweiz so unterschiedlich ausfällt, hängt damit zusammen, dass in der Schweiz die Kantone verpflichtet sind, u.a. auch die Versorgung mit Rehabilitationskliniken zu planen und sicherzustellen. Die Rehabilitationseinrichtungen werden von der öffentlichen Hand teilweise subventioniert, und die Krankenkassen sind verpflichtet, die Leistungen der von den Kantonen zugelassenen Kliniken zu vergüten.

In Deutschland besteht hingegen für den Staat keine der Schweiz entsprechende Verpflichtung zur Planung der Versorgung. Es besteht auch keine Verpflichtung zur Ausschüttung staatlicher Subventionen. Hingegen gibt es Rehabilitationseinrichtungen, die von Standortgemeinden freiwillig subventioniert werden.

2. Kosten- und Preisvergleich

In einer ersten Erhebung sind Patienten-, Kosten- und Betriebsstrukturen abgefragt worden. Eine Qualitätsergebnismessung ist nicht erfolgt.

Die Anzahl der Kliniken, die an der Erhebung teilgenommen haben, ist gering. Auch sind die Angaben auf den Erhebungsbogen teilweise unvollständig, so dass für die Auswertung noch weitere Quellen herangezogen werden mussten. Es gibt auch Kliniken, die teilweise den Charakter eines Kur- und Wellness-Hotels haben, was in der Statistik zu einer Durchmischung von Rehabilitations-Patienten und Kurgästen ge-

führt hat. Die vorgenommene Auswertung ist daher weder repräsentativ noch erhebt sie einen wissenschaftlichen Anspruch. Sie spiegelt in diesem Zeitpunkt erst Tendenzen wider; die Zahlenrelationen sind nicht erhärtet.

3. Qualitätskontrolle

In Deutschland sind die Rehabilitationseinrichtungen gesetzlich verpflichtet, sich an einrichtungsübergreifenden, vergleichenden Massnahmen zur Qualitätssicherung zu beteiligen (sogenannte externe Qualitätssicherung) und zudem einrichtungsinterne Qualitätsmanagements (internes Qualitätsmanagement) zu entwickeln. Mit der externen Qualitätssicherung sollen die Dimensionen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie die Patientenzufriedenheit gemessen werden. Mit dem internen Qualitätsmanagement sollen unter Berücksichtigung der Ergebnisse der externen Qualitätssicherung die Qualitätsziele der Einrichtung festgelegt werden. Seit dem 1. April 2004 besteht zum Beispiel zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den für die Wahrnehmung der Interessen der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen massgeblichen Spitzenorganisationen die „Vereinbarung zu Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der stationären Vorsorge und Rehabilitation nach § 137d Abs. 1 und 1a SGB V“.

In der Schweiz ist gesetzlich vorgeschrieben, dass die Leistungserbringer oder deren Verbände Konzepte und Programme über die Anforderungen an die Qualität der Leistungen und die Förderung der Qualität zu erarbeiten haben. Die Modalitäten der Durchführung (Kontrolle der Erfüllung und Folgen der Nichterfüllung der Qualitätsanforderungen sowie Finanzierung) werden in den Tarifverträgen oder in besonderen Qualitätssicherungsverträgen mit den Versicherern oder deren Verbänden vereinbart (Art. 77 der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung, KVV). Die „Arbeitsgemeinschaft Leistungserbringer - Versicherer für wirtschaftliche und qualitätsgerechte Rehabilitation, ALVR“ hat 1999 Minimalanforderungen für die patientenbezogenen Behandlungsprozesse in der Rehabilitation erlassen.

4. Fazit

Der Vergleich der Rehabilitationseinrichtungen steht erst am Anfang. Die Auswertung ergibt erste Tendenzen. Sie zeigt, dass zum Teil erhebliche Unterschiede bezüglich Betriebsgrösse, Betriebsaufwand, Preisen, Patientenstruktur, Personalintensität und Personalqualifikation bestehen.

Ein Qualitätsvergleich steht noch aus. Qualitätskontrollen sind sowohl in Deutschland als auch in der Schweiz gesetzlich vorgeschrieben.

