

REGARDS CROISES

PERSPEKTIVENWECHSEL Le magazine de la santé transfrontalière — Die Zeitschrift für grenzüberschreitende Gesundheit



35

Comment sont organisés les secours d'urgence dans le pays voisin?

Blaulicht-Familie —

Wie wird im Nachbarland gerettet?

21

Dossier: Mobilité professionnelle

Schwerpunktthema: Berufliche Mobilität

Pourquoi ne pas mettre le sport sur ordonnance?

Wieso nicht einmal Sport aufs Rezept setzen?





©TRISAN



ÉDITO / VORWORT

'incroyable diversité européenne s'exprime plus particulièrement dans les petites choses du quotidien. Si on les regarde à travers le prisme du regard du voisin, on est toujours surpris de découvrir ce qui les frappe, ce qui les étonne ou même ce qui les fait sourire. Cela nous permet de sortir de notre monde normal habituel, de questionner notre environnement, de redécouvrir la nouveauté. C'est exactement ce que ce magazine réussit à faire. Sans donner de leçons, ni de recommandations les articles attisent notre curiosité et, avec étonnement, on découvre à quel point l'offre de santé de part et d'autre de la frontière peut être diversifiée. La lecture nous montre aussi que le système de santé du pays voisin fonctionne bien, légèrement différemment de ce à quoi on est habitué, mais un système auquel nous pourrions nous fier sans hésitation. Peut-être ce magazine vous rendra curieux et vous incitera à tester le système de santé du pays voisin. C'est tout ce qu'on peut souhaiter en guise de reconnaissance du travail des auteurs.

QU'EST-CE QUE 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 et par les administrations en charge de la santé dans le 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.

TRISAN a pour but d'optimiser la coopération transfrontalière et d'encourager les projets de coopération dans le champ de la santé dans le Rhin supérieur. L'objectif du centre de compétences est de structurer et développer la coopération en matière de santé dans le Rhin supérieur par la mise en réseau des acteurs, l'accompagnement à la structuration des idées de projet et par une production et diffusion des connaissances transfrontalières en fonction des projets. Concrètement, TRISAN apporte un soutien dans l'identification des potentiels de coopération, accompagne les acteurs de la santé pour définir et structurer leurs nouveaux projets de coopération, met en synergie les initiatives et assure une capitalisation des expériences. Le centre de compétences TRISAN se situe à l'Euro-Institut, Rehfusplatz 11 à Kehl. La proximité avec les structures transfrontalières Euro-Institut, Infobest, le secrétariat de la conférence du Rhin supérieur, Eurodistrict Strasbourg / Ortenau, TRION et le pilier sciences de la Région Métropolitaine Trinationale du Rhin supérieur favorise l'échange constant avec d'autres acteurs de la coopération transfrontalière et permet de créer des synergies.

ie unglaubliche Vielfalt von Europa kommt insbesondere in den kleinen Dingen des alltäglichen Lebens zum Ausdruck. Es ist immer wieder überraschend diese Dinge mit den Augen des Nachbarn zu sehen und zu erkennenn, was auffällt, worüber sie sich wundern oder worüber sie gar lächeln. Es erlaubt uns aus unserer Welt des Normalen auszubrechen und unseren Alltag zu hinterfragen, Neues zu entdecken. Genau dies ist dieser schönen Zeitschrift besonders gut gelungen. Ohne uns zu belehren oder Vorgaben zu machen macht sie uns neugierig und mit Erstaunen lernt man wie vielfältig ein grenzüberschreitendes Angebot in der Gesundheitsversorgung sein könnte. Die Lektüre zeigt auch, dass wir im Nachbarland eine gut funktionierende Gesundheitsversorgung antreffen, die ein bisschen anders als gewohnt funktioniert, der wir uns aber bedenkenlos anvertrauen können.

Vielleicht macht die Zeitschrift auch neugierig, das einmal in Realität auszuprobieren. Zu wünschen wäre es den Autoren für ihre gelungen Arbeit.

WAS IST TRISAN?

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

Ziel des Projekts TRISAN ist es, die grenzüberschreitende Zusammenarbeit zu optimieren und Kooperationsprojekte im Gesundheitsbereich am Oberrhein zu fördern. Das Kompetenzzentrum hat dabei die Aufgabe, die Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich am Oberrhein durch Vernetzung der Akteure, Begleitung bei der Projektentwicklung und grenzüberschreitende Wissensproduktion zu strukturieren und weiterzuentwickeln. Konkret trägt TRISAN dazu bei, potentielle Kooperationsprojekte zu identifizieren, Gesundheitsakteure bei der Definition und Strukturierung von neuen Kooperationsprojekten zu begleiten, Synergien zwischen Initiativen zu entwickeln und Erfahrungen nutzbar zu machen. Das Kompetenzzentrum TRISAN befindet sich im Euro-Institut, am Rehfusplatz 11 in Kehl. Die Nähe zu anderen grenzüberschreitenden Strukturen wie dem Euro-Institut, Infobest, dem Sekretariat der Oberrheinkonferenz, dem Eurodistrikt Strasbourg / Ortenau, TRION und der Säule Wissenschaft der Trinationalen Metropolregion Oberrhein begünstigt den ständigen Austausch mit anderen Akteuren der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit und ermöglicht es, Synergien zu schaffen.

> Peter Zeisberger, Regierungspräsidium Karlsruhe

GROS PLAN SUR LA MOBILITÉ DES PATIENTS	5	FOKUS AUF DIE PATIENTENMOBILITÄT	5
Sondage de rue : êtes-vous déjà allés chez le médecin de l'autre côté de la frontière?	6	Straßenumfrage: Sind Sie schon einmal auf der anderen Seite der Grenze zum Arzt gegangen?	6
Visite chez le médecin : différences cachées	11	Arztbesuch: Blick über den Tellerrand	11
Assurance dépendance pour les frontaliers : Entretien avec Audrey Schlosser, InfoBest	16	Pflegeversicherung mit Grenzgängerstatus Interview mit Audrey Schlosser, InfoBest	16
DOSSIER: MOBILITÉ PROFESSIONNELLE	21	SCHWERPUNKTTHEMA: BERUFLICHE MOBILITÄT	21
La formation des infirmiers en Europe : Des standa communs, mais des pratiques divergentes.	ards 22	Pflegeausbildung in Europa: Gemeinsame Standards, aber große Unterschiede in der Praxis.	22
Bosser le vocabulaire médical et on peut travailler dans le pays voisin	27	Medizinisches Fachvokabular pauken und dann ab zum Nachbarn	27
Formation sans frontière: «On y va, bien sûr!»	30	Pflegeausbildung ohne Grenzen: "Na klar gehen wir	"30
DOSSIER: URGENCES	34	SCHWERPUNKTTHEMA: RETTUNGSDIENSTE	34
Comment sont organisés les secours d'urgence dans le pays voisin?	35	Blaulicht- Familie – Wie wird im Nachbarland gerettet?	35
GROS PLAN SUR LA PRÉVENTION ET LA PROMOTION DE LA SANTÉ	39	FOKUS AUF GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION	39
Prévention et promotion de la santé en Suisse : Rencontre avec le Dr. Irène Renz	40	Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz: Ein Gespräch mit Frau Dr. Irene Renz	40
Pourquoi ne pas mettre le sport sur ordonnance?	44	Wieso nicht einmal Sport aufs Rezept setzen?	44
Comment nos voisins se préparent-ils aux températures extrêmes ?	48	Wie sich unsere Nachbarn auf Rekordtemperatu vorbereiten	ren 48
LE SAVIEZ-VOUS ?	51	SCHON GEWUSST?	51
Crises de foie, problèmes de circulation et autre bobos : souffrons-nous des mêmes maladies qu nos voisins ?		Von Leberkrisen, Kreislaufproblemen und anderei Beschwerden: Warum unsere Nachbarn an anderen Krankheiten leiden	n 52
BRÈVES	55	KURZNACHRICHTEN	5 5
Au prochain numéro	58	In der nächsten Ausgabe	58
Mentions légales	59	Impressum	59



G

SONDAGE DE RUE

sur le thème de la mobilité des patients

Êtes-vous déjà allés chez le médecin de l'autre côté de la frontière?

STRAßEN UMFRAGE

zum Thema Patientenmobilität

Sind Sie schon einmal auf der anderen Seite der Grenze zum Arzt gegangen?



©Unsplash.com

Nous avons réalisé un sondage de rue non représentatif auprès de citoyennes et citoyens choisis de manière aléatoire ainsi qu'auprès de personnes impliquées de façon active dans la coopération transfrontalière pour savoir si les personnes interrogées seraient prêtes à se faire soigner de l'autre côté de la frontière ou si elles avaient déjà consulté un médecin dans le pays voisin. Voilà un panel d'opinions différentes! In einer nicht-repräsentativen Umfrage haben wir zum Teil zufällig ausgewählten Bürgerinnen und Bürgern sowie auch Personen, die sich aktiv für die grenzüberschreitende Zusammenarbeit engagieren, die Frage gestellt, ob sie sich vorstellen könnten, sich auf der anderen Seite der Grenze medizinisch versorgen zu lassen beziehungsweise ob sie bereits eine medizinische Behandlung im Nachbarland in Anspruch genommen haben. Ein interessantes Stimmungsbild hat sich daraus ergeben!

«En tant que Française habitant à Kehl, cela ne me pose aucun problème d'aller voir un médecin en Allemagne s'il s'agit d'un simple rhume, si c'est pour aller voir un spécialiste, je préfère aller en France.»

Annaëlle M., 24 Jahre, Kehl

"Ich bin Französin und wohne im Moment in Kehl. Bei einer Erkältung gehe ich natürlich in Deutschland zum Arzt, einen Spezialisten suche ich lieber in Frankreich auf."

Annaëlle M., 24 ans, Kehl

«En tant que Français habitant à Kehl, je me considère comme un Européen convaincu et je suis pour la mobilité des patients. Après deux guerres mondiales, nous devons vivre l'Europe!»

Anonyme 77 ans, Kehl

"Als Franzose, der in Kehl lebt, bin ich ein überzeugter Europäer und unterstütze voll und ganz die Patientenmobilität. Meine Lehre aus zwei Weltkriegen ist, dass wir Europa leben müssen!"

Anonym, 77 Jahre, Kehl

« J'habite à Kehl, mais comme je ne parle pas français, je ne pourrais pas m'imaginer aller chez le médecin en France. »

Alisa T, 16 ans, Kehl

"Ich wohne in Kehl und spreche kein Französisch. Ich könnte mir daher nicht vorstellen, in Frankreich zum Arzt zu gehen."

Alisa T., 16 Jahre, Kehl

« Je viens de Belfort, la ville se trouve à 60 km de la frontière, il est donc moins intéressant pour moi d'aller chez le médecin dans un autre pays. Par contre, dans mon travail en tant que aide-soignante j'ai déjà entendu parler d'une femme qui voulait accoucher dans un autre pays. Personnellement, je trouve cela bien si c'est possible d'aller chez le médecin dans un autre pays européen. »

Nadnam W., 36 ans, Belfort

"Ich komme aus Belfort, das ist 60 Kilometer von der Grenze entfernt, von daher ist es für mich nicht interessant, in einem anderen Land zum Arzt zu gehen. In meiner Arbeit als Krankenpflegehelferin habe ich aber schon von einer Frau gehört, die im Ausland entbinden wollte. Ich finde es grundsätzlich gut, wenn es möglich ist, auch im europäischen Ausland zum Arzt zu gehen."

