

Analyse transfrontalière de l'offre de soins et des potentiels de coopération dans le secteur de la santé dans les bandes frontalières de l'espace PAMINA

Grenzüberschreitende Analyse des Versorgungsangebots und der Kooperationspotentiale im Gesundheitsbereich in den Grenzstreifen des PAMINA-Raums



Conception et coordination | [Konzeption und inhaltliche Koordinierung](#)

- Anne Dussap (TRISAN)
- Eddie Pradier (TRISAN)

Rédaction | [Redaktion](#)

- Eddie Pradier (TRISAN)
- Florence Schwarz (ORS Grand Est)

Analyse | [Analyse](#)

- Anne Dussap (TRISAN)
- Simon Giovanini (ORS Grand Est)
- Frédéric Imbert (ORS Grand Est)
- Lydia Kassa (TRISAN)
- Eddie Pradier (TRISAN)
- Florence Schwarz (ORS Grand Est)

En collaboration étroite avec les membres du comité de suivi de l'étude

In enger Zusammenarbeit mit den Mitgliedern der Begleitgruppe der Studie

Cartographie | [Kartographie](#)

- Florence Schwarz (ORS Grand Est)

Traduction | [Übersetzung](#)

- Michael Lörch
- Eddie Pradier (TRISAN)
- Emilie Schleich (TRISAN)

Mise en page et impression | [Gestaltung und Druck](#)

- Céline Agaësse (Print Europe)
- Delphine Boch (Print Europe)

**Analyse transfrontalière de l'offre de soins
et des potentiels de coopération dans le secteur de la santé
dans les bandes frontalières de l'espace PAMINA**

**Grenzüberschreitende Analyse des Versorgungsangebots
und der Kooperationspotentiale im Gesundheitsbereich
in den Grenzstreifen des PAMINA-Raums**

Mai 2018

Cette analyse transfrontalière a été réalisée conjointement par le centre de compétences trinational TRISAN et l'Observatoire régional de la santé du Grand Est (ORS Grand Est). Elle a été financée dans le cadre du projet TRISAN, lequel bénéficie du soutien du programme INTERREG IV A Rhin supérieur.

Diese grenzüberschreitende Analyse wurde vom trinationalen Kompetenzzentrum TRISAN in Zusammenarbeit mit dem Observatoire régional de la santé du Grand Est (ORS Grand Est) erarbeitet. Sie wurde im Rahmen des Projekts TRISAN finanziert, welches durch das Programm INTERREG IV A Oberrhein unterstützt wird.

SOMMAIRE

CADRE GÉNÉRAL.....	6
I. CONTEXTE ET OBJECTIFS DE L'ANALYSE TRANSFRONTALIÈRE	6
II. PÉRIMÈTRE D'ÉTUDE	7
III. PROCESSUS D'ÉLABORATION DE L'ANALYSE TRANSFRONTALIÈRE	8
IV. STRUCTURE DU RAPPORT ET MÉTHODE D'ANALYSE	9
VOLET 1 : ANALYSE GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS	11
I. PORTRAIT DÉMOGRAPHIQUE	11
1. Dynamique de population	11
2. Structure par âge de la population	12
3. Travail frontalier	13
II. OFFRE DE SOINS LIBÉRAUX	14
1. État des lieux de l'offre	14
2. Potentiels de coopération	22
III. OFFRE HOSPITALIÈRE	29
1. État de lieux de l'offre	29
2. Potentiels de coopération	29
IV. PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES	32
1. État des lieux de l'offre	32
2. Potentiels de coopération	34
V. STRUCTURES DE PRISE EN CHARGE ET MODES D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES	35
1. État des lieux de l'offre	35
2. Potentiels de coopération	38
VOLET 2 : ANALYSE CIBLÉE SUR LE CHAMP DE LA PÉRINATALITÉ	40
I. ÉTAT DES LIEUX DE L'OFFRE	41
II. ANALYSE D'OPPORTUNITÉ	43
III. ANALYSE DE FAISABILITÉ	44
SYNTHÈSE ET CONCLUSION	47
ANNEXE	49
I. LISTE DES MEMBRES DU COMITÉ DE SUIVI DE L'ÉTUDE	49

INHALTSVERZEICHNIS

ALLGEMEINER RAHMEN	50
I. KONTEXT UND ZIELE DER GRENZÜBERSCHREITENDEN ANALYSE	50
II. UNTERSUCHUNGSGEBIET	51
III. ERARBEITUNGSPROZESS DER GRENZÜBERSCHREITENDEN ANALYSE	52
IV. AUFBAU DES BERICHTS UND UNTERSUCHUNGSMETHODEN	53
TEIL 1: ALLGEMEINE ANALYSE DES VERSORGUNGSANGEBOTS	55
I. DEMOGRAPHISCHER ÜBERBLICK	55
1. Bevölkerungsdynamik	55
2. Altersstruktur der Bevölkerung	56
3. Grenzgänger/innen	57
II. VERSORGUNGSANGEBOT IM NIEDERGELASSENEN BEREICH	58
1. Bestandsaufnahme des Versorgungsangebots	58
2. Kooperationspotentiale	66
III. STATIONÄRE VERSORGUNG	73
1. Bestandsaufnahme des Versorgungsangebots	73
2. Kooperationspotentiale	74
IV. ÄRZTLICHER BEREITSCHAFTSDIENST	76
1. Bestandsaufnahme des Versorgungsangebots	76
2. Kooperationspotentiale	78
V. PFLEGEINRICHTUNGEN FÜR ÄLTERE PERSONEN	79
1. Bestandsaufnahme des Versorgungsangebots	79
2. Kooperationspotentiale	82
TEIL 2: ANALYSE DER KOOPERATIONSPOTENTIALE AUF DEM GEBIET DER GEBURTSHILFE .	84
I. BESTANDSAUFNAHME DES ANGEBOTS	85
II. BEDARFSANALYSE	87
III. MACHBARKEITSANALYSE	88
ZUSAMMENFASSUNG UND SCHLUSSFOLGERUNG	91
ANHANG	93
I. LISTE DER MITGLIEDER DER BEGLEITGRUPPE DER STUDIE	93

CADRE GÉNÉRAL

I. CONTEXTE ET OBJECTIFS DE L'ANALYSE TRANSFRONTALIÈRE

En juillet 2016 a été mis en place le centre de compétences trinational TRISAN, avec pour objectif de favoriser la coopération transfrontalière dans le champ de la santé dans le Rhin supérieur. Le centre de compétences a été créé dans le cadre d'un projet initié par la Conférence franco-germano-suisse du Rhin supérieur et cofinancé par le programme INTERREG V Rhin supérieur. Il est porté par l'Euro-Institut, institut spécialisé dans la formation, l'accompagnement de projet et le conseil sur les questions transfrontalières. Sont également partenaires du projet : l'Agence régionale de santé (ARS) Grand Est, le Ministerium für Soziales und Integration du Land de Bade-Wurtemberg, le Regierungspräsidium de Karlsruhe, le Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie du Land de Rhénanie-Palatinat, le département de santé Bâle-Ville, les cantons de Bâle-Ville, Bâle-Campagne et Argovie ainsi que la Confédération helvétique.

L'une des missions principales du projet TRISAN est d'accompagner les acteurs de santé dans la mise en place de leurs projets transfrontaliers (aide à la recherche de partenaires, accompagnement de projets individualisé, mise à disposition d'informations sur les systèmes des pays voisins, mise à disposition d'outils de management de projet, etc.). En parallèle, TRISAN a également pour objectif d'encourager les dynamiques de coopération territoriale. Il est entendu par là des dynamiques de coopération qui envisagent un territoire donné transfrontalier de manière globale et auxquelles sont associés potentiellement l'ensemble des acteurs de santé de part et d'autre de la frontière (à distinguer donc d'une démarche de coopération entre deux établissements).

C'est dans cette logique de coopération territoriale que s'inscrit la présente analyse transfrontalière. Cette dernière vise ainsi à :

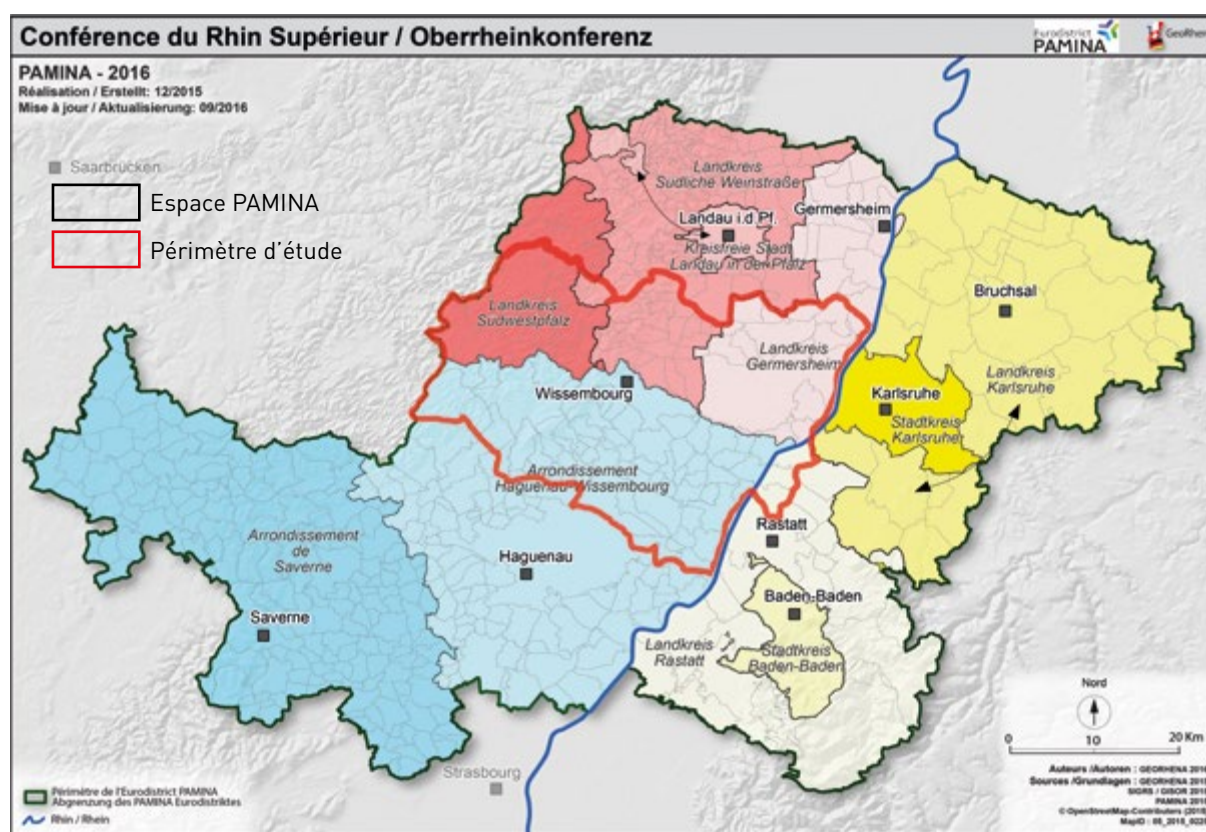
- » Dresser un état des lieux transfrontalier de l'offre de soins, en prenant en compte tous les volets de l'offre de soins : offre de soins libérale, offre hospitalière, prise en charge de la personne âgée, etc. ;
- » Mettre en évidence les potentiels et/ou besoins de coopération (existence de complémentarités de l'offre, possibilités de synergies) en mettant en regard les forces et faiblesses de l'offre de soins observées de part et d'autre de la frontière ;
- » Contribuer à la mise en réseau des acteurs de santé du territoire pour faciliter la mise en œuvre ultérieure de projets, en les associant pleinement à l'élaboration de l'analyse transfrontalière.

L'objectif poursuivi est donc de développer avec les acteurs de terrain une vision partagée et objectivée de l'offre de soins et des potentiels de coopération. L'intérêt d'une telle approche est de pouvoir ensuite, grâce à la coopération transfrontalière, améliorer l'accès aux soins de proximité pour les populations locales. C'est cette logique de proximité qui a guidé l'ensemble des travaux.

II. PÉRIMÈTRE D'ÉTUDE

Le périmètre d'étude correspond aux bandes frontalières de l'espace PAMINA, à cheval entre l'Alsace du nord, le Palatinat du sud et le Pays de Bade (carte 1).

Carte 1 : Délimitation du périmètre d'étude



Source : GEORHENA 2016 / © OpenStreetMap-Contributors (2015) / INTERREG V Rhin supérieur

Le périmètre d'étude a été dessiné pour les besoins de l'étude sur la base des choix suivants :

- » Choix d'inscrire le périmètre d'étude dans les limites de l'espace PAMINA. Il a semblé important de rattacher l'étude à un territoire transfrontalier clairement identifié et construit politiquement. Ce choix offrait les avantages d'une meilleure lisibilité, d'une cohérence par rapport aux démarches de coopération menées par ailleurs par l'Eurodistrict PAMINA, et offrait également la possibilité de relais politiques par le biais des instances de décision de l'Eurodistrict PAMINA.
- » Choix d'un périmètre restreint aux bandes frontalières de l'espace PAMINA, avec une distance maximale de 20 minutes en voiture de la frontière. Ce choix s'explique par la finalité de l'étude rappelée ci-dessus, à savoir l'amélioration de l'accès aux soins de proximité par la coopération transfrontalière. Il a été considéré que la mobilité transfrontalière des patients se joue sur seulement quelques kilomètres.

- » Prise en considération corolaire des limites politico-administratives existantes dans chacun des sous-espaces nationaux. Par souci de lisibilité et pour faciliter l'accès aux données statistiques, il semblait intéressant d'opter pour un périmètre d'étude qui épouse les limites des intercommunalités présentes sur le territoire. Ceci a été possible du côté allemand : le périmètre d'étude englobe dans leur totalité les *Verbandsgemeinde* (et *verbandsfreie Gemeinde*) frontalières. En revanche, cela n'a été que partiellement possible côté français, du fait que les EPCI frontaliers englobent des communes beaucoup trop éloignées de la frontière pour pouvoir être prises en compte dans l'étude.
- » Choix d'exclure du périmètre d'étude les grands pôles urbains badois que sont Karlsruhe, Baden-Baden et Rastatt. Ce choix s'explique par le souhait de travailler sur un territoire présentant une certaine homogénéité en termes sociodémographiques et au regard de son offre de soins.

Sur la base des réflexions exposées ci-dessus, le périmètre d'étude englobe donc :

- » Dans le Land de Rhénanie-Palatinat, les intercommunalités frontalières des Landkreise de Germersheim, de Südliche Weinstraße et de Südwestpfalz, à savoir : les Verbandsgemeinde de Hagenbach, de Kandel, de Jockgrim, de Bad Bergzabern et de Dahner Felsenland, ainsi que la verbandsfreie Gemeinde de Wörth am Rhein ;
- » Dans le Land de Bade-Wurtemberg, les communes de Au am Rhein, Elchesheim-Iltingen et Steinmauern ;
- » Côté français, les communes frontalières (dans un rayon de 20 minutes en voiture de la frontière) relevant des communautés de communes de la Plaine du Rhin, de l'Outre-Forêt, de Niederbronn-Les-Bains, du Pays de Wissembourg, du Pays Rhénan et de Sauer-Pechelbronn.

L'analyse prendra parfois en compte l'offre de soins située aux alentours du périmètre d'étude, étant donné que les populations peuvent y recourir également.

III. PROCESSUS D'ÉLABORATION DE L'ANALYSE TRANSFRONTALIÈRE

Dès le démarrage du projet TRISAN, il était prévu que TRISAN travaille au développement d'approches de coopération territoriale par le biais d'une étude portant sur une zone transfrontalière pilote. L'idée de s'intéresser aux bandes frontalières de l'espace PAMINA a été lancée fin 2016 par Claude D'Harcourt en sa qualité de Directeur Général de l'Agence régionale de santé Grand Est. Cette proposition s'expliquait par le constat par l'ARS Grand Est de fragilités de l'offre de soins sur le territoire de PAMINA côté français. La proposition de l'ARS Grand Est ayant été reçue positivement et acceptée par les partenaires allemands et suisses de TRISAN, les travaux ont pu être effectivement lancés en mai/juin 2017.

L'analyse transfrontalière proprement dit a été réalisée conjointement par l'équipe TRISAN et l'Observatoire régional de la santé Grand Est (ORS Grand Est), intervenant en tant que prestataire de TRISAN. L'ORS Grand Est a travaillé principalement sur le volet statistique, y compris le travail cartographique, tandis que l'équipe TRISAN se concentrait davantage sur l'animation du processus de réflexion et de concertation, ainsi que sur les volets plus qualitatifs de l'analyse.

Les travaux menés par TRISAN et l'ORS Grand Est ont été accompagnés par un comité de suivi ouvert dans lequel étaient représentées les structures suivantes :

- » Agence régionale de santé de la région Grand Est
- » Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie du Land de Rhénanie-Palatinat
- » Ministerium für Soziales und Integration du Land de Bade-Wurtemberg
- » Regierungspräsidium Karlsruhe

- » Kassenärztliche Vereinigung¹ de Rhénanie-Palatinat
- » Kassenärztliche Vereinigung de Bade-Wurtemberg
- » Centre hospitalier intercommunal de la Lauter (Wissembourg)
- » Klinikum Landau/Südliche Weinstraße
- » Conseil Départemental du Bas-Rhin
- » Eurodistrict PAMINA
- » TRISAN
- » Observatoire régional de la santé Grand Est

Le comité de suivi s'est réuni à trois reprises entre juillet 2017 et mai 2018. Il a permis en particulier de :

- » fixer ensemble les grandes orientations de l'étude à ses différentes étapes ;
- » assurer une validation régulière des résultats ;
- » engager des réflexions communes sur la situation de l'offre et les potentiels de coopération.

La mise en place d'un comité de suivi participait ainsi pleinement aux objectifs de mise en réseau des acteurs et d'articulation des orientations de l'étude avec les priorisations des acteurs sur le territoire.

IV. STRUCTURE DU RAPPORT ET MÉTHODE D'ANALYSE

Le présent rapport sera structuré en deux volets :

Volet 1 : Analyse générale de l'offre de soins

Ce volet a pour objectif de donner une vision d'ensemble comparative sur l'offre de soins, de mettre en lumière les forces et faiblesses de l'offre de soins dans chaque sous-espace national, et de présenter l'état des réflexions sur les potentiels de coopération.

Suite à un rapide portrait démographique du territoire, les résultats de l'analyse de l'offre de soins seront présentés secteur par secteur (offre de soins libérale, offre de soins hospitalière, prise en charge de la personne âgée, permanence des soins ambulatoires). Pour chacun des secteurs, l'analyse se découpera en deux parties :

- » État des lieux de l'offre de soins
- » Potentiels de coopération

Autant que faire se peut, l'analyse de l'offre de soins actuelle sera enrichie d'analyses prospectives à l'horizon 2030.

Volet 2 : Analyse ciblée sur le champ de la périnatalité

Suite à la fermeture en février 2017 de la maternité de Kandel – seule maternité implantée sur la partie allemande du territoire d'étude, les parturientes allemandes de la région doivent désormais se rendre dans des pôles urbains plus éloignés pour accoucher. Dans ce contexte, il a semblé intéressant d'étudier la possibilité, pour les femmes allemandes qui le souhaitent, d'accoucher à la maternité de Wissembourg, située juste de l'autre côté de la frontière, et donc à proximité immédiate de leur domicile.

¹ Les *Kassenärztliche Vereinigungen* (groupement de médecins de ville conventionnés) sont des structures autonomes chargées entre autres, au niveau de chaque Land, de la régulation de l'offre de médecine libérale conventionnée.

Les analyses du volet 2 auront ainsi pour objet de :

- » confirmer ou infirmer l'existence d'un besoin à agir en transfrontalier (analyse d'opportunité) ;
- » s'interroger sur les conditions de mise en œuvre (analyse de faisabilité).

En ce qui concerne les méthodes d'analyse, les résultats présentés dans ce rapport s'appuient sur :

- » le recueil et l'analyse de données statistiques ;
- » la réalisation d'entretiens avec les acteurs de terrain (direction des hôpitaux locaux, équipes médicales des hôpitaux, administrations en charge de la santé, élus locaux) ;
- » les réflexions menées au sein du comité de suivi de l'étude.

En ce qui concerne les données statistiques, on notera qu'il existe souvent des décalages entre les données disponibles pour le côté français, la Rhénanie-Palatinat et le Bade-Wurtemberg. À titre d'exemple, il est possible d'obtenir des statistiques sur les effectifs de cardiologues côté français, tandis que dans les statistiques allemandes, les cardiologues sont intégrés dans une catégorie plus large (*Innere Medizin* – Médecine interne). Par ailleurs, les dernières données disponibles ne datent pas toujours de la même année.

Dans le corps du rapport seront apportées davantage de précisions concernant la nature des données et les méthodes d'analyse mises en œuvre.

VOLET 1 : ANALYSE GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS

I. PORTRAIT DÉMOGRAPHIQUE

1. Dynamique de population

En 2015², le territoire d'étude comptait une population de près de 173 755 habitants répartis sur 1 302 km² dont près de 109 784 habitants sur le versant allemand (63 %) et 63 971 habitants sur le versant français (37 %).

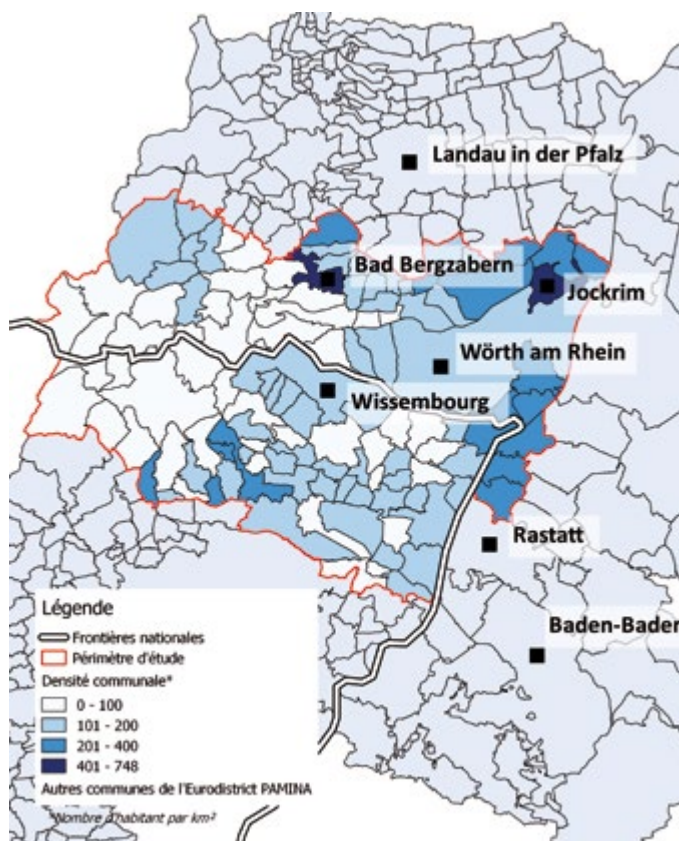
Avec 133 habitants par km², la densité du territoire d'étude est supérieure à celle du Grand Est (97 habitants/km²), mais inférieure à celles des Länder de Rhénanie-Palatinat (204 habitants/km²) et de Bade-Wurtemberg (305 habitants/km²).

La population est répartie de manière plutôt inégale sur le territoire (carte 2), avec d'une part des densités de population très faibles dans les communes rurales à l'ouest du territoire (15 habitants par km² à Bobenthal et Windstein) et d'une autre part des densités très élevées dans des villes au nord et à l'est de la partie allemande (591 habitants par km² à Jockgrim et 748 habitants par km² à Bad Bergzabern).

La taille de la population du territoire d'étude a été très stable ces dernières années. Elle a augmenté de seulement +0,82 % sur les cinq dernières années disponibles³. L'évolution a été plus marquée sur le versant allemand (+1,22 %) que sur le versant français (+0,16 %) (Graphique 1). Les facteurs d'évolution ne sont pas identiques de part et d'autre de la frontière :

- » Côté français, l'augmentation de la population s'explique principalement par l'évolution du solde naturel (différence entre les naissances et les décès) ;

Carte 2: Densité de population communale par km² en 2013-2015



Sources : Insee-RP, Offices statistiques de l'Etat fédéral et des Länder allemands – Exploitation ORS Grand Est

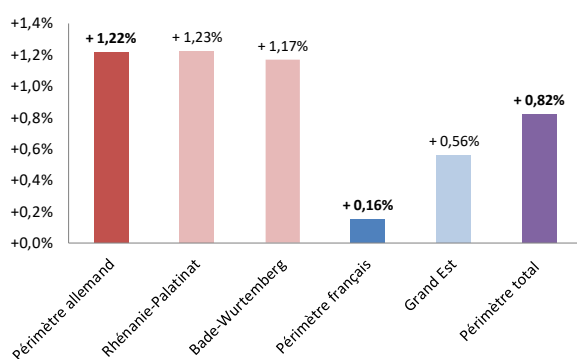
² Données 2015 pour le versant allemand (offices statistiques de l'Etat fédéral et des Länder allemands) et 2013 pour la partie française (recensement de la population, Insee).

³ 2008-2013 pour le versant français et 2010-2015 pour le versant allemand.

- » Côté allemand, l'augmentation de la population s'explique principalement par l'évolution du solde migratoire (différence entre les entrées et les sorties).

D'ici 2035, la population du territoire d'étude pourrait connaître une légère diminution (-0,5 %), passant de 173 750 habitants à 172 820 habitants (projections de population allemande et française selon le scénario central)⁴. Cette évolution sera différenciée de part et d'autre de la frontière : la population devrait connaître une augmentation sur le versant français de près de +7 % entre 2015 et 2035, tandis que celle du versant allemand devrait diminuer de -5 % entre 2013 et 2035 (Graphique 2).

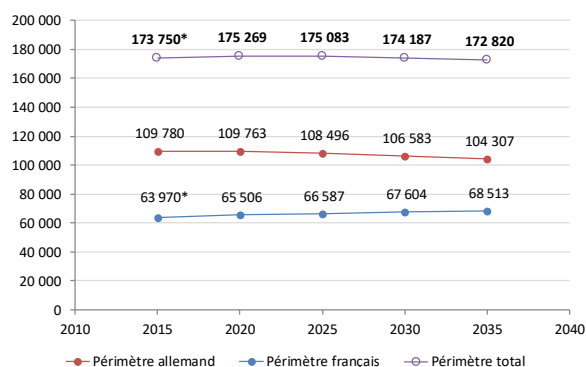
Graphique 1 : Taux d'accroissement de la population totale sur les cinq dernières années disponibles*



* 2008-2013 pour le versant français et 2010-2015 pour le versant allemand.

Sources : Insee-RP, Offices statistiques de l'Etat fédéral et des Länder allemands – Exploitation ORS Grand Est

Graphique 2 : Évolution de la population d'ici 2035 selon les projections démographiques (scénario central)



* Population 2013 pour le périmètre français.

Sources : Insee - Projection Omphale, Offices statistiques de Rhénanie-Palatinat et de Bade-Wurtemberg (Rationalisierte Vorausrechnung) – Exploitation ORS Grand Est

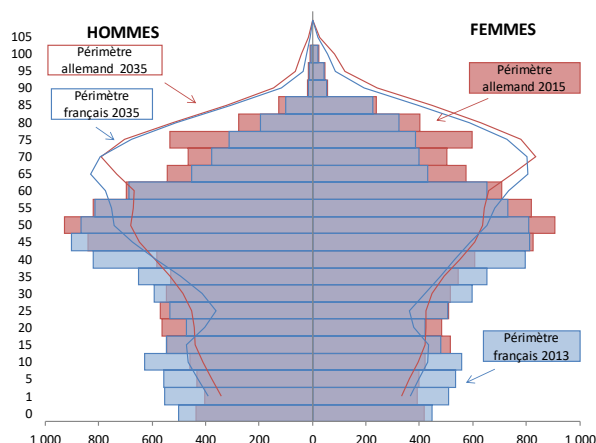
2. Structure par âge de la population

La population du territoire d'étude est une population vieillissante où un cinquième des habitants est âgé de 65 ans ou plus (20 %). Ce constat est plus marqué sur le versant allemand que sur le versant français. En effet 22 % de la population du versant allemand est âgée de 65 ans ou plus contre 17 % sur le versant français.

D'ici 2035, le vieillissement de la population devrait se poursuivre. Près d'un tiers de la population du territoire d'étude (32 %) sera âgée de 65 ans ou plus en 2035, avec une répartition assez homogène de part et d'autre de la frontière (33 % de personnes âgées de 65 ans ou plus sur le versant allemand contre 31 % sur le versant français). L'évolution du vieillissement sera plus marquée sur le versant français, qui rattrapera le versant allemand d'ici 2035 (Graphique 4, page de droite).

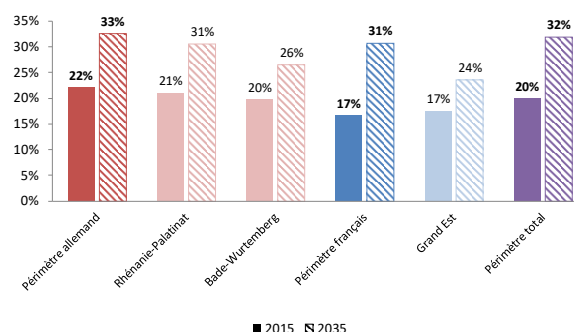
4 Le scénario central pose comme postulat la poursuite dans le futur des tendances démographiques observées les années précédentes (natalité, mortalité et migrations).

Graphique 3: Structure par âge de la population actuelle (2013-2015) et projetée (2035) des versants français et allemands du périmètre d'étude



Sources : Insee - Projection Omphale, Offices statistiques de Rhénanie-Palatinat et de Bade-Wurtemberg (Rationalisierte Vorausrechnung) – Exploitation ORS Grand Est

Graphique 4: Proportion des personnes de 65 ans et plus dans la population totale en 2015 et 2035*



* Population 2013 pour le périmètre français.

Sources : Insee – RP, Projection Omphale, Offices statistiques de Rhénanie-Palatinat et de Bade-Wurtemberg (Rationalisierte Vorausrechnung) – Exploitation ORS Grand Est

3. Travail frontalier

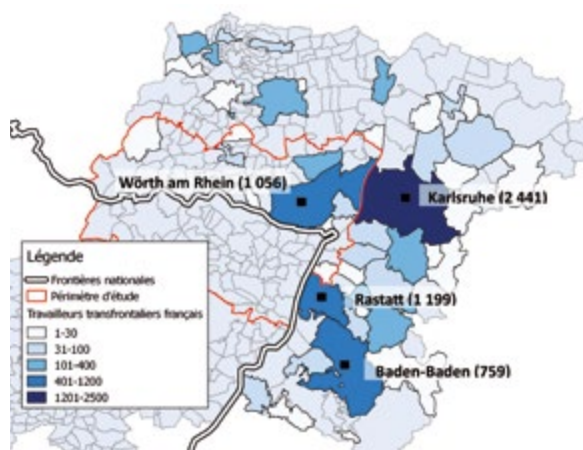
Le territoire d'étude est marqué par des dynamiques transfrontalières intenses, dont l'un des marqueurs réside dans l'importance des flux de travailleurs frontaliers. Il a semblé utile de revenir rapidement sur ce phénomène dans le cadre du présent rapport, étant donné que les travailleurs frontaliers bénéficient d'une double affiliation aux systèmes d'assurance maladie français et allemands, et peuvent donc avoir accès aux soins des deux pays sans problème de prise en charge.

La mobilité transfrontalière sur le territoire d'étude concerne quasi-exclusivement des personnes vivant en France et travaillant en Allemagne. Les flux frontaliers depuis l'Allemagne vers la France sont quasiment inexistantes.

En 2013, 8 940 habitants du versant français du territoire d'étude exerçaient un emploi à l'étranger, soit 29 % des actifs. La quasi-totalité (8 870 habitants) exerçait leur emploi frontalier en Allemagne.

Pour 16,5 % d'entre eux (1 465 habitants), le lieu de travail se situe au sein du versant allemand de la zone d'étude, dont pour près des trois quarts dans la commune de Wörth am Rhein. Plus de la moitié des travailleurs frontaliers (61 %) travaille dans une des grandes villes à proximité du territoire d'étude (Karlsruhe, Rastatt et Baden-Baden).

Carte 3 : Lieu de travail des travailleurs transfrontaliers résidant sur le versant français du périmètre d'étude en 2013



Sources : Insee MOBPRO 2013 – Exploitation ORS Grand Est

II. OFFRE DE SOINS LIBÉRAUX

1. État des lieux de l'offre

Pour l'analyse de l'offre de soins libéraux, le choix a été fait de se concentrer sur les spécialités les plus courantes, à savoir :

- » Médecins généralistes ;
- » Médecins spécialistes pour les spécialités suivantes : pédiatres, gynécologues, ophtalmologues, cardiologues, radiologues et urologues ;
- » Chirurgiens-dentistes ;
- » Sages-femmes.

L'analyse de l'offre de soins repose principalement sur :

- » l'observation des effectifs de professionnels de santé, et de leur implantation sur le territoire d'étude ;
- » l'observation de la densité de professionnels de santé sur chacun des deux versants français et allemand du territoire d'étude. Les densités observées au niveau local seront comparées aux densités moyennes observées au niveau de la Région Grand Est (pour le versant français) et au niveau des Länder de Rhénanie-Palatinat et Bade-Wurtemberg (pour le versant allemand), afin de pouvoir faire ressortir d'éventuelles fragilités de l'offre en comparaison régionale ;
- » l'observation de l'âge des professionnels de santé, afin de développer une vision prospective de l'évolution de l'offre de soins à l'horizon 2030. En raison de lacunes de données, les analyses prospectives n'ont pu être menées que pour les médecins.

Les résultats relatifs aux effectifs, à l'implantation et aux densités de professionnels de santé seront d'abord présentés métier par métier, puis feront l'objet d'une synthèse enrichie de tableaux synoptiques. Seront ensuite présentés les résultats des analyses relatives à l'âge des médecins. L'encadré ci-contre fournit plus de précisions sur les données utilisées.

SOURCES DE DONNÉES

Les données utilisées proviennent des sources suivantes :

- Données françaises : Répertoire partagé des professionnels intervenant dans le Système de santé
- Données de Rhénanie-Palatinat : Office de la statistique du Land et *Kassenärztliche Vereinigung*
- Données de Bade-Wurtemberg : *Kassenärztliche Vereinigung*

Les données françaises couvrent les médecins ayant une activité libérale ou mixte. Les données de l'office statistique de Rhénanie-Palatinat couvrent à la fois les médecins conventionnés (*Vertragsärzte*) et les médecins privés (*Privatärzte*), tandis que les données des *Kassenärztliche Vereinigungen* couvrent seulement les médecins conventionnés ;

Les données utilisées de part et d'autre de la frontière ne sont pas toujours complètement comparables. Il existe également des décalages entre les données utilisées dans les deux Länder allemands. Les décalages concernent notamment les deux points suivants :

- Statut des médecins
- Découpage des statistiques : Du côté allemand, il n'existe pas de statistiques relatives aux cardiologues et aux rhumatologues, ces deux spécialités étant englobées dans une catégorie plus vaste (médecine interne – *Innere Medizin*).

LIMITES DE L'ANALYSE

Dans le cadre de l'analyse, il n'a pas été possible de prendre en compte les éléments suivants : Travail à temps partiel ; Délai d'obtention d'un rendez-vous ; Durée moyenne de consultation chez le médecin ; Consultations proposées au sein des hôpitaux.

1.1 Analyses spécialité par spécialité

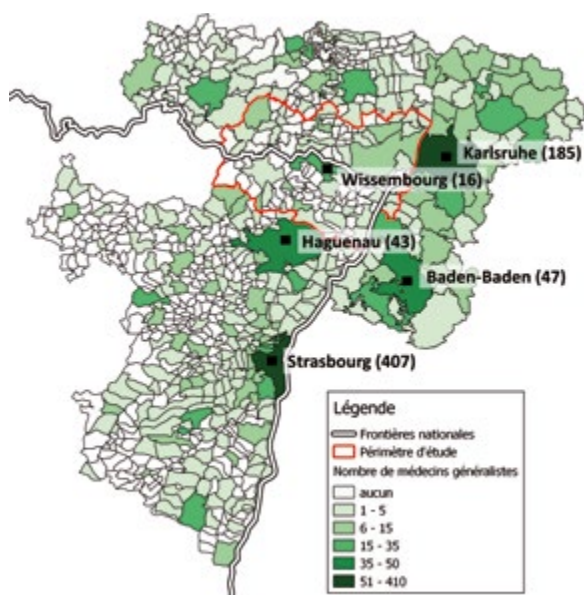
Médecins généralistes

Le territoire d'étude compte un total de 119 médecins généralistes (carte 4), dont 65 sur le versant allemand et 54 sur le versant français. La densité de médecins généralistes est nettement plus élevée côté français (84,4 médecins généralistes pour 100 000 habitants) que du côté allemand (59,2 médecins pour 100 000 habitants). L'une des raisons expliquant ce décalage réside certainement dans les différences entre les deux systèmes quant au parcours du patient. Côté français, le patient doit choisir un médecin traitant qui assure un rôle de Gatekeeper : s'il souhaite obtenir un remboursement à taux plein, le patient qui consulte un spécialiste doit (sauf pour certains spécialistes comme les ophtalmologues et les gynécologues) être adressé par son médecin traitant (parcours de soin coordonné). En Allemagne, le patient pourra se rendre directement chez le médecin spécialiste, sans pénalité au niveau de la prise en charge (sauf s'il a souscrit volontairement à un dispositif de parcours de soins coordonné proposé par les caisses). La densité de médecins généralistes sur le versant allemand du territoire d'étude est supérieure de +14 % à la moyenne des Länder de Rhénanie-Palatinat et de Bade-Wurtemberg. À l'inverse, la densité observée côté français est inférieure de -19 % à la densité moyenne au niveau de la Région Grand Est.