DIE BEDEUTUNG EUROPÄISCHER NETZWERKE FÜR DIE PHARMAKAENTWICKLUNG BEI SELTENEN ERKRANKUNGEN („ORPHAN DISEASES“)

Albert C. Ludolph, Neurologische Universitätsklinik Ulm

Der Begriff der seltenen Erkrankungen („orphan diseases“) wurde in den 80-iger Jahren in den USA geprägt und betrifft Krankheiten, von denen nicht mehr als 5 von 10.000 Einwohner der EU erkrankt sind. Er wurde von der europäischen Zulassungsbehörde EMEA übernommen und soll die Entwicklung von Pharmaka erleichtern, indem man ihre Zulassungsbedingungen modifiziert. Eine besondere Situation stellt sich bei seltenen chronischen neurologischen Erkrankungen dar; denn

- sie sind aufgrund ihrer Chronizität trotz ihrer Seltenheit unverhältnismäßig kostenintensiv für die europäischen Sozial- und Gesundheitssysteme und
- es besteht aufgrund der derzeitigen Möglichkeiten der Grundlagenforschung eine realistische Chance ihren Verlauf zu modifizieren.

Unabdingbare Grundlage für Studien mit Pharmaka, die den Verlauf dieser Erkrankungen verändern, ist die Kenntnis ihres natürlichen Verlaufs, um verlässliche Endpunkte für klinische Studien zu generieren. Dies wiederum setzt eine lange Beobachtungszeit (Jahre) voraus, die besondere Anforderungen an Studiendesign und Datenerfassung stellt. Um verlässliche Daten zu generieren, sollte die Studie prospektiven Charakter haben. Damit eine ausreichende Anzahl von Patienten in einem angemessenem Zeitraum erfasst werden kann, sollte sie multizentrisch und international organisiert sein. Das wichtigste Qualitätsmerkmal der Datenerfassung ist die Qualitätskontrolle nach GCP (Good Clinical Practice), die ein Monitoringsystem und eine Qualitätskontrolle (inclusive Audits) auf dem Standard von klinischen Studien voraussetzt. Eine besondere Schwierigkeit liegt in dem verständlichen begrenzten ökonomischen Interesse an diesen seltenen Erkrankungen, da die Märkte limitiert sind. Wir sehen es daher als primär akademische Aufgabe an, solche Daten zu generieren. Wir hoffen, dass diese Notwendigkeiten auch von anderen Institutionen erkannt werden und die Durchführungsbedingungen und Finanzierung solcher klinischer Studien erleichtert werden.

Wir führen in Ulm seit fast einem Jahrzehnt Anstrengungen diese Daten zu generieren durch; wir fokussieren dabei auf fünf seltene neurodegenerative Erkrankungen, der M. Huntington (HD), die amyotrophe Lateralsklerose (ALS), das Kennedysyndrom, die Multisystematrophie (MSA) und die progressive Blickparese (PSP). Im Rahmen dieser Projekte haben wir eine internationale Zusammenarbeit etabliert, die Zentren aus Deutschland, der Schweiz und Österreich, aber auch aus anderen europäischen Ländern (auch Beitrittsländern der EU) mit einschließen. Dabei ist die Arbeit bei den verschiedenen Erkrankungen unterschiedlich weit fortgeschritten:

- bei der ALS existiert eine europäische Datenbank, die Grundlage eines deutschen und europäischen Therapiekonsortiums ist
- für den M. Huntington wurde eine solche Datenbank aufgebaut (derzeit in Auswertung) auf deren Grundlage ein europäisches Netzwerk finanziert wurde und existiert (High Q Netzwerk; Leitung Prof. Landwehrmeyer, Ulm)
- bei der MSA und PSP wird derzeit eine Datenbank bei mehr als 750 Patienten ausgewertet; europäische Konsortien befinden sich im Aufbau
- bei der Kennedyerkrankung befindet sich eine Datenbank im Aufbau.

Um eine bessere Patientenrekrutierung für klinische Studien innerhalb dieser Netzwerke zu ermöglichen, streben wir eine Vernetzung mit den größeren Krankenhäusern der Region an; hier bietet sich das Instrument des elektronischen CRF an. Wir hoffen, dass diese Anstrengungen nicht nur den Patienten mit diesen schweren behindernden Erkrankungen dienen, sondern dass diese Bemühungen auch die europäische Zusammenarbeit stärken und nicht zuletzt dem Wirtschaftsstandort Europa nutzen.

KONTAKT

Geschäftsstelle der Internationalen Bodenseekonferenz

Benediktinerplatz 1

D-78467 Konstanz

Tel.: 0049-(0)7531-52722

Fax: 0049-(0)7531-52869

beck-ramsauer@bodenseekonferenz.org

info@bodenseekonferenz.org

Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg

Schellingstr. 15

D-70174 Stuttgart

Tel: 0049-(0)711-123-3597

Fax: 0049-(0)711-123-3999

werner.traub@sm.bwl.de

christine.kohler@sm.bwl.de