Nadnam W., 36 Jahre, Belfort



«Bien sûr, la santé ne s'arrête pas à la frontière. »

Anonyme, 24 ans, Strasbourg

"Ja natürlich. Gesundheit hört ja nicht an der Grenze auf."!

Anonym, 24 Jahre, Straßburg

« Nous n'habitons pas tout à fait à côté de la frontière, c'est donc un peu moins intéressant de consulter un médecin dans le pays voisin. »

Trois Messieurs du Renchtal

"Wir wohnen schon etwas weiter weg von der Grenze, sodass es sich nicht lohnen würde, im Nachbarland zum Arzt zu gehen."

Drei Männer aus dem Renchtal

«Nous préférons aller chez le médecin en Allemagne. »

Couple de 74 et 76 ans, Neuried

"Wir gehen lieber in Deutschland zum Arzt."

Ehepaar, 74 und 76 Jahre Neuried

« S'il y a des médecins plus spécialisés, je serais prête à me faire soigner de l'autre côté de la frontière. »

Fanny P., 23 ans, Zillsiheim

"Wenn es besonders spezialisierte Ärzte gibt, wäre ich bereit mich auf der anderen Seite der Grenze versorgen zu lassen."

Fanny P., 23 Jahre, Zillisheim



« Je préfère aller voir un médecin qui parle ma langue maternelle. »

Willy P., 74 ans, Kehl

"Ich gehe lieber zu einem Arzt, der meine Muttersprache spricht."

Willy P., 74 Jahre, Kehl

«Même si j'habite en France, je vais plutôt chez le médecin en Allemagne. J'ai un médecin généraliste allemand qui m'oriente vers un spécialiste allemand même si celui-ci ne se trouve pas à côté. »

Joschi T., 52 ans, Herrlisheim

"Obwohl ich in Frankreich lebe, gehe ich eher in Deutschland zum Arzt. Ich habe einen deutschen Hausarzt, der mich an deutsche Fachärzte überweist, auch wenn diese weiter entfernt liegen."

Joschi T., 52 Jahre, Herrlisheim

« Je ne suis jamais allé au-delà de la frontière pour aller chez le médecin. Si j'ai un problème de santé pour lequel il y a des médecins/chirurgiens plus compétents dans un domaine que ceux exerçant déjà en Alsace, potentiellement oui j'irai par-delà la frontière (ou une autre grande ville en France, notamment pour un meilleur remboursement). A condition qu'ils parlent bien anglais. »

Anonyme, 23 ans, Strasbourg

"Ich bin bisher noch nicht außerhalb Frankreichs zum Arzt gegangen. Wenn ich ein gesundheitliches Problem hätte, für das es im Elsass keinen kompetenten Arzt/Chirurgen geben würde, würde ich es mir eventuell überlegen, auch über die Ländergrenzen hinaus oder in einer anderen großen Stadt in Frankreich einen Arzt aufzusuchen, insbesondere wenn damit eine bessere Kostenrückerstattung verbunden wäre. Die Bedingung wäre, dass die Ärzte gut Englisch sprechen."

Anonym, 23 Jahre, Straßburg

«Je suis déjà allé plusieurs fois chez le médecin en Allemagne, mais c'était quand j'habitais encore en Allemagne. Comme j'habite maintenant à Strasbourg, je vais chez le médecin en France. Je fais confiance aux médecins français comme aux médecins allemands, mais pour des questions de langue, il m'est plus facile de me faire soigner en France. La douleur n'est pas facile à expliquer dans sa langue maternelle, dans une langue étrangère, c'est encore plus compliqué. »

Anonyme, 25 ans, Strasbourg

"Ich war schon viele Male beim Arzt in Deutschland (Allgemein und Physiotherapeut), aber das war, als ich in Deutschland gelebt habe. Jetzt, da ich wieder in Straßburg wohne, gehe ich zum Arzt in Frankreich. Ich vertraue den Ärzten auf der einen Seite der Grenze genauso wie auf der anderen, aber in Frankreich ist es wegen der Sprache einfacher. Der Schmerz ist schon in seiner Muttersprache kompliziert zu erklären, in einer Fremdsprache ist es noch schwieriger."

Anonym, 25 Jahre, Straßburg

« J'ai mon médecin généraliste en Allemagne, mais je vais de temps en temps voir un osthéopathe ou un kinésiologe en France. A ce moment-là, je paie la consultation moi-même. »

Anonyme, 29 ans, Kehl

"Ich habe meinen Hausarzt in Deutschland, gehe aber manchmal zum Ostheopathen und zum Kinesiologen nach Frankreich. Ich zahle dann selbst."

Anonym, 29 Jahre, Kehl

«Quand je travaillais en Allemagne, j'allais de temps en temps chez le médecin en Allemagne. Comme je suis maintenant à la retraite, je ne vais qu'en France chez le médecin.»

Ancien frontalier, 65 ans, Hoenheim

"Als ich in Deutschland gearbeitet habe, war ich manchmal dort beim Arzt. Da ich jetzt in Rente bin, gehe ich nur noch in Frankreich zum Arzt.'

«Je suis frontalière et je travaille à Liestal, dans le Canton Bâle-Campagne en Suisse. Mon médecin généraliste est en Allemagne. Comme il y a une pénurie de médecins spécialistes dans ma région et que les bons spécialistes ont tendance à émigrer en Suisse, mon médecin généraliste m'envoie souvent voir des médecins pratiquant en Suisse. Je suis afi-

applicable aux frontaliers) avec un encadrement par la caisse d'assurance allemande AOK en Allemagne. Ceci me permet de choisir librement mon médecin entre les deux pays. »

Ehemaliger Grenzgänger, 65 Jahre, Hoenheim



"Ich bin Grenzgängerin und arbeite in Liestal, im Kanton

Basel-Landschaft in der Schweiz. Meinen Hausarzt habe ich in Deutschland. Da bei den Spezialisten in meiner Region Ärztemangel besteht oder die guten Spezialisten zum Teil in der Schweiz gesetzlich krankenversichert (Grenzgängertarif) mit einer Betreuung durch die deutsche Krankenkasse AOK für Deutschland. Dies ermöglicht mir die freie Arztwahl zwischen den Ländern.

Tatjana Schröder, Rheinfelden (Baden)

Tatjana Schröder, Rheinfelden (Bade)

« Si cela était absolument nécessaire, j'irais chez le médecin en France, mais sinon non. »

Anonyme, 39 ans, Kehl

"Wenn es darauf ankommt, würde ich schon in Frankreich zum Arzt gehen, ansonsten nicht."

Anonym, 39 Jahre, Kehl

«Nous voulons que l'hôpital de Kehl reste. »

Père et fils, 70 et 20 ans, Kehl

"Wir sind dafür, dass das Krankenhaus in Kehl bestehen bleibt."

Vater und Sohn, 70 und 20 Jahre, Kehl

«À Strasbourg, c'est nettement moins cher pour le même service. C'est une amie qui m'a donné le tuyau. Du coup, je suis allée quelques fois chez un médecin en France, par exemple le gynécologue. Comme je suis assurée privée [en Allemagne], c'est vraiment intéressant pour moi de traverser la frontière. »

Gudrun R., 65 ans, Kehl

"In Straßburg ist es deutlich günstiger und das zum gleichen Service. Eine Freundin hat es mir empfohlen. Einige Male war ich daher schon in Frankreich beim Arzt, zum Beispiel beim Gynäkologen. Als Privatversicherte ist es für mich interessant, über die Grenze zu gehen."

Gudrun R., 65 Jahre, Kehl

«Même si j'ai le statut de frontalier, je vais surtout chez le médecin en Allemagne. Comme il y a un plus grand choix de médecins spécialistes à Strasbourg, je voudrais essayer prochainement d'aller chez un médecin à Strasbourg. »

Anonyme, 26 ans, Strasbourg

"Obwohl ich den Grenzgängerstatus habe, gehe ich meistens in Deutschland zum Arzt. Da es in Straßburg eine größere Auswahl an Fachärzten als in Kehl gibt, möchte ich demnächst auch mal in Straßburg zum Arzt zu gehen."

Anonym, 26 Jahre, Straßburg

«Nous préférons aller chez notre médecin généraliste que nous connaissons depuis des années. »

Couple, 80 ans, Kehl

"Wir gehen lieber zu unserem Hausarzt in Kehl, den wir schon seit Jahren kennen."

Ehepaar, beide 80 Jahre, Kehl

«D'une manière générale, je pourrais imaginer aller chez le médecin à Strasbourg s'il s'agissait d'un traitement que je ne peux pas recevoir à Kehl. »

Anonyme, 52 ans, Kehl

"Grundsätzlich könnte ich es mir vorstellen, in Straßburg zum Arzt zu gehen, wenn es um Behandlungen geht, die in Kehl nicht angeboten werden."

Anonym, 52 Jahre, Kehl



« En tant que Français habitant en Allemagne, je suis assuré à la sécurité sociale mais j'ai aussi des droits en tant qu'assuré résidant en Allemagne. C'est pour ça que je vais chez le médecin dans les deux pays. Je m'engage activement pour que plus de Kehlois puissent profiter des soins transfrontaliers. »

Jean-Louis D. 80 ans, Kehl

"Als Franzose, der in Deutschland wohnt und in der sécurité sociale versichert ist, habe ich Anspruch auf eine deutsche Krankenversichertenkarte (als betreutes Mitglied) und gehe daher in beiden Ländern zum Arzt. Ich setze mich dafür ein, dass noch mehr Kehler grenzüberschreitende Behandlungen in Anspruch nehmen können."

Jean-Louis D., 80 Jahre, Kehl



VISITE CHEZ LE MÉDECIN:

DIFFÉRENCES CACHÉES

ARZTBESUCH: BLICK ÜBER DEN TELLERRAND

La visite chez le médecin – cinq différences entre la France, l'Allemagne et la Suisse.

Celui qui, d'aventure, va chez le médecin de l'autre côté de la frontière va constater quelques différences entre la France, l'Allemagne et la Suisse.

Die Sprechstundenhilfe, un/e assistant/e médical

En entrant dans le cabinet médical, un patient allemand ou suisse s'attendra vraisemblablement tout d'abord à trouver un guichet d'accueil où il devra présenter sa carte d'assuré, non pas à une secrétaire médicale mais à un assistant médical qui, par ailleurs, va assister le médecin dans les examens et l'auscultation. Les assistants médicaux sont devenus indispensables dans les cabinets médicaux allemands ou suisses. Les assistants médicaux diplômés, nommés également Medizinischer Fachangestellter (technicien médical) s'occupent non seulement de la facturation, de la mise en paiement des soins et de la prise de rendez-vous, mais ils aident également le médecin pour des actes médicaux, tels que faire une piqûre, faire un bandage, ou une prise de sang. En France, il n'y a pas dans les cabinets médicaux d'assistant médical et le médecin assure l'intégralité des tâches citées plus haut. Dans les cabinets plus importants il existe une secrétaire médicale qui s'occupe principalement du suivi des dossiers patient et de la prise de rendez-vous. Le métier d'assistant médical n'existe pas en France et n'est pas

Fünf Unterschiede beim Arztbesuch in Deutschland, Frankreich und der Schweiz.