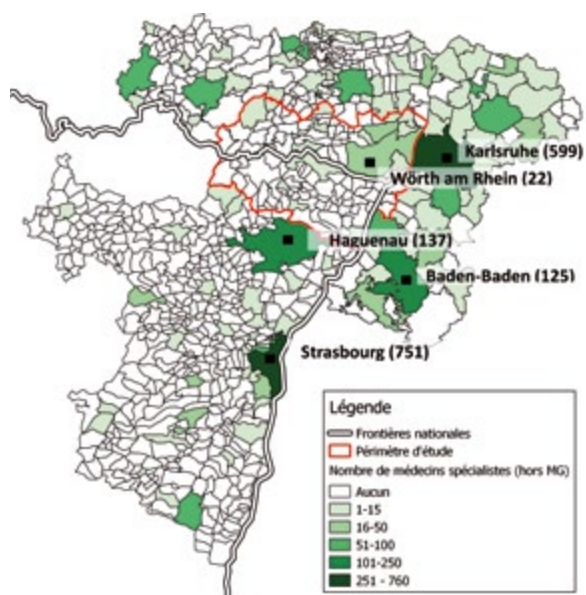
Médecins spécialistes (toutes spécialités confondues)

Le territoire d'étude compte un total de 96 médecins spécialistes (carte 5), toutes spécialités confondues et hors médecine générale, dont 77 sur le versant allemand et 19 sur le versant français. L'écart des effectifs entre les deux côtés de la frontière est donc très marqué. Il se retrouve au niveau des densités : La densité de médecins spécialistes est nettement plus élevée du côté allemand (70,1 médecins spécialistes pour 100 000 habitants) que du côté français (29,7 médecins pour 100 000 habitants). Là encore, il convient de lire cet écart à la lumière des décalages dans l'organisation des systèmes et le parcours du patient dans les deux pays. La densité de médecins spécialistes sur le versant allemand du territoire d'étude est nettement inférieure à la moyenne des Länder de Rhénanie-Palatinat et de Bade-Wurtemberg (-45%). L'écart est encore plus marqué côté français, avec une densité de professionnels inférieure de -65 % à la densité moyenne de la Région Grand Est.

Carte 4 : Implantation des médecins généralistes



Carte 5 : Implantation des médecins spécialistes (hors médecine générale)



Sources : RPPS 2016, Office statistique du Land de Rhénanie-Palatinat, Kassenärztliche Vereinigung du Land de Bade-Wurtemberg - Exploitation ORS Grand Est

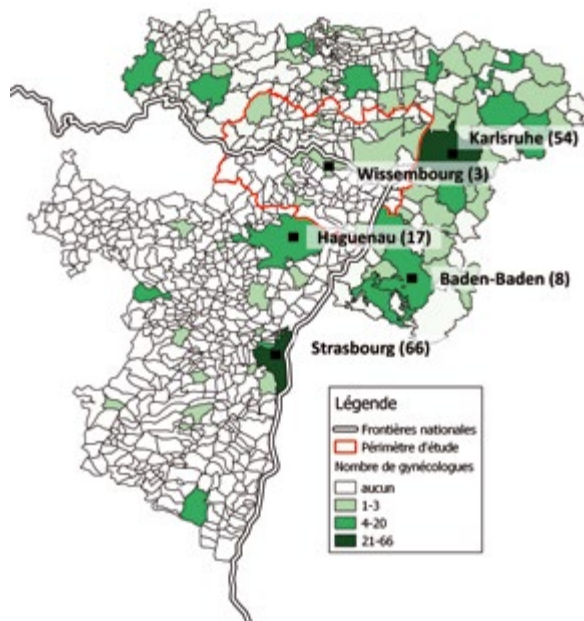
Gynécologues

Au total, 14 gynécologues sont implantés sur le territoire d'étude (carte 6), dont neuf sur le versant allemand et cinq sur le versant français. En rapportant ces chiffres au nombre d'habitants, on observe une densité de gynécologues de niveau comparable de part et d'autre de la frontière (8,2 gynécologues pour 100 000 habitants côté allemand, contre 7,8 gynécologues pour 100 000 habitants côté français). L'écart de densité par rapport aux moyennes régionales est marqué sur le versant allemand (-39 %), tandis qu'il reste faible côté français (-6 %).

Radiologues

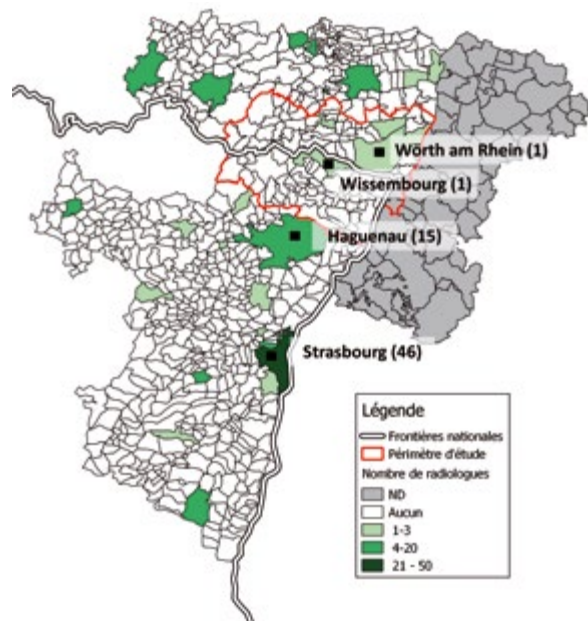
On recense quatre radiologues sur le territoire d'étude (carte 7), dont trois sur le versant allemand et un sur le versant français. Là encore, la densité de médecins est comparable de part et d'autre de la frontière (2,7 radiologues pour 100 000 habitants côté allemand, contre 1,6 radiologues pour 100 000 habitants côté français). L'écart de densité par rapport aux moyennes régionales est marqué côté allemand (-36%), et il l'est encore plus côté français (-82%). Il convient toutefois d'être vigilant quant à l'interprétation de ces écarts de densité, en raison de la taille extrêmement réduite de la population de radiologues. Ceci vaut d'ailleurs pour la plupart des spécialités observées.

Carte 6 : Implantation des gynécologues



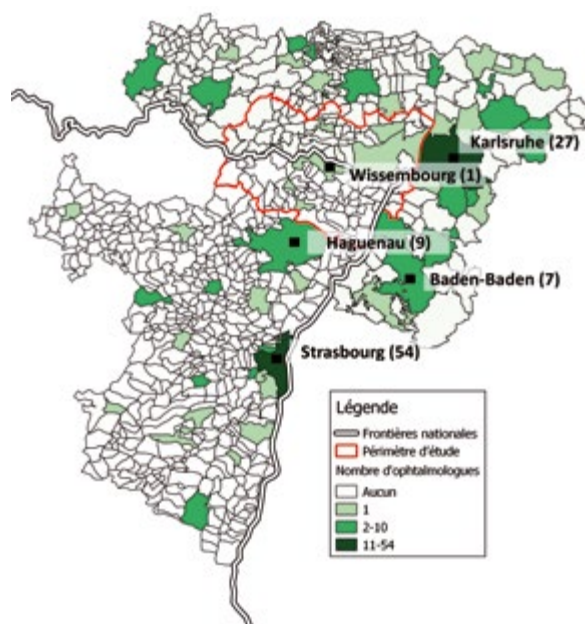
Sources : RPPS 2016, Office statistique du Land de Rhénanie-Palatinat, Kassenärztliche Vereinigung du Land de Baden-Wurtemberg - Exploitation ORS Grand Est

Carte 7 : Implantation des radiologues



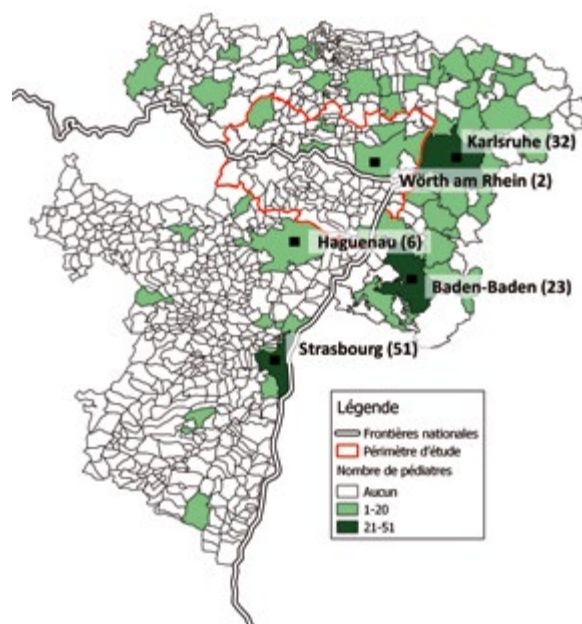
Sources : RPPS 2016, Office statistique du Land de Rhénanie-Palatinat, Kassenärztliche Vereinigung du Land de Baden-Wurtemberg - Exploitation ORS Grand Est

Carte 8 : Implantation des ophtalmologues



Sources : RPPS 2016, Office statistique du Land de Rhénanie-Palatinat, Kassenärztliche Vereinigung du Land de Baden-Württemberg - Exploitation ORS Grand Est

Carte 9 : Implantation des pédiatres



Sources : RPPS 2016, Office statistique du Land de Rhénanie-Palatinat, Kassenärztliche Vereinigung du Land de Baden-Württemberg - Exploitation ORS Grand Est

Ophthalmologues

Cinq ophtalmologues sont implantés sur le territoire d'étude (carte 8), dont trois sur le versant allemand et deux sur le versant français. Les deux versants présentent des densités médicales comparables (2,7 ophtalmologues pour 100 000 habitants côté allemand, contre 3,1 côté français). L'écart de densité par rapport aux moyennes régionales est important et d'ampleur comparable des deux côtés de la frontière (-60 % côté allemand ; - 54 % côté français).

Pédiatres

Huit pédiatres sont implantés sur le territoire d'étude (carte 9), dont sept sur le versant allemand et un sur le versant français. L'écart des effectifs entre les deux côtés de la frontière est donc marqué. Il se retrouve au niveau des densités, avec respectivement une densité de 6,4 pour 100 000 habitants côté allemand contre 1,6 pour 100 000 habitants côté français. L'écart de densité par rapport aux moyennes régionales est marqué côté allemand (-27 %) et il l'est encore davantage côté français (-66 %).

Rhumatologues

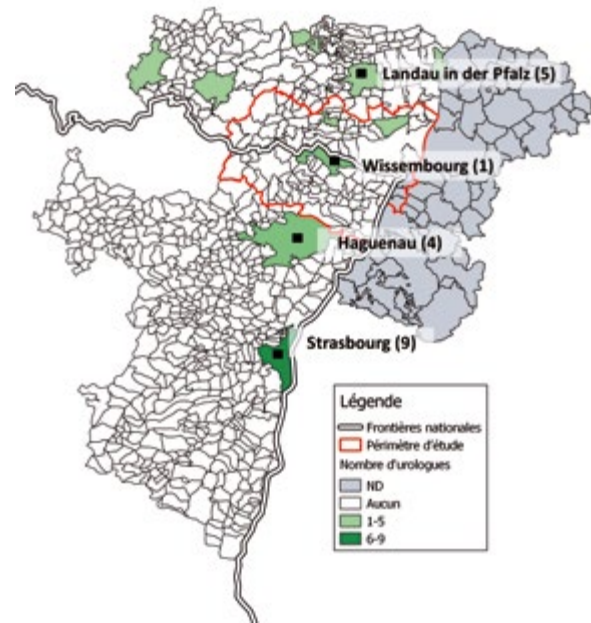
Le territoire d'étude ne dispose pas de rhumatologue en son sein. Là encore, une analyse plus poussée n'est pas possible du fait que les données ne sont que partiellement disponibles côté allemand.

Urologues

Quatre urologues sont implantés sur le territoire d'étude (carte 10), dont trois sur le versant allemand et un sur le versant français. Les densités médicales sont de niveau comparable (2,7 pour 100 000 habitants côté allemand ;

1,6 pour 100 000 habitants côté français). L'écart avec les densités moyennes au niveau régional est plus marqué côté allemand (-45%) que côté français (-20%).

Carte 10 : Implantation des urologues

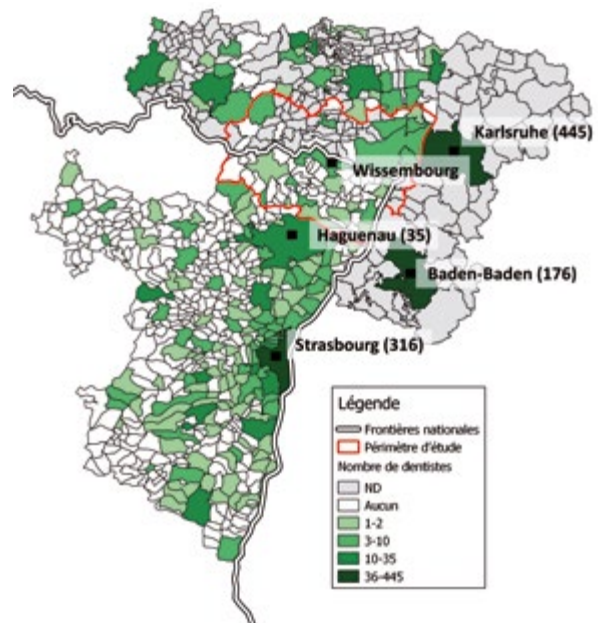


Sources : RPPS 2016, Office statistique du Land de Rhénanie-Palatinat, Kassenärztliche Vereinigung du Land de Bade-Wurtemberg - Exploitation ORS Grand Est

Chirurgiens-dentistes

Le territoire d'étude compte un total de 84 chirurgiens-dentistes, dont 48 sur le versant allemand et 36 sur le versant français (carte 11). Les écarts de densité entre les deux versants sont peu marqués (43,7 dentistes pour 100 000 habitants côté allemand, contre 56,3 côté français). Les densités enregistrées au niveau local sont légèrement inférieures aux densités moyennes régionales (-16% côté allemand, - 5% côté français).

Carte 11 : Implantation des chirurgiens-dentistes*



*Pour le Bade-Wurtemberg : Les données ne sont disponibles que pour les *kreisfreie Städte*.

Sources : RPPS 2016, Office statistique du Land de Rhénanie-Palatinat, Kassenärztliche Vereinigung du Land de Bade-Wurtemberg - Exploitation ORS Grand Est

Sages-femmes

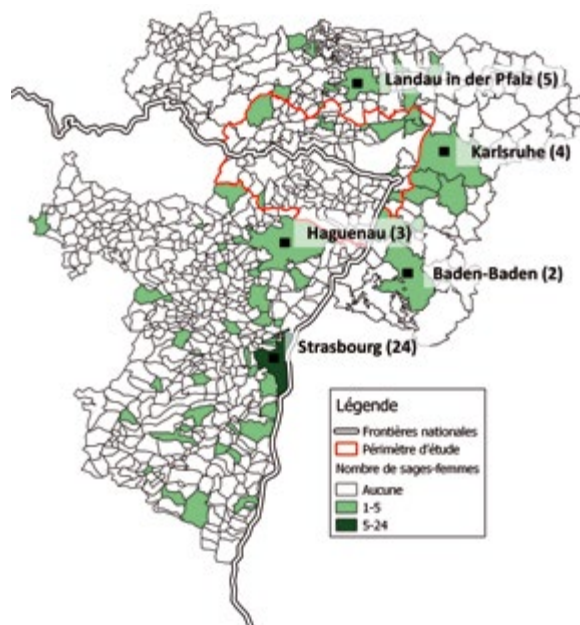
Au total, 15 sages-femmes sont installées en libéral sur le territoire d'étude (carte 12), dont 14 sur le versant allemand et une sur le versant français. On observe donc un écart important en termes d'effectifs. Cet écart pourrait s'expliquer par les différences au niveau du rôle des sages-femmes libérales dans les deux pays. Du côté allemand, les sages-femmes libérales jouent un rôle beaucoup plus important dans le suivi de la grossesse qu'en France, où elles se concentrent davantage sur la préparation à l'accouchement.

Les écarts d'effectifs se retrouvent dans les chiffres de densité: on compte 12,75 sages-femmes pour 100 000 habitants côté allemand, contre 1,56 sages-femmes pour 100 000 habitants côté français. Côté allemand, des lacunes de données ne permettent pas de comparer la densité locale à la densité régionale. Côté français, l'écart de densité entre le territoire d'étude et la moyenne régionale est très élevé (-91 %).

Cardiologues

On dénombre trois cardiologues sur le territoire d'étude dont un sur le versant allemand et deux sur le versant français. Les densités sont de 0,9 cardiologues pour 100 000 habitants côté allemand, contre 3,1 cardiologues pour 100 000 habitants côté français. Côté français, la densité locale de cardiologues est nettement inférieure à la moyenne du Grand Est (-58 %). Des analyses plus poussées ne sont pas possibles pour les cardiologues, en raison du fait que les données ne sont pas disponibles côté allemand.

Carte 12: Implantation des sages-femmes libérales en 2013*



*Côté allemand : Uniquement implantation des sages-femmes libérales exerçant (au moins en partie) dans le périmètre d'étude.

Sources : RPPS 2016, Hebammen-Landesverband Rheinland-Pfalz e. V. - Exploitation ORS Grand Est

1.2 Synthèse

Les tableaux 1 et 2 offrent une synthèse comparative des données recueillies sur chaque versant pour les différents métiers. Au total, on pourra retenir que :

- » Sur la quasi-totalité des métiers considérés, les effectifs de médecins sont plus importants sur le versant allemand du territoire d'étude que sur le versant français ;
- » En ce qui concerne la médecine de spécialité, les effectifs sont faibles, voire très faibles : sur chacun des deux versants et pour la plupart des spécialités, l'offre actuelle repose sur seulement un, deux ou trois médecins. Dans ce contexte, toute cessation d'activité peut changer la donne de manière radicale. C'est la raison pour laquelle il semblait essentiel de développer ici une vision prospective en s'intéressant à l'âge des médecins (voir point 1.3) ;
- » En ce qui concerne la médecine générale, les effectifs sont certes plus importants, mais on relève une répartition inégale sur le territoire. Ainsi, côté français, près de 30% des médecins recensés sont implantés sur la commune de Wissembourg. Dans d'autres secteurs, l'offre est très limitée. C'est par exemple le cas du secteur de Lauterbourg (communauté de communes de la Plaine du Rhin) : La commune de Lauterbourg ne compte plus qu'un seul médecin généraliste en activité, contre quatre médecins généralistes il y a 10 ans. En cas d'indisponibilité de ce médecin, son confrère le plus proche exerce à Seltz (environ 20 minutes de route) ;
- » En termes de densité, on observe un décalage entre la médecine générale – densités plus faibles côté allemand que côté français – et la médecine de spécialité – densités plus fortes côté allemand que côté français. Ce décalage peut sans doute s'expliquer – au moins en partie – par les différences d'organisation des systèmes de santé et de parcours de soins du patient entre la France et l'Allemagne ;
- » Sur la quasi-totalité des métiers pris en considération, les densités médicales sur le territoire d'étude sont plus faibles – et bien souvent nettement plus faibles – que les densités moyennes observées respectivement dans la Région Grand Est et dans les Länder de Rhénanie-Palatinat et Bade-Wurtemberg. La seule exception concerne les médecins généralistes côté allemand, pour lesquels la densité enregistrée sur le territoire d'étude est supérieure à la moyenne.

Tableau 1 : Effectifs de médecins implantés au sein du territoire d'étude en 2016

	Médecins généralistes	Médecins spécialistes (hors MG)	Gynécologues	Radiologues	Ophthalmologues	Pédiatres	Cardiologie	Rhumatologues	Urologues	Sages femmes	Dentistes
Ensemble du périmètre allemand	65	77	9	3	3	7	1	0	3	14	48
Ensemble du périmètre français	54	19	5	1	2	1	2	0	1	1	36
Ensemble du périmètre d'étude	119	96	14	4	5	8	3	0	4	15	84

Sources : RPPS 2016, Office statistique du Land de Rhénanie-Palatinat 2016, Kassenärztliche Vereinigung du Land de Bade-Wurtemberg 2016 - Exploitation ORS Grand Est

Tableau 2 : Densité brute pour 100 000 habitants de médecins implantés au sein du périmètre d'étude en 2016

	Médecins généralistes	Médecins spécialistes (hors MG)	Gynécologues	Radiologues	Ophthalmologues	Pédiatres	Cardiologie	Rhumatologues	Urologues	Sages femmes	Dentistes
Ensemble du périmètre allemand	59,2	70,1	8,2	2,7	2,7	6,4	0,9	-	2,7	12,75	43,7
Ensemble du périmètre français	84,4	29,7	7,8	1,6	3,1	1,6	3,1	-	1,6	1,56	56,3
Ensemble du périmètre d'étude	68,5	55,3	8,1	2,3	2,9	4,6	1,7	-	2,3	8,63	48,3
Écart périmètre allemand / Moyenne RPL BW	+14%	-45%	-39%	-37%	-60%	-27%	ND	ND	-24%	ND	-16%
Écart périmètre français / Grand Est	-19%	-65%	-6%	-82%	-54%	-66%	-58%	-100%	+20%	-91%	-5%

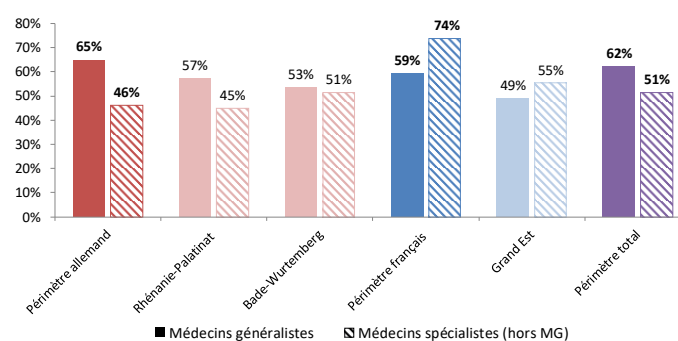
Sources : RPPS 2016, Office statistique du Land de Rhénanie-Palatinat, 2016, Kassenärztliche Vereinigung du Land de Bade-Wurtemberg 2016 - Exploitation ORS Grand Est

1.3 Vision prospective

Au vu des faibles effectifs et densités de médecins, il a semblé opportun de développer une vision prospective en s'intéressant à l'âge des médecins. Les analyses montrent un territoire clairement confronté à la problématique du vieillissement des médecins (graphique 5).

Au sein du territoire d'étude, la moitié des spécialistes (51%) et 62% des généralistes sont âgés de 55 ans ou plus. Sur le versant allemand, le vieillissement est plus marqué chez les médecins généralistes, tandis que côté français il est plus marqué chez les spécialistes.

Le vieillissement des médecins est nettement plus marqué sur le versant français du territoire d'étude qu'en moyenne dans le Grand Est, avec 59% des médecins généralistes et 74% des spécialistes qui sont âgés de 55 ans ou plus contre respectivement 49% et 55% en moyenne dans le Grand Est. Dans périmètre allemand, le vieillissement des médecins généralistes est plus marqué que dans les Länder de Bade-Wurtemberg et de Rhénanie-Palatinat. La part de médecins généralistes ayant 55 ans ou plus est de 65% sur le périmètre allemand, contre respectivement 53% et 57% dans les Länder de Bade-Wurtemberg et Rhénanie-Palatinat. En ce qui concerne les médecins spécialistes, le vieillissement est équivalent voir plus faible dans le périmètre d'étude (46% de médecins de 55 ans ou plus) qu'en moyenne dans les deux Länder (51% pour le Bade-Wurtemberg, et 45% en Rhénanie-Palatinat).

Graphique 5 : Proportion de médecins de 55 ans ou plus en 2016 (côté allemand, médecins conventionnés uniquement)

Sources : RPPS 2016, Kassenärztliche Vereinigungen de Rhénanie-Palatinat et de Bade-Wurtemberg 2016 - Exploitation ORS Grand Est

2. Potentiels de coopération

Comme nous l'avons rappelé en introduction, l'objectif premier de l'analyse transfrontalière était de voir si le renforcement de la coopération transfrontalière pourrait permettre d'améliorer l'accès aux soins de proximité pour les populations. C'est pour répondre à ce questionnement qu'a été mené un travail sur les temps d'accès à l'offre de soins libéraux en contexte transfrontalier. Ce travail visait à déterminer si la mobilité transfrontalière des patients (c'est-à-dire le fait d'aller chez le médecin de l'autre côté de la frontière) pourrait offrir un gain de temps d'accès à l'offre de soins (depuis le domicile). Les travaux menés ont consisté à mettre en regard – pour chaque commune du territoire d'étude, et spécialité par spécialité – les temps d'accès au médecin le plus proche en contexte national et en contexte transfrontalier. Les résultats seront de nouveau présentés spécialité par spécialité, puis feront l'objet d'une synthèse. Nous nous pencherons ensuite sur les perspectives de coopération.

2.1 Analyses spécialité par spécialité

Il faut noter qu'en raison de lacunes de données, les analyses de temps d'accès n'ont pas pu être menées à bien pour les cardiologues, les rhumatologues et les sages-femmes.

Médecins généralistes, urologues, chirurgiens-dentistes

Pour la consultation d'un médecin généraliste, d'un urologue ou d'un chirurgien-dentiste, le fait de traverser la frontière n'offre pas, en l'état actuel, de gain de temps d'accès depuis le domicile.

Gynécologues et radiologues

En ce qui concerne les gynécologues (carte 13) et les radiologues (carte 14), traverser la frontière représenterait un gain en termes de temps d'accès pour les habitants de huit communes du périmètre d'étude, comptant 7383 habitants, soit 4% de la population totale du périmètre d'étude.

Carte 13: Gain de temps en termes d'accès transfrontalier à un gynécologue



Sources : RPPS 2016, Office statistique du Land de Rhénanie-Palatinat, Kassenärztliche Vereinigung du Land de Bade-Wurtemberg - Exploitation ORS Grand Est

Carte 14: Gain de temps en termes d'accès transfrontalier à un radiologue



Sources : RPPS 2016, Office statistique du Land de Rhénanie-Palatinat, Kassenärztliche Vereinigung du Land de Bade-Wurtemberg - Exploitation ORS Grand Est

Dans le détail, les gains de temps d'accès concernent :

- » trois communes allemandes (2 298 habitants), dont les habitants obtiendraient un gain de temps pouvant aller jusqu'à 5 minutes en consultant un gynécologue ou un radiologue à Wissembourg ;
- » et cinq communes françaises (5 085 habitants), dont les habitants obtiendraient un gain de temps pouvant aller jusqu'à 10 minutes en consultant un gynécologue ou un radiologue à Wörth am Rhein.

Ophtalmologues

En ce qui concerne les ophtalmologues (carte 15), traverser la frontière représenterait un gain en termes de temps d'accès pour les habitants de 14 communes, comptant 14 878 habitants du territoire d'étude, soit 9 % de la population totale du périmètre d'étude.

Dans le détail, les gains de temps d'accès concernent :

- » trois communes allemandes (2298 habitants), dont les habitants obtiendraient un gain de temps pouvant aller jusqu'à 5 minutes en consultant un ophtalmologue à Wissembourg ;
- » et onze communes françaises (12580 habitants), dont les habitants obtiendraient un gain de temps pouvant aller jusqu'à 10 minutes en consultant un ophtalmologue à Wörth am Rhein ou à Rastatt.

Pédiatres

En ce qui concerne les pédiatres (carte 16), traverser la frontière représenterait un gain en termes de temps d'accès pour les habitants de 19 communes françaises, comptant 24 435 habitants, soit 14 % de la population totale du périmètre d'étude. Pour les communes concernées, il serait plus rapide pour les habitants de consulter à Wörth am Rhein ou Schweigen-Rechtenbach que côté français. Pour la majorité d'entre eux, le gain de temps serait de 5 minutes ou moins et pour 34 % d'entre eux, il est supérieur à 20 minutes.

Carte 15 : Gain de temps en termes d'accès trans-frontalier à un ophtalmologue



Sources : RPPS 2016, Office statistique du Land de Rhénanie-Palatinat, Kassenärztliche Vereinigung du Land de Bade-Wurtemberg - Exploitation ORS Grand Est

Carte 16 : Gain de temps en termes d'accès trans-frontalier à un pédiatre



Sources : RPPS 2016, Office statistique du Land de Rhénanie-Palatinat, Kassenärztliche Vereinigung du Land de Bade-Wurtemberg - Exploitation ORS Grand Est

2.2 Synthèse

Les analyses permettent de conclure qu'en l'état actuel des choses, la mobilité transfrontalière depuis le domicile ne permet que très rarement de raccourcir le temps d'accès à l'offre de soins libéraux. Sur l'ensemble des spécialités considérées, les gains de temps d'accès ne concernent qu'un nombre très peu élevé de communes et d'habitants, et dans l'immense majorité des cas, les gains de temps peuvent être considérés comme négligeables (5 minutes ou moins).

Malgré ce constat, le renforcement de la mobilité transfrontalière semble néanmoins intéressant à la lumière des éléments suivants :

- » **Liberté de choix du médecin :** Dans les deux pays, prévaut la liberté du choix du médecin par le patient – même si elle restreinte côté français du fait du parcours du soin coordonné. Sur le territoire d'étude, on peut considérer que le faible nombre de médecins rend cette liberté de choix assez hypothétique. Le fait de pouvoir se rendre chez le médecin de l'autre côté de la frontière permettrait de rendre plus effective la liberté de choix du patient.
- » **Délais d'obtention d'un rendez-vous :** Il n'a pas été possible, dans le cadre du présent diagnostic, d'analyser de manière détaillée les conditions d'accès à l'offre de soins, et en particulier les délais d'obtention d'un rendez-vous. Au vu des faibles effectifs médicaux, il est probable que les délais d'obtention d'un rendez-vous puissent être assez longs pour certains médecins. Ce point est ressorti également des entretiens qualitatifs réalisés avec les acteurs locaux. Dans ce contexte, la possibilité de se rendre chez le médecin de l'autre côté de la frontière pourrait permettre d'apporter une solution face à des délais d'attente importants.
- » **Vision prospective :** si la mobilité transfrontalière ne permet pas actuellement de raccourcir les temps d'accès de manière significative, la situation pourrait être bien différente dans quelques années au vu de la démographie médicale sur le territoire (effectifs faibles, population médicale vieillissante).

2.3 Perspectives de coopération

Sur la base de l'état des lieux, c'est principalement pour faire face aux défis à venir à 5-10 ans que le renforcement de la coopération transfrontalière pourrait être envisagé comme un moyen d'améliorer l'accès aux soins de proximité des populations. Plusieurs champs d'action possibles ont été identifiés et discutés au sein du comité de suivi de l'étude :

- » Champ d'action 1 : Faciliter la mobilité transfrontalière des patients
- » Champ d'action 2 : Favoriser la mobilité transfrontalière des professionnels de santé
- » Champ d'action 3 : Renforcer l'attractivité du territoire pour les médecins, grâce au transfrontalier
- » Champ d'action 4 : Mettre en place des services partagés transfrontaliers (shared services)

Champ d'action n°1 : Faciliter la mobilité transfrontalière des patients

Face aux craintes de raréfaction de l'offre de soins libéraux sur le territoire d'étude, une première réponse transfrontalière serait de faciliter l'accès aux soins de l'autre côté de la frontière. Il faut distinguer ici entre deux types de publics :

- » **Travailleurs frontaliers**
Comme nous l'avons vu, le travail frontalier est très développé sur le versant français du territoire d'étude, où il concerne 29 % de la population active. Ces travailleurs frontaliers sont affiliés à une caisse d'assurance maladie allemande et ont donc, à ce titre, accès à l'offre de soins du versant allemand aux mêmes conditions

que tout assuré légal allemand. Par ailleurs, en application du règlement 883-2004⁵, ils ont également accès aux soins côté français, aux mêmes conditions de prise en charge que tout assuré français. Les mêmes règles prévalent pour les travailleurs frontaliers résidant en Allemagne et travaillant côté français, même si ces derniers sont peu nombreux. Ainsi, en matière de prise en charge, toutes les conditions sont réunies pour que ce public puisse bénéficier de l'offre de soins des deux côtés de la frontière. On peut par ailleurs supposer que la langue n'est pas un frein majeur pour les travailleurs frontaliers. Toutefois, il existe encore des obstacles à la mobilité :

- **Déficit d'information relative à la prise en charge :** Selon les résultats d'une enquête réalisée par des étudiants de l'IEP Strasbourg auprès des habitants du territoire d'étude⁶, les travailleurs frontaliers sont souvent mal informés de leurs droits. Nombre d'entre eux ignorent qu'ils ont droit à une prise en charge lorsqu'ils se rendent chez le médecin dans le pays dans lequel ils travaillent. Ainsi, si la mobilité transfrontalière des patients est envisagée comme une solution d'avenir, des actions d'information sur ce sujet seraient à prévoir ;
- **Méconnaissance de l'offre de soins :** une meilleure information sur l'offre de soins de part et d'autre côté de la frontière serait également de nature à favoriser la mobilité des patients ;
- **Médicaments :** Un certain nombre de questions se posent quant à la reconnaissance des prescriptions médicales en pharmacie en contexte transfrontalier, ainsi que sur les aspects de remboursement des médicaments. Ces questions ont été remontées par le Conseil rhénan, et doivent faire l'objet d'analyses plus poussées.

» Population hors travailleurs frontaliers

Pour le reste de la population, c'est-à-dire pour toutes les personnes qui ne bénéficient pas du statut de travailleur frontalier ou d'ayant-droit, les conditions de prise en charge telles que prévues dans les textes européens de référence (règlement 883/2004 et directive santé 2011/24⁷) restent insatisfaisantes. Les patients qui font le choix de consulter de l'autre côté de la frontière s'exposent encore aujourd'hui à un risque de reste à charge élevé. Par conséquent, si la mobilité transfrontalière est considérée comme une réponse aux difficultés d'accès aux soins, il sera nécessaire de trouver, en concertation avec les caisses, des solutions locales ad-hoc pour faire en sorte que cette catégorie de patients bénéficie d'une prise en charge (financière) optimale. Si des solutions sont trouvées, il restera à mener, pour ce public-là également, un travail d'information sur les possibilités existantes.

Pour conclure sur ce point, nous soulignerons que pour beaucoup d'acteurs et élus locaux interrogés, la question de la prise en charge en contexte transfrontalier est la première question à régler pour développer la coopération transfrontalière en santé.

Champ d'action 2 : Faciliter la mobilité transfrontalière des professionnels de santé

Un autre champ d'action transfrontalier consisterait à travailler autour de la mobilité des professionnels de santé. L'on pourrait ainsi imaginer qu'un médecin exerçant en Allemagne ouvre un second cabinet sur le versant français, ou qu'il y assure des consultations, par exemple à hauteur de un ou deux jours par semaine. Si un médecin souhaite s'inscrire dans ce type de démarche, ceci pourrait effectivement contribuer à mieux faire face aux besoins, et il

5 Règlement (CE) n° 883/2004 du parlement européen et du conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale

6 Enquête sur la mobilité des patients dans l'espace transfrontalier de Wissembourg/Bad Bergzabern/Landau, réalisée par des étudiants de SciencesPo Strasbourg (Sara Fischer, Antoine Gindre, Justine Iger, Jérémy Presle, Adèle Soroste, Mélanie Trommenschlager, Nathalie Treuter), sous la direction de Anne Dussap et Eddie Pradier (TRISAN), décembre 2016 – Rapport téléchargeable sur le site de TRISAN (www.trisan.org > Dokumente)

7 Directive n° 2011/24/UE du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers vise à garantir la *mobilité* des patients et la libre prestation de services de *santé*.

serait alors intéressant d'offrir un soutien au médecin en question. En revanche, au-delà d'un soutien au cas par cas, il est ressorti des discussions menées dans le cadre du comité de suivi de l'étude qu'il n'était pas pertinent de développer une approche plus systématique de renforcement de la mobilité des professionnels de santé. Ceci s'explique par plusieurs raisons :

- » En raison des faibles densités (actuelles et futures) de médecins sur le territoire, ces derniers ont des charges de travail très importantes. Dès lors, il est très invraisemblable qu'un médecin arrive à dégager suffisamment de temps pour développer des activités de l'autre côté de la frontière ;
- » La mobilité transfrontalière des médecins ne peut que difficilement faire l'objet de mesures d'encouragement. Son développement va surtout dépendre de l'intérêt individuel des médecins ;
- » Se pose la question de la maîtrise de la langue du voisin de la part du médecin.

Champ d'action n°3 : Renforcer l'attractivité du territoire pour les médecins, grâce au transfrontalier

Un autre champ d'action transfrontalier consisterait à rendre plus attractive l'installation de médecins sur le territoire. L'attractivité d'un territoire pour les médecins dépend de nombreux facteurs tels que la qualité de vie, les infrastructures existantes au sens large (offre culturelle, places de crèches, etc.), la présence d'un hôpital sur le territoire ou encore l'existence de communautés de professionnels. Par ailleurs, il existe dans chacun des pays des dispositifs d'aide à l'installation ciblant les zones fragiles.

La question qui se pose ici est de savoir si des approches transfrontalières pourraient contribuer à renforcer l'attractivité du territoire pour les médecins. Les discussions menées dans le cadre du comité de suivi de l'étude ont fait apparaître que la perspective d'exercer sur un territoire transfrontalier, au contact de patients de différents pays et cultures, peut être considéré en lui-même comme un facteur d'attractivité pour les médecins. Cet atout pourrait être mieux exploité, en travaillant à la mise en réseau des médecins et professionnels de santé de part et d'autres de la frontière. Les médecins venant s'installer trouveraient ainsi un cadre dans lequel ils pourront échanger avec leurs confrères du pays voisin, s'enrichir mutuellement et développer leurs pratiques.

On notera que la mise en réseau transfrontalière des médecins sera un corolaire indispensable au développement de la mobilité (cf. champ d'action n°1). En effet, bien souvent, le patient se rendra chez le médecin spécialiste qui lui est recommandé par son médecin traitant. Or, il est difficile d'imaginer qu'un médecin adressera un patient à un confrère étranger si les deux médecins ne se connaissent pas.

À terme, il serait possible d'envisager par exemple la création de « communautés professionnelles territoriales de santé » (CPTS) à dimension transfrontalière. Les CPTS sont un dispositif prévu aux articles L1434-12 et L1434-13 du code de la santé publique français. Elles permettent de coordonner l'action des professionnels de santé et ainsi améliorer les parcours de santé en proximité, notamment pour les patients atteints de maladies chroniques. Les CPTS peuvent associer des acteurs nombreux et divers : médecins libéraux, professionnels de santé, hôpitaux, structures médico-sociales, etc. Elles sont un instrument très souple qu'il serait possible de décliner sous une forme transfrontalière.

Le territoire pourrait également se positionner en proposant aux médecins en formation des parcours de stages transfrontaliers.

Champ d'action n°4 : Mise en place de services partagés transfrontaliers (shared services)

La réalisation du diagnostic transfrontalier a fait réémerger une idée discutée de longue date sur le territoire PAMINA, à savoir la mise en place d'une maison de santé pluridisciplinaire transfrontalière. L'idée serait de créer une structure gérée par des professionnels de santé allemands et français, et prenant en charge à la fois des

patients français et allemands. Cette idée apparaît séduisante à bien des égards :

- » Elle est en phase avec les attentes actuelles des jeunes médecins quant aux conditions d'exercice de la profession, et notamment l'intérêt croissant porté par ces derniers à l'égard des diverses formes d'exercice partagé de la profession ;
- » La création d'une telle structure constituerait un champ d'expérimentation transfrontalier inédit du fait de la multitude des questions juridiques qui se posent en termes d'autorisation à l'installation, de facturation, de prise en charge de soins, etc. Le caractère innovant de la structure pourrait contribuer à attirer des professionnels de santé sur le territoire (cf. champ d'action n°3) ;
- » Par son caractère ambitieux, la mise en place d'une telle structure serait un geste très fort sur le plan politique et symbolique. Elle permettrait de renforcer la visibilité de la coopération transfrontalière en santé dans le Rhin supérieur ;
- » On peut mentionner aussi la Communication n°534 de la commission européenne de septembre 2017 (*« Stimuler la croissance et la cohésion des régions frontalières de l'Union européenne »*), dont l'une des 10 propositions porte sur la mutualisation transfrontalière des équipements de santé. Un projet autour de la mise en place d'une maison de santé pluridisciplinaire rentrerait parfaitement dans ce cadre.