Wer den Arztbesuch jenseits der Grenze wagt, wird schnell feststellen, dass es ein paar Unterschiede zwischen Deutschland, Frankreich und der Schweiz gibt.

Die Sprechstundenhilfe / der Sprechstundenhelfer

In der Arztpraxis angekommen wird ein Patient/eine Patientin aus Deutschland oder der Schweiz vermutlich zuallererst nach einer Empfangstheke suchen, um seine/ihre Krankenkassenkarte an eine Sprechstundenhilfe/ einen Sprechstundenhelfer zu überreichen, der/die den Arzt/die Ärztin auch im weiteren Verlauf der Untersuchung immer wieder unterstützen wird. Arzthelfer/innen sind damit aus deutschen und schweizerischen Arztpraxen gar nicht wegzudenken. Wer eine Ausbildung zum Arzthelfer/zur Arzthelferin, beziehungsweise zum/zur Medizinischen Fachangestellten, durchlaufen hat, organisiert nicht nur die Abrechnungen und die Terminvergabe, sondern assistiert dem Hausarzt/der Hausärztin auch bei medizinischen Aufgaben, wie zum Beispiel bei der Verabreichung einer Spritze, dem Anlegen von Verbänden oder der Blutabnahme. In Frankreich gibt es hingegen in der Mehrheit der Hausarztpraxen keine Sprechstundenhilfe/keinen Sprechstundenhelfer und der Arzt/die Ärztin erledigt alle genannten Aufgaben selbst. In den größeren Praxen gibt es eine/n sogenannte/n secrétaire médical(e) intégré dans les mœurs. « J'ai toujours travaillé comme ça et j'aime être au plus près des patients, c'est pourquoi je préfère prendre les rendez-vous moi-même.» confie une médecin de Strasbourg. Pour les plus petits cabinets, il existe la possibilité d'externaliser la prise de rendez-vous, confiée alors à un télé secrétariat médical qui filtre les appels urgents et gère l'agenda et les rendez-vous du médecin.

Avec ou sans rendez-vous?

Sans doute le métier d'assistant/e médical a pu s'établir en Allemagne et en Suisse car le médecin consulte principalement sur rendez-vous fixés à l'avance. Si la consultation sans rendez-vous chez le généraliste existe aussi en Allemagne et en Suisse, elle se limite à des plages horaires définies et aux urgences. La pratique de la consultation sans rendez-vous reste néanmoins plus développée en France: une rapide comparaison des horaires montre qu'un cabinet médical à Strasbourg propose en moyenne deux plages horaires sur rendez-vous et le reste en consultation libre, là où les cabinets médicaux à Kehl ou Bâle proposent une ou deux plages horaires en consultation libre et le reste sur rendez-vous et demandent explicitement aux patients de venir sur rendez-vous dans la mesure des possibilités. Une médecin allemande, ayant exercé au préalable en France, témoigne «lorsque je suis revenue en Allemagne, j'ai dû d'abord me réhabituer à travailler sur rendez-vous. Le fait de respecter le rendez-vous pris est d'ailleurs considéré, ici [en Allemagne], comme quelque chose d'important. »

(zu Deutsch: "medizinische/r Sekretär/in"). Er/Sie befasst sich typischerweise aber mit der Pflege der Patientenakte oder der Terminvergabe. Der Beruf des Arzthelfers/ der Arzthelferin existiert in der Form in Frankreich nicht: "Ich kenne es nicht anders und bin einfach gerne nah dran am Patienten/an der Patientin. Deswegen organisiere ich die Terminvergabe lieber selbst.", verrät eine Ärztin aus Straßburg. Besonders in kleineren Arztpraxen ist es außerdem üblich, die Terminvergabe über ein externes Sekretariat zu steuern (Tele-Sekretariat).

Mit oder ohne Termin?

Vermutlich hat sich der Beruf des Arzthelfers/der Arzthelferin in Deutschland und der Schweiz unter anderem auch deshalb etabliert, da in beiden Ländern vorwiegend mit verbindlichen Terminen gearbeitet wird. Eine offene Sprechstunde gibt es in Hausarztpraxen nur zu besonderen Uhrzeiten oder für Notfälle. In Frankreich dagegen ist es noch sehr gängig, einen Hausarzt/eine Hausärztin zu besuchen ohne vorherige Terminvereinbarung. Das Ergebnis einer kleinen Stichprobe zeigt: Eine Straßburger Arztpraxis arbeitet nur zwei Mal die Woche mit festen Terminen. Zwei Praxen in Kehl und Basel bieten ein, beziehungsweise zwei Mal wöchentlich, eine offene Sprechstunde an, bitten jedoch ausdrücklich darum, nach Möglichkeit einen Termin zu vereinbaren. Dazu eine Ärztin aus Kehl, die sowohl in Deutschland als auch in Frankreich praktiziert hat: "Als ich zurück nach Deutschland gekommen bin, musste ich mich erstmal wieder daran gewöhnen, dass hier vor allem mit festen Terminen gearbeitet wird und es als wichtig angesehen wird, diese Termine einzuhalten."





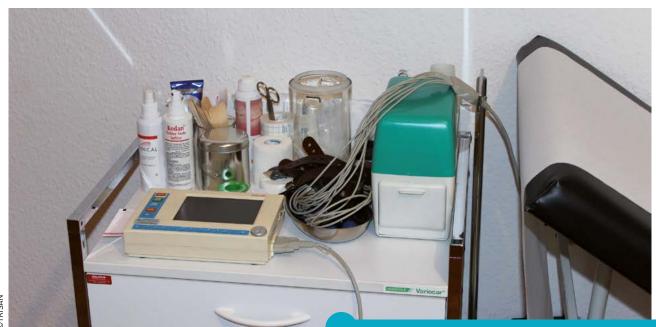
TRISAN

La durée de l'examen

Le temps accordé par le médecin à ses patients, dépend, lui-aussi, du pays ou plutôt de la culture médicale. Une étude réalisée en 2009 montre que la durée moyenne de l'examen médical lors d'une visite chez le médecin est de 9,1 minutes en Allemagne, alors que le patient français reste en moyenne 22,2 minutes avec son médecin; pour la Suisse, la durée moyenne est de 15 minutes. Ces données recoupent les informations collectées auprès des médecins interviewés. Une médecin de Kehl évalue à 15 minutes le temps passé pour une consultation normale; le fait que l'entrevue entre le patient et le médecin soit aussi brève est également lié au fait qu'en Allemagne certains examens médicaux sont réalisés par l'assistant/e médical. Ce qui n'est pas le cas en France: une médecin française interviewée estime recevoir en moyenne seulement trois patients par heure, sachant que la durée de l'examen peut varier beaucoup. Elle dit pouvoir passer 10 minutes avec un patient et parfois jusqu'à 45 minutes, selon les besoins. Elle ajoute que l'entretien avec le patient occupe une place importante dans l'histoire de la maladie. «Lorsque je prends le temps de discuter avec le patient, de poser les bonnes questions et de l'écouter, cela me permet de faire parfois déjà 80% du diagnostic.»

Die Dauer der Untersuchung

Wieviel Zeit pro Patient/in zur Verfügung steht, hängt davon ab, in welchem Land, beziehungsweise in welcher Kultur, die Untersuchung stattfindet. So hat eine Erhebung aus dem Jahr 2009 ergeben, dass die durchschnittliche Dauer einer Behandlung bei einem Arztbesuch in Deutschland rund 9,1 Minuten beträgt, Patienten/innen in Frankreich dagegen bekommen ihren Arzt/ihre Ärztin im Durchschnitt rund 22,2 Minuten zu Gesicht, die Schweiz liegt mit rund 15 Minuten im Mittelfeld. Diese Daten decken sich mit den Angaben der durchgeführten Hausarzt-Interviews. So berichtete eine Ärztin aus Kehl, dass in ihrer Praxis für einen normalen Termin etwa 15 Minuten eingeplant sind. Dass die Dauer der Begegnung zwischen Arzt/Ärztin und Patienten/innen relativ knapp ausfällt, hängt auch damit zusammen, dass in Deutschland einige Untersuchungen direkt von der Arzthelferin oder dem Arzthelfer übernommen werden. In Frankreich ist das nicht der Fall: So behandelt eine Ärztin aus Straßburg im Schnitt lediglich drei Patienten/innen pro Stunde. Dabei sei die Dauer der Behandlung sehr unterschiedlich. Pro Patient/in nehme sie sich manchmal zehn Minuten und gelegentlich sogar bis zu 45 Minuten Zeit – je nachdem, was der der Patient/ die Patientin braucht. Eine besondere Rolle spielt dabei



OTRISAN

L'équipement du cabinet médical

L'équipement du cabinet médical est également assez révélateur des différences qu'on peut trouver de part et d'autre du Rhin. Alors que le cabinet médical visité à Kehl disposait - vraisemblablement comme tous les cabinets médicaux - d'un électrocardiographe (ECG) et d'un échographe portable utilisés pour les examens réguliers, le cabinet à Strasbourg n'avait pas ces équipements. En France, les examens qui nécessitent un équipement spécifique sont généralement réalisés chez les médecins spécialistes; c'est aussi la raison pour laquelle le patient français est, en cas de doute et plus souvent qu'en Allemagne, redirigé vers un spécialiste. Ceci est valable pour les analyses de sang ou d'urine, qui sont réalisées dans des laboratoire d'analyses médicales, tout comme pour les ECG, les radios ou les échographies. En Allemagne et en Suisse, les prélèvements de sang ou d'urine sont systématiquement analysés au cabinet médical. «Prélever directement au cabinet évite au patient des temps d'attente superflus. Si le prélèvement est fait le matin, nous avons les résultats directement l'après-midi» remarque une médecin kehloise. Chaque pratique est ancrée dans un socle d'habitudes où les arguments pour ou contre se valent: la médecin interrogée à Strasbourg, quant à elle, voit les choses différemment « J'ai plus confiance dans les analyses faites au labo. Elles sont généralement plus exactes et plus spécifiques.»

Prise en charge des soins

En France et en Suisse, le patient règle généralement le médecin à la fin de la consultation alors qu'en Allemagne, pour les patients couverts par l'assurance obligatoire (gesetzlich versichert), soit 90% des assurés allemands, les frais sont réglés par l'assurance maladie du patient. En France et en Suisse et pour ce qui est des soins ambulatoires, c'est le principe de remboursement des frais de santé qui prévaut : en France, le patient fait l'avance des frais et il est remboursé par l'assurance maladie ainsi que (dans la majorité des cas) par sa mutuelle. En Suisse, le patient sera remboursé lorsque ses dépenses en santé sur l'année sont supérieurs à la franchise annuelle, le montant de cette dernière variant en fonction de la prime d'assurance (cotisation annuelle). Lorsque la franchise est dépassée, l'assureur prend en charge 90% des coûts pour les soins ambulatoires et pour les médicaments. Certains groupes de population, comme les personnes à faibles revenus, bénéficient de conditions spéciales: en France, elles sont dispensées de l'avance des frais médicaux, en Suisse elles peuvent bénéficier d'une réduction de cotisation.



das Gespräch mit dem Patienten/der Patientin. Die Ärztin aus Frankreich weiß: "Wenn ich mir für das Gespräch mit dem Patienten/der Patientin Zeit nehme, die richtigen Fragen stelle und ihm/ihr zuhöre, kann das manchmal schon 80% der Diagnose ausmachen."

Wie ist die Praxis ausgestattet?

Die Ausstattung einer Hausarztpraxis zeigt ebenfalls deutliche Unterschiede je nachdem auf welcher Seite des Rheins man sich befindet. Während die deutsche Praxis in Kehl über ein EKG-Gerät und ein tragbares Ultraschall-Gerät verfügt, das auch bei Hausbesuchen zum Einsatz kommen kann, gab es in Straßburg solche Gerätschaften nicht. Da Geräteuntersuchungen in Frankreich in Fachpraxen stattfinden, werden Patienten/ innen im Zweifelsfall und schneller als in Deutschland an einen Facharzt/eine Fachärztin weitervermittelt. Dies gilt sowohl für Blut- oder Urinproben, die in sogenannten "laboratoires d'analyses médicales" entnommen werden, als auch für EKG, Röntgen und Ultraschallaufnahmen. In Deutschland und der Schweiz werden Blut- und Urinproben dagegen systematisch in der Arztpraxis ermittelt. "Dass wir die Proben gleich in unserer Praxis nehmen, erspart den Patienten/innen unnötige Wartezeit. Wenn wir vormittags Blut abnehmen, erhalten wir die Werte direkt am Nachmittag", bemerkt eine Ärztin aus Kehl. Dem entgegnet eine Ärztin aus Straßburg: "Ich verlasse mich lieber auf die Analyse aus dem Labor. Die sind meistens viel exakter und die Analysen sind spezialisierter."

Die Abrechnung

Während Patienten/innen in Frankreich und der Schweiz in der Regel in Vorleistung treten, rechnen Ärzte/innen bei gesetzlich versicherten Patienten/innen in Deutschland die Leistung direkt mit der entsprechenden Krankenkasse ab (90% Prozent aller Patienten/innen sind gesetzlich versichert).

Il est clair que les modalités de prise en charge financière des soins de santé ont un impact sur la pratique du métier; une médecin à Strasbourg explique par exemple: «Lorsque je dois donner les résultats d'une analyse de sang à un patient et qu'il ne présente aucune anomalie, je ne demande pas au patient de revenir au cabinet mais je l'informe par téléphone. Comme le patient doit avancer les frais médicaux, il serait déplacé de convoquer la personne encore une fois au cabinet une semaine plus tard pour la lecture des résultats.»

Pour en savoir plus sur l'organisation des systèmes d'assurance maladie et la prise en charge des soins, vous trouverez plus d'information dans la brochure «Systèmes d'assurance maladie et prise en charge des soins en France, en Allemagne et en Suisse».

Voir aussi www.trisan.org/fr/documents/rapports-de-conference/



In Frankreich und der Schweiz gilt bei ambulanten Behandlungen in den meisten Fällen das Kostenerstattungsprinzip: Der Patient/die Patientin tritt dabei in Vorleistung und bekommt die Kosten, beziehungsweise einen Teil der Kosten, vom Krankenversicherer und gegebenenfalls seiner Zusatzversicherung, zurückerstattet. In der Schweiz erfolgt die Kostenerstattung ab einem gewissen jährlichen Festbetrag (Franchise), der vom Versicherten selbst zu tragen ist und je nach Höhe der Versicherungsprämie unterschiedlich ausfällt. Sobald die Franchise überschritten ist, erstattet der Krankenversicherer 90% der Kosten für ambulante Behandlungen sowie für den Kauf von Medikamenten. Einige Personengruppen wie zum Beispiel einkommensschwache Personen müssen in Frankreich nicht in Vorkasse treten, in der Schweiz können einkommensschwache Haushalte eine sogenannte Prämienverbilligung beantragen.

Dass die Art und Weise, wie das Abrechnungssystem praktiziert wird, auch Auswirkungen auf die Berufspraxis hat, liegt auf der Hand. Eine Ärztin aus Straßburg erklärt: "Wenn ich einem Patienten/einer Patientin das Ergebnis einer Blutprobe mitteilen möchte und dieses negativ ist, bestelle ich einen Patienten/eine Patientin nicht wieder zurück in die Praxis, sondern teile es ihm lieber am Telefon mit. Vor dem Hintergrund, dass der Patient/ die Patientin in Vorkasse gehen muss, finde ich es einfach unpassend, die Person eine Woche später erneut zu mir in die Praxis zu bestellen."

Wenn Sie mehr zur Organisation der Krankenversicherungssysteme sowie zur Übernahme der Behandlungskosten erfahren möchten, finden Sie mehr Informationen in der Broschüre "Krankenversicherungssysteme und Übernahme der Behandlungskosten in Deutschland, Frankreich und der Schweiz".

Siehe auch: www.trisan.org/dokumente/konferenzberichte/

©Monster Ztudio/Shutterstock.com



ASSURANCE DÉPENDANCE POUR LES FRONTALIERS

ENTRETIEN AVEC AUDREY SCHLOSSER, INFOBEST KEHL/STRASBOURG

PFLEGEVERSICHERUNG MIT GRENZGÄNGERSTATUS

INTERVIEW MIT AUDREY SCHLOSSER, INFOBEST KEHL/STRASBOURG

Audrey SCHLOSSER de l'INFOBEST Kehl/ Strasbourg explique la marche à suivre pour les frontaliers.

Les frontaliers, qui vivent dans un pays et travaillent dans un autre, peuvent souscrire une assurance maladie aussi bien sur le lieu de résidence que sur le lieu de travail. La situation se complique quelque peu lorsqu'il s'agit de l'assurance dépendance. Pour les personnes qui ont travaillé pendant un certain temps dans un autre pays, il est souvent particulièrement difficile de s'y retrouver dans la jungle bureaucratique des différents systèmes d'assurance maladie. Nous nous sommes entretenues avec Audrey Schlosser du Réseau des instances d'information et de conseil sur les questions transfrontalières du Rhin supérieur INFOBEST Kehl/Strasbourg à propos des éléments particuliers que

Audrey SCHLOSSER von INFOBEST Kehl/ Strasbourg erklärt, wie sich Grenzgängerinnen und Grenzgänger absichern können.

Grenzgängerinnen und Grenzgänger, die in einem Land wohnen und im anderen Land arbeiten, können sich sowohl am Wohnort als auch am Arbeitsort krankenversichern. Etwas komplizierter ist es bei der Pflegeversicherung. Für Menschen, die eine Zeit lang in einem anderen Land gearbeitet haben, ist es oft besonders schwierig, sich im Bürokratie-Dschungel der unterschiedlichen Versicherungssysteme zurecht zu finden. Wir haben uns mit Audrey Schlosser von der Informations- und Beratungsstelle für grenzüberschreitende Fragen INFOBEST Kehl/Strasbourg darüber unterhalten, was es speziell für Grenzgängerin-

les frontaliers doivent prendre en compte lorsqu'ils souscrivent une assurance au titre des risques sociaux tels que la dépendance.

nen und Grenzgänger bei der Absicherung vor sozialen Risiken wie Pflegebedürftigkeit zu beachten gilt.

Madame Schlosser, vous travaillez depuis 2016 au sein du Réseau INFOBEST, qui conseille les citoyen·ne·s du Rhin supérieur concernant les questions transfrontalières. Aujourd'hui, quel est le besoin en conseil concernant la prévoyance en matière de dépendance et d'invalidité?

Il y a toujours des citoyen·ne·s qui viennent aux permanences d'information afin de se renseigner sur ce qu'il se passe s'ils deviennent soudainement dépendants ou invalides. En principe, les personnes sont assurées socialement dans le pays dont elles relèvent du fait de leur activité professionnelle ou de leur retraite le cas échéant. La situation se complique lorsque la personne a travaillé dans plusieurs pays. C'est le cas de nombreux frontaliers et frontalières. Pour eux, le principal problème est que les systèmes de protection sociale diffèrent fortement d'un pays à l'autre. Près de 26% des demandes auxquelles nous répondons concernent l'assurance en cas de maladie, accident ou dépendance, ainsi que les sujets de la retraite et de l'invalidité.

Quelles personnes se rendent généralement chez vous pour un entretien d'information et de conseil ?

D'une part, des personnes qui sont surtout curieuses. Ce sont des personnes qui souhaitent s'informer suffisamment tôt. Par exemple, lorsqu'ils reçoivent leur bulletin de salaire, certains frontaliers remarquent pour la pre-

Frau Schlosser, Sie arbeiten seit 2016 beim Netzwerk INFOBEST, das Bürgerinnen und Bürger am Oberrhein zu grenzüberschreitenden Fragestellungen berät. Wie groß ist aktuell der Beratungsbedarf, was Fragen der Pflege- und Invaliditätsvorsorge angeht?

Es kommen immer mal wieder Bürgerinnen und Bürger zu uns in die Beratungsstelle, die sich darüber informieren, was passiert, wenn sie als Grenzgänger/in plötzlich pflegebedürftig oder invalide werden. Grundsätzlich ist es ja so, dass Personen im Beschäftigungs-, beziehungsweise im Rentenbezugsland, sozialversichert sind. Kompliziert wird es, wenn die Person in mehreren Ländern gearbeitet hat. Das ist der Fall von vielen Grenzgänger/ innen. Problematisch für Grenzgänger/innen ist es, dass sich die Sozialversicherungssysteme von einem zum anderen Land stark unterscheiden. Etwa 26% aller Anfragen, die wir beantworten, beziehen sich auf die Kranken-, Unfall- oder Pflegeversicherung sowie die Themen Rente und Invalidität.

Wann kommen Personen üblicherweise zu Ihnen ins Beratungsgespräch?

Es gibt zum einen Personen, die grundsätzlich neugierig sind. Das sind Menschen, die sich frühzeitig informieren möchten. Manchen fällt zum Beispiel, wenn sie das erste Mal ihren Gehaltszettel aus Deutschland sehen, auf, dass



mière fois, que des contributions pour l'assurance maladie ont été déduites de leur salaire. Certains apprennent parfois qu'il existe une assurance dépendance en Allemagne. Ceci est dû au fait qu'il existe des prestations sociales en cas de soins mais pas d'assurance dépendance. Un autre groupe de personnes que nous recevons sont des proches ou assistantes sociales qui s'occupent d'une personne dépendante. En effet, dès lors qu'une personne est invalide ou dépendante, elle ne peut souvent plus venir en personne. Il s'agit alors de déterminer si la personne, qui a effectué une partie de sa carrière en tant que frontalier ou frontalière, a la possibilité d'obtenir des indemnités ou des prestations en nature du pays voisin. Si elle a travaillé en Allemagne, elle a tout de même cotisé pour l'assurance retraite ou dépendance.

Quelles prestations sociales existe-t-il en France et en Allemagne pour couvrir le risque de devenir dépendant·e?