Toutefois, il convient d'émettre aussi les points de vigilance suivants :

- » L'expérience développée en France autour de la mise en place de maisons de santé tend à montrer que les projets de maison de santé ne fonctionnent que s'ils sont portés dès l'origine par des professionnels de santé. Ainsi, la Région Grand Est, qui a mis en place des dispositifs d'aide financière à la création de maisons de santé, ne finance plus désormais les projets portés exclusivement par des collectivités locales. En d'autres termes, il sera essentiel de trouver en amont des médecins et autres professionnels de santé prêts à s'engager dans le projet. Sur la base des discussions menées au sein du comité de suivi de l'étude, cela risque d'être difficile. En effet, beaucoup de médecins du territoire sont proches de la retraite et il est peu probable qu'ils souhaitent se lancer dans un projet d'une telle ampleur alors qu'ils sont en fin de carrière ;
- » La mise en place d'une maison de santé transfrontalière destinée à accueillir à la fois des patients français et allemands suppose que soit réglée en amont la question de la prise en charge financière des soins transfrontaliers (cf. champs d'action n°1) ;
- » Un certain nombre de questions concernent le financement de la structure. Dans chacun des pays, il existe des dispositifs de soutien à l'investissement pour la création de telles structures. Dans le cadre d'un projet transfrontalier, il conviendrait que la structure puisse cumuler les aides des deux pays. Ceci suppose cependant de s'affranchir du principe de territorialité auquel sont soumis les dispositifs d'aide existants. Par ailleurs, les aides accordées sont conçues comme des aides au démarrage. La structure devra pouvoir s'autofinancer une fois que les aides auront pris fin. Il conviendra donc de s'assurer en amont de la rentabilité de la structure ;
- » Il existe des différences non négligeables de pratiques de soins/culture médicale entre les deux pays. A titre d'exemple, les médecins allemands font la plupart du temps appel à un assistant médical qui les assiste dans les examens et l'auscultation (piqûre, bandages...), tandis qu'en France, le médecin travaille souvent seul. De même, en France, pour les examens qui nécessitent un équipement spécifique (analyse de sang ou d'urine, radiographie, échographie, électrocardiogramme, etc.), le patient est en règle générale redirigé vers un laboratoire ou un médecin spécialiste. En Allemagne, ces examens sont le plus souvent réalisés chez le médecin généraliste⁸. Ces différences de culture de soins impliquent des

8 Pour plus d'informations sur les différences entre les deux pays, nous renvoyons à l'article « Différences cachées... : la visite chez le médecin – cinq différences entre la France, l'Allemagne et la Suisse », consultable sur le site de TRISAN (<https://www.trisan.org/fr/systemes-de-sante/differences-cachees-la-visite-chez-le-medecin-cinq-differences-entre-la-france-lallemagne-et-la-suisse/>).

différences au niveau de l'organisation matérielle et des coûts structurels (achat et entretien des équipements). Dans le cadre d'une maison de santé transfrontalière vont se poser les questions de savoir quel modèle s'applique, et comment les soins seront refacturés dans le pays voisin ;

- » Enfin, il existe un certain nombre de questions relatives aux conditions d'installation des médecins. Côté allemand, l'installation en tant que médecin conventionné est soumise à autorisation délivrée par la *Kassenärztliche Vereinigung* en concertation avec les caisses. La délivrance de cette autorisation n'est pas une simple formalité, elle est conçue comme un instrument de régulation de l'offre : Si le secteur en question est considéré comme suffisamment doté, un médecin ne pourra pas s'installer. Or, on peut constater que, pour toutes les spécialités prises en considération dans ce diagnostic, l'installation de médecins est actuellement verrouillée sur l'ensemble du versant allemand, à l'exception de la médecine générale sur le secteur de Bad Bergzabern. En d'autres termes, l'installation de médecins allemands au sein d'une maison de santé ne sera pas forcément possible au moment voulu.

Au final, les réflexions menées au sein du comité de suivi de l'étude ont conduit aux conclusions suivantes :

- » La mise en place d'une maison de santé pluridisciplinaire transfrontalière est un objectif souhaitable, mais il convient de trouver au préalable des solutions ad-hoc concernant la prise en charge des soins transfrontaliers ;
- » La mise en place d'une maison de santé transfrontalière nécessite de trouver des professionnels qui acceptent de porter le projet. Pour ce faire, il conviendrait d'approcher les professionnels de santé exerçant sur le territoire pour leur exposer l'idée de projet. Les internes ne semblent pas devoir être une cible prioritaire, les chiffres montrant que les médecins fraîchement diplômés ont une préférence pour un statut de médecin remplaçant ou salarié, et ne s'installent pas – en règle générale – avant une bonne dizaine d'année. En revanche, les médecins remplaçants sont une cible à ne pas négliger ;
- » Pour convaincre des professionnels à se lancer dans la création d'une maison de santé transfrontalière, il faudra pouvoir leur démontrer qu'un tel projet est effectivement faisable et viable sur le long terme. Cela suppose de mener en amont une étude plus approfondie de la faisabilité du projet, passant en revue l'ensemble des obstacles juridiques qui se posent, avec des solutions à trouver pour chacun de ces obstacles. Sur bien des points, il est probable que les solutions n'existent pas à l'heure actuelle : il faudra les construire dans le cadre de négociations multi-partenariales, et en s'appuyant le cas échéant sur le droit à l'expérimentation. Le fait que des solutions ad-hoc doivent être trouvées impose que la création d'une maison de santé transfrontalière soit soutenue activement au niveau politique ainsi que par l'ensemble des acteurs compétents (ARS, ministères des Länder, *Kassenärztliche Vereinigungen*, caisses, etc.) ;
- » La mise en place d'une maison de santé transfrontalière pose des questions juridiques nombreuses et complexes. Au total, il faut compter une période de 5 à 10 ans pour la mise en place d'une maison de santé transfrontalière, ce qui plaide pour commencer le plus tôt possible ;
- » S'il apparaît que la création d'une maison de santé pluridisciplinaire transfrontalière est un objectif trop ambitieux, il pourrait être judicieux d'aborder la question de manière plus large, sous l'angle des services partagés (par exemple : services infirmiers à domicile, service de portage de repas, etc.).

III. OFFRE HOSPITALIÈRE

1. État de lieux de l'offre

Le versant français du territoire d'étude compte un seul hôpital, le Centre Hospitalier Intercommunal de la Lauter (Wissembourg) qui est un établissement hospitalier de proximité en direction commune avec le Centre Hospitalier de Haguenau.

Les modalités d'orientation des patients sont définies dans le cadre de la Direction commune et dans le cadre du Groupement hospitalier de territoire (GHT 10)⁹, qui organise une gradation de l'offre de soins : soins de proximité à Wissembourg, offre de référence à Haguenau et offre de recours à Strasbourg.

Le versant allemand du territoire d'étude compte deux hôpitaux de proximité :

- » l'hôpital de Bad Bergzabern, qui constitue l'un des trois sites de l'hôpital de Landau-Südliche Weinstraße (Klinikum Landau-Südliche Weinstraße), les deux autres sites étant Landau et Annweiler. Il s'agit d'un hôpital public, quoique qu'ayant une forme juridique de droit privé¹⁰ ;
- » l'hôpital de Kandel, un des deux hôpitaux de Asklepios Südpfalzkliniken (l'autre site étant Germersheim). Il s'agit d'une clinique privée.

Pour les soins plus spécialisés, la prise en charge du patient se fait en fonction du choix du patient et des places disponibles dans l'un des hôpitaux environnants (Landau, Karlsruhe, Speyer, Ludwigshafen, etc.).

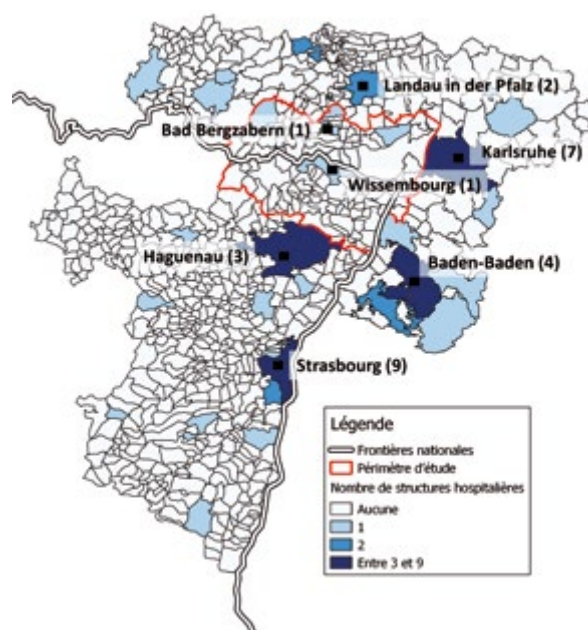
Le versant allemand du périmètre d'étude compte par ailleurs trois hôpitaux spécialisés :

- » la BioMed-Klinik, à Bad Bergzabern, spécialisée notamment en oncologie et hématologie ;
- » la Pfalzkllinikum für Psychiatrie, située à Klingenmünster et offrant des soins en psychiatrie et neurologie ;
- » la Felsenland Klinik, à Dahn spécialisée dans les troubles liés à la santé mentale.

2. Potentiels de coopération

En premier lieu, il convient de rappeler l'existence d'une coopération dans le domaine de l'aide médicale urgente entre le Centre Hospitalier intercommunal de la Lauter (Wissembourg), l'hôpital de Landau (Klinikum Landau-Südliche Weinstraße) et la Croix rouge allemande (DRK Rettungsdienst Südpfalz). Cette coopération est née en 2002, et apporte une réponse au manque de

Carte 17 : Implantation des structures hospitalières en 2015-2016



Sources : SAE 2016, Offices statistiques de l'Etat fédéral et des Länder allemands - Exploitation ORS Grand Est

9 Pour plus d'informations : Cahier thématique « Le secteur hospitalier en France, en Allemagne et en Suisse », consultable sur le site de TRISAN (www.trisan.org > Documents).

10 Pour plus d'informations : Cahier thématique « Le secteur hospitalier en France, en Allemagne et en Suisse », consultable sur le site de TRISAN (www.trisan.org > Documents).

médecins urgentistes (*Notärzte*) sur le secteur de Bad Bergzabern. Elle prévoit que les interventions du médecin urgentiste sur le secteur de Bad Bergzabern sont assurées les nuits (en semaine) par le SMUR de Wissembourg. Le médecin urgentiste et les infirmiers du SMUR sont acheminés sur le lieu de détresse par un véhicule de la Croix Rouge Allemande posté à Wissembourg les nuits de 19 h 30 à 6 h 30. Le nombre d'interventions assurées est important (entre 90 et 120 interventions par an). La convention de 2002 nécessitait d'être mise en conformité avec l'accord-cadre de franco-allemand de coopération sanitaire. Une version actualisée de la convention a été élaborée en 2017 et signée en mars 2018.

Dans le cadre du diagnostic, des entretiens qualitatifs ont été menés avec la direction des deux hôpitaux publics implantés sur le territoire d'étude (hôpitaux de Wissembourg et de Bad Bergzabern) pour sonder leurs besoins, attentes et idées en termes de coopération transfrontalière. Plusieurs champs potentiels de coopération ont pu être identifiés. Il faut toutefois préciser qu'il n'a pas été possible de vérifier si les idées de coopération recensées reposent sur un intérêt partagé de la part des deux hôpitaux et/ou autres acteurs concernés. Par ailleurs, la faisabilité de mise en œuvre des idées de projet n'a pas été analysée plus avant, sauf pour ce qui concerne les potentiels de coopération dans le champ de la périnatalité (cf. volet 2 du diagnostic).

Les champs de coopération potentiels sont les suivants :

Neurochirurgie

Côté français, dans le cadre du Groupement hospitalier de Territoire (GHT), les urgences neurochirurgicales (hémorragies cérébrales) ont vocation à être prises en charge aux Hôpitaux universitaires de Strasbourg. Pour l'hôpital de Wissembourg, il semblerait intéressant de mettre en place une coopération pour une prise en charge en urgence à Karlsruhe en cas de saturation du service concerné des Hôpitaux universitaires de Strasbourg. Une telle coopération pourra bénéficier des contacts étroits développés par l'hôpital de Wissembourg avec les services d'aide médicale urgente côté allemand.

Urologie

L'hôpital de Wissembourg ne dispose pas de service urologie. Les patients du versant français sont actuellement pris en charge à la clinique Saint-François à Haguenau. Pour l'hôpital de Wissembourg, il pourrait être intéressant d'envisager des modalités de coopération avec le service urologie de l'hôpital de Bad Bergzabern. Plusieurs formes de coopération sont envisageables, en particulier :

- » Prise en charge des patients français à Bad Bergzabern ;
- » Consultations avancées assurées à l'hôpital de Wissembourg par le médecin urologue de l'hôpital de Bad-Bergzabern.

La mise en place d'une telle coopération ne serait pas en contradiction avec le projet médical partagé adopté dans le cadre du GHT, dans la mesure où la clinique de Saint-François n'est pas partie prenante au GHT (qui ne concerne que les hôpitaux publics).

Rééducation fonctionnelle

L'hôpital de Bad Bergzabern dispose d'un service de pointe, reconnu bien au-delà de son aire d'attractivité, en matière de rééducation fonctionnelle (*konservative Orthopädie*). Les prestations proposées par ce service permettent notamment à de nombreux patients souffrant d'une hernie discale d'éviter une opération chirurgicale. Selon l'hôpital de Wissembourg, il semblerait intéressant de développer des coopérations en la matière avec

l'hôpital de Bad Bergzabern. Cette coopération pourrait prendre plusieurs formes :

- » Rendre possible l'adressage des patients français à Bad Bergzabern et ainsi faire bénéficier la population locale de la proximité d'un service orthopédique de pointe ;
- » Echanges de pratiques entre les médecins des deux hôpitaux.

Coopération autour de la périnatalité

Les potentiels de coopération en la matière feront l'objet d'une partie dédiée (cf. volet 2).

Soins de suite et de réadaptation en cardiologie

L'hôpital de Wissembourg dispose d'une unité de soins de suite et de réadaptation cardiologique. Des coopérations pourraient être envisagées dans ce domaine, en vue d'une prise en charge de patients allemands et/ou du développement d'échanges entre professionnels médicaux français et allemands.

Urgences médicales et traumatologiques

Les hôpitaux de Wissembourg et Bad Bergzabern disposent tous deux d'un service de prise en charge des urgences. Pour les communes allemandes situées immédiatement à la frontière au niveau de Wissembourg, il pourrait être intéressant d'envisager une prise en charge des urgences médicales et traumatologiques à l'hôpital de Wissembourg, pour des raisons de proximité.

Pour la mise en œuvre d'un tel dispositif, il serait possible de profiter des liens étroits existant déjà au niveau local entre les acteurs de l'aide médicale urgente. L'on précisera également que la version actualisée (2018) de la convention locale sur l'aide médicale urgente prévoit que les patients allemands pris en charge par le SMUR de Wissembourg lors des interventions de nuit sur le secteur de Bad Bergzabern peuvent désormais, dans certains cas, être acheminés à l'hôpital de Wissembourg.

Ophtalmologie

À Wissembourg, un cabinet d'ophtalmologie est en train d'être repris par une jeune médecin qui dispose d'une double spécialisation médicale et chirurgicale. L'hôpital de Wissembourg entend réaliser des investissements pour permettre à ce médecin d'opérer à l'hôpital de Wissembourg. Cette nouvelle offre pourrait éventuellement intéresser la partie allemande, étant donné que l'hôpital de Bad Bergzabern ne propose pas d'ophtalmologie chirurgicale.

Mammographie

L'hôpital de Wissembourg a prévu de développer prochainement une activité mammographie. Sont prévus la création d'un service, l'achat d'équipements et le développement des compétences médicales. Cette nouvelle activité pourrait éventuellement intéresser des patientes allemandes.

Synthèse

Au final, on peut conclure que les champs de coopération potentiels dans le secteur hospitalier sont nombreux et

variés, tant dans leur objet (pathologies concernées) qu'en ce qui concerne les formes possibles que pourrait prendre la coopération (adressage de patients, échanges entre praticiens, etc.). On peut constater également que chaque versant de la frontière est en capacité de proposer des choses intéressantes, de telle sorte que des coopérations équilibrées et réciproques, en mode gagnant-gagnant, pourraient voir le jour.

IV. PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES

1. État des lieux de l'offre

En Allemagne, l'organisation de la permanence des soins ambulatoires (appelée tantôt «*ärztlicher Notfalldienst*» ou «*ärztlicher Bereitschaftsdienst*») relève de la compétence des *kassenärztliche Vereinigungen* au niveau de chaque Land. Le code de la sécurité sociale (Livre V, article 75) dispose en effet que ces dernières doivent garantir l'accès aux soins de médecine de ville y compris pendant les heures de fermeture des cabinets.

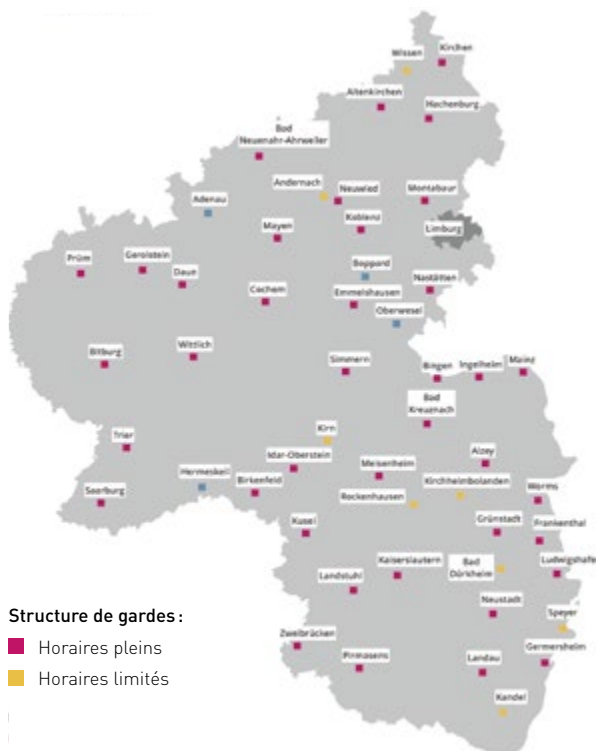
Pour satisfaire à cette obligation légale, les *Kassenärztliche Vereinigungen* de chacun des Länder éditent des directives précisant l'organisation de la médecine de garde sur leur périmètre de compétence :

- » Pour le Land de Rhénanie-Palatinat : «*Bereitschaftsdienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz*» du 02.07.2009, complétée par la «*Richtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz zur Bereitschaftsdienstordnung*» du 14.12.2009;
- » Pour le Land de Bade-Wurtemberg : «*Notfalldienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg*» du 19.06.2013, complété par le «*Statut zur Notfalldienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg*» du 09.07.2017.

Tous les médecins de ville conventionnés ont l'obligation de participer au système de médecine de garde. À l'inverse, les médecins non conventionnés (*Privatärzte*) et les médecins hospitaliers ne sont pas obligés d'y participer. Ils peuvent toutefois, sous certaines conditions, y participer de leur propre initiative. L'obligation faite aux médecins conventionnés s'applique tant aux médecins généralistes qu'aux médecins spécialistes. Toutefois, les ophtalmologues, les ORL et les pédiatres peuvent en être dispensés dès lors qu'ils participent à la médecine de garde de spécialité.

Jusqu'en 2014, la médecine de garde était souvent assurée à tour de rôle par les médecins dans leur propre cabinet ou postés à leur domicile. Les patients devaient alors se référer aux journaux ou publications locales pour trouver le numéro et/ou l'adresse du médecin de garde. Aujourd'hui, ce système a disparu au profit de structures de garde centralisées, appelées «*Bereitschaftsdienstpraxen*» en Rhénanie-Palatinat et «*Notfallpraxen*» en Bade-Wurtemberg. Ce mode d'organisation est plus transparent pour le patient, du fait

Carte 18 : Implantation des structures de garde dans le Land de Rhénanie-Palatinat en 2018



Source : Kassenärztliche Vereinigung du Land de Rhénanie-Palatinat

que l'adresse de la structure de garde la plus proche est toujours la même, et du fait qu'il existe désormais un numéro d'appel unique, valable dans toute l'Allemagne, le 116 117. En revanche, les temps de trajet peuvent être plus longs que par le passé.

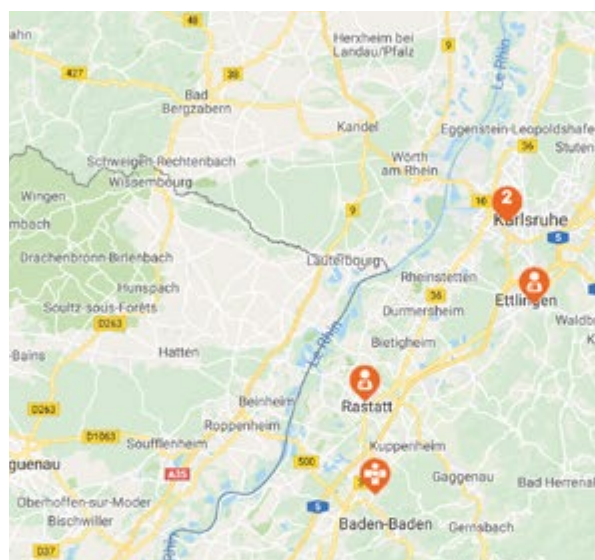
En Rhénanie-Palatinat comme en Bade-Wurtemberg, les patients peuvent se rendre directement dans une structure de garde (celle de leur choix) : Il n'est pas nécessaire d'appeler préalablement le 116 117. S'ils ne connaissent pas l'adresse ou les horaires d'ouverture de la structure de garde, ou si leur demande concerne une visite à domicile, les patients doivent composer le 116 117. Ce numéro d'appel est valable dans toute l'Allemagne.

La carte 18 permet de localiser les structures de garde dans le Land de Rhénanie-Palatinat. Il existe une seule structure de garde sur le périmètre d'étude, située à Kandel. Cette structure de garde est ouverte seulement les week-ends de 09 h 00 à 18 h 00. En dehors de ces créneaux, les patients doivent se rendre dans les structures de garde de Landau ou Gernersheim, qui assurent une couverture complète des horaires de fermeture des cabinets¹¹.

La carte 19 permet de localiser les structures de garde du Land de Bade-Wurtemberg situées autour du périmètre d'étude. On notera que les structures de garde de Karlsruhe, Baden-Baden et Ettlingen ont des horaires d'ouverture limités, tandis que la structure de garde de Rastatt assure une couverture complète des horaires de fermeture des cabinets (tableau 3).

Du côté français, l'organisation de la permanence des soins ambulatoires (PDSA) relève de la compétence des ARS. L'organisation de la PDSA dans l'ante région Alsace est fixée dans un document appelé « Cahier des charges régional fixant les conditions d'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire – Région Alsace » entré en vigueur en juillet 2015. Un nouveau cahier des charges devrait être adopté au printemps 2018.

Carte 19 : Structures de garde du Bade-Wurtemberg implantées à proximité du périmètre d'étude



Source : Kassenärztliche Vereinigung du Land de Bade-Wurtemberg

Tableau 3 : Horaires d'ouverture des structures de garde du Bade-Wurtemberg

Karlsruhe	Horaires limités / Eingeschränkte Öffnungszeiten Lundi, mardi, jeudi/Mo, Di, Do : 19.00 – 22.00 Mercredi/Mi : 13.00 – 22.00 Vendredi/Fr : 16.00 – 22.00 Sam., dim., jours fériés/Sa, So, Feiertage : 8.00-22.00
Ettlingen	Horaires limités / Eingeschränkte Öffnungszeiten Lundi à vendredi/Mo bis Fr: 19.00 – 21.00 Sam., dim., jours fériés/sa, So, Feiertage : 10.00-14.00 / 16.00- 20.00
Rastatt	Couverture complète des horaires de fermeture de cabinet / Vollständige Öffnungszeiten Lundi à jeudi/Mo-Do : 19.00 – 07.00 Vendredi/Fr : 19.00 – 08.00 Samedi/Sa : 08.00 – 08.00 Dimanche et jours fériés/So und Feiertage : 8.00 – 07.00
Baden-Baden	Horaires limités / Eingeschränkte Öffnungszeiten Vendredi/Fr : 19.00 – 22.00 Sam., dim., jours fériés/Sa, So, Feiertage : 08.00 – 22.00

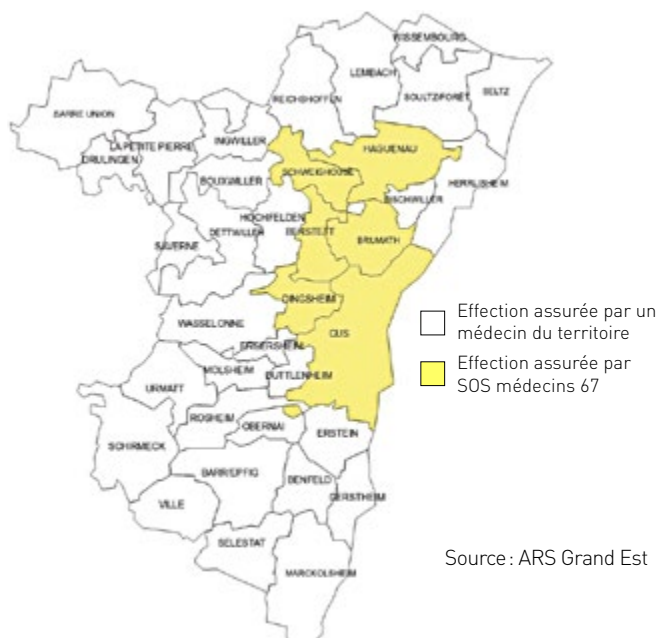
Source : Kassenärztliche Vereinigung du Land de Bade-Wurtemberg

¹¹ On notera que les patients qui se rendent à la structure de Kandel et trouvent porte close sont redirigés sur l'hôpital de Kandel.

L'organisation concrète de la permanence des soins varie d'un territoire à l'autre. Le périmètre d'étude englobe deux territoires, le territoire de Wissembourg, et les territoires de Soultz-sous-Forêt et de Seltz, qui ont fusionné entre-temps (cf. carte 20). Sur ces deux territoires, la PDSA est assurée par les médecins de ville (sur la base du volontariat) à tour de rôle, dans leur propre cabinet. Le patient n'est pas habilité à se rendre directement chez le médecin. Il doit passer par le régulateur, c'est à dire appeler préalablement le 03 69 55 33 33.

Sur le territoire de Wissembourg, la permanence des soins assure une couverture complète des horaires de fermeture des cabinets. Sur le territoire de Soultz-sous-Forêt/Seltz, les gardes sont assurées uniquement en soirée jusqu'à minuit, ainsi que le week-end.

Carte 20 : Les territoires de PDSA dans le Département du Bas-Rhin



2. Potentiels de coopération

Du côté allemand, on peut considérer que les territoires pris en compte dans le présent diagnostic sont bien couverts en matière de permanence des soins ambulatoires, du fait notamment de la présence à Landau d'une structure de garde couvrant la totalité des horaires de fermeture des cabinets.

Pour les communes les plus proches de la frontière dans la zone de Bad Bergzabern, il pourrait être intéressant pour les patients de se rendre chez le médecin de garde du territoire de Wissembourg (plus proche que Landau).

Toutefois la mise en place d'une coopération est confrontée à des défis importants quant à la faisabilité :

- » Comme nous l'avons vu, la PDSA est assurée côté français par les médecins libéraux exerçant les gardes à tour de rôle dans leur propre cabinet. Il n'existe donc pas de structure de garde centralisée, facilement localisable pour les patients allemands ;
- » Par ailleurs, pour pouvoir se rendre chez le médecin de garde côté français, il est nécessaire d'appeler au préalable le 03 69 55 33 33. Cela suppose que le patient allemand connaisse ce numéro. Par ailleurs, cela représente pour le patient allemand un décalage systémique, puisqu'il est habitué à se rendre directement chez le médecin de garde. Vient s'ajouter également la question de la barrière linguistique ;
- » Comme toujours en matière de mobilité transfrontalière des patients, une autre question qui se pose est celle de la prise en charge financière.

Du côté français, on peut considérer que le territoire de Wissembourg est bien couvert puisque les gardes sont assurées à la fois en soirée, en nuit profonde ainsi que les week-ends. En revanche, la situation est plus critique pour les territoires de Soultz-sous-Forêt et de Seltz, pour lesquels les gardes ne sont pas assurées en nuit profonde. Toutefois, les potentiels de coopération sont limités. En ce qui concerne le territoire de Soultz-Sous-Forêt, on constate que la structure de garde la plus proche côté allemand (Kandel) a des horaires d'ouverture extrêmement limités. Pour le territoire de Seltz, les structures de garde de Kandel, Karlsruhe, et Baden-Baden ne présentent pas un grand intérêt a priori, puisqu'elles ne proposent pas, elles non plus, de gardes la nuit. Toutefois, pour les patients de certaines communes, il pourrait être intéressant de se rendre à la structure de garde de Rastatt.

V. STRUCTURES DE PRISE EN CHARGE ET MODES D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES

1. État des lieux de l'offre

L'encadré ci-dessous présente une typologie des structures de prise en charge et des modes d'hébergements adaptés pour personnes âgées en France et en Allemagne.

CLASSIFICATION DES STRUCTURES DE PRISE EN CHARGE ET DES MODES D'HÉBERGEMENT ADAPTÉS EN FRANCE :

Établissements d'hébergement pour les personnes âgées (EHPA)

Structures d'accompagnement non-médicalisées qui s'adressent aux personnes âgées autonomes. Proposent des services collectifs facultatifs, comme le portage de repas, l'animation ou les courses. Financement : Les résidents paient le loyer et les charges et peuvent bénéficier des aides au logement.

Établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes (EHPAD)

Établissements médico-sociaux. Hébergent des personnes âgées dépendantes et les accompagnent dans tous les actes de la vie quotidienne. Services proposés qui évoluent selon le degré de dépendance physique ou psychique. Financement : Les résidents payent le tarif d'hébergement, le conseil départemental finance le tarif dépendance par le biais de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), l'assurance maladie finance le tarif soins.

Unités de soins de longue durée (USLD)

Structures rattachées à un établissement hospitalier. S'adressent à des personnes âgées très dépendantes, souffrant de pathologies lourdes et nécessitant une surveillance médicale constante. Moyens médicaux mis en œuvre plus importants que dans les EHPAD. Prestations : suivi médical continu, prestations de soins et d'hygiène, gardes de nuit, réhabilitation motrice, accompagnement dans tous les actes de la vie quotidienne. Financement : Mêmes modalités que pour les EHPAD.

Accueils temporaires

Hébergement temporaire dans un EHPAD. Peuvent-être utilisés ponctuellement ou régulièrement. Assurent un répit aux proches aidants. Financement : Mêmes modalités que pour les EHPAD.

Accueils de jour

Assurent la prise en charge médico-sociale des personnes âgées pendant la journée. S'adressent en particulier aux personnes atteintes de maladies dégénératives. Accueil proposé par des EHPAD ou par des structures autonomes dédiées exclusivement à l'accueil de jour. Financement : recours à l'APA.

Résidences autonomie

Logements indépendants d'une taille variée. Mise à disposition d'espaces communs d'animation et éventuellement de restauration. Possibilité de faire appel à des services de soins à domicile. Financement : Les résidents paient le loyer, les charges locatives et les frais liés aux prestations obligatoires et facultatives. Ils peuvent bénéficier de l'APA et de l'aide au logement.

CLASSIFICATION DES STRUCTURES DE PRISE EN CHARGE ET DES MODES D'HEBERGEMENT ADAPTÉS EN ALLEMAGNE :

Altersheime

Hébergent des personnes âgées qui conservent une certaine autonomie. Financement : Résidents payent les coûts d'hébergement et de restauration.

Pflegeheime

Hébergent des personnes âgées dépendantes et les accompagnent dans tous les actes de la vie quotidienne. Assurent les prestations de soins. Financement : les résidents payent les coûts d'hébergement et de restauration. Les sommes versées servent à financer les coûts d'investissement. Les « *Pflegekassen* » (caisses dépendance) financent les prestations de soins selon le degré de dépendance.

Accueil de jour (*Tagespflege/Tagesstätte*)

Assurent la prise en charge médico-sociale des personnes âgées pendant la journée. S'adressent en particulier aux personnes atteintes de maladies dégénératives. Proposent des services de soins et des activités thérapeutiques et physiques. Accueil proposé par des *Pflegeheime* ou par des structures autonomes dédiées exclusivement à l'accueil de jour. Financement : Mêmes modalités que pour les *Pflegeheime*.

Accueil de nuit (*Nachtpflege*)

Assurent la prise en charge médico-sociale des personnes âgées pendant la nuit. Proposent des services de soin. Accueil proposé par des *Pflegeheime* ou par des structures autonomes dédiées exclusivement à l'accueil de jour. Financement : Mêmes modalités que pour les *Pflegeheime*.

Accueil temporaire (*Kurzzeitpflege*)

Hébergement temporaire, souvent intégré à un *Pflegeheim*. Assure un répit aux proches aidants ou une hospitalisation en situation de crise. Durée de l'hébergement qui peut varier. Financement : Mêmes modalités que pour les *Pflegeheime* et au maximum 1 662€ par an.

« *Betreutes Wohnen* »

Logements indépendants d'une taille variée. Recours à des services de soins à domicile obligatoire. Financement : aide de l'Etat en hauteur de 2500€/personne pour la mise en place du logement (aide unique). Aide supplémentaire de 214€/mois pour le recours à des prestations de soins communes.

Au sein du périmètre d'étude, tant sur le versant allemand que sur le versant français, on constate un important maillage géographique des structures de prise en charge pour personnes âgées dépendantes.

Le périmètre d'étude compte ainsi huit établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) côté français, et 7 EHPAD (*Pflegeheime*) côté allemand (tableau 4). Côté allemand, les *Pflegeheime* proposent une capacité totale de 769 places sur le versant allemand du périmètre d'étude, soit une densité de 60 places pour 1 000 personnes de 75 ans et plus. On observe une densité inférieure à la moyenne des Länder de Rhénanie-Palatinat et de Bade-Wurtemberg (respectivement 75 et 76 places pour 1000 habitants de 75 ans et plus). Côté français, dans l'ensemble des EHPAD du périmètre d'étude, on recense 474 places, soit une densité de 88 places pour 1000 habitants de 75 ans et plus. Cette densité est inférieure à la moyenne régionale (102 places pour 1000 habitants de 75 ans et plus).

Tableau 4: EHPAD (2017) et Pflegeheime (2015)

	Nombre de structures	Nombre total de places *	Densité p. 1000 hab. de 75 ans et plus
Ensemble du périmètre allemand	7	769	60
Rhénanie-Palatinat	516	33 544	75
Bade Wurtemberg	1 240	85 799	76
Ensemble du périmètre français	8	474	88
Grand Est	614	51 004	102
Ensemble du périmètre d'étude	15	1 243	69

* Places à temps plein et en accueil temporaire

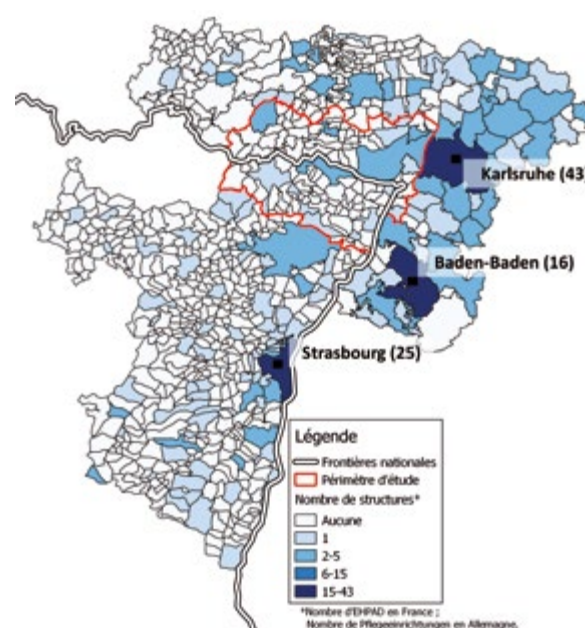
Sources : FINESS 2017, Offices statistiques du Bund et des Länder allemands 2015 - Exploitation ORS Grand-Est

Sur le versant français, hormis les huit EHPAD, on recense également un centre d'accueil de jour à Wissembourg avec une capacité de 12 places en accueil temporaire, ainsi qu'une résidence autonomie à Wissembourg, avec une capacité de 50 places en hébergement complet.

Sur le versant allemand, hormis les sept EHPAD (*Pflegeheime*), on recense également un EHPA (*Altersheim*), cinq centres d'accueil de jour (*Tagestätte*), et trois structures de « *Betreutes Wohnen* » (résidences autonomie).

Les services de soins à domicile/d'aide à la personne en perte d'autonomie n'ont pas pu être recensés en raison de l'éclatement de l'offre et de décalages systémiques entre les deux pays (notamment l'absence d'infirmiers libéraux côté allemand).

Carte 21: Implantation des EHPAD (2017) et Pflegeheime (2015)



* Places à temps plein et en accueil temporaire

Sources : FINESS 2017, Offices statistiques du Bund et des Länder allemands 2015 - Exploitation ORS Grand Est

2. Potentiels de coopération

Si on envisage le territoire transfrontalier à 360°, il pourrait être intéressant pour une personne âgée dépendante de pouvoir recourir à une structure de prise en charge de l'autre côté de la frontière (offre d'hébergement ou service de soins ou d'aide à domicile), par exemple lorsque cette personne n'a pas obtenu de place à proximité de son domicile dans son propre pays, ou parce qu'une structure située de l'autre côté de la frontière correspond mieux à ses attentes. À titre d'exemple, selon les informations communiquées par la Direction de l'hôpital de Wissembourg, le centre d'accueil de jour de Wissembourg (géré par l'hôpital) dispose de places non occupées, et pourrait accueillir des personnes résidant en Allemagne.

Dans ce contexte, il serait intéressant de travailler sur la question de la portabilité des droits en contexte transfrontalier. En effet, de nombreux obstacles existent en la matière.

Côté français, les prestations relevant de la dépendance sont prises en charge par les Conseils départementaux par le biais de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Ainsi, le tarif d'une place en EHPAD ou en accueil de jour se décompose en un tarif hébergement (payée par la personne), un tarif dépendance (financé par le biais de l'APA, qui est versé directement à l'EHPAD) et un tarif de soins (financé par l'assurance maladie). De même, le recours à un service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) ou d'un service polyvalent de soins et d'aides à domicile (SPASAD) fait l'objet d'un financement par l'APA, en fonction du degré de dépendance de la personne. Les conditions d'obtention de l'APA sont fixées dans le code de l'action sociale et des familles. Aux termes de l'article L 232-1, l'APA s'adresse à toute personne âgée résidant en France qui se trouve dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liés à son état physique ou mental. L'obtention de la prestation est donc conditionnée au lieu de résidence en France.