En Allemagne, l'assurance dépendance est une assurance obligatoire: une employeuse ou un employeur paie automatiquement des cotisations à l'assurance dépendance via le salaire. C'est l'assurance maladie qui est chargée de l'administration de l'assurance dépendance. L'assurance maladie verse des indemnités et des prestations de soins en nature à la personne dépendante. En France, au contraire, il n'existe pas d'assurance dépendance, mais des prestations sociales, versées en cas de dépendance. L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) peut être demandée par les personnes dépen-

ihnen von ihrem Gehalt Beiträge für die Pflegeversicherung abgezogen werden. Die hören manchmal zum ersten Mal, dass es in Deutschland eine Pflegeversicherung gibt. Das liegt daran, dass es in Frankreich zwar Sozialleistungen im Pflegefall, jedoch keine Pflegeversicherung gibt. Eine andere Personengruppe, die wir empfangen, sind Angehörige oder Sozialassistenten/innen, die sich um eine pflegebedürftige Person kümmern – sobald eine Person invalide oder pflegebedürftig ist, kann sie ja oft nicht mehr persönlich vorbeikommen. Es geht dann darum, ob die Person, die einen Teil ihrer Erwerbstätigkeit als Grenzgänger/in verbracht hat, die Möglichkeit



Pressfoto/Fr

hat, Geld oder Sachleistungen aus dem Nachbarland zu erhalten – immerhin hat sie ja, wenn sie zum Beispiel in Deutschland gearbeitet hat, in die Renten- oder Pflegeversicherung eingezahlt.

Welche Sozialleistungen gibt es in Deutschland oder Frankreich zur Absicherung des Risikos pflegebedürftig zu werden?

In Deutschland ist die Pflegeversicherung eine Pflichtversicherung: Eine Arbeitnehmerin oder ein Arbeitnehmer zahlt automatisch über den Lohn Beiträge zur Pflegeversicherung. Für die Verwaltung der Pflegeversicherung ist die Krankenversicherung zuständig. Diese zahlt der pflegebedürftigen Person sowohl Geld- als auch Sachleistungen. In Frankreich dagegen gibt es keine Pflegeversicherung, sondern eine Sozialleistung, die im



dantes auprès du département de leur lieu de résidence. Il ne s'agit cependant pas là d'une prestation d'assurance mais d'une sorte d'aide sociale. Il faut tenir compte du fait que même si l'APA constitue un soutien financier, cette prestation est juridiquement considérée comme prestation en nature. Cet exemple montre que les systèmes sociaux sont organisés de manière très différente en Europe. Il ne faut pas oublier que la politique sociale relève du domaine de compétences des Etats membres.

Quelles conséquences des systèmes de sécurité sociale non harmonisés en Europe ont-ils sur les frontalières et frontaliers ? Quelles sont des problématiques caractéristiques ?

Le fait que les systèmes de protection sociale soient organisés différemment a évidemment une incidence sur les frontalières et frontaliers. Une personne qui vit en France et ne perçoit une retraite qu'en Allemagne a par exemple le droit à des indemnités dans le cadre de l'assurance dépendance – la personne est affiliée à la sécurité sociale en Allemagne – et peut en même temps percevoir des indemnités de soins en nature côté français, sur la base de son lieu de résidence. Une personne qui vit en Allemagne et ne perçoit une retraite que du côté français, ne perçoit toutefois pas d'indemnité de soins dans le cadre de l'assurance dépendance et ne peut percevoir des prestations de soins en nature que de la part de son Etat de résidence. La guestion de savoir de quel côté du Rhin l'on vit et travaille a donc des incidences majeures sur les possibilités de percevoir des indemnités.

En cas d'invalidité, à cela s'ajoute que les législations définissant les personnes aptes au travail sont très différentes en France et en Allemagne. Cela peut constituer un sujet de discorde entre les administrations, les entreprises, les caisses d'assurance maladie et les bénéficiaires de prestations.

Pflegefall ausgezahlt wird. Die sogenannte "Allocation personnalisée d'autonomie -APA" können pflegebedürftige Personen beim Département in ihrem Einzugsgebiet beantragen. Dabei handelt es sich jedoch nicht um eine Versicherungsleistung, sondern um eine Art Sozialhilfe. Zu beachten ist: Auch wenn es sich bei der APA um eine finanzielle Unterstützung handelt, wird diese Leistung rechtlich als Sachleistung eingestuft. Das Beispiel zeigt: Die Sozialsysteme in Europa sind sehr unterschiedlich aufgestellt. Man darf nicht vergessen, dass Sozialpolitik Aufgabe der Mitgliedsstaaten ist.

Welche Auswirkungen hat es auf Grenzgänger/innen, wenn Sozialversicherungssysteme in Europa nicht angeglichen sind? Was sind typische Problemstellungen?

Die Tatsache, dass die Sozialsysteme unterschiedlich aufgebaut sind, hat natürlich Auswirkungen auf Grenzgänger/innen. Eine Person, die in Frankreich lebt und ausschließlich eine Rente aus Deutschland bezieht, hat beispielsweise in der Regel Anspruch auf Geldleistungen im Rahmen der deutschen Pflegeversicherung – die Person ist schließlich sozialversichert in Deutschland – und kann gleichzeitig Sachleistungen aus Frankreich als dem Wohnsitzstaat beziehen. Eine Person, die in Deutschland lebt und ausschließlich eine Rente aus Frankreich bezieht, erhält jedoch kein Pflegegeld im Rahmen der Pflegeversicherung und kann Pflegesachleistungen ausschließlich aus dem Wohnortsstaat beziehen. Die Frage, auf welcher Seite des Rheins man wohnt und arbeitet, hat daher erhebliche Auswirkungen auf die Möglichkeiten, Leistungen zu beziehen.

Im Falle der Invalidität kommt hinzu, dass es im deutschen und französischen Gesetz sehr unterschiedliche Auffassungen darüber gibt, ab wann eine Person arbeitsfähig ist. Das kann natürlich für Sprengstoff zwischen Behörden, Unternehmen, Krankenkassen und Leistungsbeziehern sorgen.



Que conseillez-vous aux frontaliers qui souhaitent s'assurer contre le risque de dépendance ou de la vieillesse?

Il est important de s'informer suffisamment tôt sur les prestations auxquelles on a droit et souscrire une assurance privée le cas échéant. Lorsqu'on change de lieu de résidence lors de la retraite et que l'on retourne de la France vers l'Allemagne ou inversement, cela peut avoir des conséquences sur le droit aux prestations que l'on peut faire valoir. Dès qu'une personne devient dépendante, elle ne peut plus s'occuper d'elle-même. Il est donc indispensable d'effectuer les démarches en amont! La langue et la culture semblent très proches aux personnes âgées qui parlent l'alsacien lorqu'elles se déplacent entre l'Alsace et le Pays de Bade. Cela peut induire en erreur! Même si nous avons beaucoup de choses en commun, il faut garder à l'esprit que les systèmes de protection sociale sont relativement différents d'un pays à l'autre.

Il semble que nombre de citoyen·ne·s se sentent dépassé·e·s lorsqu'il s'agit de questions relatives à la protection sociale. Quelles sont les mesures supplémentaires qui pourraient être mises en place afin de proposer des indications pratiques aux citoyen·ne·s concernant la protection sociale de la vieillesse ou en cas d'invalidité? Beaucoup de personnes en Alsace ont déjà travaillé dans le pays voisin. Il y a donc d'anciens frontaliers dans chaque maison de retraite en Alsace. Il est donc utile d'effectuer un travail d'information! Il faudrait un guide à destination des seniors ex-frontaliers. Si dans chaque maison de retraite et centre de service social des brochures étaient à disposition, ce serait un outil précieux pour les familles et centres de service social!

Le réseau INFOBEST se tient à votre disposition pour répondre à toute autre question.

Was raten Sie Grenzgängerinnen und Grenzgängern, die sich für einen Pflegefall oder das Alter absichern wollen?

Es ist wichtig, sich frühzeitig darüber zu informieren, auf welche Leistungen Ansprüche bestehen und gegebenenfalls private Versicherungen abzuschließen. Wenn man zum Beispiel zur Rente den Wohnort wechselt und noch einmal von Frankreich nach Deutschland zieht oder umgekehrt, kann das Konsequenzen auf die Leistungsansprüche nach sich ziehen.

Sobald eine Person pflegebedürftig ist, kann sie selbst nicht mehr für sich sorgen, es ist daher dringend notwendig, Vorarbeit zu leisten!

Besonders älteren Menschen, die den elsässischen Dialekt sprechen, erscheinen Sprache und Kultur, wenn sie zwischen dem Elsass und Baden pendeln, sehr nah. Das kann leicht täuschen! Auch wenn wir vieles gemeinsam haben, muss man bedenken, dass die Sozialsysteme von einem Land zum anderen ziemlich unterschiedlich sind.

Es scheint so, als würden sich viele Bürgerinnen und Bürger überfordert fühlen, wenn es um Fragen der sozialen Absicherung geht. Was könnte zusätzlich getan werden, um Bürgerinnen und Bürgern praktische Orientierungshilfen hinsichtlich der sozialen Absicherung im Alter oder im Falle der Invalidität zu bieten?

Viele Menschen im Elsass haben schon einmal im Nachbarland gearbeitet. Daher findet man auch in jedem Seniorenheim im Elsass ehemalige Grenzgängerinnen und Grenzgänger. Es lohnt sich daher, Informationsarbeit zu leisten! Es wäre gut, wenn es einen Senioren-Wegweiser für ehemalige Grenzgängerinnen und Grenzgänger geben würde. Wenn in jedem Seniorenheim und in Sozialstellen Broschüren ausgelegt wären, könnte das für Angehörige und Sozialstellen eine tolle Hilfe sein!

Das Netzwerk INFOBEST beantwortet Ihnen gerne weitere Fragen.





©ESB Professional/Shutterstock.com

Connaître les cursus de formation des pays voisins est déjà un premier pas vers la mobilité professionnelle!

Es ist schon ein erster Schritt zur beruflichen Mobilität, die Bildungsgänge in der Pflege im Nachbarland zu kennen!

LA FORMATION DES INFIRMIERS EN EUROPE

DES STANDARDS COMMUNS,
MAIS DES PRATIQUES DIVERGENTES.

PFLEGEAUSBILDUNG IN EUROPA

GEMEINSAME STANDARDS, ABER GROßE UNTERSCHIEDE IN DER PRAXIS.

Étude des filières de formation en Allemagne, en France et en Suisse

Un diplômé en soins infirmiers qui souhaite exercer dans un autre pays européen voit son projet facilité par la légis-lation européenne: en effet, pour tout diplôme obtenu dans un des pays membres de l'Union européenne, au sein de l'espace économique européen ou en Suisse, il est possible d'obtenir sur demande une reconnaissance du diplôme dans tous les pays européens¹. Pourtant, même si les États membres et les États partenaires se sont mis d'accord sur des normes minimales, il subsiste de grandes divergences dans les parcours de formation ainsi que dans le quotidien professionnel des infirmiers:

Allemagne : l'expérience pratique au premier plan

Pour suivre une formation en tant qu'infirmier en Allemagne, il est nécessaire de posséder au minimum un mittlerer Bildungsabschluss, ce qui correspond à un Wer als Gesundheits- und Krankenpfleger/in nach abgeschlossener Ausbildung in einem anderen europäischen Land seinen Beruf ausüben möchte, hat gute Karten: So wird ein Diplom, das in Mitgliedsstaaten der Europäischen Union, des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) oder auch in der Schweiz erworben wurde, in allen europäischen Ländern auf Antrag anerkannt¹. Auch wenn sich Mitglieds-, beziehungsweise Vertragsstaaten, auf bestimmte Mindestanforderungen an die Ausbildung geeinigt haben, gibt es jedoch europaweit weiterhin große Unterschiede in der Ausbildung und im Berufsalltag der Pflegefachkräfte:

Deutschland: Praxiserfahrung an oberster Stelle

Wer in Deutschland eine Ausbildung zum Gesundheitsund Krankenpfleger, beziehungsweise zur Gesundheits-

Untersuchung der Bildungsgänge in Deutschland, Frankreich und der Schweiz

^{1.} La directive 2005/36/EG sur la reconnaissance des qualifications professionnelles dispose que les professionnels en soins infirmier peuvent faire reconnaître les qualifications professionnelles obtenues au sein de l'espace économique européen sur demande et sans vérification au cas par cas des contenus de la formation ayant mené au diplôme. Pour la Suisse, la reconnaissance des qualifications professionnelles est assurée depuis 2002 par l'accord entre l'Union européenne, ses États membres et la Confédération suisse et en outre par le biais de la liberté de circulation.

^{1.} Grundlage dafür stellt die Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen dar, die für den Beruf des Gesundheitsund Krankenpflegers festgelegt hat, dass die im EWR erworbenen Berufsqualifikationen auf Antrag ohne Prüfung der individuellen Ausbildungsinhalte automatisch anerkannt werden. Im Falle der Schweiz ist die Anerkennung von Berufsqualifikationen seit Juni 2002 über das 'Abkommen zwischen der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten einerseits und der Schweizerischen Eidgenossenschaft andererseits über die Freizügigkeit' gewährleistet.

parcours scolaire d'au moins dix ans. Il est également possible de suivre cette formation avec un *Hauptschulabschluss* (correspondant à un parcours scolaire de 9 ans) assorti d'une formation d'un an en tant qu'aide-soignant². Ainsi, l'Allemagne compte avec le Luxembourg et l'Autriche parmi les pays européens qui ont les exigences en matière d'accès à cette formation les plus faibles³, ce qui se répercute sur l'importance de la partie pratique dans la formation. La partie pratique supplante en effet la partie théorique en nombre d'heures (respectivement 2500 heures et 2100 heures). En comparaison avec les étudiants infirmiers français, les étudiants allemands bénéficient d'une indemnité de formation relativement élevée d'environ 1 000 euros bruts par mois et perçue dès

OAfrica Studio/Shutterstock.com

und Kranken pflegerin², durchlaufen möchte, muss in der Regel über einen mittleren Bildungsabschluss verfügen, das heißt eine mindestens 10-jährige Schulbildung vorweisen. Alternativ ist es auch möglich, die Ausbildung mit einem Hauptschulabschluss und einer einjährigen Ausbildung zum Krankenpflegehelfer/ zur Krankenpflegehelferin aufzunehmen. Damit hat Deutschland neben Luxemburg und Österreich die niedrigsten Zugangsvoraussetzungen zur Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege³, was sich auch auf den Praxisanteil in der dreijährigen Ausbildung auswirkt. So überwiegt dieser mit 2.500 Praxisstunden vor dem Theorieteil, der mit 2.100 Stunden im Ausbildungsplan angesetzt ist. Im Vergleich zu französischen Studierenden in der Pflege dürfen sich Auszubildende in Deutschland außerdem einer relativ großzügigen Ausbildungsvergütung von etwas mehr als 1.000 Euro brutto im Monat erfreuen, die sie für den Praxiseinsatz ab dem ersten Ausbildungsjahr erhalten. Das Krankenpflegegesetz (KrPflG) verpflichtet die Ausbildungsträger zur Zahlung der Ausbildungsvergütung und bildet die rechtliche Grundlage für die Ausbildung und die Ausübung der Berufe in der Krankenpflege. Dabei unterscheidet das KrPflG zwischen Verantwortungsbereichen, die eigenständig und Verantwortungsbereichen, die im Rahmen der Mitwirkung vom/ von der Krankenpfleger/in auszuführen sind, lässt jedoch bei der Zuordnung der Aufgaben einen gewissen Entscheidungsspielraum zu. Aufgaben, die von den Gesundheits- und Krankenpflegern/innen eigenverantwortlich verrichtet werden, sind zum Beispiel Grundpflegetätigkeiten im Bereich der Körperpflege, Ernährung, Mobilität und der hauswirtschaftlichen Versorgung. Zu den Aufgaben, die im Rahmen der Mitwirkung erledigt werden, gehören unter anderem Aufgaben, die auf ärztliche Veranlassung vom/von der Krankenpfleger/in eigenständig durchgeführt werden. Darunter fallen unter anderem auch Aufgaben der Behandlungspflege wie zum Beispiel Blutabnahmen.

^{2.} Une loi portant réforme des métiers en soins infirmiers prévoit de réunir les formations d'infirmiers en soins généraux (Gesundheits- und Krankenpfleger), d'infirmiers spécialisés en gériatrie (Altenpfleger) et d'infirmiers puériculteurs (Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger) en une seule formation professionnelle généraliste donnant lieu à un diplôme unique.

^{3.} Des débats ont cours en Allemagne depuis quelques années sur l'opportunité d'inclure les formations en soins infirmiers au sein de l'enseignement supérieur.

^{2.} Das Pflegeberufereformgesetz sieht vor, ab 2019 die bisherigen drei Ausbildungen in der Altenpflege, der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege zu einer neuen und generalistisch ausgerichteten beruflichen Pflegeausbildung mit einem einheitlichen Berufsabschluss zusammenzuführen.

^{3.} Seit einigen Jahren wird in Deutschland viel darüber diskutiert, die Pflegeausbildung zu akademisieren.



la première année de formation. Le cadre juridique pour la formation et l'exercice de la profession est fixé dans la loi relative aux soins infirmiers (Krankenpflegegesetz ou KrPflG). Cette loi opère une distinction entre les actes réalisés en responsabilité propre et ceux exercés en responsabilité partagée, mais reste floue sur la répartition des tâches entre ces deux catégories, laissant ainsi une certaine marge de manœuvre aux établissements et aux médecins sur les tâches pouvant être déléguées. Au titre des actes réalisés en responsabilité propre par l'infirmier, on retrouve par exemple les actes relatifs à l'hygiène corporelle, l'alimentation ou encore la mobilité des patients. Les tâches relevant de la responsabilité partagée sont prescrites par un médecin et réalisées par l'infirmier en autonomie. Il s'agit par exemple des soins de traitement comme les prises de sang.

France : une définition précise des rôles et responsabilités de l'infirmier

Afin de suivre une formation d'infirmier en France, il est exigé d'avoir obtenu le baccalauréat. Celui qui ne remplit pas ce critère mais qui peut justifier d'au moins trois ans d'expérience professionnelle dans le domaine du médico-social (par exemple en tant qu'aide-soignant) peut cependant se présenter au concours des Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI). La formation

Frankreich: Klare Rollen und Verantwortungsbereiche

Um eine Ausbildung zum Krankenpfleger, beziehungsweise zur Krankenpflegerin, zu beginnen, ist in Frankreich das französische Abitur erforderlich, das nach einer zwölfjährigen Schullaufbahn erworben wird. Wer dieses Kriterium nicht erfüllt und mindestens drei Jahre Berufserfahrung im Gesundheits- oder Sozialbereich (zum Beispiel als Krankenpflegehelfer/in) mitbringt, ist überdies berechtigt, an einem Auswahlverfahren teilzunehmen ("concours"), das über die Aufnahme in ein Institut de Formation en Soins Infirmiers ("IFSI") entscheidet. Die dreijährige Ausbildung für die Pflegefachkraft Infirmier (m.)/ Infirmière (w.) schließt mit dem Diplôme d'État d'Infirmier ab, das seit 2009 gleichwertig ist mit einem Bachelorabschluss. In jedem Semester absolvieren die Studenten neben dem theoretischen Unterricht, der zum Teil an der Universität gehalten wird, Praktika in Krankenhäusern, wobei die Theorie in den ersten Semestern einen größeren Anteil in den Lehrplänen einnimmt und der Praxisanteil mit jedem Semester zunimmt. Auf die gesamte Ausbildungsdauer verteilt ist jedoch das Verhältnis von Praxis und Theorie ausgeglichen, da exakt die Hälfte der Lerneinheiten (2.100 Stunden) dem Erwerb von Berufspraxis gewidmet ist. Die Studierenden erhalten für jede Praktikumswoche eine Aufwandsentschädigung ausgezahlt, die nach dem Studienfortschritt gestaffelt ist und im ersten Lehrjahr beispielsweise 23 Euro beträgt. Die genauen Regeln für die Berufsausübung werden in Frankreich durch den Code de la Santé publique ("CSP") definiert. Dieser Gesetzestext umfasst eine detaillierte Auflistung an Tätigkeiten, anhand derer genau bestimmt werden kann, welche Tätigkeiten eigenverantwortlich, auf ärztliche Anweisung hin vom/ von der Infirmier/Infirmière eigenständig durchgeführt werden und bei welchen Tätigkeiten eine Ärztin oder ein Arzt theoretisch jederzeit eingriffsbereit sein sollte. In der Praxis und in der Krankenhauspflege ist die Pflegefachkraft (infirmier/ infirmière) vor allem für die medizinische Pflege zuständig und übernimmt deutlich seltener körpernahe Pflegetätigkeiten als zum Beispiel Krankenpfleger/innen in Deutschland, da diese Aufgabenbereiche in der Regel an die/den sogenannte/n aide-soignant/e (Krankenpflegehelfer/in) delegiert werden.

en soins infirmiers dure trois ans et s'achève avec le Diplôme d'État d'Infirmier qui est depuis 2009 équivalent au grade de licence. Au cours de la formation, les étudiants effectuent chaque semestre, en plus de leurs cours théoriques, des stages dans des hôpitaux. La théorie occupe, durant les premiers semestres de la formation, une place plus importante dans les programmes d'étude tandis que la part pratique s'accroît chaque semestre. Eu égard à la durée totale de la formation, le rapport entre la pratique et la théorie est néanmoins équilibré puisque la moitié des unités d'enseignement (2 100 heures) est dédiée à l'acquisition d'une pratique professionnelle. Les étudiants perçoivent pour chaque semaine de stage une gratification qui est échelonnée selon le niveau d'études et qui s'élève par exemple en première année à 23 euros. L'exercice de la profession d'infirmier est encadré par le Code de la Santé publique. Ce recueil juridique comprend une liste détaillée des actes relevant du rôle propre de l'infirmier et ceux réalisés en autonomie sur prescription médicale et pour lesquels un médecin peut intervenir à tout moment. Dans la pratique et en ce qui concerne les soins en hôpital, l'infirmier est avant tout responsable des soins médicaux et il est plus rare (en comparaison avec ses homologues allemands) qu'il prenne en charge les activités de soins du corps qui sont généralement délégués au personnel aide-soignant.