Appliqué à un cas concret, cela signifie que si une personne, résidant jusque-là en France, souhaite être hébergée dans un EHPAD côté allemand (qui deviendrait alors sa résidence), elle ne pourra pas bénéficier de l'APA. Elle n'obtiendra pas non plus d'allocation côté allemand (*Pflegegeld*) puisqu'elle n'y aura pas cotisé. Ceci vaut également pour de nombreux anciens travailleurs frontaliers qui sont déjà à la retraite : Bien qu'ayant cotisé pour le *Pflegegeld* pendant toute la durée de leur vie professionnelle, s'ils perçoivent une retraite française en parallèle de leur retraite allemande, ils perdent leurs droits au *Pflegegeld* lors du départ à la retraite s'ils résident en France. Une évolution de la législation sur ce point semble souhaitable dans un contexte où les premières générations de travailleurs frontaliers arrivent désormais dans des tranches d'âge où le risque de dépendance est élevé.

Au-delà de la question du recours à une structure d'hébergement permanent à l'étranger, il serait intéressant d'étudier la possibilité pour une personne dépendante de bénéficier de l'APA lorsqu'elle souhaite recourir à une offre d'accueil de jour implantée côté allemand ou si elle souhaite faire intervenir à son domicile un service d'aide à domicile allemand. En l'espèce, les obstacles à lever semblent moins élevés dans la mesure où la personne continue à résider en France, et satisfait donc au critère de résidence de l'article L 232-1 du code de l'action sociale et des familles.

Côté allemand, toutes les personnes qui travaillent en Allemagne cotisent dans une caisse dépendance (*Pflegekasse*) ce qui leur ouvre des droits à l'allocation dépendance (*Pflegegeld*) dans la mesure où, au moment de la demande, elles résident en Allemagne. Cette allocation prend la forme d'une prestation financière versée directement à la personne, destinée à financer soit un hébergement en établissement, soit un proche aidant. Cette allocation est exportable dans les pays de l'Union européenne et de l'Espace économique européen et en Suisse. Appliqué à un cas concret, cela signifie qu'une personne dépendante vivant sur le versant allemand qui souhaite recourir à une

offre d'accueil de jour côté français, voir s'installer dans un EHPAD côté français, pourra continuer bénéficier du *Pflegegeld*.

Alternativement au versement du *Pflegegeld*, les personnes ayant cotisé auprès d'une caisse dépendance en Allemagne peuvent bénéficier de la « *Pflegesachleistung* ». Il s'agit d'une prestation en nature, sous la forme d'une aide à domicile financée directement par la caisse dépendance. La question de la portabilité des droits est plus compliquée dans la mesure où la *Pflegesachleistung* ne peut être versée à un prestataire implanté à l'étranger. Il faut alors distinguer deux cas :

- » Si une personne dépendante résidant en Allemagne souhaite faire appel à un service d'aide à domicile implanté en France, ses coûts ne seront pas pris en charge. On notera d'ailleurs un deuxième obstacle, à savoir que l'autorisation que doivent obtenir les services d'aide à domicile côté français n'est accordée que sur un périmètre donné. Il faudrait ainsi que ce périmètre soit transfrontalier ;
- » Si une personne dépendante souhaite déménager en France, elle ne pourra conserver le bénéfice de la *Pflegesachleistung* que si elle fait appel à un prestataire implanté côté allemand.

Au-delà de la question de la portabilité des droits, la coopération peut et doit être encouragée sous la forme d'échanges de bonnes pratiques. Sur de nombreuses thématiques, les acteurs du secteur peuvent s'enrichir les uns les autres, par exemple en ce qui concerne les actions de prévention et promotion de la santé (thématique du bien vieillir), la coordination des acteurs pour une meilleure continuité de la prise en charge, ou encore le développement de formes d'habitat innovantes (résidences autonomie, etc.). Il faut souligner ici le travail de mise en réseau de l'Eurodistrict PAMINA, qui s'est d'ores et déjà fortement engagé sur cette thématique. En tout état de cause, la thématique de la prise en charge de la personne âgée sera une thématique de première importance pour le territoire dans les années à venir au vu des évolutions démographiques attendues.

VOLET 2 : ANALYSE CIBLÉE SUR LE CHAMP DE LA PÉRINATALITÉ

Suite à l'analyse générale de l'offre de soins et des potentiels de coopération sur le territoire d'étude, le volet 2 du présent rapport sera consacré à une analyse plus approfondie des potentiels de coopération sur un champ bien précis, celui de la périnatalité.

Le choix de travailler sur cette thématique s'est imposé dès le démarrage du diagnostic en raison des circonstances, à savoir la fermeture de la maternité de Kandel en février 2017. Cette dernière était la seule maternité implantée sur le versant allemand du territoire d'étude ; sa fermeture oblige les parturientes allemandes à aller accoucher dans des pôles urbains plus éloignés (Landau, Speyer, Germersheim ou encore Karlsruhe). Dans ce contexte, il a semblé intéressant d'étudier la possibilité, pour les femmes allemandes qui le souhaitent, d'accoucher à la maternité de Wissembourg, située juste de l'autre côté de la frontière, et donc à proximité immédiate de leur domicile.

Les analyses du volet 2 seront structurées en trois volets :

- » La première partie consistera à dresser un état des lieux de l'offre. Cette partie permettra de localiser les maternités sur le territoire, en s'intéressant également aux différents niveaux de maternité ;
- » La deuxième partie consistera en une analyse d'opportunité. L'expérience montre que la mise en place de coopérations transfrontalières en santé est souvent longue et complexe et que leur mise en œuvre mobilise des ressources importantes de la part des acteurs concernés. Dès lors, il convient de s'interroger en amont sur l'existence d'un besoin ou d'une plus-value réelle à coopérer, en se posant notamment la question du nombre de personnes auxquelles la mise en place d'une coopération pourrait profiter. La deuxième partie vise à apporter des éclairages sur ce point ;
- » Enfin, la troisième partie sera consacrée à une analyse de faisabilité. Il s'agit ici d'analyser les conditions de mise en œuvre d'une coopération autour de la périnatalité.

I. ÉTAT DES LIEUX DE L'OFFRE

Le tableau ci-dessous présente la classification des maternités par niveaux en France et en Allemagne. On notera que les niveaux sont inversés dans les deux pays : ainsi, le niveau de maternité le plus élevé est le niveau 1 en Allemagne et le niveau 3 en France.

CLASSIFICATION FRANÇAISE

NIVEAU 1 : Maternité adaptée aux grossesses, accouchements et nouveaux-nés ne nécessitant pas une technicité spécifique. Médecins sur place et/ou en astreinte: gynécologue, anesthésiste et pédiatre

NIVEAU 2A : Sur un même site ou à proximité immédiate, maternité adaptée à certains types de complications maternelles et unité de néonatalogie permettant d'assurer, en continu, surveillance et soins spécialisés pour nouveaux-nés à risque ou dont l'état s'est déstabilisé après la naissance.

NIVEAU 2B : Maternité de niveau de soins équivalent au niveau 2A, intégrant en complément une unité de soins intensifs.

NIVEAU 3 : Sur un même site ou à proximité immédiate : une maternité adaptée aux complications maternelles et néonatales plus graves, un service de réanimation adulte et une unité de néonatalogie avec réanimation, permettant la surveillance et les soins spécialisés des nouveaux-nés, nés ou non dans l'établissement, présentant des détresses graves ou risques vitaux nécessitant des soins de réanimation.

CLASSIFICATION ALLEMANDE

LEVEL 1 PERINATALZENTRUM (Niveau 1): Maternité avec unité de néonatalogie et unité de soins intensifs d'au moins 6 places. Dispose notamment de médecins de garde et d'un médecin urgentiste spécialisé en néonatalogie pour les maternités environnantes. Les grossesses à fort risque (par ex. naissances de triplés) ne peuvent être prises en charge que dans une maternité de niveau 1.

LEVEL 2 PERINATALZENTRUM (Niveau 2): Identique au niveau 1, mais unité de service de soins intensifs d'au moins 4 places. Accueille des grossesses à risque moindre, tels que les naissances doubles et les gestoses.

PERINATAL SCHWERPUNKTE (Niveau 3): Maternité adaptée aux grossesses, accouchements et nouveaux-nés ne nécessitant pas une technicité spécifique. Dispose néanmoins d'équipements pour faire face à des urgences subites du nouveau-né sur une durée limitée. Disposent de places de réanimation, mais pas d'unité de soins intensifs

GEBURTSKLINIK (Niveau 4): Maternité adaptée pour les grossesses sans facteur de risque et arrivant à terme.

La carte 22 offre une vision d'ensemble de l'offre en plateaux d'accouchements sur le territoire transfrontalier.

Sur le versant français du périmètre d'étude, une seule maternité est implantée sur le territoire : il s'agit d'un établissement de type I, intégré à l'hôpital de Wissembourg. Pour des soins de plus haut niveau, les parturientes doivent se rendre dans les établissements de Haguenau (maternité de type II b) ou de la métropole strasbourgeoise (maternité de type III).

En 2016, la maternité de Wissembourg a enregistré 321 naissances. Depuis la fin des années 2000, la maternité de Wissembourg connaît une diminution régulière du nombre de naissances (graphique 6).

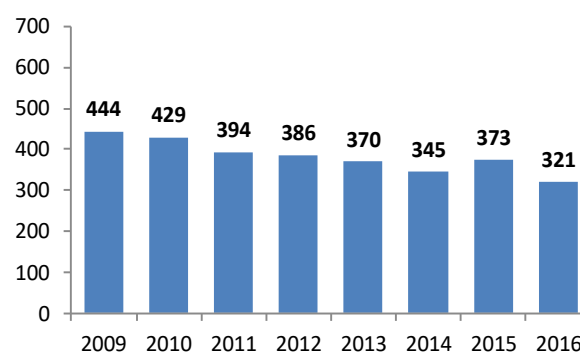
Carte 22: Implantation des maternités sur le territoire d'étude et alentours



Sources : TRISAN, ARS Grand Est – Réalisation ORS Grand Est

Entre 2014 et 2016, en moyenne chaque année, on enregistre 546 naissances de mères domiciliées sur le versant français du périmètre d'étude. Ces naissances ont eu lieu à 57% à la maternité de l'hôpital de Wissembourg. Près d'un tiers (32%) des naissances ont eu lieu à la maternité de Haguenau (tableau 5). Depuis 2009, la part des naissances qui ont eu lieu à la maternité de Haguenau a augmenté, passant de 27% en 2009 à 34% en 2016 (tableau 6).

Graphique 6: Évolution du nombre de naissances à la maternité de Wissembourg



Sources : ATIH, PMSI MCO - Exploitation ORS Grand Est

Tableau 5 : Lieu de naissance des enfants domiciliés dans le périmètre d'étude français – nés entre 2014/2016

	Nombre annuel moyen de naissances	
	Nombre	Pourcentage
Hôpital de Wissembourg	311	57%
Hôpital de Haguenau	176	32%
Hôpital civil de Strasbourg	37	7%
Clinique Sainte Anne de Strasbourg	11	2%
Clinique Adassa de Strasbourg	8	2%
Autres établissements	3	0%
Ensemble des naissances	546	100%

Source : ATIH, PMSI MCO - Exploitation ORS Grand Est

Tableau 6 : Evolution du lieu de naissance des enfants domiciliés dans le périmètre d'étude français

	Hôpital de Wissembourg	Hôpital de Haguenau	Autres établissements	Total
2009	61%	27%	13%	100%
2010	63%	26%	11%	100%
2011	57%	32%	11%	100%
2012	57%	29%	13%	100%
2013	53%	35%	11%	100%
2014	55%	33%	12%	100%
2015	59%	31%	10%	100%
2016	56%	34%	10%	100%

Sources : ATIH, PMSI MCO - Exploitation ORS Grand Est

Carte 23: Maternité la plus proche à l'ensemble des communes du périmètre d'étude, en contexte national.



Réalisation : ORS Grand Est, calcul temps en voiture le 18 septembre 2017 à 14h via GoogleMap.

Carte 24: Maternité la plus proche à l'ensemble des communes du périmètre d'étude, en contexte transfrontalier



Réalisation : ORS Grand Est, calcul temps en voiture le 18 septembre 2017 à 14h via GoogleMap

Côté allemand, aucune maternité n'est implantée sur le versant allemand du périmètre d'étude depuis la fermeture de la maternité de Kandel en février 2017. Les parturientes allemandes peuvent accoucher dans les établissements de Landau, Germersheim, Spire, Karlsruhe, Pirmasens, Rastatt ou Baden-Baden, selon la proximité de l'établissement et son niveau de soin (carte 22).

La carte 23 indique la maternité la plus proche pour chacune des communes du périmètre d'étude, dans un contexte strictement national (c'est-à-dire sans prise en compte des maternités situées de l'autre côté de la frontière).

II. ANALYSE D'OPPORTUNITÉ

Comme nous l'avons rappelé en introduction du volet 2, l'analyse d'opportunité vise à apporter des éclairages sur le nombre de parturientes auxquelles la mise en place d'une coopération pourrait profiter. Pour ce faire, l'analyse s'est appuyée sur une analyse des temps d'accès aux maternités en contexte transfrontalier. Il faut toutefois noter dès à présent que les temps d'accès sont rarement le seul élément pris en compte dans le choix du lieu d'accouchement. De fait, les femmes vont souvent suivre les recommandations des professionnels qui assurent le suivi de la grossesse (sage-femme, gynécologue).

Si l'on considère le territoire transfrontalier dans une perspective à 360°, la maternité de Wissembourg est la maternité la plus proche pour 29 des 55 communes allemandes du périmètre d'étude (carte 24). Sur ces 29 communes, un total de 208 naissances a été enregistré en 2015. Le nombre de parturientes intéressées par un

accouchement à Wissembourg devrait cependant rester bien en deçà. D'une part, comme le montre le tableau 7, les gains de temps d'accès liés à un accouchement à Wissembourg restent très limités. D'autre part, on peut considérer que la frontière continuera à rester une barrière psychologique importante. Par ailleurs, les projections démographiques font apparaître une baisse de la natalité sur le territoire (des deux côtés de la frontière). Enfin et surtout, comme nous l'avons mentionné plus haut, la femme accouchera bien souvent dans la maternité qui lui sera conseillée par les professionnels de santé (gynécologues, sages-femmes) qui suivent sa grossesse. Si l'on souhaite proposer aux parturientes d'accoucher à Wissembourg, l'élément déterminant sera donc la construction de réseaux de professionnels transfrontaliers. Sur la base de ces différents éléments, on peut estimer que la mise en place d'une coopération autour de la maternité pourrait être profitable à environ 30-50 parturientes allemandes par an.

Pour conclure, il faut signaler que la maternité de Wissembourg présente actuellement un nombre de naissances très proche du seuil d'activité minimum de 300 naissances par an. Dans ce contexte, la mise en place d'une coopération pourrait apporter une contribution à la sécurisation de l'avenir d'une maternité qui apporte une plus-value pour les parturientes des deux côtés de la frontière et participe de l'attractivité du territoire, du côté français comme du côté allemand.

Tableau 7 : Gain de temps pour les parturientes allemandes à se rendre à la maternité de Wissembourg plutôt qu'à la maternité la plus proche côté allemand

	Nombre de communes	Population 2015	
		Femmes 15-49 ans*	Naissances
5 minutes et moins	9	2 646	118
6 à 10 minutes	10	1 477	56
11 à 15 minutes	4	478	12
16 à 20 minutes	5	496	21
Plus de 20 minutes	1	54	1
Total	29	5151	208

Sources : Offices statistiques de l'Etat fédéral et des Länder allemands – Exploitation ORS septembre 2017 à 14h via GoogleMap

III. ANALYSE DE FAISABILITÉ

Au-delà de l'analyse de l'opportunité de la mise en place d'une coopération sur le champ de la périnatalité, le diagnostic visait également à analyser les conditions de mise en œuvre d'une telle coopération, afin d'en évaluer la faisabilité. L'analyse a consisté à passer en revue les obstacles potentiels et facteurs de réussites quant à l'accueil de parturientes allemandes à la maternité de Wissembourg.

Question de la langue

L'un des obstacles les plus courants à la coopération transfrontalière en santé est celui de la langue. En effet, dans le secteur des soins, il est essentiel de garantir une parfaite compréhension entre le patient et les équipes médicales et soignantes. Ce point ne semble pas devoir poser de problème dans le cas présent. En effet, une bonne partie des équipes de la maternité de Wissembourg – et de l'hôpital en général – est germanophone, voir même de nationalité allemande.

Nationalité de l'enfant

Le fait d'accoucher dans un autre pays peut poser des questions quant à la nationalité de l'enfant, en fonction de la législation en vigueur dans le pays de résidence et le pays où a lieu l'accouchement. Toutefois, l'accouchement de parturientes allemandes à Wissembourg ne pose pas de difficultés en la matière. Même dans le cas d'un accouchement en France, l'enfant né de parents allemands aura automatiquement la nationalité allemande. Par ailleurs, étant né en France, l'enfant pourra, à certaines conditions, obtenir la nationalité française à sa majorité.

L'enfant devra être déclaré en France à la mairie de Wissembourg. Il est par ailleurs fortement conseillé aux parents de déclarer également l'enfant dans leur commune de résidence côté allemand. D'une part pour faciliter l'obtention des allocations familiales (*Kindergeld*). Et d'autre part pour pouvoir mettre à jour le livret de famille, ce qui n'est possible qu'avec un acte de naissance allemand, et faciliter les démarches futures d'Etat civil.

Prise en charge financière

En matière de mobilité transfrontalière de patients, l'une des questions majeures est celle de la prise en charge financière des soins par les caisses d'assurance maladie. Tout du moins pour les patients qui ne sont pas travailleurs frontaliers – pour ces derniers, la prise en charge est toujours assurée, tant dans le pays de résidence que dans le pays d'activité.

Là encore, la situation semble plutôt favorable. En effet, ces dernières années, il est déjà arrivé que des parturientes domiciliées en Allemagne (et n'ayant pas le statut de frontalier) viennent accoucher à Wissembourg. Selon les chiffres communiqués par la direction financière de l'hôpital, le nombre de cas étaient de 4 en 2015, 2 en 2016 et 7 en 2017. Or, la prise en charge n'a jamais posé de difficultés. Dans 6 des 7 cas recensés en 2017, la prise en charge s'est effectuée grâce à l'utilisation de la carte européenne d'assurance maladie.

L'utilisation de la carte européenne d'assurance maladie étant normalement réservée aux soins non programmés, cette solution n'est pas viable si le nombre de cas transfrontaliers venait à augmenter de manière significative. Il serait nécessaire de mettre en place des conventions entre l'hôpital de Wissembourg et les caisses allemandes, ce qui permettra de sécuriser la coopération, et de mettre en place des circuits financiers qui facilitent le traitement administratif et financier pour l'ensemble des parties (hôpital, caisses, patients).

L'importance des réseaux transfrontaliers de professionnels

Au moment du choix de la maternité, les parturientes suivent dans la plupart des cas les recommandations des professionnels de santé (gynécologues, sages-femmes) qui accompagnent la grossesse. Il faut souligner ici la place très importante des sages-femmes libérales dans l'accompagnement de la grossesse en Allemagne. Dès lors, les sages-femmes allemandes exerçant sur le territoire doivent être considérées comme le principal vecteur pour proposer aux femmes d'accoucher à Wissembourg. L'un des principaux facteurs de réussite de la coopération résidera dans la qualité des relations entre la maternité de Wissembourg et les sages-femmes libérales exerçant de l'autre côté de la frontière. Il sera essentiel de construire et consolider les réseaux transfrontaliers de professionnels intervenant dans le champ de la périnatalité. Ce travail de mise en réseau a déjà été initié par les médecins de la maternité, qui sont allés à la rencontre des sages-femmes allemandes exerçant sur le territoire. Selon les informations obtenues, les sages-femmes rencontrées se sont montrées très ouvertes à l'idée d'orienter leurs parturientes sur la maternité de Wissembourg.

Pour entretenir de bonnes relations avec les sages-femmes libérales allemandes, il conviendra de veiller à ce que ces dernières ne subissent pas de pertes de patientèle du fait de la coopération. Telle qu'elle est actuellement envisagée, la coopération prévoit que seul l'accouchement ait lieu à la maternité de Wissembourg. Le suivi de la grossesse et le suivi post partum resteraient assurés par les professionnels libéraux allemands (sages-femmes, gynécologues), garantissant ainsi le maintien de patientèle pour ces derniers.

Il faut noter par ailleurs qu'en Allemagne, les sages-femmes libérales peuvent exercer en tant que « *Beleghebamme* » : Elles signent un contrat (appelé « *Beleghebammenvertrag* ») avec une maternité qui lui donne accès au plateau technique de la maternité et leur permet d'accompagner la parturiente au moment de l'accouchement. Les *Beleghebamme* accompagnent ainsi les parturientes de A à Z. Il pourrait être envisagé de mettre en place des contrats entre la maternité et les *Beleghebamme* du territoire, pour permettre à ces dernières de recourir

au plateau technique de la maternité de Wissembourg. Côté français, la mise en place de tels contrats pourrait s'appuyer sur les articles L6112-4 et L6146-2 qui prévoient l'utilisation du plateau technique d'un établissement de santé par des professionnels non hospitaliers. Si cette piste est jugée intéressante, il sera nécessaire de clarifier les conditions juridiques, notamment en ce qui concerne la responsabilité des professionnels ainsi que sur les actes auxquels sont autorisées les sages-femmes en France et en Allemagne, et l'interaction avec les médecins.

Nature de la prise en charge sur le plan médical

L'un des facteurs d'attractivité de la maternité de Wissembourg réside dans le fait qu'il s'agit d'un établissement de niveau 1 et d'une structure à dimension familiale. En effet, côté allemand, la maternité la plus proche (Landau) est un établissement de niveau 2 (selon la typologie allemande), soit une maternité de niveau déjà élevé comprenant un service de néonatalogie et de soins intensifs et équipée pour prendre en charge les grossesses à risques. Dans ce contexte, la maternité de Wissembourg pourrait être attractive pour les parturientes qui ne souhaitent pas accoucher dans un environnement trop médicalisé.

Tout en restant une structure à dimension familiale, la maternité de Wissembourg offre un niveau élevé de sécurité médicale. En effet, une équipe médicale complète (gynécologue, anesthésiste, pédiatre) est présente sur place 24 heures sur 24. Ce point semble particulièrement important pour l'accueil de parturientes allemandes dans la mesure où traverser la frontière peut être facteur d'appréhension quant à la qualité des soins. Ce point sera important à prendre en compte dans la réalisation du projet.

Il reste à clarifier la question du parcours du patient en cas de complications au moment de l'accouchement. L'hôpital de Wissembourg faisant partie du Groupement hospitalier de territoire n°10, les parturientes (et le cas échéant les nouveau-nés) doivent normalement, en cas de complication, être transférés en urgence à la maternité de Haguenau (niveau 2) ou de Strasbourg (niveau 3). Néanmoins, il serait judicieux d'envisager des parcours de prise en charge alternatifs pour les parturientes allemandes. On peut supposer en effet que ces dernières préféreront être transférées dans une maternité de second recours côté allemand, plutôt que côté français, afin de rester proche de leur famille. Pour la mise en place de tels transferts en urgence, l'hôpital pourra s'appuyer sur les relations étroites développées ces 15 dernières années dans le cadre de la convention sur l'aide médicale urgente.

SYNTHÈSE ET CONCLUSION

En guise de synthèse et conclusion, nous reprendrons les principales pistes de coopération qui pourraient permettre d'optimiser l'accès aux soins de proximité pour les populations. Ces pistes de coopération ont vocation à être discutées avec l'ensemble des acteurs compétents du territoire transfrontalier (élus, professionnels libéraux et autres prestataires de soins, administrations de santé, *kassenärztliche Vereinigungen*, caisses d'assurance maladie, etc.) lors d'une manifestation de concertation qui se tiendra le 27 juin 2018 à Bad Bergzabern. En effet, il est important que les acteurs de terrain puissent s'emparer de la thématique, puisque c'est que c'est en grande partie sur eux que reposera la mise en œuvre des projets futurs.

En ce qui concerne l'offre de soins libéraux, l'analyse a permis de faire ressortir la fragilité de l'offre sur l'ensemble du territoire transfrontalier, du fait de densités de professionnels peu élevées et du vieillissement des professionnels de santé. La coopération transfrontalière peut contribuer à apporter des solutions et plusieurs champs de coopération ont été identifiés :

- » **Faciliter la mobilité transfrontalière des patients**, en trouvant des solutions locales ad-hoc permettant une prise en charge optimale des soins à l'étranger ;
- » **Renforcer l'attractivité du territoire pour les médecins**, en développant la mise en réseau et l'échange de pratiques entre les médecins et professionnels de santé de part et d'autre de la frontière ;
- » **Mettre en place des services partagés transfrontaliers (shared services)**, par exemple sous la forme d'une maison de santé pluridisciplinaire transfrontalière.

On notera que ces pistes de coopération sont très liées les unes aux autres. Ainsi, il sera difficile de développer la mobilité des patients sans un travail de mise en réseau des médecins. De même, la mise en place de services partagés suppose que soit réglées les questions de prise en charge des soins transfrontaliers.

Dans le secteur hospitalier, un nombre non négligeable de pistes de coopération a pu être dégagé. Ces pistes de coopération s'appuient en large partie sur l'existence de complémentarités entre l'hôpital de Wissembourg et l'hôpital de Bad Bergzabern. Elles portent sur des pathologies diverses (neurochirurgie, urologie, rééducation fonctionnelle, SSR en cardiologie, urgences médicales et traumatologiques, ophtalmologie, mammographies, etc.). En fonction des thématiques, les formes de coopération que l'on peut imaginer sont multiples : échanges de pratiques entre médecins, formations, adressage de patients, consultations avancées dans le pays voisin. On notera que chaque versant de la frontière a développé des points forts spécifiques, de telle sorte que des coopérations équilibrées et réciproques, en mode gagnant-gagnant, pourraient voir le jour.

Dans le secteur de la dépendance, il serait intéressant de travailler sur la question de la portabilité des droits en contexte transfrontalier, de manière à rendre possible des parcours de prise en charge transfrontaliers pour les personnes qui le souhaitent. Au-delà, la coopération peut être encouragée sous la forme d'échanges de bonnes pratiques. Sur de nombreuses thématiques, les acteurs du secteur peuvent s'enrichir les uns les autres, par exemple en ce qui concerne les actions de prévention et promotion de la santé (thématique du bien vieillir), la coordination des acteurs pour une meilleure continuité de la prise en charge, ou encore le développement de formes d'habitat innovantes (résidences autonomie, etc.). La thématique de la prise en charge de la personne âgée sera une thématique de première importance pour le territoire dans les années à venir au vu des évolutions démographiques attendues.

Sur le champ de la périnatalité, l'analyse a permis de montrer les avantages d'une coopération, qui permettrait d'une part d'offrir aux parturientes allemandes une offre de soins de proximité immédiate, et qui pourrait d'autre part contribuer à assurer le maintien d'une maternité à Wissembourg, dans l'intérêt de l'ensemble du territoire transfrontalier. A ce titre, la mise en place d'une coopération pourrait être considérée comme un projet phare de «service partagé en santé» que la Commission européenne appelle de ses vœux dans sa communication de septembre 2017 (*« Stimuler la croissance et la cohésion des régions frontalières de l'Union européenne »*). Le projet permettrait de montrer de manière exemplaire comment la coopération transfrontalière en santé peut contribuer non seulement à améliorer l'offre de soins de proximité au service des populations, mais aussi, plus largement, jouer un rôle décisif pour maintenir l'attractivité d'un territoire.

Enfin, il convient de rappeler que la coopération en santé et le développement de la mobilité transfrontalière des patients ne peut être envisagée que si nous disposons de professionnels de santé prêts à s'engager et ayant développé des compétences transfrontalières. Il convient donc de continuer à encourager l'intensification des échanges transfrontaliers dans le champ de la formation (stages de l'autre côté de la frontière, parcours d'étude transfrontaliers, etc.).

ANNEXE

I. LISTE DES MEMBRES DU COMITÉ DE SUIVI DE L'ÉTUDE

Nom	Prénom	Institution
Dr. ACKERMANN	Steffen	Centre hospitalier intercommunal de la Lauter
ALLMENDINGER	Harald	Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz
BOITEL	Aurélie	Eurodistrict Pamina
Dr. BUCHHOLZ	Patricia	Regierungspräsidium Karlsruhe
CENEFELS	Erika	Agence régionale de santé Grand Est (ARS Grand Est)
CHRIST	Thomas	Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz
DUSSAP	Anne	TRISAN
ENGEL	Ralf	Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz
Dr. GEHENDGES	Guido	Klinikum Landau Südliche Weinstraße
HAMELIN	Manon	Département du Bas-Rhin
HARSTER	Patrice	Eurodistrict PAMINA
Dr. HINZ	Peter	Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
IMBERT	Frédéric	Observatoire régional de la santé Grand Est (ORS Grand Est)
JENNER	Adeline	Agence régionale de santé Grand Est (ARS Grand Est)
JUNG	Frédéric	Agence régionale de santé Grand Est (ARS Grand Est)
KASSA	Lydia	TRISAN
KLIPFEL	Christian	Attaché parlementaire du Député Frédéric Reiss
KNOLL	Alexandra	Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demographie Rheinland-Pfalz
Dr. MAROTTA	Josephine	Agence régionale de santé Grand Est (ARS Grand Est)
MASTELLI	Geraldine	Département du Bas-Rhin
MAUERER	Sarah	Staatskanzlei Rheinland-Pfalz
MECKLENBURG	Bettina	Regierungspräsidium Karlsruhe
MENZE	Alexandra	Regierungspräsidium Karlsruhe
MERTENS	Karin	Agence régionale de santé Grand Est (ARS Grand Est)
Dr. PETERSON	Karin	Centre hospitalier intercommunal de la Lauter
PRADIER	Eddie	TRISAN
Dr. REMAKEL	Claudine	Centre hospitalier intercommunal de la Lauter
SCHARPING	Michael	Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demographie Rheinland-Pfalz
SCHWARZ	Florence	Observatoire régional de la santé Grand Est (ORS Grand Est)
STEINMETZ	Markus	Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz
VIATOUX	Mélanie	Centre Hospitalier Intercommunal de la Lauter
WEBER	Norman	Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz
WOLFF	Elisabeth	Hôpital de Wissembourg
WOLFF	Mascha	Regierungspräsidium Karlsruhe
ZEISBERGER	Peter	Regierungspräsidium Karlsruhe

ALLGEMEINER RAHMEN

I. KONTEXT UND ZIELE DER GRENZÜBERSCHREITENDEN ANALYSE

TRISAN ist ein trinationales Kompetenzzentrum zur Optimierung der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich am Oberrhein, das im Juli 2016 gegründet wurde. Das Kompetenzzentrum wurde im Rahmen eines Projekts geschaffen, das von der deutsch-französisch-schweizerischen Oberrheinkonferenz ins Leben gerufen wurde und durch das Programm INTERREG V Oberrhein kofinanziert wird. Getragen wird es vom Euro-Institut, welches auf Fortbildung, Projektbegleitung und Beratung im Bereich der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit spezialisiert ist. Ebenfalls an dem Projekt beteiligt sind: die Agence régionale de santé (ARS) Grand Est, das Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg, das Regierungspräsidium Karlsruhe, das Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz, das Gesundheitsdepartement Basel-Stadt, die Kantone Basel-Stadt, Basel-Land und Aargau sowie die Schweizerische Eidgenossenschaft.

Eine der wichtigsten Aufgaben von TRISAN ist die Begleitung der Akteure im Gesundheitsbereich bei der Umsetzung ihrer grenzüberschreitenden Projekte (Unterstützung bei der Suche nach Partnern, individuelle Begleitung der Projekte, Bereitstellung von Informationen zu den Systemen der Nachbarländer, Bereitstellung eines Leitfadens zum Projektmanagement, etc.). Parallel dazu hat sich TRISAN zum Ziel gesetzt, Ansätze der territorialen Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich weiter zu entwickeln. Mit der territorialen Zusammenarbeit sind Kooperationsansätze gemeint, die ein bestimmtes (grenzüberschreitendes) Gebiet in seiner Gesamtheit betrachten und an denen potentiell alle Gesundheitsakteure des betroffenen Gebiets beteiligt werden (im Unterschied zu bilateralen Projekten zwischen zwei Gesundheitseinrichtungen).

Genau dieser Ansatz der territorialen Zusammenarbeit wurde im Rahmen der vorliegenden Analyse verfolgt. Folgende Ziele liegen dieser Analyse zugrunde:

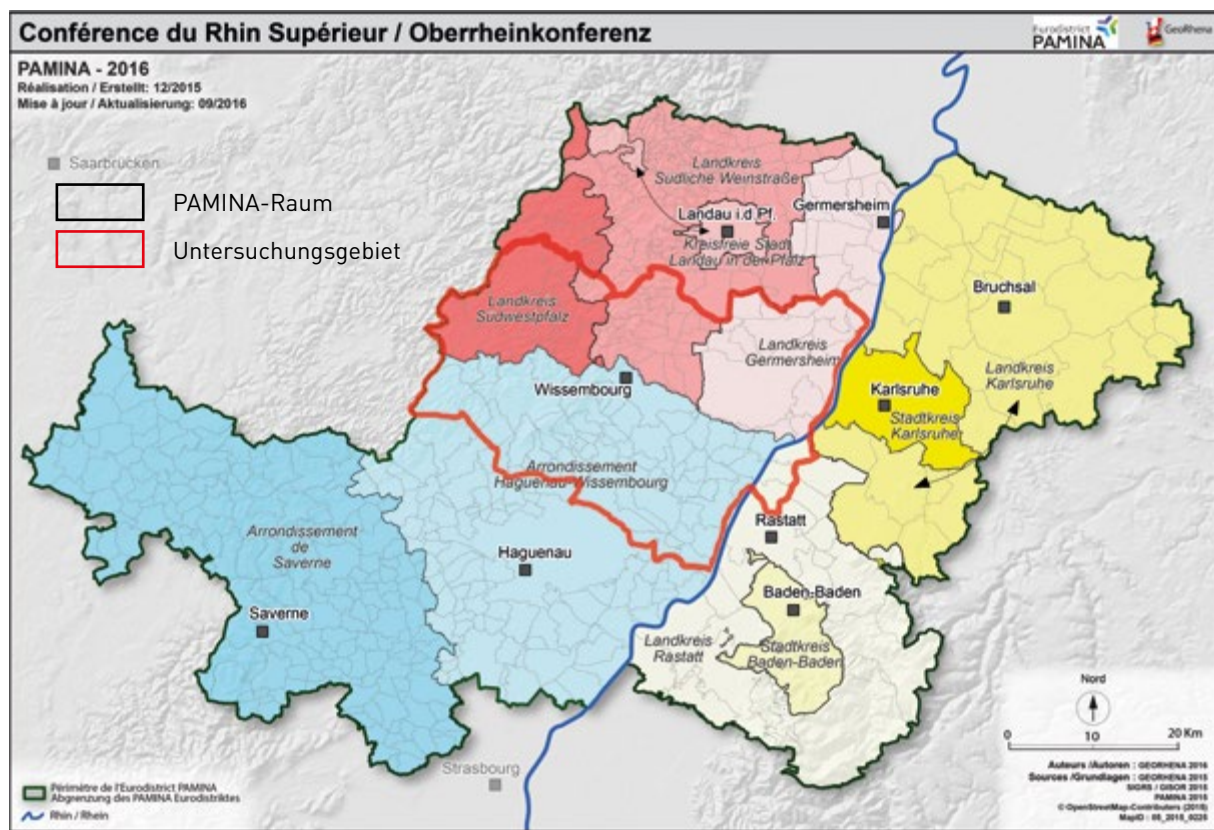
- » Durchführung einer grenzüberschreitenden Bestandsaufnahme des Versorgungsangebots. Hierbei wurden alle Komponenten des Versorgungsangebots berücksichtigt: niedergelassene Ärzte/innen, Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen, etc.;
- » Identifizierung von Kooperationsbedarfen bzw. -Potentialen (Komplementaritäten, Synergienmöglichkeiten) durch den Abgleich der Stärken und Schwächen des Versorgungsangebots in den jeweiligen Teilgebieten;
- » Vernetzung der Gesundheitsakteure vor Ort, durch ihre Einbindung im Erarbeitungsprozess der Analyse. Die Generierung und erfolgreiche Umsetzung grenzüberschreitender Projekte setzt voraus, dass die Akteure sich gut kennen.

Die Analyse zielte somit darauf ab, zusammen mit den Akteuren vor Ort einen faktenbasierten und auf einem Konsens beruhenden grenzüberschreitenden Überblick über das Versorgungsangebot und die Kooperationspotentiale zu erarbeiten. Im Endeffekt geht es darum, aufzuzeigen, inwiefern die grenzüberschreitende Zusammenarbeit dazu beitragen kann, die wohnortnahe Versorgung für die Bevölkerung zu verbessern. Alle Untersuchungen, die ausgeführt worden sind, gründen auf dem Ansatz der Wohnortsnähe im grenzüberschreitenden Kontext.

II. UNTERSUCHUNGSGEBIET

Das Untersuchungsgebiet entspricht den Grenzstreifen des PAMINA-Raums, an der Grenze zwischen dem Nordelsass, der Südpfalz und Baden (Karte 1).

Karte 1: Untersuchungsgebiet



Quelle: GEORHENA 2016 / © OpenStreetMap-Contributors (2015) / INTERREG V Oberrhein

Das Untersuchungsgebiet wurde speziell für die Studie definiert. Dabei wurden folgende Aspekte berücksichtigt:

- » Bezug zum PAMINA-Raum: Es erschien wichtig, die Studie an einen schon bestehenden und politisch klar strukturierten grenzüberschreitenden Raum anzubinden. Mit diesem Ansatz sind folgende Vorteile verbunden: stärkere Kohärenz zu Kooperationsansätzen, die vom Eurodistrikt PAMINA verfolgt werden; Möglichkeit der Rückkopplung mit der politischen Ebene im Rahmen des Eurodistrikts PAMINA.
- » Begrenzung des Untersuchungsgebiets auf die Grenzstreifen des PAMINA-Raums, mit einer maximalen Distanz von 20 Fahrminuten bis zur Grenze. Wie oben ausgeführt soll bei der Studie aufgezeigt werden, wie die grenzüberschreitende Zusammenarbeit zur Verbesserung der wohnortnahen Versorgung beitragen kann. Es wurde davon ausgegangen, dass die grenzüberschreitende Patientenmobilität nur in einem Radius von wenigen Kilometern in Frage kommt.