Suisse: cohabitation entre les cursus universitaires et les formations professionnelles

Il existe en Suisse différentes voies d'accès aux professions de soins. D'un point de vue formel, le diplôme de Bachelor of science en soins infirmiers (Bachelor Pflegefachmann/frau) est comparable au diplôme d'État d'Infirmier français, puisque tous deux relèvent de l'enseignement supérieur. La maturité gymnasiale (Matura, équivalent du baccalauréat) avec (si possible) une spécialisation dans le domaine de la santé est donc normalement requise comme condition d'accès à cette formation. Dans le cas où la maturité a été obtenue dans une autre spécialisation que celle de la santé, il est quand même possible d'être admis en licence à condition de valider des modules supplémentaires qui correspondent à une année d'expérience professionnelle dans le domaine de la santé. La partie théorique du Bachelor représente 70% des enseignements contre 30% pour la partie pratique, durant laquelle l'étudiant doit obligatoirement faire six stages d'une durée de six à huit semaines. Les titulaires du Bachelor en soins infirmiers bénéficient, de par leur formation universitaire, d'enseignements théoriques plus

Schweiz: Akademische Bildungsgänge ergänzen post-sekundäre Berufsbildungsgänge

In der Schweiz gibt es verschiedene Bildungsgänge in der Pflege. Hinsichtlich des formalen Abschlusses ist der "Bachelor Pflegefachmann/frau" vergleichbar mit dem französischen Bildungsgang Diplôme d'État d'Infirmier, der ebenfalls im tertiären Bildungsbereich angesiedelt ist. Insofern wird als Zugangsvoraussetzung in der Regel eine (Berufs-) Maturität in einem mit dem Bereich Gesundheit verwandten Bereich verlangt. Wenn die Maturität in einem gesundheitsfremden Bereich erlangt wurde, ist es dennoch möglich zum Bachelor-Studium zugelassen zu werden unter der Voraussetzung, dass Zusatzmodule vor Aufnahme des Studiums absolviert werden, die einem Jahr Arbeitswelterfahrung im Bereich Gesundheit entsprechen. Im Studiengang "Bachelor Pflegefachmann/ frau" liegt das Verhältnis von Theorie zur Praxis bei 70 zu 30 %, wobei das Absolvieren von sechs Praktika im Umfang von sechs bis acht Wochen obligatorisch ist. Aufgrund seiner akademischen Bildung verfügt der Bachelor Pflegefachmann/frau über ein tiefergehendes Wissen und wissenschaftliche Methoden und ist somit befähigt, Leitungsaufgaben zu übernehmen, neue Pflegekonzepte zu entwickeln oder an Forschungsprojekten mitzuarbeiten. Als Vergütung für die Praxisphasen im Studium erhalten die Studierenden des Bachelorstudiengangs eine jährliche Zahlung von etwa 4.800 CHF. Als Alternative zum Bachelorstudium ist es auch möglich, den Bildungsgang "Diplomierter Pflegefachmann/frau" an einer Höheren Fachschule zu absolvieren. Dieser erfordert mindestens einen Fachmittelabschluss, beziehungsweise eine abgeschlossene Berufslehre. Wesentlich für den Bildungsgang "Pflegefachmann/frau" ist der duale Charakter des Studiums, das theoretische und prakti-



©Dmytro Zinkevych/Shutterstock.



approfondis et sont formés pour pouvoir assumer des fonctions de direction, développer de nouveaux concepts de soins ou participer à des projets de recherche. Les étudiants perçoivent une rémunération qui s'élève à environ 4800 francs suisse par an.

Les personnels diplômés du supérieur en soins infirmiers sont soutenus dans la réalisation de leurs tâches par des assistants en soins et santé communautaire (ASSC, Fachfrau/Fachmann Gesundheit) qui prennent en charge notamment les soins médicaux de base, ainsi que par des aides en soins et accompagnement (ASA, Assistent/in Gesundheit und Soziales) qui assume les tâches de soin plus basiques (soins du corps). Les cursus menant à ces deux métiers, relèvent de l'enseignement secondaire et sont davantage consacrés à l'expérience pratique, en comparaison avec les enseignements en soins infirmiers du supérieur. Ainsi, un à deux jours de cours par semaine seulement sont suivis en école professionnelle auxquels s'ajoutent un peu plus de dix cours interentreprises par an. Comme en Allemagne, les tâches et responsabilités qui incombent aux infirmiers issus des différentes filières de formation ne sont pas clairement définies dans la loi. Les fonctions réellement exercées dépendent largement de la structure et de la composition du personnel des établissements et de leurs services.

sche Elemente verbindet. So entfallen im Bildungsgang "Diplomierter Pflegefachmann/frau" 60% des Studiums auf die Theorie und 40% auf die praktische Bildung. Die Lernenden des Bildungsgangs "Diplomierter Pflegefachmann/frau" profitieren von einer Vergütung von rund 13.000 CHF pro Lehrjahr.

Unterstützt werden die Pflegefachkräfte mit akademischer Ausbildung von der Fachfrau/ dem Fachmann Gesundheit (FaGe), in deren Verantwortungsbereich die Grundpflege und Behandlungspflege fällt sowie dem/ der Assistent/in Gesundheit und Soziales, der/ die einfachere Pflegeaufgaben übernimmt. Wer eine Ausbildung für eines der beiden eben genannten Berufsprofile durchläuft, erwirbt mehr Berufspraxis als in den akademisch geprägten Bildungsgängen. So werden ein bis zwei Tage in der Woche in einer Berufsfachschule und etwas mehr als 10 Tage pro Ausbildungsjahr im Rahmen von überbetrieblichen Kursen abgeleistet. Die Ausbildungsvergütung der FaGe-Lernenden beträgt 800-1400 CHF monatlich, die Vergütung der Assistent/in Gesundheit und Soziales in Ausbildung liegt bei 600-900 CHF monatlich.

In der Schweiz ähnlich wie in Deutschland sind Tätigkeiten und Verantwortungsbereiche für die unterschiedlichen Bildungsgänge nicht genau abgesteckt. Welche Funktion die einzelnen Pflegefachkräfte tatsächlich im Krankenhausbetrieb übernehmen, hängt insofern stark von der Struktur und Personalstammzusammensetzung der Einrichtungen und Stationen ab.

BOSSER LE VOCABULAIRE MÉDICAL...

ET ON PEUT TRAVAILLER DANS LE PAYS VOISIN

MEDIZINISCHES FACHVOKABULAR PAUKEN...

UND DANN AB ZUM NACHBARN

Depuis 2008, l'IFSI de Sarreguemines et le SHG Kliniken Völklingen font des échanges entre élèves en soins infirmiers / élèves en formation. Dorothée (Seltz, Alsace) nous a raconté comment elle s'était préparée à son échange et quelles expériences elle a pu faire dans le pays voisin.

Dorothée, originaire de Seltz en Alsace, a grandi à quelques kilomètres de la frontière allemande. Déjà dans son enfance, il y avait beaucoup de bonnes raisons de passer la frontière: elle connait la cuisine badoise (d'ailleurs pas si différente que cela de la cuisine alsacienne) puisqu'elle allait au restaurant dans le pays voisin, elle connait

les piscines de l'autre côté du Rhin et, dans le cadre d'un job d'été, elle avait déjà une expérience de travail frontalier. Grâce à une coopération bien rodée entre l'IFSI de Sarreguemines et le SHG-Kliniken de Völklingen, elle a pu, dans le cadre de ses études en soins infirmiers à Sarreguemines, en France, vivre quelque temps en Allemagne et s'immerger dans le quotidien hospitalier du pays voisin.

En quelle année as-tu fait ton stage à l'étranger au SHG Kliniken de Völklingen ?

J'ai fait deux stages de 5 semaines au SHG-Kliniken Völklingen: en deuxième et troisième année de formation. Le premier stage m'a tellement plu que j'ai décidé de recommencer en troisième année. J'ai fait mes stages dans différents services: d'abord en urologie et ensuite en cardiologie.



©TRISAN

Die SHG-Kliniken Völklingen und das Institut de formation en soins infirmiers (Ifsi) in Saargemünd tauschen schon seit 2008 Studierende, beziehungsweise Auszubildende in der Pflege, aus. Wir haben mit Dorothée aus Seltz im Elsass darüber gesprochen, wie sie sich auf ihren Aufenthalt in Völklingen vorbereitet hat und welche Erfahrungen sie im Nachbarland gemacht hat.

Dorothée aus Seltz im Elsass ist nur wenige Kilometer von der deutschen Grenze aufgewachsen. Gründe nach Deutschland zu gehen, gab es damals in der Schulzeit schon Einige: Die badische Küche (die sich von der elsässischen Küche im Übri-

gen kaum unterscheidet) kennt sie durch den ein oder anderen Restaurantbesuch im Nachbarland ebenso wie die Schwimmbäder auf der anderen Seite des Rheins und für einen Sommerjob ist sie sogar schon einmal täglich ins andere Land gependelt. Dass sie im Rahmen ihres Studiums der Krankenpflege auch einmal längere Zeit in Deutschland gelebt hat und so in den Krankenhausalltag im Nachbarland eintauchen konnte, verdankt sie einer gut funktionierenden Kooperation zwischen ihrer Hochschule, dem Ifsi in Saargemünd und den SHG-Kliniken in Völklingen.

In welchem Studienjahr hast du dein Auslandspraktikum in Völklingen absolviert?

Ich habe im zweiten und dritten Jahr meines Studiums jeweils ein 5-wöchiges Praktikum in den SHG-Kliniken Völklingen absolviert. Beim ersten Mal hat es mir so gut gefallen, dass ich mich dazu entschlossen habe, im nächsten Jahr direkt wieder zu kommen. In den beiden Praxisphasen habe ich in unterschiedlichen Abteilun-

Comment as-tu été préparée au stage? Avais-tu des craintes ou des peurs à l'idée de faire ton stage à l'étranger?

En première année, nous avions, en plus des cours habituels, des cours d'allemand où nous pouvions apprendre du vocabulaire médical spécifique. J'avais déjà appris l'allemand à l'école et, dans les cours de l'IFSI, nous nous sommes entraînés en simulant des situations du quotidien hospitalier en allemand. Ça nous a beaucoup aidés pour les débuts du stage. Le professeur nous a également visités sur notre lieu de stage, à Völklingen, et était très à l'écoute. Du coup, je n'étais pas anxieuse – il faut dire aussi que je suis arrivée à Völklingen avec les autres élèves de ma promo et je me sentais bien préparée.

Est-ce que le travail de terrain t'a plu ? Est-ce que tu as pu remarquer des différences entre la France et l'Allemagne, par exemple sur le travail à l'hôpital ou sur la formation en soins infirmiers ?

Le quotidien à l'hôpital est stressant dans les deux pays. Pour ce qui est du travail, je n'ai pas remarqué vraiment de différence – à part peut-être parfois pour le matériel médical. Ce qui m'a frappée, par contre, c'est que la formation en soins infirmiers en Allemagne est organisée complètement différemment. En France il s'agit d'études donnant un niveau licence, en Allemagne c'est une formation professionnelle. En France il faut passer un concours et être reçu pour entrer en formation en soins infirmiers, en Allemagne cela n'existe pas. Concrètement il y a aussi des différences dans la réglementation des études qui

gen gearbeitet: Zuerst in der Urologie und dann in der Kardiologie.

Wie wurdet ihr auf den Austausch vorbereitet? Hattest du im Vorfeld des Auslandaufenthalts Bedenken oder Ängste?