- » Berücksichtigung der in den jeweiligen Teilgebieten bestehenden politisch-administrativen Grenzen. Aus Gründen der Verfügbarkeit der statistischen Daten wurde das Untersuchungsgebiet so eingegrenzt, dass dieses den Grenzen der Verbandsgemeinden und den französischen Gemeindeverbänden (communautés de communes) entspricht. Dies war auf deutscher Seite möglich: Die Verbandsgemeinden und verbandsfreien Gemeinden entlang der Grenze konnten, ohne dass eine weitere Eingrenzung erfolgen musste, in das Untersuchungsgebiet aufgenommen werden. Auf französischer Seite war dies nur teilweise umsetzbar, da die grenznahen Gemeindeverbände auch Gemeinden umfassen, die schon zu sehr von der Grenze entfernt waren, um in der Studie berücksichtigt werden zu können.
- » Nichtberücksichtigung der großen Ballungszentren auf der badischen Seite (Karlsruhe, Baden-Baden und Rastatt). Das Untersuchungsgebiet wurde so definiert, dass dieses unter soziodemographischen Gesichtspunkten und hinsichtlich des Versorgungsangebots eine gewisse Homogenität aufweist.

Auf Grundlage dieser Überlegungen umfasst das Untersuchungsgebiet daher:

- » In Rheinland-Pfalz: alle Verbandsgemeinden der Landkreise Germersheim, Südliche Weinstraße und Südwestpfalz, die direkt an der Grenze liegen, d.h.: die Verbandsgemeinde Hagenbach, Kandel, Jockgrimm, Bad-Bergzabern und Dahner Felsenland sowie die verbandsfreie Gemeinde Wörth am Rhein.
- » In Baden-Württemberg: die Gemeinden Au am Rhein, Elchesheim-Illingen und Steinmauern.
- » Auf französischer Seite: alle grenznahen Gemeinden (d.h. Gemeinden, die sich in einem Radius von max. 20 Fahrminuten bis zur Grenze befinden) aus den Gemeindeverbänden Plaine du Rhin, Outre-Forêt, Niederbronn-Les-Bains, Pays de Wissembourg, Pays Rhénan und Sauer-Pechelbronn.

Zum Teil wurde auch das Versorgungsangebot außerhalb des Untersuchungsgebiets untersucht. Dies erklärt sich damit, dass die Einwohner/innen im Untersuchungsgebiet jederzeit Behandlungsangebote außerhalb des Untersuchungsgebiets in Anspruch nehmen können.

III. ERARBEITUNGSPROZESS DER GRENZÜBERSCHREITENDEN ANALYSE

Seit Beginn des Projekts TRISAN war vorgesehen, Ansätze der territorialen Zusammenarbeit auf einem Pilotgebiet zu entwickeln. Ende 2016 ist von Claude d'Harcourt als Leiter der Agence Régionale de Santé Grand Est der Vorschlag geäußert worden, die Grenzstreifen des PAMINA-Raums als Pilotgebiet in den Fokus zu nehmen. Dieser Vorschlag ist darauf zurückzuführen, dass aus Sicht der ARS auf französischer Seite des PAMINA-Raums eine Unterversorgung drohte. Dieser Vorschlag stieß auf Zustimmung der deutschen und schweizerischen Partner des Projekts TRISAN, so dass die Bearbeitung der Studie im Mai/Juni 2017 beginnen konnte.

Die Analyse wurde gemeinsam von TRISAN und dem Observatoire régional de la santé Grand Est (ORS Grand Est), als Dienstleister für TRISAN, durchgeführt. Das ORS Grand Est war insbesondere für die statistischen Auswertungen (einschließlich Kartographie) zuständig, wohingegen TRISAN sich vor allem auf die qualitativen Untersuchungen sowie die Abstimmung mit den Akteuren konzentrierte.

Die Erarbeitung der Studie erfolgte unter der Begleitung einer offenen Steuerungsgruppe, in der die folgenden Einrichtungen vertreten waren:

- » Agence Régionale de Santé der Region Grand Est
- » Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz
- » Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg
- » Regierungspräsidium Karlsruhe

- » Kassenärztliche Vereinigung¹ Rheinland-Pfalz
- » Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
- » Krankenhaus Wissembourg
- » Klinikum Landau/Südliche Weinstraße
- » Conseil Départemental Bas-Rhin
- » Eurodistrikt PAMINA
- » TRISAN
- » Observatoire régional de la santé Grand Est (ORS Grand Est)

Die Begleitgruppe kam zwischen Juli 2017 und Mai 2018 drei Mal zusammen. Ihre Rolle war definiert wie folgt:

- » Festlegung der Leitlinien der Studie zu unterschiedlichen Zeitpunkten;
- » Validierung der Ergebnisse in regelmäßigen Abständen;
- » Gemeinsamer Austausch bezüglich der Bestandsaufnahme und der Kooperationspotentiale.

Die Einrichtung einer Begleitgruppe hatte auch zum Ziel, die Vernetzung der Akteure voranzutreiben, sowie eine stärkere Verzahnung zwischen der Studie und den Prioritäten der Akteure zu ermöglichen.

IV. AUFBAU DES BERICHTS UND UNTERSUCHUNGSMETHODEN

Der vorliegende Bericht ist in zwei Teile gegliedert:

Teil 1: Allgemeine Analyse des Versorgungsangebots

Dieser Teil soll eine vergleichende Übersicht über das Versorgungsangebot ermöglichen, die Stärken und Schwächen des Versorgungsangebots in den jeweiligen Teilgebieten aufzeigen und den Stand der Überlegungen zu den Kooperationspotentialen vorstellen.

Zuerst wird der demographische Kontext vorgestellt. Im Anschluss werden die Ergebnisse der Analyse des Versorgungsangebots sektorenweise vorgestellt (niedergelassener Bereich, Krankenhaussektor, Pflegebereich, ärztlicher Bereitschaftsdienst). Für jeden Sektor ist die Analyse in zwei Teile untergliedert:

- » Bestandsaufnahme des Versorgungsangebots
- » Kooperationspotentiale

Soweit es möglich war, wurde die Analyse des Ist-Zustandes um prospektive Untersuchungen ergänzt.

Teil 2: Analyse der Kooperationspotentiale im Bereich der Geburtshilfe

Aufgrund der Schließung der Entbindungsstation in Kandel im Februar 2017, der einzigen Entbindungsstation auf dem deutschen Teil des Untersuchungsgebiets, müssen gebärende Frauen mit Wohnsitz in Deutschland zur Entbindung nun in weiter entfernte Ballungszentren fahren. Vor diesem Hintergrund erscheint es sinnvoll zu untersuchen, inwiefern es für in Deutschland wohnhafte Frauen möglich wäre, in der Entbindungsstation in Wissembourg – das heißt wohnortsnah, direkt auf der anderen Seite der Grenze – zu entbinden.

¹ Bei den Kassenärztlichen Vereinigungen handelt es sich um eigenständige Einrichtungen, die auf Landesebene unter anderem mit der Regulierung des kassenärztlichen Angebots beauftragt sind.

Der zweite Teil der Studie setzt sich aus einer Bedarfsanalyse und einer Machbarkeitsanalyse zusammen.

Dies in diesem Bericht vorgestellten Ergebnisse basieren auf folgenden Untersuchungsmethoden:

- » Sammlung und Auswertung statistischer Daten
- » Fachgespräche mit den Akteuren vor Ort (Leitung der Krankenhäuser, medizinisches Personal der Krankenhäuser, für Gesundheit zuständige Behörden, politische Vertreter)
- » Austausche innerhalb der Begleitgruppe der Studie.

Was die statistischen Daten angeht, stellten sich Fragen bezüglich der Vergleichbarkeit der Daten im grenzüberschreitenden Kontext. Zum Beispiel war es auf französischer möglich, Statistiken zu den Kardiologen/innen zu erhalten. Das war auf deutscher Seite nicht der Fall, da die Kardiologen/innen in den deutschen Statistiken in eine größere Kategorie integriert sind (Innere Medizin). Außerdem stammen die aktuellsten Daten nicht alle aus dem gleichen Jahr. Sie finden im Bericht selbst weitere Erläuterungen hinsichtlich der verwendeten Daten und der angewandten Analysemethoden.

TEIL 1: ALLGEMEINE ANALYSE DES VERSORGUNGSANGEBOTS

I. DEMOGRAPHISCHER ÜBERBLICK

1. Bevölkerungsdynamik

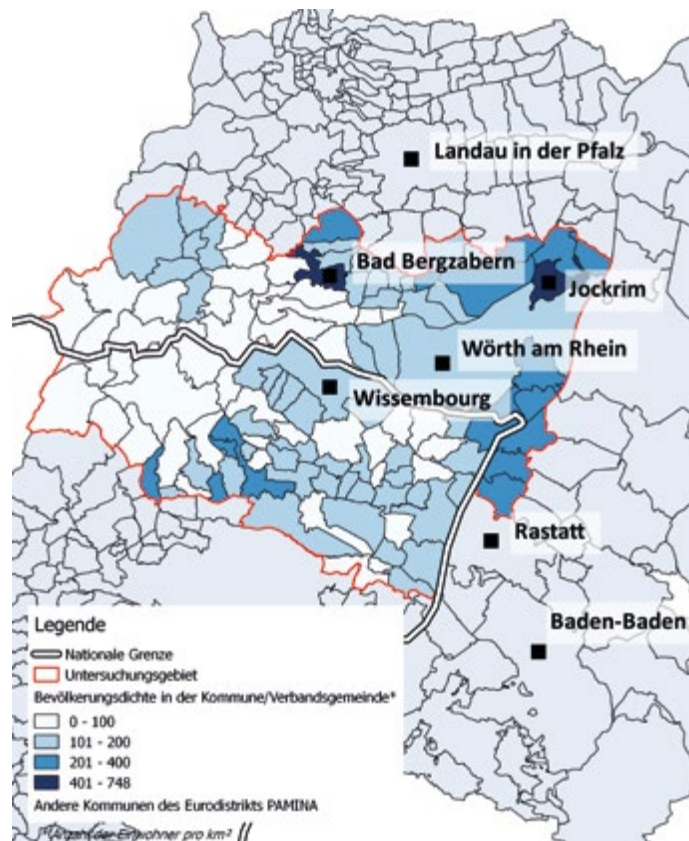
Im Jahr 2015 ² umfasste das Untersuchungsgebiet eine Bevölkerung von circa 173 755 Einwohnern/innen auf einer Fläche von 1 302 km², wovon 109 784 auf deutscher Seite (63 %) und 63 971 auf französischer Seite (37 %) lebten.

Mit 133 Einwohnern/innen pro km² ist die Bevölkerungsdichte im Untersuchungsgebiet höher als die der Region Grand Est (97 Einwohner/innen pro km²), aber niedriger als die von Rheinland-Pfalz (204 Einwohner/innen pro km²) und Baden-Württemberg (305 Einwohner/innen pro km²).

Die Bevölkerung ist auf dem Gebiet relativ ungleich verteilt (Karte 2), mit einer sehr geringen Bevölkerungsdichte in den ländlichen Gemeinden im Westen des Gebiets (15 Einwohner/innen pro km² in Bobenthal und Windstein) und einer sehr hohen Bevölkerungsdichte in den Städten im Norden und Osten des deutschen Teilgebietes (591 Einwohner/innen pro km² in Jockgrim und 748 Einwohner/innen pro km² in Bad Bergzabern).

Die Bevölkerungsgröße blieb in den letzten Jahren im Untersuchungsgebiet sehr stabil. Sie stieg in den letzten fünf verfügbaren Jahren um nur +0,82 % ³. Das Bevölkerungswachstum war auf der deutschen Seite ausgeprägter (+1,22 %) als auf der französischen Seite (+0,16 %) (Grafik 1).

Karte 2: Bevölkerungsdichte auf kommunaler Ebene pro km² in den Jahren 2013-2015



Quellen: Insee-RP, Statistisches Bundesamt und Landesämter – Auswertung ORS Grand Est

² Daten aus dem Jahr 2015 für die deutsche Seite (Statistisches Bundesamt und Landesämter) und 2013 für die französische Seite (Volkszählung, Insee).

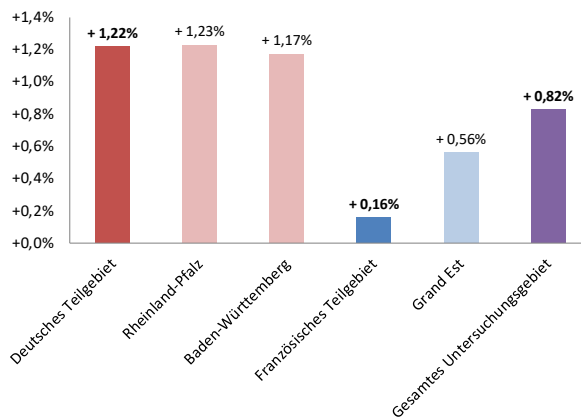
³ 2008-2013 für die französische Seite und 2010-2015 für die deutsche Seite.

Die Hintergründe der Bevölkerungsentwicklung sind auf beiden Seiten der Grenze unterschiedlich:

- » Auf französischer Seite erklärt sich das Bevölkerungswachstum hauptsächlich aus der Entwicklung des natürlichen Saldos (Differenz aus Geburten und Todesfällen);
- » Auf deutscher Seite erklärt sich das Bevölkerungswachstum hauptsächlich aus der Entwicklung des Wanderungssaldos (Differenz aus Zu- und Abwanderung).

Bis zum Jahr 2035 dürfte die Bevölkerung im Untersuchungsgebiet leicht (-0,5 %) zurückgehen (von 173 750 auf 172 820 Einwohner/innen, laut dem zentralen Szenario ⁴). Die Tendenzen sind für die jeweiligen Teilgebiete unterschiedlich: Auf französischer Seite dürfte die Bevölkerung zwischen 2015 und 2035 um fast 7 % wachsen, während die Bevölkerungszahl auf deutscher Seite zwischen 2013 und 2035 um -5 % zurückgehen dürfte (Grafik 2).

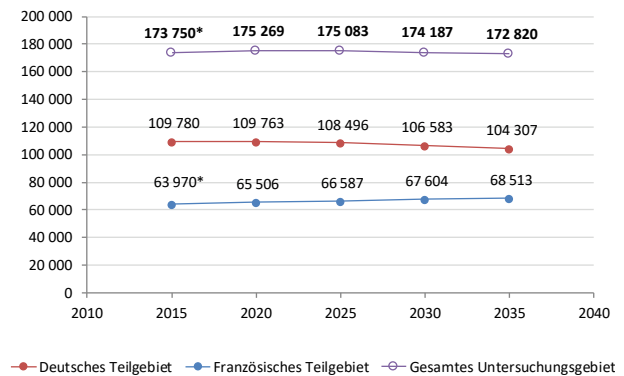
Grafik 1: Wachstumsrate der Gesamtbevölkerung in den fünf letzten verfügbaren Jahren *



* 2008-2013 für die französische Seite und 2010-2015 für die deutsche Seite.

Quellen: Insee-RP, Statistisches Bundesamt und Landesämter – Auswertung ORS Grand Est

Grafik 2: Bevölkerungsentwicklung laut demographischen Hochrechnungen (zentrales Szenario)



* Bevölkerung 2013 für das französische Teilgebiet

Quellen: Insee - Projection Omphale, Statistische Landesämter Rheinland-Pfalz und Baden-Württemberg (Rationalisierte Vorausrechnung) – Auswertung ORS Grand Est

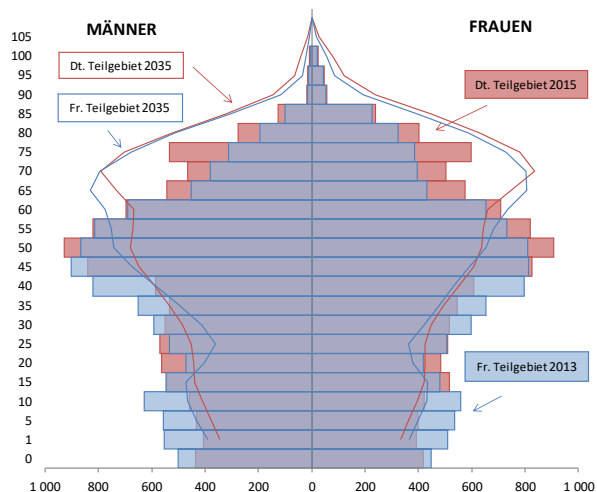
2. Altersstruktur der Bevölkerung

Die Bevölkerung im Untersuchungsgebiet altert: Ein Fünftel der Bevölkerung (20 %) ist 65 Jahre oder älter. Die Alterung der Bevölkerung ist auf der deutschen Seite ausgeprägter als auf der französischen Seite. Auf deutscher Seite sind 22 % der Bevölkerung 65 Jahre oder älter, 17% der Bewohner/innen auf dem französischen Teilgebiet gehören dieser Altersklasse an.

Bis zum Jahr 2035 dürfte die Alterung der Bevölkerung voranschreiten. Fast ein Drittel der Bevölkerung des Untersuchungsgebiets (32 %) wird im Jahr 2035 65 Jahre oder älter sein, wobei die Verteilung dies und jenseits der Grenze recht homogen sein dürfte (33 % auf deutscher und 31 % auf französischer Seite). Das Fortschreiten der Alterung der Bevölkerung soll auf französischer Seite ausgeprägter sein, sodass das französische Teilgebiet die deutsche Seite bis zum Jahr 2035 einholen dürfte (Grafik 3).

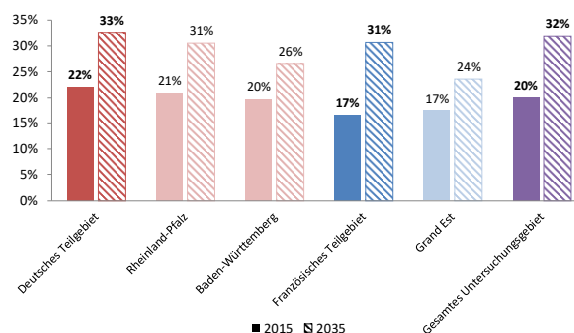
⁴ Das zentrale Szenario geht von einer Fortsetzung der in den letzten Jahren beobachteten demographischen Tendenzen (Geburtenrate, Sterblichkeitsrate, Zu- und Abwanderung) aus.

Grafik 3: Aktuelle (2013-2015) und voraussichtliche (2035) Altersstruktur der Bevölkerung auf deutscher und französischer Seite des Untersuchungsgebiets



Quellen: Insee - Projection Omphale, Statistische Landesämter Rheinland-Pfalz und Baden-Württemberg (Rationalisierte Vorausrechnung) – Auswertung ORS Grand Est

Grafik 4: Anteil der über 65jährigen an der Gesamtbevölkerung 2015 und 2035*



* Bevölkerung 2013 für das französische Teilgebiet.

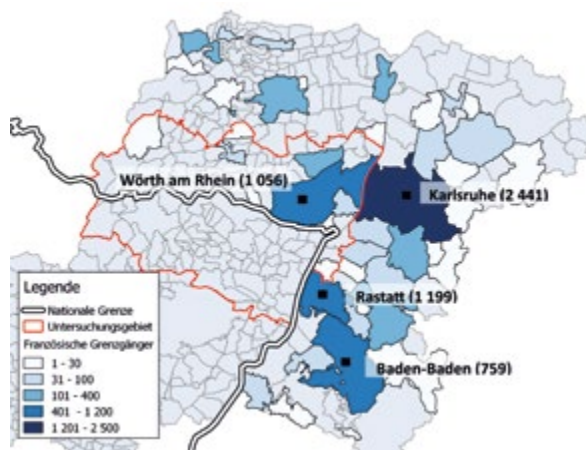
Quellen: Insee - RP, Projection Omphale, Statistische Landesämter Rheinland-Pfalz und Baden-Württemberg (Rationalisierte Vorausrechnung) – Auswertung ORS Grand Est

3. Grenzgänger/innen

Das Untersuchungsgebiet zeichnet sich durch intensive grenzüberschreitende Beziehungen aus, was unter anderem anhand der bedeutenden Zahl an Grenzgängern/innen sichtbar wird. Dieses Phänomen ist nicht ohne Bedeutung für diese Studie, da die Grenzgänger/innen sowohl auf deutscher wie auch auf französischer Seite krankenversichert sind und sich daher in beiden Ländern ohne Probleme bei der Kostenübernahme behandeln lassen können.

Die grenzüberschreitende Mobilität auf dem Untersuchungsgebiet betrifft fast ausschließlich Personen, die in Frankreich wohnen und in Deutschland arbeiten. Grenzgängerströme aus Deutschland nach Frankreich sind quasi nicht existent.

Karte 3: Grenzgänger/innen mit Wohnsitz im französischen Teilgebiet, nach Arbeitsort im Jahr 2013



Quellen: Insee MOBPRO 2013

Im Jahr 2013 übten 8 940 Bewohner/innen des französischen Teilgebiets ihre berufliche Tätigkeit im Ausland aus. Dies entspricht 29 % der Erwerbstätigen. Fast alle (8 870 Einwohner/innen) arbeiten in Deutschland.

Für 16,5 % der Grenzgänger/innen (1 465 Einwohner/innen) befindet sich der Arbeitsort im Untersuchungsgebiet, davon für fast drei Viertel in der Gemeinde Würth am Rhein. Über die Hälfte der Grenzgänger/innen, die auf französischer Seite wohnen und in Deutschland arbeiten (61 %), arbeiten in einer der größeren Städte (Karlsruhe, Rastatt und Baden-Baden) außerhalb des Untersuchungsgebiets.

II. VERSORGUNGSANGEBOT IM NIEDERGELASSENEN BEREICH

1. Bestandsaufnahme des Versorgungsangebots

Bei der Analyse des Versorgungsangebots im niedergelassenen Bereich wurde der Fokus auf die Grundversorgung gelegt:

- » Allgemeinmediziner/innen;
- » Fachärzte/innen aus den folgenden Fachbereichen: Pädiatrie, Gynäkologie, Ophthalmologie, Kardiologie, Radiologie und Urologie;
- » Zahnmediziner/innen;
- » Hebammen/Geburtshelfer.

Die Analyse des Versorgungsangebots basiert hauptsächlich auf folgende Daten:

- » Anzahl an Gesundheitsfachkräften und Ort ihrer Ansiedlung;
- » Dichte an Gesundheitsfachkräften in den jeweiligen Teilgebieten. Die Fachkräftedichte innerhalb des Untersuchungsgebiets wird jeweils mit den Durchschnittswerten in der Region Grand Est und in den Ländern Rheinland-Pfalz und Baden-Württemberg verglichen, um günstige oder weniger günstige Situationen bezüglich der Gesundheitsversorgung aufzuzeigen;
- » Alter der Gesundheitsfachkräfte, um die Entwicklung des Versorgungsangebots bis 2030 zu erfassen. Aufgrund von Datenlücken konnten diese Untersuchungen nur für die Ärzte/innen durchgeführt werden.

Die Ergebnisse hinsichtlich der Kopfzahlen, der geographischen Verteilung und der Dichte an Fachkräften werden zunächst für die einzelnen Fachrichtungen vorgestellt und anschließend anhand von Übersichtstabellen zusammengefasst. Zuletzt werden die Analyseergebnisse hinsichtlich des Alters der Ärzte/innen vorgestellt. Der untenstehende Kasten beinhaltet mehr Informationen zu den verwendeten Daten.

QUELLEN DER DATEN

Die verwendeten Daten stammen aus den folgenden Quellen:

- Französische Daten: *Répertoire partagé des professionnels intervenant dans le Système de santé - RPSS* (Gemeinsames Verzeichnis der im Gesundheitssystem tätigen Fachkräfte)
- Daten aus Rheinland-Pfalz: Statisches Landesamt und Kassenärztliche Vereinigung
- Daten aus Baden-Württemberg: Kassenärztliche Vereinigung

Die französischen Daten decken niedergelassene und „ermächtigte“ Ärzte/innen (*médecins mixtes*) ab. Die Daten des Statistischen Landesamts Rheinland-Pfalz decken sowohl Vertragsärzte als auch Privatärzte ab, wohingegen die Daten der Kassenärztlichen Vereinigungen nur die Vertragsärzte abdecken.

Die Daten aus Frankreich und Deutschland sind nicht immer vergleichbar. Es gibt ebenfalls Unterschiede zwischen den Daten aus den zwei Bundesländern. Die Unterschiede betreffen insbesondere die folgenden Punkte:

- Status der Ärzte/innen
- Feinheitgrad der Daten: Zum Beispiel liegen auf deutscher Seite für die Kardiologie oder Rheumatologie keine Daten vor, da diese Fachrichtungen statistisch in einer breiteren Kategorie (Innere Medizin) erfasst werden.

EINGRENZUNG DER UNTERSUCHUNGEN

Im Rahmen der Untersuchung war es nicht möglich, die folgenden Aspekte zu berücksichtigen: Teilzeitarbeit; Wartezeiten; Dauer des Arztbesuchs; Vertragsärztliche Versorgung durch ermächtigte Ärzte/innen

1.1. Analysen nach Fachrichtung

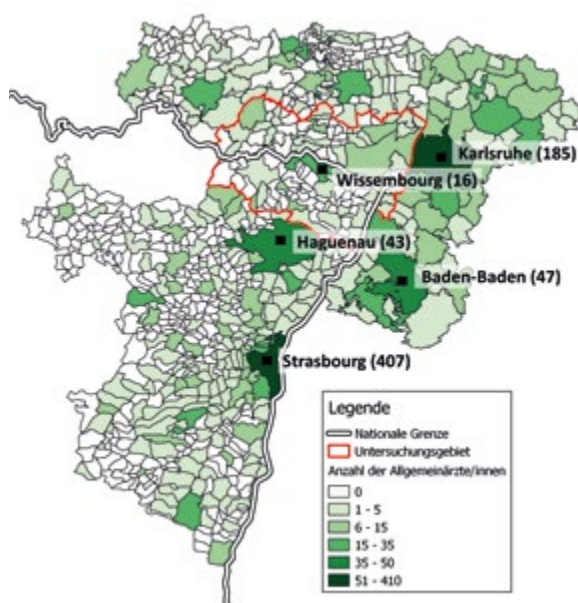
Allgemeinärzte/innen

Im Untersuchungsgebiet zählt man insgesamt 119 Allgemeinärzte/innen (Karte 4), davon 65 auf deutscher und 54 auf französischer Seite. Die Dichte an Allgemeinärzten/innen ist auf französischer Seite deutlich höher (84,4 Ärzte/innen pro 100 000 Einwohner/innen) als auf deutscher Seite (59,2 pro 100 000 Einwohner/innen). Ein Erklärungsfaktor liegt sicherlich in den Unterschieden zwischen beiden Systemen hinsichtlich des Patientenpfads. Auf französischer Seite wählen Patienten/innen einen Hausarzt/eine Hausärztin (*médecin traitant*), der/die eine Gatekeeper-Funktion übernimmt: Für eine vollständige Kostenübernahme der Behandlungen durch Fachärzte/innen müssen Patienten/innen (außer bei einigen Fachgebieten wie der Ophthalmologie oder der Gynäkologie) von dem Hausarzt/von der Hausärztin überwiesen werden (Hausarztmodell). In Deutschland gilt das Prinzip der freien Arztwahl, das heißt Patienten/innen können sich direkt an den Facharzt/die Fachärztin wenden, ohne höhere Zuzahlungen befürchten zu müssen (außer wenn sie sich an einem von ihrer Krankenkasse angebotenen Hausarztmodell freiwillig beteiligen). Die Dichte an Allgemeinärzten/innen im deutschen Teilgebiet ist um 14 % höher als der Durchschnitt der Länder Rheinland-Pfalz und Baden-Württemberg. Im Gegensatz dazu ist die Ärztedichte auf französischer Seite 19 % niedriger als der Durchschnitt in der Region Grand Est.

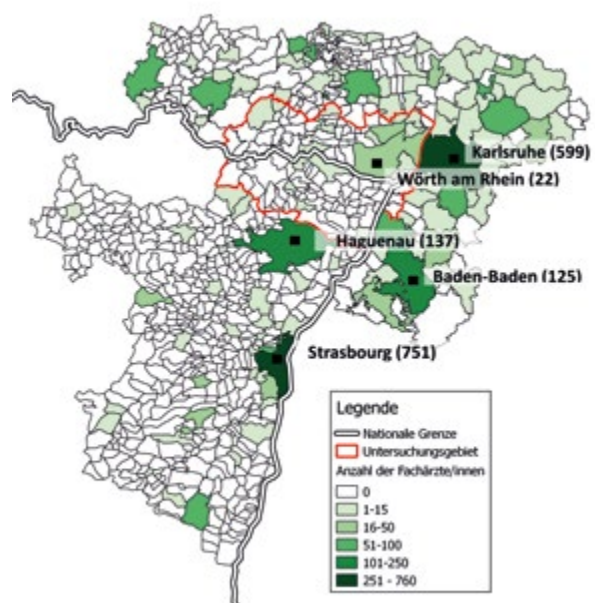
Fachärzte/innen (alle Fachrichtungen zusammengefasst)

Innerhalb des Untersuchungsgebiets lassen sich insgesamt 96 Fachärzte/innen (alle Fachgebiete zusammengefasst, exklusive der Fachärzte/innen für Allgemeinmedizin) feststellen (Karte 5), davon 77 auf deutscher und 19 auf französischer Seite. Der Unterschied bei den Kopffzahlen auf beiden Seiten der Grenze ist sehr deutlich. Er spiegelt sich in der Dichte an Fachärzten/innen wieder: Die Ärztedichte ist auf deutscher Seite (70,1 Ärzte/innen pro 100 000 Einwohner/innen) deutlich höher als auf französischer Seite (29,7 pro 100 000 Einwohner/innen). Auch hier ist die unterschiedliche Organisation der Systeme bezüglich des Patientenpfades sicherlich ein Erklärungsfaktor. Die Ärztedichte im deutschen Teilgebiet ist deutlich niedriger als der Durchschnitt der Bundesländer Rheinland-Pfalz und Baden-Württemberg. Auf französischer Seite ist die Diskrepanz zur regionalen Ebene noch ausgeprägter: Die Ärztedichte im französischen Teilgebiet ist um 65 % geringer als der Durchschnitt der Region Grand Est.

Karte 4: Ansiedlung der Allgemeinärzte/innen



Karte 5: Ansiedlung der Fachärzte/innen (außer Allgemeinmedizin)



Quellen: RPPS 2016, Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz, Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg - Auswertung ORS Grand Est

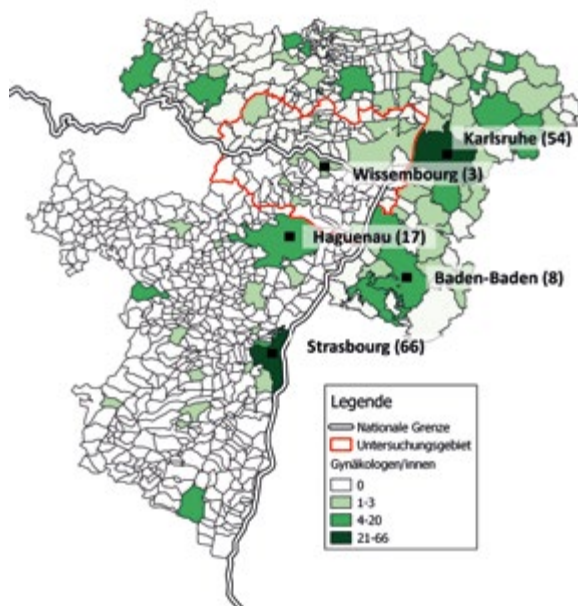
Gynäkologen/innen

Insgesamt zählt man im Untersuchungsgebiet 14 Gynäkologen/innen (Karte 6), davon neun auf deutscher und fünf auf französischer Seite. Bezogen auf die Bevölkerung lässt sich auf beiden Seiten der Grenze eine vergleichbare Ärztedichte feststellen (8,2 Gynäkologen/innen pro 100 000 Einwohner/innen auf der deutschen Seite gegen 7,8 pro 100 000 Einwohner/innen auf französischer Seite). Die Abweichung zu den Durchschnittswerten auf Landesebene beziehungsweise regionaler Ebene ist auf deutscher Seite ausgeprägt (-39%), wohingegen sie auf französischer Seite gering bleibt (-6%).

Radiologen/innen

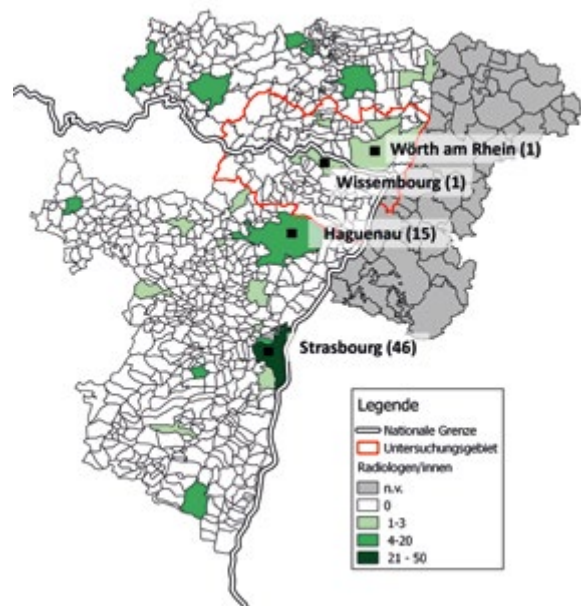
Im Untersuchungsgebiet zählt man drei Radiologen/innen auf deutscher Seite und nur einen/eine auf französischer Seite (Karte 7). Auch hier ist die Ärztedichte auf beiden Seiten der Grenze vergleichbar (2,7 Radiologen/innen pro 100 000 Einwohner/innen auf deutscher Seite gegen 1,6 pro 100 000 Einwohner/innen auf französischer Seite). Die Abweichung zu den Durchschnittswerten auf Landesebene beziehungsweise regionaler Ebene ist auf deutscher Seite ausgeprägt (-36 %) und auf französischer Seite noch deutlicher (-82 %). Bei der Interpretation der Zahlen soll beachtet werden, dass der prozentuelle Vergleich der Durchschnittswerte aufgrund der sehr niedrigen Kopffzahlen nur bedingt aussagekräftig ist. Dies gilt für die meisten der untersuchten Fachrichtungen.

Karte 6: Ansiedlung der Gynäkologen/innen



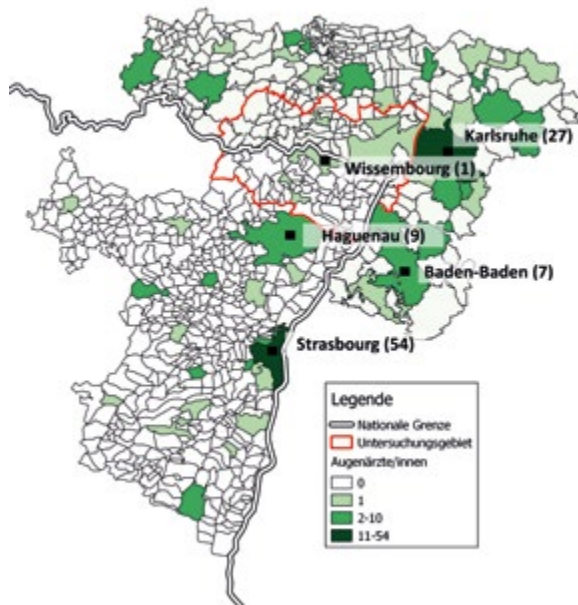
Quellen: RPPS 2016, Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz, Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg - Auswertung ORS Grand Est

Karte 7: Ansiedlung der Radiologen/innen



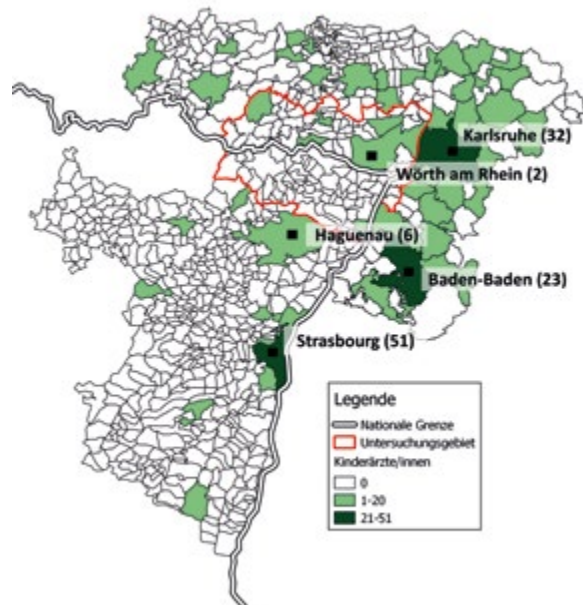
Quellen: RPPS 2016, Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz, Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg - Auswertung ORS Grand Est

Karte 8: Ansiedlung der Augenärzte/innen



Quellen: RPPS 2016, Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz, Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg - Auswertung ORS Grand Est

Karte 9: Ansiedlung der Kinderärzte/innen



Quellen: RPPS 2016, Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz, Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg - Auswertung ORS Grand Est

Augenärzte/innen

Auf dem Untersuchungsgebiet sind fünf Augenärzte/innen (Karte 8) niedergelassen, davon drei auf deutscher und zwei auf französischer Seite. Die zwei Teilgebiete weisen ähnliche Ärztedichten auf (2,7 Augenärzte/innen pro 100 000 Einwohner/innen auf deutscher und 3,1 pro 100 000 Einwohner/innen auf französischer Seite). Die Abweichung zu den Durchschnittswerten auf Landesebene beziehungsweise regionaler Ebene ist auf beiden Seiten der Grenze gleich ausgeprägt (-60 % auf deutscher Seite; -54 % auf französischer Seite).

Kinderärzte/innen

Im Untersuchungsgebiet zählt man acht Kinderärzte/innen (Karte 9), davon sieben auf dem deutschen und einer beziehungsweise eine im französischen Teilgebiet. Der Unterschied zwischen beiden Teilgebieten ist somit erheblich. Er spiegelt sich auch auf Ebene der Ärztedichte wider, mit jeweils 6,4 Ärzten/innen pro 100 000 Einwohner/innen auf deutscher Seite und 1,6 pro 100 000 Einwohner/innen auf französischer Seite. Die Differenz zu den Durchschnittswerten auf Landesebene beziehungsweise regionaler Ebene ist auf deutscher Seite hoch (-27 %) und auf französischer Seite noch höher (-66 %).

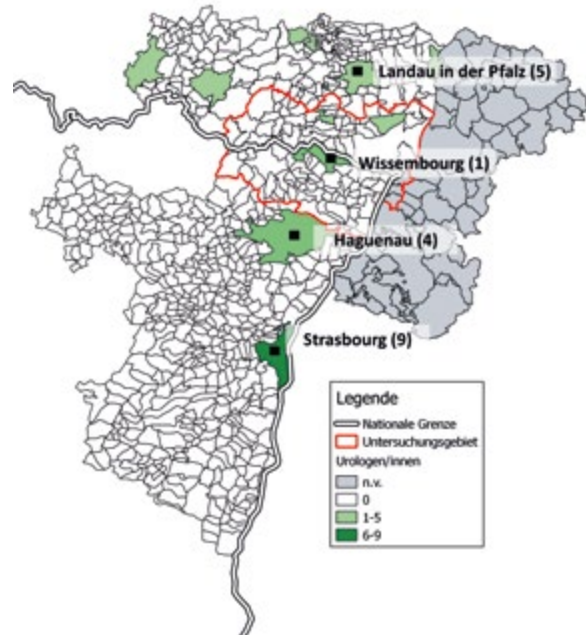
Rheumatologen/innen

Auf dem gesamten Untersuchungsgebiet ist kein/keine Rheumatologe/in niedergelassen. Auch hier sind auf Basis der verfügbaren Daten keine tiefergehenden Untersuchungen möglich.

Urologen/innen

Auf dem Untersuchungsgebiet haben sich vier Urologen/innen niedergelassen (Karte 10), davon drei auf deutscher und vier auf französischer Seite. Die Ärztedichte ist dies- und jenseits der Grenze vergleichbar (2,7 Urologen/innen pro 100 000 Einwohner/innen auf deutscher Seite; 1,6 pro 100 000 Einwohner/innen auf französischer Seite). Der Unterschied zu den Durchschnittswerten auf Landes- beziehungsweise regionaler Ebene ist auf deutscher Seite ausgeprägter (-45 %) als auf französischer Seite (-20 %).

Karte 10: Ansiedlung der Urologen/innen

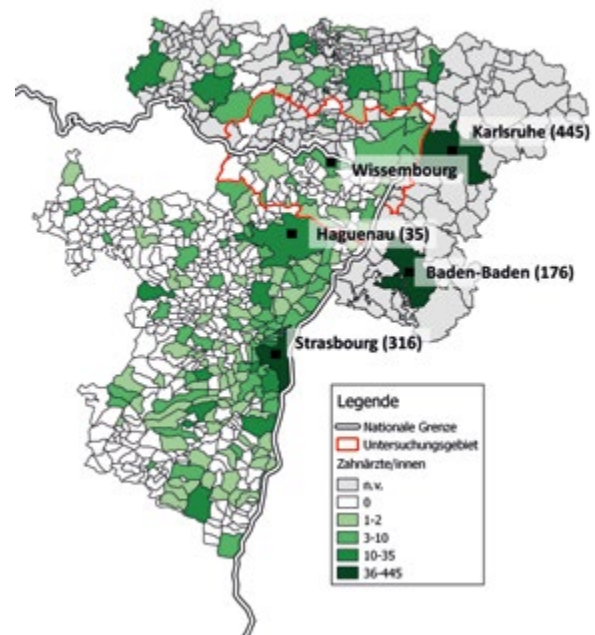


Quellen: RPPS 2016, Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz, Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg - Auswertung ORS Grand Est

Zahnärzte/innen

Auf dem Untersuchungsgebiet wurden insgesamt 84 Zahnärzte/innen aufgezählt, davon 48 auf dem deutschen und 36 auf dem französischen Teilgebiet (Karte 11). Der Unterschied hinsichtlich der Ärztedichte zwischen den beiden Teilgebieten bleibt gering (43,7 Zahnärzte/innen pro 100 000 Einwohner/innen auf deutscher Seite gegen 56,3 pro 100 000 Einwohner/innen auf französischer Seite). Die ermittelte Dichte an Zahnärzten/innen liegt leicht unter den Durchschnittswerten auf Landesebene beziehungsweise regionaler Ebene (-16 % auf deutscher, -5 % auf französischer Seite).

Karte 11: Ansiedlung der Zahnärzte/innen*



*Für das Land Baden-Württemberg sind die Daten nur für die kreisfreien Städte verfügbar.

Quellen: RPPS 2016, Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz, Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg - Auswertung ORS Grand Est

Hebammen/Geburtshelfer

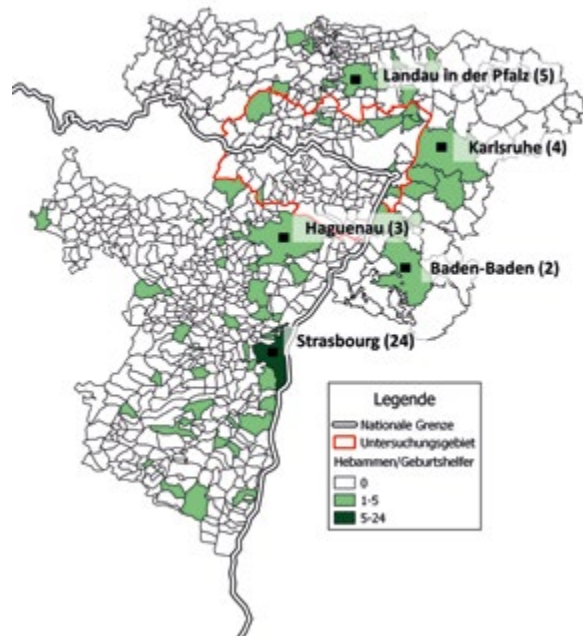
Insgesamt sind im Untersuchungsgebiet 15 Hebammen/ Geburtshelfer niedergelassen (Karte 12), davon 14 auf deutscher und eine auf französischer Seite. Hinsichtlich der Kopfzahl lässt sich also ein deutlicher Unterschied zwischen den zwei Teilgebieten feststellen. Dies könnte auf die unterschiedliche Rolle der niedergelassenen Hebammen/Geburtshelfer in Deutschland und in Frankreich zurückzuführen sein. Auf deutscher Seite spielen freiberufliche Hebammen/ Geburtshelfer eine deutlich größere Rolle in der Schwangerschaftsbegleitung als das in Frankreich der Fall ist, da sich diese dort vornehmlich auf die Geburtsvorbereitung konzentrieren.

Die Unterschiede bei den Kopfzahlen spiegeln sich in der Fachkräftedichte wider: Auf deutscher Seite zählt man 12,75 Hebammen/Geburtshelfer pro 100 000 Einwohner/innen gegen 1,56 pro 100 000 Einwohner/innen im französischen Teilgebiet. In Frankreich ist der Unterschied zum regionalen Durchschnitt extrem hoch (-91 %). Auf deutscher Seite war ein solcher Vergleich aufgrund fehlender statistischen Daten nicht möglich.

Kardiologen/innen

Im Untersuchungsgebiet wurden drei Kardiologen/innen erfasst, davon einer beziehungsweise eine auf deutscher Seite und zwei auf französischer Seite. Die Ärztedichte beträgt 0,9 Kardiologen/innen pro 100 000 Einwohner/innen auf deutscher Seite gegen 3,1 Kardiologen/innen pro 100 000 Einwohner/innen auf französischer Seite. Auf französischer Seite ist die Ärztedichte deutlich geringer als im Durchschnitt in der Region Grand Est (-58 %). Auf dem Gebiet der Kardiologie sind tiefergehende Analysen nicht möglich, da die hierzu erforderlichen Daten auf deutscher Seite nicht vorliegen.

Karte 12: Ansiedlung der niedergelassenen Hebammen/Geburtshelfer im Jahr 2013*



Quellen: RPPS 2016, Hebammen-Landesverband ; Rheinland-Pfalz e. V. - Auswertung ORS Grand Est

*Für die deutsche Seite : Nur Ansiedlung der freiberuflichen Hebammen/Geburtshelfer, die (zumindest zum Teil) im Untersuchungsgebiet tätig sind.

1.2. Zusammenfassung

Die Tabellen 1 und 2 bieten einen synoptischen Überblick über die für die jeweiligen Teilgebiete und Berufe/Fachrichtungen erhobenen Daten. Insgesamt lässt sich Folgendes feststellen:

- » Bei fast allen berücksichtigten Berufen liegen die Kopffzahlen im deutschen Teilgebiet höher als im französischen Teilgebiet.
- » Was die Fachärzte/innen angeht, sind die Kopffzahlen niedrig bis sehr niedrig: In den meisten Fachrichtungen beruht das aktuelle Versorgungsangebot in den jeweiligen Teilgebieten auf nur wenigen Ärzten/innen. In diesem Kontext kann sich durch die Schließung einer einzigen Praxis die Qualität der Versorgung radikal verschlechtern. Eben aus dem Grund war es besonders wichtig, das Alter der Ärzten/innen zu ermitteln und somit eine prospektive Analyse zu unternehmen (siehe Punkt 1.3).
- » Was die Allgemeinmedizin angeht, sind die Kopffzahlen höher, allerdings lässt sich eine ungleiche Verteilung auf dem Gebiet feststellen. So sind auf französischer Seite 30 % der Hausärzte/innen in der Gemeinde Wissembourg angesiedelt. In anderen Gegenden ist das Angebot sehr begrenzt. Dies ist zum Beispiel der Fall in Lauterbourg und Umgebung (Gemeindeverband Plaine du Rhin): In Lauterbourg zählt man nur noch einen aktiven Hausarzt, während es vor zehn Jahren noch vier waren. Der nächstgelegene Hausarzt hat seine Praxis in Seltz (in ca. 20 Fahrminuten Entfernung).
- » Was die Ärztedichte angeht, stellt man im grenzüberschreitenden Vergleich fest, dass die Dichte an Hausärzten/innen im französischen Teilgebiet deutlich höher ist als auf deutscher Seite, während die Dichte an Fachärzten/innen im deutschen Teilgebiet deutlich höher ist als auf der französischen Seite. Dieser Unterschied ist vermutlich zum Teil auf die unterschiedliche Organisation des Patientenpfades in den zwei Ländern zurückzuführen.
- » Bei fast allen berücksichtigten Berufen sind die Ärztedichten im Untersuchungsgebiet niedriger, häufig sogar bedeutend niedriger – als der Durchschnittswert der Region Grand Est beziehungsweise in den Ländern Rheinland-Pfalz und Baden-Württemberg. Die einzige Ausnahme stellen die Allgemeinärzte/innen auf deutscher Seite dar, bei denen die ermittelte Dichte im Untersuchungsgebiet höher als der Durchschnitt ist.

Tabelle 1: Niedergelassene Ärzte/innen im Jahr 2016 im Untersuchungsgebiet (Kopffzahlen)

	Allgemeinärzte/innen	Fachärzte/innen (außer Allgemeinmedizin)	Gynäkologen/innen	Radiologen/innen	Augenärzte/innen	Kinderärzte/innen	Kardiologen/innen	Rheumatologen/innen	Urologen/innen	Hebammen / Geburtshelfer	Zahnärzte/innen
Deutsches Teilgebiet	65	77	9	3	3	7	1	0	3	14	48
Französisches Teilgebiet	54	19	5	1	2	1	2	0	1	1	36
Gesamtes Untersuchungsgebiet	119	96	14	4	5	8	3	0	4	15	84

Quellen: RPPS 2016, Statistisches Landesamt 2016 RPL, Kassenärztliche Vereinigung 2016 BW - Auswertung ORS Grand Est

Tabelle 2: Niedergelassene Ärzte/innen im Untersuchungsgebiet im Jahr 2016 (Dichte pro 100 000 Einwohner/innen)

	Allgemeinarzte/innen	Fachärzte/innen (außer Allgemeinmedizin)	Gynäkologen/innen	Radiologen/innen	Augenärzte/innen	Kinderärzte/innen	Kardiologen/innen	Rheumatologen/innen	Urologen/innen	Hebammen / Geburtshelfer	Zahnärzte/innen
Deutsches Teilgebiet	59,2	70,1	8,2	2,7	2,7	6,4	0,9	-	2,7	12,75	43,7
Französisches Teilgebiet	84,4	29,7	7,8	1,6	3,1	1,6	3,1	-	1,6	1,56	56,3
Gesamtes Untersuchungsgebiet	68,5	55,3	8,1	2,3	2,9	4,6	1,7	-	2,3	8,63	48,3
Abweichung deutsches Teilgebiet / Durchschnitt RLP BW	+14%	-45%	-39%	-37%	-60%	-27%	ND	ND	-24%	ND	-16%
Abweichung französisches Teilgebiet / Durchschnitt Grand Est	-19%	-65%	-6%	-82%	-54%	-66%	-58%	-100%	+20%	-91%	-5%

Quellen: RPPS 2016, Kassenärztliche Vereinigungen Rheinland-Pfalz und Baden-Württemberg 2016 - Auswertung ORS Grand Est

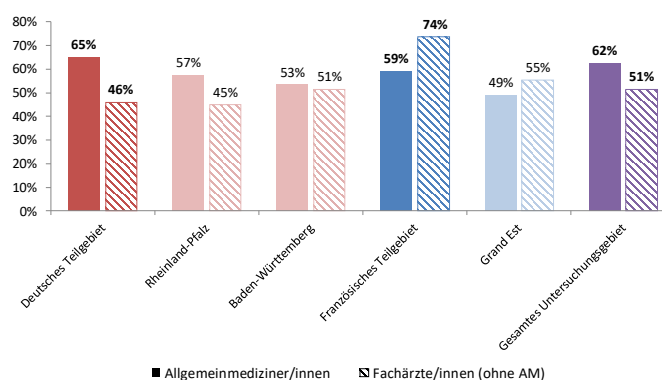
1.3. Perspektiven für die Zukunft

Angesichts der geringen Kopfzahlen und Ärztedichten scheint es sinnvoll, sich mit den zukünftigen Entwicklungen auseinanderzusetzen. Hierfür wurden statistische Daten zum Alter der Ärzte/innen herangezogen. Dabei wurde deutlich, dass das Gebiet ganz stark mit der Alterung der Ärzte/innen konfrontiert ist (Grafik 5).

Im Untersuchungsgebiet sind die Hälfte der Fachärzte/innen (51 %) und 62 % der Allgemeinmediziner/innen 55 Jahre oder älter. Auf der deutschen Seite ist die Alterung bei den Allgemeinärzten/innen ausgeprägter, während sie auf der französischen Seite bei den Fachärzten/innen deutlicher ist.

Auf dem französischen Teilgebiet sind 59 % der Hausärzte/innen und 74 % der Fachärzte/innen 55 Jahre oder älter. Die Alterung der Ärzte/innen ist somit deutlich ausgeprägter als der Durchschnitt der Region Grand Est, wo jeweils 49 % der Hausärzten/innen und 55 % der Fachärzten/innen 55 Jahre oder älter sind. Auf dem deutschen Teilgebiet ist die Alterung der Allgemeinärzte/innen ausgeprägter als der Durchschnitt der Länder Rheinland-Pfalz und Baden-Württemberg. Der Anteil der Hausärzte/innen mit 55 Jahren oder älter liegt bei 65 % im deutschen Teilgebiet gegen 53 % in Baden-Württemberg und 57 % in Rheinland-Pfalz. Bei den Fachärzten/innen lässt sich keine nennenswerte Abweichung zu den Durchschnittswerten auf Landesebene feststellen. Der Anteil der Fachärzte/innen, die 55 Jahre oder älter sind, liegt im deutschen Teilgebiet bei 46 %, im Land Baden-Württemberg bei 51 % und im Land Rheinland-Pfalz bei 45%.

Grafik 5: Anteil der Ärzte/innen mit 55 Jahren oder älter (auf deutscher Seite nur Vertragsärzte/innen)



Quellen: Insee - Projection Omphale, Kassenärztliche Vereinigungen Rheinland-Pfalz und Baden-Württemberg 2016 - Auswertung ORS Grand Est

2. Kooperationspotentiale

Wie bereits in der Einleitung erwähnt, lag das primäre Ziel der grenzüberschreitenden Studie darin, herauszufinden, ob die Verstärkung der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit eine Verbesserung des wohnortsnahen Versorgungsangebots für die Anwohner ermöglichen könnte. Um auf diese Frage antworten zu können, sind die Anfahrtszeiten zum nächstgelegenen Arzt/zur nächstgelegenen Ärztin (vom Wohnort aus) im grenzüberschreitenden Kontext untersucht worden. Hierdurch sollte aufgezeigt werden, ob die grenzüberschreitende Patientenmobilität einen Zeitgewinn mit sich bringen könnte. Ganz konkret sind jeweils für jede Gemeinde des Untersuchungsgebiets und für jede Fachrichtung die Anfahrtszeiten zum nächstgelegenen Arzt/zur nächstgelegenen Ärztin im Wohnortland mit den Anfahrtszeiten im grenzüberschreitenden Kontext gegenübergestellt worden. Zuerst werden die Rohergebnisse für die einzelnen Fachrichtungen vorgestellt (2.1). Anschließend erfolgt eine Zusammenfassung und Bewertung (2.2). Zum Abschluss werden grenzüberschreitende Handlungsoptionen herausgearbeitet (2.3).

2.1. Analysen nach Fachrichtung

Aufgrund von Datenlücken konnten die Anfahrtszeiten für die Kardiologen/innen, Rheumatologen/innen und Hebammen/Geburtshelfer nicht ermittelt werden.

Allgemeinärzte/innen, Urologen/innen, Zahnärzte/innen

Bei den Hausärzte/innen, den Urologen/innen und den Zahnärzte/innen entsteht durch das Überqueren der Grenze aktuell kein Zeitgewinn für die Patienten/innen.

Gynäkologen/innen und Radiologen/innen

Bei den Gynäkologen/innen (Karte 13) und Radiologen/innen (Karte 14) entsteht durch das Überqueren der Grenze für die Bewohner/innen von acht Gemeinden ein Zeitgewinn. Diese acht Gemeinden zählen 7 383 Einwohner/innen (4 % der Gesamtbevölkerung des Untersuchungsgebiets).

Karte 13: Zeitgewinn beim grenzüberschreitenden Aufsuchen eines Gynäkologen/einer Gynäkologin



Quellen: RPPS 2016, Statistisches Landesamt RPL, Kassenärztliche Vereinigung BW - Auswertung ORS Grand Est

Karte 14: Zeitgewinn beim grenzüberschreitenden Aufsuchen eines Radiologen/einer Radiologin



Quellen: RPPS 2016, Statistisches Landesamt RPL, Kassenärztliche Vereinigung BW - Auswertung ORS Grand Est

Im Detail gibt es einen Zeitgewinn für:

- » drei deutsche Gemeinden (2 298 Einwohner/innen), deren Bewohner/innen durch das Aufsuchen einer Praxis in Wissembourg bis zu 5 Minuten Fahrtzeit einsparen könnten.
- » fünf französische Gemeinden (5 085 Einwohner/innen), deren Bewohner/innen durch das Aufsuchen einer Praxis in Wörth am Rhein bis zu zehn Minuten Fahrtzeit einsparen könnten.

Augenärzte/innen

Bei den Augenärzten/innen (Karte 15) stellt das Überqueren der Grenze für die Bewohner/innen von 14 Gemeinden einen Zeitgewinn dar. Dies entspricht mit 14 878 Einwohnern/innen 9 % der Gesamtbevölkerung des Untersuchungsgebiets.

Im Detail betrifft der Zeitgewinn:

- » drei deutsche Gemeinden (2 298 Einwohner/innen) mit einem Zeitgewinn von bis zu 5 Minuten beim Aufsuchen eines Augenarztes/einer Augenärztin in Wissembourg;
- » elf französische Gemeinden (12 580 Einwohner/innen), deren Bewohner/innen durch das Aufsuchen einer Augenarztpraxis in Wörth am Rhein oder Rastatt bis zu 10 Minuten einsparen könnten.

Kinderärzte/innen

Bei den Kinderärzten/innen (Karte 16) stellt das Überqueren der Grenze für die Bewohner/innen von 19 französischen Gemeinden einen Zeitgewinn dar. Diese Gemeinde zählen 24 435 Einwohner/innen (14 % der Gesamtbevölkerung des Untersuchungsgebiets). Die Einwohner/innen hätten kürzere Anfahrtszeiten, wenn sie einen Arzt/eine Ärztin in Wörth am Rhein oder Schweigen-Rechtenbach statt auf französischer Seite aufsuchen würden. Für die meisten Einwohner/innen liegt der Zeitgewinn bei maximal fünf Minuten. Für 34 % der Einwohner/innen beträgt der Zeitgewinn 20 Minuten oder mehr.

Karte 15: Zeitgewinn beim grenzüberschreitenden Aufsuchen eines Augenarztes/einer Augenärztin



Quellen: RPPS 2016, Statistischen Landesamt RPL, Kassenärztliche Vereinigung BW - Auswertung ORS Grand Est

Karte 16: Zeitgewinn beim grenzüberschreitenden Aufsuchen eines Kinderarztes/einer Kinderärztin



Quellen: RPPS 2016, Statistischen Landesamt RPL, Kassenärztliche Vereinigung BW - Auswertung ORS Grand Est

2.2. Zusammenfassung

Die Ergebnisse zeigen, dass die grenzüberschreitende Patientenmobilität vom Wohnort aus zurzeit nur sehr selten einen Zeitgewinn ermöglicht. Bei allen berücksichtigten Fachrichtungen könnte nur eine sehr geringe Anzahl an Gemeinden und Einwohnern/innen von verkürzten Fahrtzeiten profitieren. In den meisten Fällen sind die Zeitgewinne, die durch Überqueren der Grenze entstehen würde, extrem gering (fünf Minuten oder weniger).

Nichtsdestotrotz scheint die Stärkung der grenzüberschreitenden Patientenmobilität aus drei Gründen sinnvoll:

- » **Freie Arztwahl:** In beiden Ländern gilt grundsätzlich die freie Arztwahl, auch wenn diese Freiheit auf französischer Seite durch das Hausarztmodell eingeschränkt ist. Im Untersuchungsgebiet ist die Wahlfreiheit durch die geringe Anzahl an Ärzten/innen de facto stark begrenzt. Die Möglichkeit, einen Arzt/eine Ärztin auf der anderen Seite der Grenze aufsuchen zu können, könnte die Wahlfreiheit der Patienten/innen stärken.
- » **Wartezeiten:** Im Rahmen der Studie war es nicht möglich, die Wartezeiten näher zu untersuchen. Angesichts der geringen Anzahl an Ärzte/innen kann man davon ausgehen, dass die Wartezeiten bei einigen Ärzte/innen recht lang sind. Das Problem der Wartezeiten wurde auch im Rahmen der Fachgespräche von einigen Akteuren angesprochen. Die Möglichkeit, einen Arzt/eine Ärztin jenseits der Grenze aufzusuchen, könnte eine Lösung hinsichtlich der langen Wartezeiten im eigenen Land darstellen.
- » **Zukunftsperspektive:** Auch wenn die grenzüberschreitende Mobilität zurzeit noch keine reelle Verkürzung der Fahrtzeiten zum nächstgelegenen Arzt/zur nächstgelegenen Ärztin mit sich bringt, könnte sich die Situation in naher Zukunft aufgrund der geringen Kopfzahlen und der Alterung der Ärzteschaft drastisch verändern.

2.3. Kooperationsperspektiven

Angesichts der Ergebnisse der Bestandsaufnahme kann die grenzüberschreitende Zusammenarbeit vor allem in Bezug auf die in den nächsten fünf bis zehn Jahren zu erwartenden Herausforderungen einen Beitrag zur Optimierung der wohnortsnahen Versorgung leisten. In der Steuerungsgruppe wurden mehrere mögliche Handlungsansätze identifiziert und diskutiert:

- » Handlungsansatz 1: Förderung der grenzüberschreitenden Patientenmobilität
- » Handlungsansatz 2: Förderung der grenzüberschreitenden Mobilität der niedergelassenen Ärzte/innen
- » Handlungsansatz 3: Erhöhung der Attraktivität des Gebiets für Ärzte/innen durch die grenzüberschreitende Zusammenarbeit
- » Handlungsansatz 4: Einrichtung von grenzüberschreitenden „Shared Services“

Handlungsansatz 1: Förderung der grenzüberschreitenden Patientenmobilität

Angesichts der drohenden Verknappung des Versorgungsangebots durch niedergelassene Ärzte/innen, erscheint es sinnvoll, den Zugang zu medizinischen Behandlungen auf der anderen Seite der Grenze zu erleichtern. Hier muss zwischen zwei Zielgruppen unterschieden werden:

- » **Grenzgänger/innen**
Wie bereits erwähnt zählt das französische Teilgebiet viele Grenzgänger/innen. Letztere machen 29 % der erwerbstätigen Bevölkerung aus. Grenzgänger/innen sind auf deutscher Seite krankenversichert und haben dadurch einen uneingeschränkten Zugang zum Versorgungsangebot auf deutscher Seite. Darüber

hinaus haben sie – auf Basis der Verordnung 883-2004⁵ – ebenfalls Zugang zum Versorgungsangebot auf französischer Seite, zu den gleichen Bedingungen wie jeder französische Versicherte. Dies gilt umgekehrt auch für Grenzgänger/innen, die in Deutschland wohnen und auf französischer Seite arbeiten, auch wenn im Untersuchungsgebiet nur wenige Personen betroffen sind. Was die Kostenübernahme angeht, sind somit alle Bedingungen erfüllt, um das Versorgungsangebot auf beiden Seiten der Grenze wahrnehmen zu können. Man kann außerdem davon ausgehen, dass die Sprache für Grenzgänger/innen kein großes Hindernis darstellt. Dennoch existieren auch für Grenzgänger/innen folgende Hürden bei der Inanspruchnahme von grenzüberschreitenden Behandlungen:

- **Informationsdefizite über die Kostenübernahme:** In einer Befragung, die von Studierenden des IEP Strasbourg innerhalb des Untersuchungsgebiets durchgeführt wurde⁶, wurde festgestellt, dass Grenzgänger/innen häufig schlecht über ihre Rechte informiert sind. Viele wissen nicht, dass sie einen Anspruch auf Kostenübernahme haben, wenn sie einen Arzt/eine Ärztin im Arbeitsland besuchen. Sollte die grenzüberschreitende Patientenmobilität einen Lösungsweg im Hinblick auf die kommenden Herausforderungen darstellen, wären spezifische Informationsmaßnahmen vorzusehen.
- **Unkenntnis des Versorgungsangebots:** Eine bessere Information über das Versorgungsangebot auf beiden Seiten der Grenze könnte ebenfalls die Patientenmobilität fördern.
- **Medikamente:** Einige Fragen stellen sich hinsichtlich der grenzüberschreitenden Anerkennung von medizinischen Verschreibungen in Apotheken sowie zu Aspekten der Kostenerstattung von Medikamenten im grenzüberschreitenden Kontext. Diese Fragen wurden vom Oberrheinrat aufgeworfen und sollen näher untersucht werden.

» Nicht-Grenzgänger/innen

Für den Rest der Bevölkerung, das heißt alle Personen, die nicht Grenzgänger/in sind, werden die Bedingungen der Kostenübernahme auf Basis der Verordnung 883/2004 und der Gesundheitsrichtlinie 2011/24⁷, nicht zufriedenstellend genug geregelt. Die Patienten/innen, die einen Arzt/eine Ärztin auf der anderen Seite der Grenze besuchen möchten, müssen oft mit hohen Zuzahlungen rechnen. Daher wäre es notwendig, in Abstimmung mit den Krankenkassen Ad-hoc-Lösungen zu finden, um zu gewährleisten, dass auch diese Kategorie von Patienten/innen von einer optimalen Kostenübernahme profitieren kann. Wenn Lösungen gefunden sind, wären auch für dieses Publikum spezifische Informationsmaßnahmen zu den bestehenden Möglichkeiten vorzusehen.

Viele der befragten Akteure betrachten die Vereinfachung der grenzüberschreitenden Patientenmobilität als die oberste Priorität, um die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich weiterzuentwickeln.

Handlungsansatz 2: Förderung der Mobilität der niedergelassenen Ärzte/innen

Ein weiterer möglicher grenzüberschreitender Handlungsansatz bestünde darin, die Mobilität der niedergelassenen Ärzte/innen zu fördern. So könnte man sich zum Beispiel vorstellen, dass ein in Deutschland tätiger Arzt/eine in Deutschland tätige Ärztin auf dem französischen Teilgebiet eine Zweigpraxis eröffnet oder dort Sprechstunden anbietet, z. B. ein oder zwei Tage pro Woche. Dies könnte in der Tat dazu beitragen, den Bedarf besser abzudecken.

5 Verordnung [EG] Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit vom 29. April 2004

6 Studie zur Patientenmobilität im Grenzraum Bad Bergzabern, Landau, Wissembourg, durchgeführt von Studierenden der SciencesPo Strasbourg (Sara Fischer, Antoine Gindre, Justine Iger, Jérémy Presle, Adèle Soroste, Mélanie Trommenschlager, Nathalie Treuter) unter Leitung von Anne Dussap und Eddie Pradier (TRISAN), Dezember 2016 – Bericht steht auf der Homepage von TRISAN zum Download zur Verfügung (www.trisan.org > Dokumente)

7 Richtlinie Nr. 2011/24/EU vom 9. März 2011 über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung zur Garantie der *Patientenmobilität* und der freien Erbringung von *Gesundheitsdienstleistungen*

Falls ein Arzt/eine Ärztin dies anbieten möchte, wäre deshalb eine Unterstützung des Vorhabens wünschenswert. Aus Sicht der Begleitgruppe sollte der Schwerpunkt jedoch vielmehr in der punktuellen Unterstützungen von bereits existierenden Kooperationsvorhaben liegen als in der breiten Förderung der Fachkräftemobilität. Folgende Gründe hierfür können genannt werden:

- » Aufgrund der geringen Ärztedichte im Untersuchungsgebiet (aktuell und zukünftig) haben einzelne Ärzte/innen eine sehr hohe Arbeitsbelastung. Daher scheint es sehr unwahrscheinlich, dass ein Arzt/eine Ärztin ausreichend Zeit findet, um eine Tätigkeit auf der anderen Seite der Grenze aufzunehmen.
- » Die grenzüberschreitende Mobilität der Ärzte/innen kann kaum „von oben“ gefördert werden. Ihre Entwicklung hängt vom individuellen Interesse der Ärzte/innen ab.
- » Der Arzt/die Ärztin müsste auch die Sprache des Nachbarlandes sehr gut beherrschen.

Handlungsansatz 3: Erhöhung der Attraktivität des Gebiets für Ärzte/innen durch die grenzüberschreitende Zusammenarbeit

Ein weiterer Handlungsansatz könnte darin bestehen, die Niederlassung auf dem Gebiet für Ärzte/innen attraktiver zu gestalten. Die Attraktivität eines Gebiets für Ärzte/innen hängt von einer Vielzahl an Faktoren ab, wie etwa die Lebensqualität, die bestehende Infrastruktur im breiteren Sinne (kulturelles Angebot, Kitaplätze etc.), das Vorhandensein eines Krankenhauses in der Nähe oder das Bestehen von lokalen Ärztenetzwerken. Darüber hinaus gibt es in beiden Ländern Förderungen für die Niederlassung in Regionen mit drohender Unterversorgung.

Im Rahmen der Begleitgruppe der Studie wurde thematisiert, inwiefern durch grenzüberschreitende Ansätze das Gebiet für Ärzte/innen attraktiver werden könnte. Dabei wurde das Argument geäußert, dass die Perspektive, auf einem grenzüberschreitenden Gebiet in Kontakt mit Patienten/innen aus verschiedenen Ländern und Kulturen zu arbeiten, bereits an sich ein Attraktivitätsfaktor für Ärzte darstellen kann. Hierbei könnte sich das Gebiet durch eine stärkere Vernetzung der Ärzte/innen aus beiden Ländern noch besser positionieren. Es ginge darum, einen Rahmen zu schaffen, in dem die Ärzte/innen dies und jenseits der Grenze sich austauschen, gegenseitig bereichern und ihre Praxis weiterentwickeln könnten.

An dieser Stelle wird angemerkt, dass die Entwicklung der Patientenmobilität (s. Handlungsansatz n°1) ganz stark von der grenzüberschreitenden Vernetzung der Ärzte/innen abhängt. Der Hintergrund ist, dass die Patienten/innen sich in den meisten Fällen an den Facharzt/die Fachärztin wenden, der/die vom Hausarzt/von der Hausärztin empfohlen worden ist. Es ist sehr unwahrscheinlich, dass ein Arzt/eine Ärztin Patienten/innen an einen ausländischen Kollegen/eine ausländische Kollegin überweist, wenn sich die beiden nicht kennen.

Mittelfristig könnte man sich vorstellen, eine grenzüberschreitende „*Communauté professionnelle territoriale de santé* (CPTS)“ (etwa: lokales Netzwerk der Gesundheitsdienstleister/innen) einzurichten. Das CPTS ist ein Koordinierungsinstrument, welches im französischen Sozialgesetzbuch (*Code de la santé publique*, Artikeln L1434-12 und L1434-13) vorgesehen wird. Es ermöglicht die Koordinierung zwischen den Gesundheitsdienstleistern/innen und somit die Verbesserung des Patientenpfades, insbesondere für Patienten/innen mit chronischen Erkrankungen. An einem CPTS können sich Dienstleister/innen aus verschiedenen Sektoren beteiligen. Dazu zählen unter anderem niedergelassene Ärzte/innen, Krankenhäuser, Pflegeheime. Bei dem CPTS handelt es sich um ein sehr flexibles Instrument, das in einer grenzüberschreitenden Variante konzipiert werden könnte.

Das grenzüberschreitende Gebiet könnte sich ebenfalls positionieren, indem es Ärzten/innen in der Ausbildung grenzüberschreitende Praktika anbietet.

Handlungsansatz 4: Einführung grenzüberschreitender „Shared Services“

Im Rahmen der Studie wurde eine Idee wieder aufgegriffen, die auf dem PAMINA-Gebiet schon lange diskutiert wurde, nämlich die Einführung eines grenzüberschreitenden pluridisziplinären Ärztehauses. Es ginge darum, ein Ärztehaus zu schaffen, das von französischen und deutschen Gesundheitsdienstleistern/innen betrieben wird und in welchem sowohl französische als auch deutsche Patienten/innen behandelt werden könnten. Vieles spricht für die Umsetzung eines solchen Projekts:

- » Es entspricht den aktuellen Erwartungen junger Ärzte/innen hinsichtlich der Arbeitsbedingungen und insbesondere deren wachsendem Interesse an Berufsausübungsgemeinschaften (BAG).
- » Aufgrund der Vielzahl an juristischen Fragen hinsichtlich der Zulassung, der Abrechnung, der Kostenübernahme, etc. würde die Schaffung einer solchen Struktur ein innovatives grenzüberschreitendes Experimentierfeld öffnen. Dadurch könnte nicht zuletzt auch die Attraktivität des Gebiets für Ärzte/innen gesteigert werden (siehe Handlungsansatz 3).
- » Durch seine starke Symbolkraft würde das Projekt dazu beitragen, die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich am Oberrhein sichtbarer zu machen.
- » Zuletzt soll die Mitteilung Nr. 534 der Europäischen Kommission von September 2017 („*Stärkung von Wachstum und Zusammenhalt in den EU-Grenzregionen*“) genannt werden. Einer der zehn Vorschläge der EU-Kommission zur Stärkung der Grenzregionen bezieht sich auf die grenzüberschreitende Bündelung der Einrichtungen des Gesundheitswesens. Die Einrichtung eines grenzüberschreitenden Ärztehauses würde perfekt in diesen Rahmen passen.

In Bezug auf die Umsetzung des Projekts sollen folgenden Herausforderungen genannt werden:

- » Die in Frankreich gesammelten Erfahrungen bezüglich der Einrichtung eines Ärztehauses deuten darauf hin, dass derartige Projekte in der Regel nur dann erfolgreich sind, wenn das Projekt von Beginn an von Gesundheitsdienstleistern/innen getragen wird. Mittlerweile fördert die Region Grand Est keine Projekte mehr, die ausschließlich von Gemeinden getragen werden. Es wäre von daher notwendig, Ärzte/innen und Gesundheitsfachkräfte ausfindig zu machen, die bereit wären, das Projekt zu tragen. Die Diskussionen innerhalb der Steuerungsgruppe der Studie deuten darauf hin, dass sich letzteres als schwierig erweisen könnte. Viele Ärzte/innen auf dem Untersuchungsgebiet nähern sich dem Rentenalter an und es ist insofern schwer denkbar, dass sie sich am Ende ihrer Karriere in einem solchen Projekt engagieren wollen.
- » Die Einrichtung eines grenzüberschreitenden Ärztehauses, das sowohl französische als auch deutsche Patienten/innen empfangen soll, setzt voraus, dass die Frage der Kostenübernahme der grenzüberschreitenden Behandlung geregelt ist (siehe Handlungsansatz 1).
- » Weiterhin stellen sich Fragen bezüglich der Finanzierung und Wirtschaftlichkeit der Einrichtung. In beiden Ländern existieren Förderungen für Investitionen in eine solche Einrichtung. Im Rahmen eines grenzüberschreitenden Projekts wäre es wünschenswert, Förderungen aus beiden Ländern zu kumulieren. Dies würde allerdings bedeuten, dass vom Territorialitätsprinzip abgewichen wird. Darüber hinaus sind die bestehenden Förderungen als Anschubfinanzierungen konzipiert. Das Ärztehaus müsste sich nach Auslaufen der Förderung selbst finanzieren. Es sollte deshalb im Vorfeld geprüft werden, ob die Wirtschaftlichkeit einer solchen Einrichtung sichergestellt ist.
- » Es bestehen bedeutende Unterschiede bei den Behandlungspraktiken/-Kulturen in den beiden Ländern. Beispielsweise beschäftigen die meisten deutschen Ärzte/innen eine Sprechstundenhilfe, die bei medizinischen Aufgaben assistieren (Verabreichung einer Spritze, Anlegen von Verbänden...), während der Beruf des Arzthelfers in Frankreich in dieser Form nicht existiert. Genauso werden Patienten/innen in Frankreich bei Geräteuntersuchungen (Blut- oder Urinalysen, EKG, Röntgen und Ultraschallaufnahmen etc.), meistens an ein Labor oder einen Facharzt/eine Fachärztin überwiesen. In Deutschland werden

diese Untersuchungen häufig in der Hausarztpraxis⁸ durchgeführt. Die unterschiedlichen Behandlungskulturen haben Auswirkungen auf das Organisationsmodell, die materielle Ausstattung und die Betriebskosten. Im Rahmen eines grenzüberschreitenden Ärztehauses wird sich die Frage stellen, welches Modell zur Anwendung kommt und wie die Behandlungen bei Patienten/innen aus dem Nachbarland abgerechnet werden.

- » Darüber hinaus stellen sich einige Fragen hinsichtlich der Niederlassungsbedingungen. Auf deutscher Seite ist für die Niederlassung als Vertragsarzt/ärztin eine Zulassung erforderlich. Letztere wird durch den Zulassungsausschuss, in welchem die Kassenärztliche Vereinigung und die Krankenkassen vertreten sind, ausgestellt. Die Erteilung der Zulassung ist keine bloße Formsache, sie dient der Regulierung des Versorgungsangebots. Sollte ein Planungsbereich eine ausreichende Dichte an Ärzten für eine bestimmte Fachrichtung aufweisen, wird keine Zulassung mehr erteilt. Aktuell gibt es in dem deutschen Teilgebiet eine Zulassungssperre für alle Fachrichtungen mit Ausnahme der Allgemeinmedizin im Planungsbereich Bad Bergzabern. In anderen Worten: Es könnte sein, dass die Niederlassung innerhalb eines Ärztehauses aufgrund der Zulassungsregelungen zum gewünschten Zeitpunkt nicht möglich ist.

Im Rahmen der Steuerungsgruppe der Studie wurden folgenden Schlussfolgerungen gezogen:

- » Die Einrichtung eines grenzüberschreitenden Ärztehauses ist ein wünschenswertes Ziel, allerdings sollten vorher Ad-hoc-Lösungen hinsichtlich der Kostenübernahme bei grenzüberschreitenden Gesundheitsdienstleistungen gefunden werden.
- » Es müssen Ärzte/innen und sonstige Gesundheitsdienstleister/innen gefunden werden, die bereit sind, das Projekt zu tragen. Hierfür sollte die Projektidee den vor Ort tätigen Ärzten/innen und Gesundheitsdienstleistern/innen vorgestellt werden. Ärzte/innen in der Aus/Weiterbildung gehören nicht zur Hauptzielgruppe, da die Statistiken zeigen, dass frisch diplomierte Ärzte/innen dazu neigen, zunächst als Vertretungsarzt/ärztin oder in einem Angestelltenverhältnis tätig zu werden und sich in der Regel erst nach etwa zehn Jahren niederlassen. Allerdings stellen Vertretungsärzte/innen eine wichtige Zielgruppe dar.
- » Um Ärzte/innen für ein solches Projekt zu gewinnen, muss aufgezeigt werden, dass ein solches Projekt tatsächlich machbar und langfristig lebensfähig ist. Hierfür muss im Vorfeld eine detaillierte Machbarkeitsstudie durchgeführt werden, in welcher die zahlreichen rechtlichen Fragestellungen erörtert werden. In vielerlei Hinsicht ist es wahrscheinlich, dass zurzeit noch keine Lösungen existieren. Diese sollen im Rahmen von Gesprächen und Verhandlungen zwischen den betroffenen Partnern erarbeitet werden. Gegebenenfalls soll auf die nationale Experimentierklausel zurückgegriffen werden. Die Erarbeitung von Ad-hoc-Lösungen setzt voraus, dass die Schaffung eines grenzüberschreitenden Ärztehauses von der politischen Seite sowie von allen zuständigen Akteuren (ARS, Landesministerien, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen etc.) aktiv unterstützt wird.
- » Die Umsetzung eines grenzüberschreitenden Ärztehauses wirft komplexe juristische Fragen auf. Insgesamt muss mit einem Zeitraum von fünf bis zehn Jahren gerechnet werden, um ein grenzüberschreitendes Ärztehaus auf die Beine zu stellen, weshalb man so früh wie möglich damit beginnen sollte.
- » Sollte sich die Einrichtung eines grenzüberschreitenden Ärztehauses als zu ambitioniert erweisen, wäre es sinnvoll, weitere Formen von „shared Services“ (z. B. im Bereich der häuslichen Krankenpflege, Auslieferung von Mahlzeiten etc.) ins Auge zu fassen.

8 Weitere Informationen zu den Unterschieden zwischen den beiden Ländern finden Sie in dem Artikel „Fünf Unterschiede beim Arztbesuch in Deutschland, Frankreich und der Schweiz“ auf der Homepage von TRISAN (<https://www.trisan.org/gesundheitsysteme/fuenf-unterschiede-beim-arztbesuch-in-deutschland-frankreich-und-der-schweiz/>).

III. STATIONÄRE VERSORGUNG

1. Bestandsaufnahme des Versorgungsangebots

Im französischen Teilgebiet befindet sich ein einziges Krankenhaus, das *Centre Hospitalier Intercommunal de la Lauter* in Wissembourg. Es handelt sich um ein Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung. Die Krankenhäuser von Wissembourg und Haguenau verfügen über eine gemeinsame Geschäftsführung, sind aber als zwei eigenständige Krankenhäuser organisiert.

Die Überweisungsmodalitäten der Patienten/innen werden im Rahmen des „*Groupement hospitalier de territoire*“ (GHT) ⁹ definiert. Bei dem GHT handelt es sich um ein Koordinierungsinstrument zwischen öffentlichen Krankenhäusern, das für ein bestimmtes Gebiet ein abgestuftes Versorgungsmodell vorsieht. In ganz Frankreich sind die öffentlichen Krankenhäuser dazu verpflichtet, an einem GHT teilzunehmen. Das Krankenhaus Wissembourg gehört zum „GHT 10“ der Region Grand Est. Dieses GHT sieht folgende Versorgungsabstufung vor: Grund- und Regelversorgung in Wissembourg, Schwerpunktversorgung in Haguenau, Maximalversorgung in Straßburg.

Das deutsche Teilgebiet zählt zwei Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung:

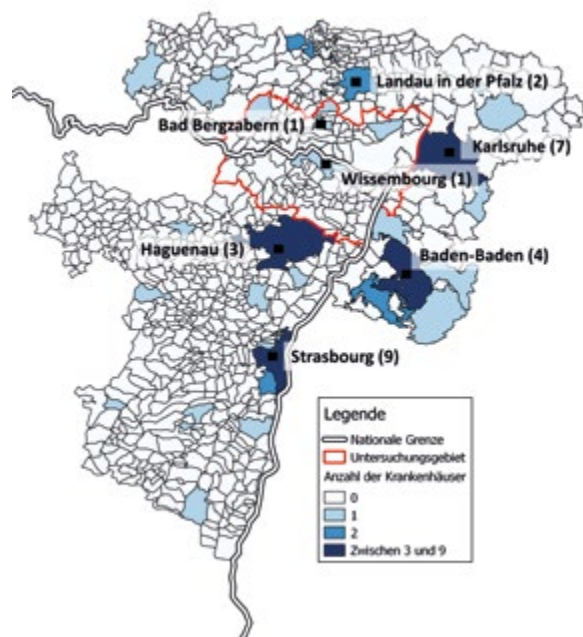
- » Die Klinik Bad Bergzabern, einer der drei Standorte des Klinikums Landau-Südliche Weinstraße (weitere Standorte: Landau und Annweiler). Es handelt sich um ein öffentliches Krankenhaus in kommunaler Trägerschaft der Stadt Landau und des Landkreises Südliche Weinstraße.¹⁰
- » Das Krankenhaus in Kandel, eines der zwei Standorte der Asklepios Südpfalzklinden (weiterer Standort: Germersheim). Es handelt sich um ein privates Krankenhaus.

Bei hochspezialisierten Behandlungen ist eine Überweisung der Patienten/innen je nach Wahl des Patienten/der Patientin und je nach Verfügbarkeit der Betten in eines der umliegenden Krankenhäuser (Landau, Karlsruhe, Speyer, Ludwigshafen...) vorgesehen.

Auf dem deutschen Teilgebiet befinden sich außerdem drei Fachkliniken:

- » die BioMed-Klinik in Bad Bergzabern (Schwerpunkte Onkologie und Hämatologie);
- » das Pfalzkrankenhaus für Psychiatrie in Klingenmünster (Schwerpunkte Psychiatrie und Neurologie);
- » die Felsenland Klinik in Dahn (Schwerpunkt psychische Erkrankungen).

Karte 17: Ansiedlung der Krankenhäuser in den Jahren 2015-2016



9 Weitere Informationen: Themenheft „Der Krankenhaussektor in Frankreich, Deutschland und der Schweiz“, abrufbar auf der Homepage von TRISAN www.trisan.org > Dokumente).

10 Weitere Informationen zum Status und zur Rechtsform der Krankenhäuser in Deutschland, siehe Themenheft „Der Krankenhaussektor in Frankreich, Deutschland und der Schweiz“, abrufbar auf der Homepage von TRISAN (www.trisan.org > Dokumente).

Quellen: SAE 2016, Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2015 - Auswertung ORS Grand Est

2. Kooperationspotentiale

Zunächst einmal sei daran erinnert, dass bereits eine Zusammenarbeit auf dem Gebiet der Notfallmedizin zwischen dem *Centre Hospitalier intercommunal de la Lauter* (Wissembourg), dem Klinikum Landau-Südliche Weinstraße und dem DRK Rettungsdienst Südpfalz besteht. Diese Kooperation wurde im Jahr 2002 aufgrund des Mangels an Notärzten/innen auf dem Gebiet Bad Bergzabern initiiert. Sie sieht vor, dass die Notarzteeinsätze auf dem Gebiet von Bad Bergzabern nachts (unter der Woche) durch das *SMUR Wissembourg* sichergestellt werden. Der Notarzt/die Notärztin sowie der Krankenpfleger/die Krankenpflegerin des *SMUR Wissembourg* werden durch ein Rettungsfahrzeug des Deutschen Roten Kreuzes, das nachts von 19:30 bis 6:30 in Wissembourg stationiert ist, an den Unfallort gefahren. Die Anzahl der Einsätze ist hoch (90 bis 120 Einsätze pro Jahr). Die Vereinbarung aus dem Jahr 2002 musste an das deutsch-französische Rahmenabkommen über die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich angepasst werden. Eine aktuelle Version der Vereinbarung wurde im Jahr 2017 erarbeitet und im März 2018 unterzeichnet.

Im Rahmen der Studie wurden Fachgespräche mit der Geschäftsführung der beiden öffentlichen Krankenhäuser innerhalb des Untersuchungsgebiets (Krankenhaus Wissembourg und Klinik Bad Bergzabern) geführt, um deren Bedarfe, Erwartungen und Ideen hinsichtlich der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit zu eruieren. Hierdurch konnten mehrere mögliche Kooperationsfelder identifiziert werden. Es sei jedoch darauf hingewiesen, dass es nicht möglich war, zu überprüfen, ob die erhobenen Kooperationsideen auf einem gemeinsamen Interesse beider Krankenhäuser und/oder anderer betroffener Akteure beruhen. Außerdem wurde die Umsetzbarkeit der Projektideen nicht genauer untersucht, mit Ausnahme der Zusammenarbeit im Bereich der Geburtshilfe (siehe Teil 2 des Berichts).

Folgende Bereiche könnten sich für eine Kooperation eignen:

Neurochirurgie

Auf französischer Seite werden die neurochirurgischen Notfälle (Hirnblutungen) im Rahmen des „*Groupement hospitalier du territoire*“ (GHT) von der Uniklinik Straßburg abgewickelt. Aus Sicht des Krankenhauses Wissembourg wäre es sinnvoll, dass im Falle einer Überlastung der Uniklinik Straßburg die Patienten/innen in Karlsruhe versorgt werden können. Eine solche Kooperation könnte von den engen Kontakten des Krankenhauses Wissembourg mit den deutschen Rettungsdiensten profitieren.

Urologie

Das Krankenhaus Wissembourg verfügt über keine Abteilung für Urologie. Die Patienten/innen aus dem französischen Teilgebiet werden aktuell in der Klinik Saint-François in Haguenau behandelt. Aus Sicht des Krankenhauses Wissembourg wäre es sinnvoll, eine Zusammenarbeit mit der Abteilung für Urologie der Klinik Bad Bergzabern anzustreben. Mehrere Kooperationsformen sind denkbar:

- » Behandlung französischer Patienten/innen in Bad Bergzabern
- » Konsultationen in Wissembourg durch Urologen der Klinik Bad Bergzabern.

Es sei darauf hingewiesen, dass das Krankenhaus Wissembourg nicht dazu verpflichtet ist, Patienten/innen in die Klinik Saint-François zu überweisen, da letztere als privates Krankenhaus nicht dem „*Groupement hospitalier de territoire*“ (GHT) angehört.

Konservative Orthopädie

Die Klinik Bad Bergzabern besitzt eine renommierte Abteilung im Bereich der konservativen Orthopädie, die weit über das Einzugsgebiet der Klinik hinaus bekannt ist. In der Abteilung werden Patienten/innen mit akuten und chronischen Schmerzen des Bewegungsapparates behandelt. Durch die Behandlungen kann oft ein chirurgischer Eingriff vermieden werden. Aus Sicht des Krankenhauses Wissembourg wäre es sinnvoll, in diesem Bereich Kooperationen mit der Klinik Bad Bergzabern in die Wege zu leiten. Die Zusammenarbeit könnte mehrere Formen annehmen:

- » Überweisung von französischen Patienten/innen nach Bad Bergzabern, so dass die Patienten/innen von der Nähe einer renommierten orthopädischen Abteilung profitieren könnten.
- » Austausch von Best-Practices zwischen den Ärzten/innen beider Krankenhäuser.

Geburtshilfe

Die Kooperationspotentiale im Bereich der Geburtshilfe werden im zweiten Teil des Berichts untersucht.

Kardiologische Rehabilitation

Das Krankenhaus Wissembourg verfügt über eine Abteilung für kardiologische Rehabilitation. Auch in diesem Bereich könnten Kooperationen angestrebt werden (Versorgung deutscher Patienten/innen in Wissembourg und/oder Austausch von Best-Practices zwischen den deutschen und französischen Gesundheitsfachkräften).

Notfallversorgung und Traumatologie

Die Krankenhäuser Wissembourg und Bad Bergzabern verfügen beide über eine Notaufnahme. Für die deutschen Gemeinden, die sich unmittelbar an der Grenze befinden, könnte aus Gründen der Nähe eine medizinische und traumatologische Notversorgung im Krankenhaus Wissembourg von Interesse sein.

Hier wäre es möglich, auf die bereits bestehenden engen Verbindungen zwischen den Akteuren im Bereich Rettungsdienst zurückzugreifen. Es sei auch darauf hingewiesen, dass die aktualisierte Version (2018) der lokalen Vereinbarung zur Notfallversorgung vorsieht, dass deutsche Patienten/innen, die bei nächtlichen Einsätzen im Bereich Bad Bergzabern vom *SMUR Wissembourg* betreut werden, nun in bestimmten Fällen auch in das Krankenhaus Wissembourg gebracht werden können.

Augenheilkunde

In Wissembourg lässt sich derzeit eine junge Augenärztin nieder, die über eine Doppelspezialisierung in Augenmedizin und Augenchirurgie verfügt. Das Krankenhaus Wissembourg hat Investitionen geplant, damit diese Ärztin im Krankenhaus Wissembourg operative Behandlungen als Belegärztin anbieten kann. Dieses neue Angebot könnte eventuell die deutsche Seite interessieren, da die Klinik Bad Bergzabern über keine Abteilung für die chirurgische Augenheilkunde verfügt.

Mammografie

Das Krankenhaus Wissembourg dürfte demnächst Mammographie-Screenings anbieten. Vorgesehen ist die Einrichtung einer Mammographie-Abteilung mit entsprechenden Materialanschaffungen und Rekrutierungen von neuen Fachkräften. Dieses neue Angebot könnte eventuell für deutsche Patientinnen von Interesse sein.

Zusammenfassung

Die Kooperationspotentiale im Krankenhaussektor sind zahlreich und vielseitig, sowohl in Hinblick auf die betroffenen Fachrichtungen als auch bezüglich der möglichen Formen der Zusammenarbeit (Überweisung von Patienten/innen, Austausch von Best Practices zwischen Ärzte/innen, etc.). Außerdem haben die Krankenhäuser Wissembourg und Bad Bergzabern zum Teil komplementäre Schwerpunkte entwickelt, sodass von einer Kooperation beide Seiten profitieren könnten (Win-Win-Situation).

IV. ÄRZTLICHER BEREITSCHAFTSDIENST

1. Bestandsaufnahme des Versorgungsangebots

In Deutschland liegt die Organisation des ärztlichen Notfalldiensts beziehungsweise des ärztlichen Bereitschaftsdiensts in der Zuständigkeit der Kassenärztlichen Vereinigungen. Das Sozialgesetzbuch V (Artikel 75) legt fest, dass die kassenärztliche Versorgung der Bevölkerung auch außerhalb der Sprechzeiten der Hausarztpraxen sichergestellt werden muss.

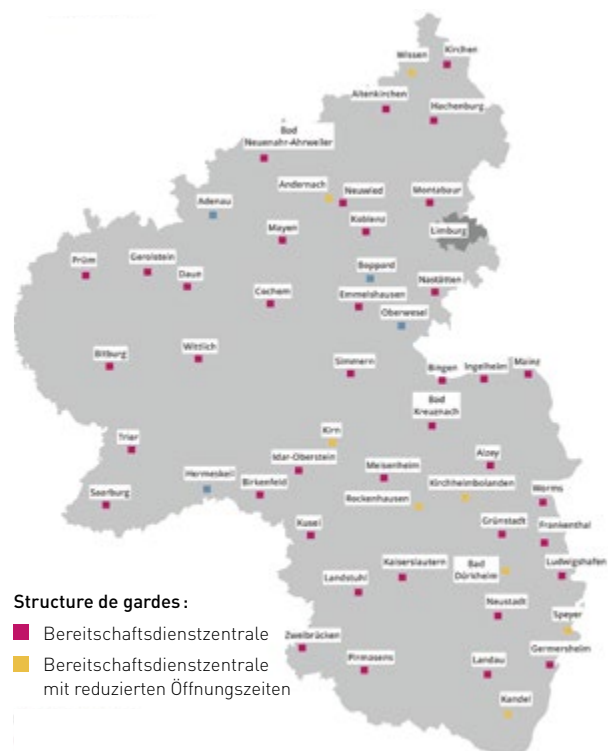
Um diesen gesetzlichen Bestimmungen gerecht zu werden, erlassen die Kassenärztlichen Vereinigungen Bereitschaftsdienstordnungen, in welchen die Organisation des ärztlichen Bereitschaftsdienstes in den jeweiligen Zuständigkeitsgebieten festgelegt wird:

- » Für Rheinland-Pfalz: „Bereitschaftsdienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz“ vom 02.07.2009, ergänzt durch die „Richtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz zur Bereitschaftsdienstordnung“ vom 14.12.2009
- » Für Baden-Württemberg: „Notfalldienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg“ vom 19.06.2013, ergänzt durch das „Statut zur Notfalldienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg“ vom 09.07.2017

Alle Vertragsärzte/innen sind zur Teilnahme am ärztlichen Bereitschaftsdienst verpflichtet. Die Privatärzte/innen und die Krankenausärzte/innen sind nicht zur Teilnahme am Bereitschaftsdienst verpflichtet, jedoch können sie unter bestimmten Voraussetzungen auf eigenen Wunsch daran teilnehmen. Die Verpflichtung zur Teilnahme am ärztlichen Bereitschaftsdienst gilt sowohl für Hausärzte/innen als auch für Fachärzte/innen. Augen- und Kinderärzte/innen können jedoch davon befreit werden, wenn sie am fachärztlichen Bereitschaftsdienst teilnehmen.

Bis 2014 wurde der ärztliche Bereitschaftsdienst vom jeweiligen Praxis- bzw. Wohnsitz des diensthabenden

Karte 18: Ansiedlung der Bereitschaftspraxen in Rheinland-Pfalz im Jahr 2018



Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz

Arztes /der diensthabenden Ärztin aus ausgeübt. Die Patienten/innen mussten im Amtsblatt oder anderen Veröffentlichungen nach dem/der jeweils diensthabenden Arzt/Ärztin und seiner/ihrer Telefonnummer und Adresse suchen. Heutzutage wurde dieses System durch Bereitschaftsdienstpraxen (BDP) in Rheinland-Pfalz beziehungsweise zentrale Notfallpraxen in Baden-Württemberg ersetzt. Dieses neue Organisationsmodell ist für die Patienten/innen transparenter, da die Adresse der nächstgelegene Anlaufstelle unverändert bleibt. Allerdings kann die Fahrzeit nun länger als früher sein.

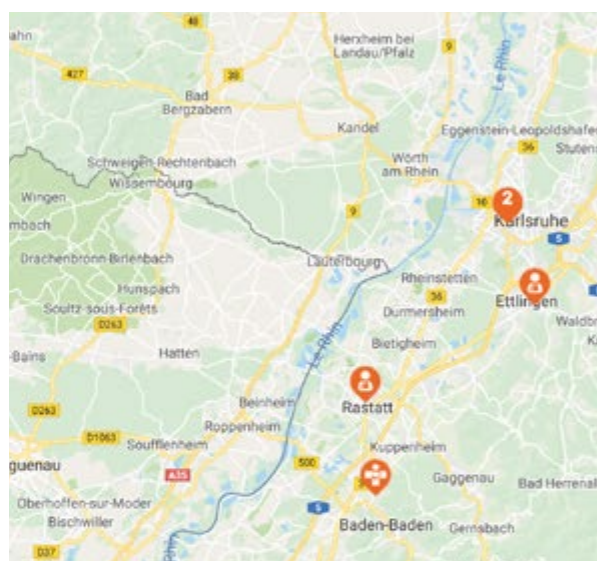
In Rheinland-Pfalz und in Baden-Württemberg können sich die Patienten/innen direkt in eine (beliebige) Bereitschaftsdienstpraxis/Notfallpraxis begeben: Es ist nicht notwendig, vorher die 116 117 anzurufen. Wenn ein Patient/eine Patientin die Adresse oder die Öffnungszeiten der Bereitschaftsdienstpraxis/Notfallpraxis nicht kennt beziehungsweise wenn ein Hausbesuch notwendig ist, kann er/sie die 116 117 wählen. Diese Telefonnummer ist deutschlandweit gültig.

Auf der Karte 18 sind die Standorte der Bereitschaftsdienstpraxen in Rheinland-Pfalz ersichtlich. Im Untersuchungsgebiet existiert nur eine Bereitschaftsdienstpraxis. Diese befindet sich in Kandel. Diese Bereitschaftspraxis ist allerdings nur am Wochenende von 09:00 bis 18:00 Uhr geöffnet. Die nächstgelegenen Bereitschaftsdienstpraxen liegen in Landau und Germersheim. Letztere decken die sprechstundenfreien Zeiten vollständig ab¹¹.

Auf der Karte 19 sind die Standorte der Notfallpraxen in Baden-Württemberg ersichtlich. Die Notfallpraxen in Karlsruhe, Baden-Baden und Ettlingen haben eingeschränkte Öffnungszeiten, während die Notfallpraxis Rastatt eine vollständige Abdeckung der sprechstundenfreien Zeiten gewährleistet (siehe Tabelle 3).

Auf französischer Seite liegt die Organisation des ärztlichen Bereitschaftsdienstes (*Permanence des soins ambulatoires* – PDSA) in der Zuständigkeit der ARS. Für die ehemalige Region Elsass wird die Organisation des ärztlichen Bereitschaftsdienstes in einer Richtlinie von Juli 2015 („*Cahier des charges régional fixant les conditions d’organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire – Région Alsace*“) festgelegt. Eine neue Richtlinie dürfte 2018 erlassen werden.

Karte 19: Notfallpraxen in Baden-Württemberg im Untersuchungsgebiet und Umgebung



Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Tabelle 3: Öffnungszeiten der Notfallpraxen in Baden-Württemberg

Karlsruhe	Horaires limités / Eingeschränkte Öffnungszeiten Lundi, mardi, jeudi/Mo, Di, Do : 19.00 – 22.00 Mercredi/MI : 13.00 – 22.00 Vendredi/Fr : 16.00 – 22.00 Sam., dim., jours fériés/Sa, So, Feiertage : 8.00–22.00
Ettlingen	Horaires limités / Eingeschränkte Öffnungszeiten Lundi à vendredi/Mo bis Fr: 19.00 – 21.00 Sam., dim., jours fériés/sa, So, Feiertage : 10.00-14.00 / 16.00- 20.00
Rastatt	Couverture complète des horaires de fermeture de cabinet / Vollständige Öffnungszeiten Lundi à jeudi/Mo-Do : 19.00 – 07.00 Vendredi/Fr : 19.00 – 08.00 Samedi/Sa: 08.00 – 08.00 Dimanche et jours fériés/So und Feiertage : 8.00 – 07.00
Baden-Baden	Horaires limités / Eingeschränkte Öffnungszeiten Vendredi/Fr : 19.00 – 22.00 Sam., dim., jours fériés/Sa, So, Feiertage: 08.00 – 22.00

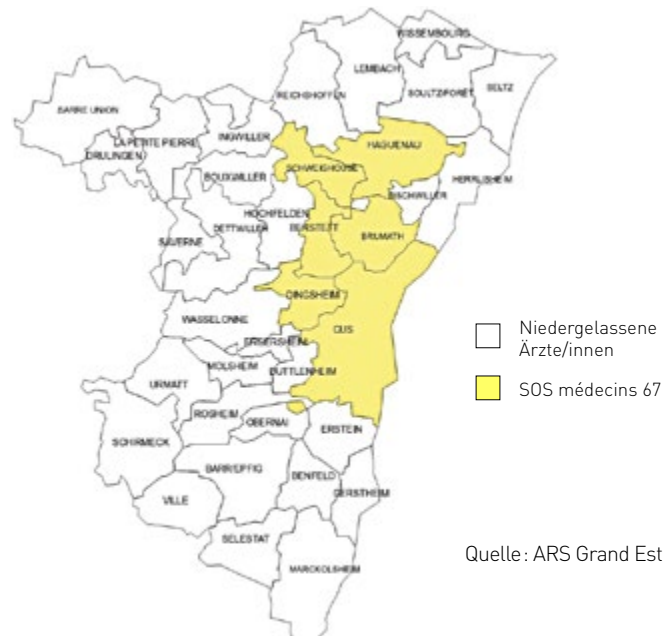
Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

11 Patienten/innen, die sich außerhalb der Öffnungszeiten an die Bereitschaftsdienstpraxis in Kandel wenden, werden an das Krankenhaus Kandel überwiesen.

Das Untersuchungsgebiet umfasst zwei Bereitschaftsdienstbereiche, den Bereitschaftsdienstbereich Wissembourg und die Bereitschaftsdienstbereiche Sultz-sous-Forêt und Seltz, die mittlerweile zusammengelegt worden sind (siehe Karte 20). In beiden Bereitschaftsdienstbereichen wird der Bereitschaftsdienst von den niedergelassenen Ärzten/innen turnusmäßig in deren eigenen Praxis gewährleistet. Die Teilnahme am Bereitschaftsdienst ist freiwillig. Die Patienten/innen dürfen sich nicht direkt zum diensthabenden Arzt/zur diensthabenden Ärztin begeben, sondern müssen vorher die für den Bereitschaftsdienst zuständige Leitstelle anrufen (03 69 55 33 33).

Im Bereitschaftsdienstbereich Wissembourg werden die sprechstundenfreien Zeiten vollständig abgedeckt. Im Bereitschaftsdienstbereich Sultz-sous-Forêt/Seltz wird der Bereitschaftsdienst nur abends vor Mitternacht sowie am Wochenende sichergestellt.

Karte 20: Bereitschaftsdienstbereiche im Département Bas-Rhin



Quelle: ARS Grand Est

2. Kooperationspotentiale

Die Bestandaufnahme lässt darauf schließen, dass das deutsche Teilgebiet hinsichtlich des ärztlichen Bereitschaftsdienstes gut abgedeckt ist. Dies liegt insbesondere daran, dass die Bereitschaftsdienstpraxis Landau während den gesamten sprechstundenfreien Zeiten in Betrieb ist.

Für die Patienten/innen aus den grenznahen Gemeinden im Raum Bad Bergzabern könnte es aufgrund der geographischen Nähe von Vorteil sein, sich an den diensthabenden Arzt/die diensthabende Ärztin im Bereitschaftsdienstbereich Wissembourg zu wenden.

Allerdings sind folgende Herausforderungen hervorzuheben:

- » Wie erwähnt wird der ärztliche Bereitschaftsdienst auf französischer Seite abwechselnd durch niedergelassene Ärzte/innen in der eigenen Praxis gewährleistet. Es existiert daher keine zentrale Bereitschaftsdienstpraxis, die für deutsche Patienten/innen einfach zu verorten wäre.
- » Außerdem muss zunächst die für den Bereitschaftsdienst zuständige Leitstelle (03 69 55 33 33) angerufen werden, bevor Patienten/innen sich an den diensthabenden Arzt/die diensthabende Ärztin in Frankreich wenden können. Dies setzt aber voraus, dass die deutschen Patienten/innen über diese Telefonnummer verfügen. Dabei könnten auch die Unterschiede zwischen den Organisationsmodellen in den zwei Ländern ein Hindernis darstellen, zumal die deutschen Patienten/innen die Gewohnheit haben, sich direkt an den diensthabenden Arzt/die diensthabende Ärztin zu wenden. Hinzu kommt die Sprachbarriere als weitere Hürde.
- » Zuletzt stellt sich die Frage der Kostenübernahme.

Auf französischer Seite ist der Bereitschaftsdienstbereich Wissembourg gut abgedeckt, da der Bereitschaftsdienst sowohl abends als auch nachts und am Wochenende gewährleistet wird.

Im Bereitschaftsdienstbereich Soultz-sous-Forêt/Seltz ist die Situation angespannter, da es nachts keinen Bereitschaftsdienst gibt. Jedoch bestehen keine reellen Kooperationspotentiale. Für die Bürgerinnen und Bürger im Raum Soultz-sous-Forêt liegt die nächste Bereitschaftsdienstpraxis auf deutscher Seite in Kandel. Diese hat jedoch sehr eingeschränkte Öffnungszeiten. Was den Raum Seltz angeht, sind die zentralen Notfallpraxen in Kandel, Karlsruhe und Baden-Baden von keinem großen Interesse, da auch diese nachts geschlossen sind. Allerdings könnte es für Patienten/innen aus einigen Gemeinden von Interesse sein, sich an die Notfallpraxis in Rastatt zu wenden.

V. PFLEGEINRICHTUNGEN FÜR ÄLTERE PERSONEN

1. Bestandsaufnahme des Versorgungsangebots

Der untenstehende Kasten beinhaltet eine Aufstellung der Versorgungseinrichtungen für ältere Menschen (inklusive altersgerechte Wohnformen) in Frankreich und in Deutschland.

AUFSTELLUNG DER VERSORGUNGSEINRICHTUNGEN FÜR ÄLTERE MENSCHEN UND DER ALTERSGERECHTEN WOHNFORMEN IN FRANKREICH:

„Etablissements d’hébergement pour les personnes âgées (EHPA)“ (Altersheime)

Betreuungseinrichtungen, die sich an ältere Menschen richten, die sich noch selbstständig organisieren. Bieten freiwillige, kollektive Dienstleistungen an, wie Mahlzeitenlieferungen, Animationen oder Einkäufe. Finanzierung: Die Bewohner/innen zahlen die Miete und die Nebenkosten. Sie können hierfür Wohngeld beantragen.

„Etablissements d’hébergement pour les personnes âgées dépendantes (EHPAD)“ (Pflegeheime)

Beherbergen ältere pflegebedürftige Personen und sichern ihre Begleitung bei all ihren Alltagsaktivitäten. Die angebotenen Dienstleistungen werden dem Pflegegrad angepasst. Finanzierung: Die Bewohner/innen zahlen die Kosten für die Unterkunft und Verpflegung („tarif d’hébergement“), der *Conseil départemental* finanziert durch die „allocation personnalisée d’autonomie“ (APA - Pflegesachleistung) die Pflegekosten („tarif dépendance“) und die Krankenversicherung übernimmt die medizinischen Versorgungskosten („tarif soins“).

„Unités de soins de longue durée (USLD)“ (Einrichtungen für Langzeitpflege)

Diese Strukturen sind an ein Krankenhaus angegliedert. Sie richten sich an ältere Menschen mit starker Pflegebedürftigkeit, die unter schweren Pathologien leiden und eine durchgängige ärztliche Überwachung benötigen. Die ärztliche Betreuung ist intensiver als in den EHPAD. Dienstleistungen: durchgängige ärztliche Betreuung, Dienstleistungen im Bereich Versorgung und Hygiene, Nachtwache, motorische Rehabilitation, Begleitung in allen Alltagsaktivitäten. Finanzierung: Es gelten dieselben Bedingungen wie in den EHPAD.

„Accueils temporaires“ (Einrichtungen der Kurzzeitpflege)

Kurzzeitaufenthalt in einem EHPAD. Können punktuell oder regelmäßig in Anspruch genommen werden und dienen als Entlastung für pflegende Angehörige. Finanzierung: Es gelten dieselben Bedingungen wie in den EHPAD.

„Accueils de jour“ (Einrichtungen der Tagespflege)

Gewährleisten tagsüber die medizinische, pflegerische und soziale Versorgung älterer Menschen und richten sich vor allem an Personen mit degenerativen Erkrankungen. Dieses Angebot kann von den *EHPAD* oder von Strukturen, die ausschließlich Tagespflege betreiben, bereitgestellt werden. Finanzierung: Anspruch auf die *allocation personnalisée d'autonomie* (APA – Pflegesachleistung).

„Résidences autonomie“

Altersgerechte Wohnform. Unabhängige, unterschiedlich große Wohnungen. Gemeinsame Aufenthaltsräume und eventuell Gastronomiebereich. Es besteht die Möglichkeit, sich an ambulante Pflegedienste zu wenden. Finanzierung: Die Bewohner/innen kommen für die Miete, die Nebenkosten und die Kosten der freiwilligen und verbindlichen Dienstleistungen auf. Sie können die APA und Wohngeld beantragen.

AUFSTELLUNG DER VERSORGUNGSEINRICHTUNGEN FÜR ÄLTERE MENSCHEN UND DER ALTERSGERECHTEN WOHNFORMEN IN DEUTSCHLAND:

Altersheime

Richten sich an ältere Personen, die sich noch selbstständig organisieren. Finanzierung: Die Bewohner/innen zahlen die Kosten für Unterkunft und Verpflegung.

Pflegeheime

Behalten ältere pflegebedürftige Personen und begleiten diese bei all ihren Alltagsaktivitäten. Gewährleisten Pflegedienstleistungen. Finanzierung: Die Bewohner/innen zahlen die Kosten für Unterkunft und Verpflegung und tragen damit ebenfalls zur Finanzierung der Investitionskosten bei. Die Pflegekassen finanzieren je nach Pflegegrad die pflegebedingten Leistungen.

Einrichtungen der Tagespflege/Tagesstätte

Gewährleisten tagsüber die medizinische, pflegerische und soziale Versorgung älterer Menschen. Sie bieten Pflegeleistungen und physische und therapeutische Aktivitäten an. Widmen sich vor allem an Personen mit degenerativen Erkrankungen. Es bieten sowohl Pflegeheime als auch unabhängige Tagesstätten eine Tagespflege an. Finanzierung: Es gelten dieselben Bedingungen wie im Pflegeheim.

Einrichtungen der Nachtpflege

Gewährleisten die medizinische, pflegerische und soziale Versorgung älterer Menschen in den Nachtstunden. Vor allem von Pflegeheimen bereitgestellt. Es werden Pflegeleistungen bereitgestellt. Finanzierung: Es gelten dieselben Bedingungen wie beim Pflegeheim.

Einrichtungen für Kurzzeitpflege

Ermöglichen einen kurzzeitigen Aufenthalt, der oftmals von Pflegeheimen angeboten wird. Ermöglicht eine Entlastung pflegender Angehöriger oder wird als Alternative zum Krankenhausaufenthalt in Krisensituationen angeboten. Die Dauer des Aufenthalts kann variieren. Finanzierung: Es gelten dieselben Bedingungen wie in Pflegeheimen, aber maximal 1 662€ im Jahr.

Betreutes Wohnen

Altersgerechte Wohnform. Unterschiedlich große, unabhängige Wohnungen. Es muss verbindlich ein Pflegedienst in Anspruch genommen werden. Finanzierung: Einmalig wird für die Gründung ambulant betreuter Wohngruppen ein Zuschuss von 2 500 Euro pro Person gewährt. Es besteht die Möglichkeit eines monatlichen pauschalen Zuschlags von 214 Euro um gemeinsame pflegerische Leistungen in Anspruch zu nehmen.

Tabelle 4 : EHPAD (2017) und Pflegeheime (2015)

	Anzahl der Einrichtungen	Anzahl der Plätze insgesamt*	Dichte pro 1000 Einwohner mit 75 Jahren oder älter
Deutsches Teilgebiet	7	769	60
Rheinland-Pfalz	516	33 544	75
Baden-Württemberg	1 240	85 799	76
Französisches Teilgebiet	8	474	88
Grand Est	614	51 004	102
Untersuchungsgebiet insgesamt	15	1 243	69

* Vollzeit- und Kurzzeitplätze

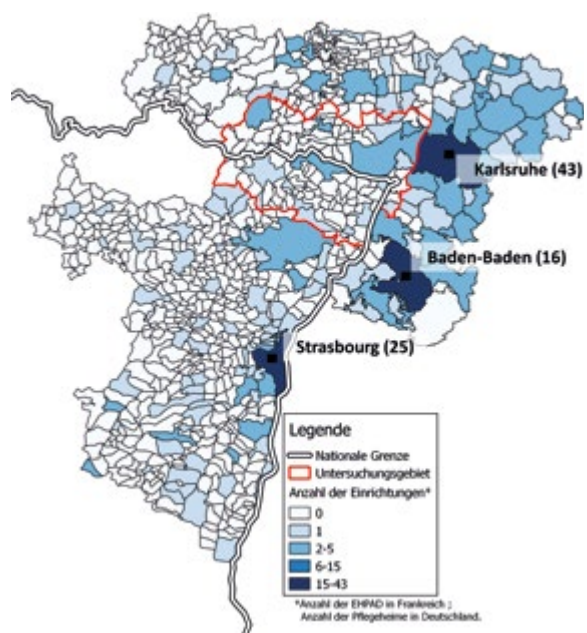
Quelle : FINESS 2017, Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2015 - Exploitation ORS Grand Est

Sowohl auf deutscher als auch auf französischer Seite lässt sich eine hohe Dichte an Pflegeeinrichtungen feststellen (Karte 21). Der Perimeter der Studie umfasst acht „Etablissement d’hébergement pour personnes âgées dépendantes“ (EHPAD) auf französischer Seite und sieben Pflegeheime auf deutscher Seite (Tabelle 4). Im deutschen Teilgebiet stellen die Pflegeheime 769 Plätze zur Verfügung, was eine Dichte von 60 Plätzen für 1 000 Personen über 75 Jahren darstellt. Dieser Wert befindet sich unterhalb des Durchschnitts der Länder Rheinland-Pfalz und Baden-Württemberg (je 75 und 76 Plätze für 1000 Einwohner/innen über 75 Jahren). Im französischen Teilgebiet stehen in den EHPAD 474 Plätze zur Verfügung, was eine Dichte von 88 Plätzen für 1000 Bewohner/innen über 75 Jahren darstellt. Dieser Wert liegt unterhalb des Durchschnitts der Region Grand Est (102 Plätze für 1000 Bewohner/innen über 75 Jahren).

Neben den acht EHPAD gibt es im französischen Teilgebiet ebenfalls eine Einrichtung für Tagespflege in Wissembourg, die 12 Kurzzeitpflegeplätze zur Verfügung stellt, sowie eine „résidence autonomie“ in Wissembourg mit 50 Vollzeitplätzen.

Neben den sieben Pflegeheimen sind im deutschen Teilgebiet ebenfalls ein Altersheim, fünf Einrichtungen für Tagespflege und drei Einrichtungen für betreutes Wohnen vorzufinden.

Karte 21 : EHPAD (2017) und Pflegeheime (2015)



* Vollzeit- und Kurzzeitplätze

Quelle : FINESS 2017, Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2015 - Exploitation ORS Grand Est

Aufgrund der extrem hohen Vielfalt der Angebote und den Systemunterschieden zwischen den beiden Ländern (in Deutschland gibt es zum Beispiel keine niedergelassenen Krankenpfleger/innen), war es nicht möglich, die ambulanten Pflegedienste in die Analyse mitaufzunehmen.

2. Kooperationspotentiale

Wenn man das grenzüberschreitende Gebiet als Ganzes betrachtet, könnte es für eine ältere, pflegebedürftige Personen von Interesse sein, eine Versorgungseinrichtung auf der anderen Seite der Grenze aufzusuchen (Wohn-einrichtung oder Pflegedienst), zum Beispiel wenn diese Person keinen wohnortsnahen Platz in ihrem eigenen Land erhalten konnte oder weil die Einrichtung auf der anderen Seite der Grenze den individuellen Ansprüchen besser entspricht.

Laut Informationen der Geschäftsführung des Krankenhauses in Wissembourg stehen beispielsweise in der Tagesstätte in Wissembourg (welche durch das Krankenhaus geleitet wird) unbesetzte Plätze zur Verfügung. Die Tagesstätte könnte demnach Personen aufnehmen, die in Deutschland wohnen.

In diesem Kontext wäre es interessant, der Frage nach den Mitnahmemöglichkeiten der Leistungen in einer grenzüberschreitenden Perspektive nachzugehen. Es bestehen in der Tat zahlreiche Hürden in diesem Bereich.

Auf der französischen Seite werden die pflegebedingten Leistungen von den Conseils départementaux in Form der „*allocation personnalisée d'autonomie*“ (APA) finanziert. Die Kosten für einen Platz in einem Pflegeheim (EHPAD) setzen sich aus den Unterhalts- und Verpflegungskosten (gezahlt von den Bewohnern/innen), den Pflegekosten (gezahlt durch die APA, die den Heimen direkt überwiesen wird) und den medizinischen Versorgungskosten (finanziert durch die Krankenkassen) zusammen. Auch die Inanspruchnahme eines ambulanten Pflegedienstes („*service d'aide et d'accompagnement à domicile*“ oder „*service polyvalent de soins et d'aides à domicile*“) wird durch die APA je nach Pflegegrad finanziert. Die Bedingungen für den Erhalt der APA werden im „*code de l'action sociale et des familles*“ festgelegt. Laut dem Artikel L 232-1 erhält jede ältere Person, die in Frankreich lebt und nicht in der Lage ist, die Konsequenzen ihrer physischen oder mentalen Pflegebedürftigkeit zu tragen, Anspruch auf die APA. Der Anspruch auf die Leistung ist also an den Wohnort in Frankreich gebunden.

Illustriert an einem konkreten Fall: Wenn eine Person, die bislang in Frankreich lebte, in ein Pflegeheim auf deutscher Seite ziehen will (welcher dann ihr Wohnort wird), verliert sie den Anspruch auf die APA. Sie hat in Deutschland kein Anspruch auf das Pflegegeld, da sie nicht in die Pflegekassen eingezahlt hat. Dies gilt ebenfalls für zahlreiche ehemalige Grenzgänger, die bereits in Rente sind: Wenn diese eine französische Rente parallel zur deutschen Rente erhalten, verlieren sie ihren Anspruch auf das Pflegegeld bei Beginn ihrer Rente, wenn sie zu diesem Zeitpunkt in Frankreich leben. Und dies obwohl sie während ihrer Berufslaufbahn in die Pflegekassen eingezahlt haben. Vor dem Hintergrund, dass die erste Generation der Grenzgänger nun ein Alter mit einem hohen Pflegebedürftigkeitsrisiko erreicht, scheint eine Anpassung des rechtlichen Rahmens notwendig.

Darüber hinaus ist es interessant, der Frage nachzugehen, ob eine pflegebedürftige Person mit Wohnsitz in Frankreich Anspruch auf die APA erhalten könnte, wenn sie eine Tagesstätte auf deutscher Seite besuchen oder einen deutschen Pflegedienst in Anspruch nehmen möchte. Hier dürften weniger rechtliche Hürden auftauchen, da die Person weiterhin in Frankreich wohnt und somit das Wohnsitzkriterium des Artikels L232-1 des „*code d'action social et des familles*“ erfüllt.

Auf deutscher Seite zahlt jede Person, die in Deutschland arbeitet, in die Pflegekasse ein, wodurch sie einen Anspruch auf Pflegegeld erhält. Zu dem Zeitpunkt des Antrags auf Pflegegeld muss sie allerdings in Deutschland leben. Diese Geldleistung wird direkt der Person überwiesen und trägt entweder zur Finanzierung der Unterbrin-

gung in einer Einrichtung oder eines pflegenden Angehörigen bei. Es besteht die Möglichkeit, diese Geldleistung im EU-Ausland und im Europäischen Wirtschaftsraum und in der Schweiz weiterhin zu erhalten. Konkret bedeutet dies, dass eine Person, die auf dem deutschen Teilegebiet wohnt und eine Tagesstätte in Frankreich aufsuchen oder in ein französisches Pflegeheim einziehen will, weiterhin Anspruch auf Pflegegeld hat.

Personen, die in die Pflegekasse eingezahlt haben, haben ebenfalls Anspruch auf Pflegesachleistung. Hier wird der ambulante Pflegedienst direkt von der Pflegekasse bezahlt. Die Frage nach den Mitnahmemöglichkeiten erweist sich als schwieriger, da die Pflegesachleistung keinem Dienstleister ausbezahlt werden kann, der im Ausland tätig ist. Es müssen zwei Fälle unterschieden werden:

- » Wenn eine pflegebedürftige Person mit Wohnsitz in Deutschland sich dafür entscheidet, einen in Frankreich ansässigen Pflegedienst in Anspruch zu nehmen, werden die Kosten nicht übernommen. Eine weitere Hürde besteht in der Tatsache, dass die französischen Pflegedienste nur in einem bestimmten Gebiet tätig sein dürfen. Es müsste sich demnach um ein grenzüberschreitendes Gebiet handeln.
- » Wenn eine pflegebedürftige Person nach Frankreich umziehen möchte, besteht der Anspruch auf Pflegesachleistung nur dann weiterhin, wenn sie einen in Deutschland ansässigen Pflegedienst beauftragt.

Über die Frage der Mitnahmemöglichkeiten der Leistungen hinaus kann die Zusammenarbeit die Form eines Austauschs bewährter Praktiken annehmen. Die Akteure der Pflege können sich in vielen Themengebieten gegenseitig bereichern, beispielsweise in Sachen Prävention und Gesundheitsförderung (Thema des guten Alterns), Koordinierung der Akteure für eine bessere Kontinuität in der Versorgung oder Entwicklung innovativer Wohnformen (betreutes Wohnen, Senioren-WGs etc.). Hier muss erwähnt werden, dass der Eurodistrikt PAMINA sich bereits stark mit dieser Thematik auseinandergesetzt hat und in diesem Rahmen Netzwerkarbeit durchführt. Fest steht, dass das Thema der Pflege älterer Menschen in den nächsten Jahren im Hinblick auf die zu erwartenden demografischen Entwicklungen eine bedeutende Thematik für den grenzüberschreitenden Raum darstellen wird.

TEIL 2: ANALYSE DER KOOPERATIONSPOTENTIALE AUF DEM GEBIET DER GEBURTSHILFE

Nach der allgemeinen Analyse des Versorgungsangebots und der Kooperationspotentiale auf dem Untersuchungsgebiet werden im zweiten Teil des vorliegenden Berichts die Kooperationspotentiale im Bereich der Geburtshilfe untersucht.

Die Entscheidung, die Geburtshilfe in den Fokus zu nehmen, ist auf den Umstand zurückzuführen, dass die Entbindungsstation in Kandel im Februar 2017 geschlossen worden ist. Letztere war die einzige Entbindungsstation auf der deutschen Seite des Untersuchungsgebiets. Durch ihre Schließung sind Frauen aus dem deutschen Teil des Untersuchungsgebiets gezwungen, zur Entbindung in weiter entfernte Ballungszentren zu fahren (Landau, Speyer, Germersheim oder Karlsruhe). Vor diesem Hintergrund erschien es sinnvoll, zu untersuchen, inwiefern es für in Deutschland wohnhafte Frauen möglich wäre, in der Entbindungsstation in Wissembourg – das heißt wohnortsnah, direkt auf der anderen Seite der Grenze – zu entbinden.

Der zweite Teil des vorliegenden Berichts gliedert sich in folgende Abschnitte:

- » Gegenstand des ersten Teils ist eine Bestandsaufnahme des Versorgungsangebots (Standorte und Versorgungsstufe der Entbindungsstationen im Untersuchungsgebiet und Umgebung).
- » Im zweiten Teil wird eine Bedarfsanalyse durchgeführt. Die Erfahrung zeigt, dass die Entwicklung von grenzüberschreitenden Kooperationen im Gesundheitsbereich häufig langwierig ist und bedeutende Ressourcen in Anspruch nimmt. Aus diesem Grund ist es wichtig, im Vorfeld den Bedarf / den Mehrwert einer Kooperation aufzuzeigen. Hierbei stellt sich insbesondere die Frage, wie viele Patienten/innen von der Kooperation profitieren könnten.
- » Der dritte Teil stellt die Ergebnisse einer Machbarkeitsanalyse vor. Hier werden die Umsetzungsmodalitäten einer Zusammenarbeit auf dem Gebiet der Geburtshilfe näher untersucht.

I. BESTANDSAUFNAHME DES ANGEBOTS

Der untenstehende Kasten beinhaltet eine Klassifizierung der Entbindungsstationen nach Versorgungsstufen in Frankreich und in Deutschland. Dabei muss beachtet werden, dass „Level 1“ der höchsten Versorgungstufe in Deutschland entspricht, während „Niveau 1“ die niedrigste Versorgungstufe in Frankreich ist.

KLASSIFIZIERUNG DER ENTBINDUNGSSTATIONEN NACH VERSORGUNGSSTUFEN IN FRANKREICH:

NIVEAU 1: Entbindungsstationen, die auf Entbindungen ohne Komplikationen ausgerichtet sind. Ärzte/innen vor Ort und/oder auf Rufbereitschaft: Gynäkologen/innen, Anästhesisten/innen und Kinderärzte/innen

NIVEAU 2A: Am gleichen Standort sind eine Entbindungsstation, in der einfache Risikogeburten versorgt werden und eine Neugeborenen-Station vorhanden, in welcher rund um die Uhr eine spezialisierte Betreuung und Versorgung von Risikoneugeborenen möglich ist.

NIVEAU 2B: Gleiches Versorgungsniveau wie Niveau 2A, allerdings mit einer Neugeborenen-Intensivstation.

NIVEAU 3: Am gleichen Standort oder in unmittelbarer Nähe befinden sich eine Entbindungsstation, die besondere Risikoschwangerschaften versorgt, eine Reanimationsabteilung für Erwachsene sowie eine Neugeborenenstation, in der Reanimationsmaßnahmen durchgeführt werden können und in welcher die Betreuung und Versorgung von Risikoneugeborenen, die an schweren Erkrankungen leiden beziehungsweise sich in Lebensgefahr befinden und eine Reanimation benötigen, durchgehend möglich ist.

KLASSIFIZIERUNG DER ENTBINDUNGSSTATIONEN NACH VERSORGUNGSSTUFEN IN DEUTSCHLAND:

LEVEL 1 PERINATALZENTRUM (Versorgungsstufe 1): Verfügt über eine Entbindungsstation, einen Operationssaal, und eine Neugeborenen-Intensivstation mit mindestens sechs Plätzen. Es wird eine ständige Arztbereitschaft gewährleistet und die Anwesenheit eines Neugeborenen-Notarztes für die benachbarten Entbindungsstationen wird sichergestellt. Besondere Risikoschwangerschaften, zum Beispiel Mehrlingsschwangerschaften ab drei Kindern werden nur in Level-1-Zentren entbunden.

LEVEL 2 PERINATALZENTRUM (Versorgungsstufe 2): Level-2-Zentren müssen bei sonst ähnlichen Kriterien nur vier Intensivpflegeplätze für Neugeborene bereithalten. Sie versorgen einfache Risikogeburten, etwa Zwillingen, oder Gebärende oder Neugeborene, die schwangerschaftsbedingte Krankheiten aufweisen.

PERINATALE SCHWERPUNKTE (Versorgungsstufe 3): Es handelt sich um Einrichtungen, die imstande sind, plötzliche kindliche Notfälle aus dem Normalbetrieb der Geburtsabteilung für begrenzte Zeit zu versorgen. Sie werden von Kinderärzten/innen geleitet und verfügen über Beatmungsplätze, aber keine spezielle Intensivstation.

GEBURTSKLINIK (Versorgungsstufe 4): Diese Einrichtungen betreuen nur Schwangere, bei denen keine Risikofaktoren bestehen und für die eine zeitgerechte Geburt erwartet wird.

Die Karte 22 bietet eine Übersicht über alle Entbindungsstationen im Untersuchungsgebiet und in der Umgebung.

Auf dem französischen Teilgebiet ist nur eine Entbindungsstation vorzufinden: Es handelt sich dabei um eine Entbindungsstation der Versorgungsstufe I (nach französischer Klassifizierung), die an das Krankenhaus in Wissembourg angegliedert ist. Frauen mit einer Risikoschwangerschaft müssen in Haguenau (Versorgungsstufe II b) bzw. Strasbourg (Versorgungsstufe III) entbinden.

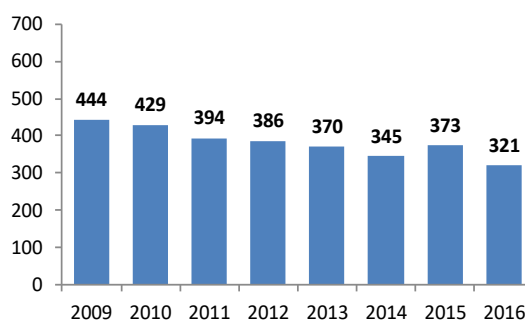
Im Jahr 2016 verzeichnete die Entbindungsstation Wissembourg 321 Geburten. Seit dem Ende der 2000er ist ein regelmäßiger Rückgang der Geburtenzahlen in der Entbindungstation in Wissembourg festzustellen (Grafik 6).

Karte 22: Standorte der Entbindungsstationen im Untersuchungsgebiet und in der Umgebung



Quelle: TRISAN, ARS Grand Est – Umsetzung ORS Grand Est

Grafik 6: Entwicklung der Geburtenzahlen in der Entbindungstation in Wissembourg



Quelle: ATIH, PMSI MCO – Auswertung ORS Grand Est

Tabelle 5: Geburtsort der Neugeborenen mit Wohnsitz im französischen Teilgebiet (Durchschnitt 2014 bis 2016)

	Geburtenzahl im Jahresdurchschnitt	
Krankenhaus Wissembourg	311	57%
Krankenhaus Haguenau	176	32%
HUS Strasbourg	37	7%
Klinik Sainte Anne Strasbourg	11	2%
Klinik Adassa Strasbourg	8	2%
Andere Krankenhäuser	3	0%
Geburten insgesamt	546	100%

Quelle: ATIH, PMSI MCO – Auswertung ORS Grand Est

Zwischen 2014 und 2016 zählte man pro Jahr durchschnittlich 546 Geburten von Müttern mit Wohnort im französischen Teilgebiet. Diese Geburten fanden zu 57% in der Entbindungsstation des Krankenhauses Wissembourg statt. Ungefähr ein Drittel (32%) der Geburten fand in der Entbindungsstation in Haguenau statt (Tabelle 5). Seit 2009 hat der Anteil der in Haguenau stattgefundenen Geburten zugenommen: von 27% im Jahr 2009 auf 34% im Jahr 2016 (Tabelle 6).

Tabelle 6: Entwicklung des Geburtsorts von Neugeborenen mit Wohnsitz im französischen Teilgebiet

	Krankenhaus Wissembourg	Krankenhaus Haguenau	Andere Krankenhäuser	Insgesamt
2009	61%	27%	13%	100%
2010	63%	26%	11%	100%
2011	57%	32%	11%	100%
2012	57%	29%	13%	100%
2013	53%	35%	11%	100%
2014	55%	33%	12%	100%
2015	59%	31%	10%	100%
2016	56%	34%	10%	100%

Quelle: ATIH, PMSI MCO – Auswertung ORS Grand Est

Karte 23: Nächstegelegene Entbindungsstation im Wohnortland für die Gemeinden des Untersuchungsgebiets



Umsetzung: ORS Grand Est, Berechnung der Autofahrzeit am 18. September 2017 um 14 Uhr via Google Maps

Karte 24 : Nächstegelegene Entbindungsstation für alle Gemeinden des Untersuchungsgebiets (bei Berücksichtigung der Einrichtungen auf beiden Seiten der Grenze)



Umsetzung: ORS Grand Est, Berechnung der Autofahrzeit am 18. September 2017 um 14 Uhr via Google Maps

Seit der Schließung der Entbindungsstation in Kandel im Februar 2017 befindet sich im deutschen Teilgebiet keine Entbindungsstation mehr. Die in Deutschland wohnhaften Gebärenden können sich zur Entbindung in die Entbindungsstationen in Landau, Gernersheim, Speyer, Karlsruhe, Pirmasens, Rastatt oder Baden-Baden begeben (Karte 22).

Die Karte 23 zeigt für jede Gemeinde des Untersuchungsgebiets, wo sich die nächstegelegene Entbindungsstation (im Inland) befindet.

II. BEDARFSANALYSE

Wie bereits in der Einleitung von Teil 2 erwähnt, soll die Bedarfsanalyse aufzeigen, wie viele gebärende Frauen von der Kooperation profitieren könnten. Diese Analyse stützt sich auf die ermittelten Anfahrtszeiten zur nächstegelegenen Entbindungsstation bei Berücksichtigung der Entbindungsstationen auf der anderen Seite der Grenze. Hierbei sei angemerkt, dass die Anfahrtszeit nur selten das einzige Kriterium bei der Auswahl der Entbindungsstation darstellt. Häufig folgen Frauen den Empfehlungen ihrer Hebamme/ ihres Geburtshelfers beziehungsweise des Gynäkologen/ der Gynäkologin.

Wenn das grenzüberschreitende Gebiet aus einer 360° Perspektive betrachtet wird, dann stellt die Entbindungsstation Wissembourg für 29 der 55 deutschen Gemeinden im Untersuchungsgebiet die nächstegelegene Entbindungsstation dar (Karte 24). Im Jahr 2015 wurden in diesen 29 Gemeinden 208 Geburten verzeichnet. Die

Anzahl der in Deutschland wohnhaften Frauen, für die es interessant sein könnte, in Wissembourg zu entbinden, dürfte jedoch bei Weitem nicht so hoch sein. Zuerst einmal ist der Zeitgewinn bei einer Entbindung in Wissembourg in den meisten Fällen minimal (Tabelle 7). Hinzu kommt, dass die Grenze eine bedeutende psychologische Barriere bleiben dürfte. Außerdem deuten demographische Prognosen auf eine Verringerung der Geburtenzahlen auf dem Gebiet (auf beiden Seiten der Grenze). Schließlich entbinden Schwangere in der Regel in der Entbindungsstation, die ihnen von der Hebamme/vom Geburtshelfer beziehungsweise vom Gynäkologen/ von der Gynäkologin empfohlen wird. Damit wird vieles von der Qualität der grenzüberschreitenden Netzwerke abhängen. Folglich ist davon auszugehen, dass von einer Kooperation im Bereich der Geburtshilfe etwa 30-50 gebärende Frauen mit Wohnsitz in Deutschland profitieren könnten.

Zuletzt wird angemerkt, dass die Entbindungsstation Wissembourg heute eine Geburtenzahl vorweist, die sehr nahe an der vom Ministerium für Gesundheit festgelegten Mindestschwelle von 300 Geburten pro Jahr liegt. Vor diesem Hintergrund könnte die Zusammenarbeit dazu beitragen, die Zukunft der Entbindungsstation zu sichern. Letztere würde für Schwangere auf beiden Seiten der Grenze einen Mehrwert bieten und stellt einen wichtigen Attraktivitätsfaktor für das Gebiet dar.

Tabelle 7: Zeitgewinn für Schwangere mit Wohnsitz im deutschen Teilgebiet bei einer Entbindung in Wissembourg anstelle einer Entbindung in der nächstgelegenen Entbindungsstation auf deutscher Seite

	Anzahl der Kommunen	Bevölkerung 2015	
		Frauen 15-49 Jahre	Anzahl der Geburten
5 Minuten oder weniger	9	2 646	118
6 bis 10 Minuten	10	1 477	56
11 bis 15 Minuten	4	478	12
16 bis 20 Minuten	5	496	21
Mehr als 20 Minuten	1	54	1
Insgesamt	29	5151	208

Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder – Auswertung ORS September 2017 um 14.00 via googlemap

III. MACHBARKEITSANALYSE

Parallel zur Bedarfsanalyse wurden auch die Umsetzungsmodalitäten einer Kooperation im Bereich der Geburtshilfe näher untersucht. Die Analyse bestand aus einer Erhebung und Bewertung der potentiellen Hindernisse und der Erfolgsfaktoren bezüglich der Aufnahme von Gebärenden aus Deutschland in die Entbindungsstation Wissembourg.

Sprache

Eines der häufigsten Hindernisse bei der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich sind Sprachprobleme. Gerade im Gesundheitsbereich ist eine perfekte Verständigung zwischen den Patienten/innen und den medizinischen Fachkräften unabdingbar. Im vorliegenden Fall dürfte die Sprache keine Hürde darstellen, da ein großer Teil des Personals des Krankenhauses Wissembourg deutschsprachig ist, beziehungsweise die deutsche Staatsbürgerschaft hat.

Staatsbürgerschaft des Neugeborenen

Die Entbindung in einem anderen Land wirft Fragen hinsichtlich der Staatsbürgerschaft des Neugeborenen auf. Ob hier Probleme bestehen, hängt von der geltenden Gesetzgebung im Wohnstaat sowie im Land der Entbindung ab. In dem Fall dürfte die Entbindung deutscher Staatsbürgerinnen in Wissembourg kein Problem darstellen. Selbst bei einer Entbindung in Frankreich erhält ein Kind deutscher Eltern automatisch die deutsche Staatsbürgerschaft. Außerdem kann ein in Frankreich geborenes Kind unter bestimmten Bedingungen mit Erreichen der Volljährigkeit

die französische Staatsbürgerschaft erhalten.

Das Neugeborene muss in Frankreich im Rathaus in Wissembourg gemeldet werden. Es wird den Eltern empfohlen, das Kind ebenfalls in ihrer Wohngemeinde auf deutscher Seite zu melden. So sei es viel einfacher, das Kindergeld zu bekommen. Außerdem braucht man eine deutsche Geburtsurkunde, um das Kind im Familienstammbuch einzutragen.

Kostenübernahme

Eine der wichtigsten Herausforderung der grenzüberschreitenden Patientenmobilität liegt in der Kostenübernahme durch die Krankenkassen – außer für die Grenzgänger/innen, die im Wohn- wie im Tätigkeitsstaat Anspruch auf eine Kostenübernahme haben.

Auch hier stellt sich die Lage im Hinblick auf eine mögliche Kooperation als förderlich dar. In den letzten Jahren kam es bereits vor, dass Frauen, die in Deutschland wohnen (und keinen Grenzgängerstatus haben), in Wissembourg entbunden haben. Laut den Zahlen der Finanzverwaltung des Krankenhauses gab es vier solche Fälle im Jahr 2015, zwei im Jahr 2016 und sieben im Jahr 2017. Die Kostenübernahme stellte in keinem dieser Fälle ein Problem dar. Bei sechs der sieben Fälle aus dem Jahr 2017 erfolgte die Kostenübernahme reibungslos über die europäische Krankenversicherungskarte (EHIC-Karte).

Die europäische Krankenversicherungskarte darf normalerweise nur bei einem Notfall im Ausland benutzt werden. Sollte sich die Anzahl an grenzüberschreitenden Fällen im Zuge der Kooperation deutlich erhöhen, stellt sich die Frage, ob die Kostenübernahme über die EHIC-Karte weiterhin möglich wäre. Es wäre notwendig, Vereinbarungen zwischen dem Krankenhaus Wissembourg und den deutschen Krankenkassen zu schließen, um die Kooperation abzusichern und die administrative und finanzielle Abwicklung für alle Beteiligten (Krankenhäuser, Krankenkassen, Patientinnen) zu vereinfachen.

Die Bedeutung grenzüberschreitender Netzwerke

Bei der Auswahl der Entbindungsstation folgen die Schwangeren in der Regel den Empfehlungen der Hebamme/ des Geburtshelfers beziehungsweise des/ der Gynäkologen/in. An dieser Stelle sei auf die bedeutende Rolle der/ des niedergelassenen Hebammen/Geburtshelfers bei der Schwangerschaftsbetreuung in Deutschland hingewiesen. Es sind also primär die vor Ort tätigen Hebammen/Geburtshelfer, die schwangere Frauen aus dem deutschen Teil des Untersuchungsgebiets über die Möglichkeit in Wissembourg zu entbinden informieren können. Entscheidend dafür, ob sich die Zusammenarbeit als erfolgreich gestaltet, ist die Qualität der Beziehung zwischen dem Krankenhaus Wissembourg und den im deutschen Teilgebiet niedergelassenen Hebammen/Geburtshelfern. Es wäre entscheidend, die Akteure der Geburtshilfe dies und jenseits der Grenze zu vernetzen. Die Ärzte/innen der Entbindungsstation Wissembourg haben mit dieser Vernetzungsarbeit schon angefangen. Die Hebammen/Geburtshelfer stünden sehr offen der Idee gegenüber, ihre Patientinnen an die Entbindungsstation in Wissembourg zu überweisen.

Um gute Beziehungen mit den auf deutscher Seite niedergelassenen Hebammen/Geburtshelfern zu pflegen, sollte darauf geachtet werden, dass Letztere durch die Kooperation keine Kundinnen verlieren. Hierbei soll betont werden, dass im Rahmen der Kooperation nur die Entbindung in Wissembourg stattfinden soll. Die Schwangerenvorsorge und die Wochenbettbetreuung sollen weiterhin in Deutschland von den dort niedergelassenen Hebammen/Geburtshelfer gewährleistet werden.

Es sei darauf hingewiesen, dass Hebammen/Geburtshelfer in Deutschland als Beleghebamme/-geburtshelfer tätig sein können. Sie unterzeichnen einen sogenannten Beleghebammenvertrag mit einer oder mehreren Entbin-

dungsstationen und dürfen ihre Patientinnen bei der Geburt begleiten. Beleghebamme/-geburtshelfer bieten somit eine Begleitung der Schwangerschaft von A bis Z an. Es wäre interessant, zu untersuchen, ob interessierte Beleghebammen/-geburtshelfern aus Deutschland einen Belegvertrag mit der Entbindungsstation Wissembourg abschließen könnten. Auf französischer Seite sind Belegverträge auf Basis der Artikel L6112-4 und L6146-2 des Sozialgesetzbuches (code la santé publique) grundsätzlich möglich. Die juristischen Rahmenbedingungen im grenzüberschreitenden Kontext müssten noch geklärt werden (Haftungsfragen, Rolle und Aufgaben der Hebamme in beiden Ländern, etc.).

Qualität der medizinischen Versorgung

Ein Attraktivitätsfaktor der Entbindungsstation Wissembourg könnte darin liegen, dass es sich um eine „familienfreundliche“ Einrichtung der Versorgungsstufe I (nach französischer Klassifizierung) handelt. Auf deutscher Seite handelt es sich bei der nächstgelegenen Entbindungsstation (Landau) um ein Perinatalzentrum Level 2, die also ein höheres Niveau der Versorgung aufweist. Vor diesem Hintergrund könnte die Entbindungsstation Wissembourg eine attraktive Alternative für Schwangere darstellen, die sich ein weniger „klinisches“ Umfeld für die Entbindung wünschen und dennoch von einer hohen medizinischen Sicherheit profitieren möchten. Gynäkologen/innen, Anästhesisten/innen, Kinderärzte/innen sind rund um die Uhr anwesend. Dies ist für die Aufnahme von in Deutschland wohnhaften Schwangeren von Vorteil, da das Überschreiten der Grenze mit gewissen Ängsten im Hinblick auf die Qualität der Versorgung verbunden sein kann. Es wäre wichtig, diese Aspekte bei einer Umsetzung des Projekts zu berücksichtigen.

Zu klären bleibt die Frage des Patientenpfades im Falle von Komplikationen bei der Entbindung. Im Rahmen des „*Groupement hospitalier de territoire*“ (GHT) sollen die Schwangeren (beziehungsweise Neugeborenen) im Falle von Komplikationen normalerweise in die Entbindungsstation Haguenau (Versorgungsstufe II) oder Straßburg (Versorgungsstufe III) verlegt werden. Dennoch wäre es sinnvoll, für Schwangere mit Wohnsitz in Deutschland einen alternativen Behandlungspfad anzustreben. Es ist anzunehmen, dass diese lieber in eine Entbindungsstation auf deutscher Seite verlegt werden möchten, unter anderem aufgrund der geographischen Nähe für die Angehörigen. Hierbei könnte sich das Krankenhaus auf die engen Beziehungen stützen, die in den vergangenen 15 Jahren im Rahmen der lokalen Vereinbarung zur Notfallmedizin gepflegt werden.

ZUSAMMENFASSUNG UND SCHLUSSFOLGERUNG

Zum Abschluss werden die wichtigsten grenzüberschreitenden Handlungsoptionen aufgegriffen, die zur Optimierung der wohnortsnahen Versorgung der Bevölkerung beitragen könnten. Diese Handlungsoptionen sollen anlässlich einer Tagung, die am 27. Juni 2018 in Bad Bergzabern stattfinden wird, mit allen betroffenen Akteuren im grenzüberschreitenden Raum (Politiker/innen, niedergelassene Fachkräfte und andere Gesundheitsdienstleister/innen, Behörden zuständig für die Gesundheit, kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen etc.) diskutiert werden. Die Weiterentwicklung der grenzüberschreitenden Kooperation liegt nämlich in den Händen der Akteure vor Ort.

Was den niedergelassenen Bereich angeht, ist angesichts der niedrigen Ärztedichten und der Alterung der Ärzte/innen auf dem gesamten Untersuchungsgebiet die Anfälligkeit des Versorgungsangebots hervorzuheben. Die grenzüberschreitende Zusammenarbeit könnte zur Optimierung der Situation beitragen. Eine Kooperation wäre in folgenden Feldern möglich:

- » **Förderung der grenzüberschreitenden Patientenmobilität**, durch die Entwicklung von Ad-hoc-Lösungen, die eine optimale Kostenübernahme bei Behandlungen im Nachbarland sicherstellen;
- » **Erhöhung der Attraktivität des Gebiets für Ärzte/innen** durch die Vernetzung der Ärzten/innen und Gesundheitsdienstleistern/innen auf beiden Seiten der Grenze und die Förderung des Austauschs bewährter Praktiken;
- » **Einführung grenzüberschreitender Shared Services**, zum Beispiel in Form eines pluridisziplinären grenzüberschreitenden Ärztehauses.

Diese Kooperationsansätze sind alle eng miteinander verknüpft. Es wäre zum Beispiel schwierig, die Patientenmobilität zu fördern, ohne gleichzeitig die Vernetzung der Ärzte/innen voranzutreiben. Genauso erfordert die Einführung von Shared Services, dass vorher die Fragen hinsichtlich der Kostenübernahme von grenzüberschreitenden Behandlungen geklärt sind.

Im Krankensektor konnten viele mögliche Kooperationsfelder identifiziert werden. Die bestehenden Potentiale sind zum großen Teil auf Komplementaritäten zwischen dem Krankenhaus Wissembourg und der Klinik Bad Bergzabern zurückzuführen. Sie beziehen sich auf verschiedene Fachrichtungen (Neurochirurgie, Urologie, Konservative Orthopädie, Rehabilitationsversorgung in der Kardiologie, Notfallversorgung und Traumatologie, Augenheilkunde, Mammografien etc.). Je nach Thematik sind verschiedene Formen der Zusammenarbeit denkbar: Austausch zwischen Ärzten, Fortbildungen, Überweisungen von Patienten/innen, etc. Beide Krankenhäuser Wissembourg und Bad Bergzabern haben zum Teil komplementäre Schwerpunkte entwickelt, sodass von einer Kooperation beide Seiten profitieren könnten (Win-Win-Situation).

Im Pflegebereich wäre es interessant der Frage nach den Mitnahmemöglichkeiten der Leistungen in einer grenzüberschreitenden Perspektive nachzugehen, damit die älteren, pflegebedürftigen Menschen, die es wünschen, vom Versorgungsangebot auf der anderen Seite der Grenze profitieren können. Darüber hinaus kann die Zusammenarbeit die Form eines Austauschs bewährter Praktiken annehmen. Die Akteure der Pflege können sich in vielen Themengebieten gegenseitig bereichern, beispielsweise in Sachen Prävention und Gesundheitsförderung (Thema des guten Alterns), Koordinierung der Akteure für eine bessere Kontinuität in der Versorgung, oder Entwicklung innovativer Wohnformen (betreutes Wohnen etc.). Das Thema der Pflege älterer Menschen wird in den nächsten Jahren im Hinblick auf die zu erwartenden demographischen Entwicklungen eine bedeutende Thematik für den grenzüberschreitenden Raum darstellen.

Auf dem Gebiet der Geburtshilfe zeigte die Analyse, welche Vorteile eine Kooperation mit sich bringen könnte. Zum einen könnten die in Deutschland wohnhaften Gebärenden von einem wohnortsnahen Versorgungsangebot profitieren. Zum anderen könnte die Kooperation dazu beitragen, die Zukunft der Entbindungsstation in Wissembourg zu sichern, was im Interesse des gesamten grenzüberschreitenden Gebiets läge. Die Entwicklung der Kooperation in der Geburtshilfe könnte zu einem Leuchtturmprojekt der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im Gesundheitswesen werden, ganz im Sinne der „Shared Services“, die von der Europäischen Kommission in ihrer Mitteilung vom September 2017 („Stärkung von Wachstum und Zusammenhalt in den EU-Grenzregionen) genannt werden. Mit einem solchen Projekt könnte exemplarisch aufgezeigt werden, wie die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich nicht nur dazu beitragen kann, die wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung zu verbessern, sondern auch in Bezug auf die Attraktivität eines grenzüberschreitenden Raumes eine bedeutende Rolle spielen kann.

Schließlich sollte betont werden, dass die Entwicklung der Zusammenarbeit und der grenzüberschreitenden Patientenmobilität nur mit dem Einsatz von engagierten medizinischen Fachkräften mit entsprechenden grenzüberschreitenden Kompetenzen möglich ist. Es wäre daher sinnvoll, die Intensivierung der grenzüberschreitenden Austausche im Bereich der Ausbildung (Praktika im Nachbarland, grenzüberschreitender Ausbildungen, etc.) weiterhin zu fördern.

ANHANG

I. LISTE DER MITGLIEDER DER BEGLEITGRUPPE DER STUDIE

Name	Vorname	Einrichtung
Dr. ACKERMANN	Steffen	Krankenhaus Wissembourg
ALLMENDINGER	Harald	Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz
BOITEL	Aurélie	Eurodistrikt Pamina
Dr. BUCHHOLZ	Patricia	Regierungspräsidium Karlsruhe
CENEFELS	Erika	Agence régionale de santé Grand Est (ARS Grand Est)
CHRIST	Thomas	Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz
DUSSAP	Anne	TRISAN
ENGEL	Ralf	Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz
Dr. GEHENDGES	Guido	Klinikum Landau Südliche Weinstraße
HAMELIN	Manon	Département du Bas-Rhin
HARSTER	Patrice	Eurodistrikt PAMINA
Dr. HINZ	Peter	Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
IMBERT	Frédéric	Observatoire régional de la santé Grand Est (ORS Grand Est)
JENNER	Adeline	Agence Régionale de Santé Grand-Est (ARS Grand Est)
JUNG	Frédéric	Agence Régionale de Santé Grand Est (ARS Grand Est)
KLIPFEL	Christian	Parlamentarischer Attaché des Abgeordneten der Nationalversammlung Frédéric Reiss
KASSA	Lydia	TRISAN
KNOLL	Alexandra	Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demographie Rheinland-Pfalz
Dr. MAROTTA	Josephine	Agence Régionale de Santé Grand Est (ARS Grand Est)
MASTELLI	Geraldine	Département du Bas-Rhin
MAUERER	Sarah	Staatskanzlei Rheinland-Pfalz
MECKLENBURG	Bettina	Regierungspräsidium Karlsruhe
MENZE	Alexandra	Regierungspräsidium Karlsruhe
MERTENS	Karin	Agence Régionale de Santé Grand Est (ARS Grand Est)
Dr. PETERSON	Karin	Krankenhaus Wissembourg
PRADIER	Eddie	TRISAN
Dr. REMAKEL	Claudine	Krankenhaus Wissembourg
SCHARPING	Michael	Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demographie Rheinland-Pfalz
SCHWARZ	Florence	Observatoire régional de la santé Grand Est (ORS Grand Est)
STEINMETZ	Markus	Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz
VIATOUX	Mélanie	Krankenhaus Wissembourg
WEBER	Norman	Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz
WOLFF	Elisabeth	Krankenhaus Wissembourg
WOLFF	Mascha	Regierungspräsidium Karlsruhe
ZEISBERGER	Peter	Regierungspräsidium Karlsruhe

NOTES/NOTIZEN

A series of horizontal dotted lines for writing notes.



KONTAKT // CONTACT

TRISAN / Euro-Institut
Rehufusplatz 11 / D-77694 Kehl
trisan@trisan.org / +49 7851 7407 38 / www.trisan.org

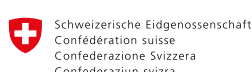
TRISAN

Das Projekt TRISAN wurde von der deutsch-französisch-schweizerischen Oberrheinkonferenz ins Leben gerufen und wird im Rahmen des Programms INTERREG V A Oberrhein kofinanziert. Getragen wird es vom Euro-Institut, welches auf Fortbildung, Projektbegleitung und Beratung im Bereich der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit spezialisiert ist. Eine Kofinanzierung erhält es ebenfalls von den Gesundheitsverwaltungen am Oberrhein.

TRISAN

Trisan est un projet initié par la Conférence franco-germano-suisse du Rhin supérieur cofinancé dans le cadre du programme Interreg V A Rhin supérieur. Il est porté par et basé à l'Euro-Institut, Institut pour la coopération transfrontalière spécialisé dans la formation, l'accompagnement et le conseil des projets transfrontaliers. Il est également cofinancé par les administrations en charge de la santé dans le Rhin supérieur.

Mis en page et imprimé par Print Europe - www.printeurope.fr - 06/2018.



Fonds européen de développement régional (FEDER)
Europäischer Fonds für regionale Entwicklung (EFRE)



Dépasser les frontières: projet après projet
Der Oberrhein wächst zusammen, mit jedem Projekt