Wir hatten ab dem ersten Studienjahr im Ifsi einen zusätzlichen Deutschkurs, in dem wir speziell medizinische Fachbegriffe gelernt haben. Deutschkenntnisse hatte ich schon aus dem Schulunterricht, in dem Kurs haben wir aber dann typische Situationen aus dem Krankenhausalltag in der Fremdsprache eingeübt. Das hat uns den Einstieg ins Praktikum enorm erleichtert. Unser Dozent aus dem Kurs hat uns dann auch im Praktikum in Völklingen besucht und hatte immer ein offenes Ohr. Bedenken hatte ich daher eigentlich keine – ich bin ja auch mit einer Gruppe aus meinem Jahrgang nach Völklingen gekommen und habe mich gut vorbereitet gefühlt.

Wie hat dir die Arbeit vor Ort gefallen? Hast du Unterschiede zwischen Deutschland und Frankreich erkennen können, zum Beispiel was die Arbeit im Krankenhaus oder die Ausbildung in der Pflege angeht?

Der Alltag im Krankenhaus ist in beiden Ländern manchmal etwas stressig. Bezogen auf die Arbeit habe ich daher nicht so große Unterschiede festgestellt – außer dass es zum Teil anderes medizinisches Material gibt. Was mir vielmehr aufgefallen ist, ist dass die Ausbildung zum Krankenpfleger/ zur Krankenpflegerin in Deutschland ganz anders organisiert ist. In Frankreich ist es ein Stu-

« Le partenariat transfrontalier entre Völklingen et Sarreguemines a commencé en 2008 avec des stages pratiques au « HerzZentrum Saar ». Aujourd'hui, il existe de nombreuses possibilités pour les apprentis, les étudiants et les collaborateurs de découvrir le métier d'infirmier / infirmière dans le pays voisin : des formations linguistiques à orientation professionnelle, des formations continues communes, et enfin des stages pratiques – également en urologie et en psychiatrie. Malgré ces nouvelles opportunités au fil des dernières dix années, le cœur de nos échanges reste et demeure le partenariat, nourri par l'engagement des intéressés. C'est ça qui nous tient particulièrement à cœur. »

Saskia Rybarczyk, Chargée de Coopération transfrontalière, HerzZentrum Saar, SHG-Kliniken Völklingen

"Die Grenzüberschreitende Partnerschaft zwischen Völklingen und Saargemünd begann 2008 mit Praxiseinsätzen im "HerzZentrum Saar". Mittlerweile haben die Auszubildenden, Studierenden und Mitarbeiter/innen ganz verschiedene Möglichkeiten, Einblicke in den Pflegeberuf im Nachbarland zu bekommen. Berufsorientierte Fremdsprachentrainings, gemeinsame Fortbildungen, Praxiseinsätze auch in der Urologie und Psychiatrie. Trotz dieser Erweiterungen hat sich der Kern in zehn Jahren nicht geändert: Die Partnerschaft ist und bleibt unsere "Herzensangelegenheit". Sie lebt vom Engagement der Beteiligten in beiden Häusern."

Saskia Rybarczyk, Beauftragte für grenzüberschreitende Zusammenarbeit, HerzZentrum Saar, SHG-Kliniken Völklingen se traduisait, d'après ce que j'ai pu remarquer, par le fait qu'en France les élèves doivent valider pendant leur stage tout un catalogue de gestes techniques. Les compétences à acquérir dans le cadre du stage sont définies en fonction du niveau d'études. Pour que le stage puisse être reconnu dans le cadre des études, mon professeur a dû traduire le catalogue de compétences en allemand et il était également présent lorsque mon tuteur de stage m'a évaluée pour s'assurer qu'il n'y ait pas d'erreur de compréhension et de langue. Pour mon bulletin français, elle a traduit vers le français l'évaluation faite à l'origine en allemand. Lorsque je recevrais mon diplôme cet été, il sera indiqué que j'ai réalisé deux stages en Allemagne.

Cela paraît bien compliqué! Super que ton professeur soit aussi engagé! Quelles relations avais-tu avec tes collègues et les patients à Völklingen? Etiez-vous bien intégrés dans l'équipe?

Mes collègues étaient toujours très ouverts et à l'écoute, ils nous ont bien intégrés dans l'équipe. Ils étaient patients avec nous: lorsque nous ne comprenions pas du premier coup, ils reformulaient leur phrase ou nous montraient concrètement avec des objets. Je m'entendais bien avec les collègues de mon âge; j'ai sympathisé d'ailleurs avec une collègue qui faisait un service volontaire à la clinique et nous nous sommes retrouvées en dehors du travail pour des loisirs.

La relation avec les patients à l'hôpital était super. Bien sûr, on entend encore un peu mon accent quand je parle allemand (elle rit). Quand les patients notaient que je suis française, ils posaient des questions et il y avait un réel échange. Certains patients parlaient français ou étaient français. Ils voulaient, alors bien sûr, parler français avec moi.

Nous remercions Dorothée de nous avoir accordé du temps pour cet entretien et lui souhaitons beaucoup de succès pour ses examens de fin d'étude et, au-delà, de belles expériences transfrontalières!

dium, das mit dem Bachelor gleichwertig ist, in Deutschland eine Ausbildung. In Frankreich muss man einen concours (das heißt ein Auswahlverfahren) bestehen, um in den Studiengang der Krankenpflege aufgenommen zu werden, in Deutschland gibt es das nicht. Ganz konkret habe ich auch Unterschiede in der Ausbildungsordnung festgestellt. Das hat sich für mich darin geäußert, dass wir in Frankreich jedes Praktikum mit einem bestimmten Katalog an technischen Aufgaben validieren müssen. Die Kompetenzen, die im Rahmen eines Praktikums erworben werden, werden je nach Studienfortschritt definiert. Damit das Praktikum für das Studium anerkannt wird, hat meine Dozentin den Kompetenzkatalog auf Deutsch übersetzt. Sie war auch dabei, als mich meine Betreuer im Praktikum benotet haben, um sicherzustellen, dass es keine Verständnisprobleme gibt. Für mein französisches Zeugnis hat sie die deutsche Bewertung dann wieder auf Französisch übersetzt. Wenn ich diesen Sommer mein Abschlusszeugnis erhalte, wird darauf vermerkt sein, dass ich zwei Praktika in Deutschland absolviert habe.

Das klingt nach sehr viel Arbeit! Toll, dass deine Dozentin so engagiert ist! Wie war denn der Kontakt zu den Kollegen/innen und Patienten/innen in Völklingen? Wurdet ihr gut in das Team integriert?

Meine Kollegen waren jederzeit sehr offen und sie haben uns gut in ihr Team aufgenommen. Sie hatten auch sehr viel Geduld mit uns: Wenn wir einmal etwas nicht auf Anhieb verstanden haben, haben sie den Satz einfach umformuliert oder uns etwas praktisch anhand von Gegenständen gezeigt. Mit den gleichaltrigen Kollegen habe ich mich besonders gut verstanden. Mit einer Kollegin, die gerade einen Freiwilligendienst in der Klinik absolviert hat, habe ich mich sogar angefreundet und wir haben gemeinsam etwas in der Freizeit unternommen. Der Kontakt mit den Patienten im Krankenhaus war besonders toll. Natürlich hört man auch immer noch einen leichten Akzent, wenn ich Deutsch rede (sie lacht). Wenn die Patienten festgestellt haben, dass ich Französin bin, haben sie immer sehr viel Interesse gezeigt und es hat ein richtiger Austausch stattgefunden. Einige Patienten waren sogar französischsprachig oder selbst Franzosen. Die wollten natürlich mit mir auf Französisch sprechen.

Wir bedanken uns bei Dorothée, dass sie sich die Zeit für dieses Interview genommen hat und wünschen ihr viel Erfolg für ihre Abschlussprüfungen und weiterhin tolle grenzüberschreitende Erfahrungen!

FORMATION SANS FRONTIÈRE: «ON Y VA, BIEN SÛR!»

PFLEGEAUSBILDUNG OHNE GRENZEN: "NA KLAR GEHEN WIR"

Aller à l'étranger lorsqu'on se forme aux métiers de la santé n'est pas toujours évident. Mais c'est possible, comme le montrent des projets pilotes tels que la coopération entre les centres de gériatrie Bethesda à Bâle et le Centre de cardiologie de Bad-Krozingen; c'est même très enrichissant pour des élèves-apprentis en soins et santé et cela permet de découvrir le quotidien professionnel du pays voisin.

Regards croisés - Juin 2018 | Perspektivenwechsel - Juni 2018

In der Pflegeausbildung ins Ausland zu gehen, ist nicht immer einfach. Dass es dennoch geht und für alle Seiten bereichernd ist, wenn Pflegeazubis den Berufsalltag in einem anderen Land erproben, zeigen Pilotprojekte, wie die Kooperation zwischen den Bethesda Alterszentren in Basel und dem Herzzentrum in Bad Krozingen.



Zafa et Carina, apprenties¹ en troisième année de formation pour devenir assistantes en soins et santé communautaire (ASSC) ont fait un stage l'an dernier à Bad Krozingen; pour elles, une chose est claire: elles ne regrettent en rien cette expérience!

Le responsable de leur cursus a informé les élèves sur les possibilités de participer à un échange professionnel dans le cadre du Certificat Euregio et les deux jeunes apprenties se sont décidés à faire un stage de deux mois en milieu professionnel dans le pays voisin. « Tous les établissements n'offrent pas la possibilité de travailler dans le pays voisin» explique Zafa. Au-delà des expériences interculturelles, la perspective de découvrir un nouveau secteur professionnel du champ de la santé, d'approfondir les connaissances médicales étaient de réelles motivations pour les deux jeunes femmes. En effet, Zafa et Carina effectuent leur formation pratique au centre de gériatrie de la Bethesda à Bâle et développent principalement une expérience de soins dans un établissement long-séjour. Donc il était particulièrement intéressant pour elles de travailler aussi en soins courte durée. La formation aux soins de santé communautaire est une formation de base permettant de préparer à un exercice professionnel en unité de soins longue durée mais aussi en unités de soins courte durée. Les apprentis acquièrent donc des compétences qu'ils n'exploitent pas toujours dans leur quotidien professionnel au centre de gériatrie de la Bethesda.

C'est par exemple le cas des prises de sang que Zafa et Carina ont pu faire en autonomie sur leur lieu de stage à Bad-Krozingen, et qui, dans l'établissement chargé de leur formation pratique habituellement, sont réalisées par un médecin.

Pendant leur stage au centre de cardiologie de Bad-Krozingen, les deux stagiaires bâloises ont été complètement intégrées dans un service et avaient, par ailleurs, la possibilité de faire des observations dans d'autres secteurs ce qui leur a permis, par exemple, de participer à des opérations ou de découvrir le travail en service de réanimation. Les deux stagiaires ont pu non seulement apprendre beaucoup mais apporter également leurs savoir-faire en matière de soins auprès des personnes âgées: leur connaissance de la prise en charge de personnes âgées atteintes de démence sénile a constitué une véritable valeur ajoutée et un plus pour le personnel de l'hôpital de Bad-Krozingen peu habitué à ce type de patients.

Durant leur travail ils échangeaient également souvent

Dazu zählt zum Beispiel die Blutabnahme, die Zafa und Carina während ihres Praktikums in Bad Krozingen eigenständig durchführen konnten, die jedoch im Basler Altenheim von Ärzten/innen übernommen wird.

In ihrer Zeit im Herzzentrum waren die Austauschpraktikanten/innen aus Basel fest in einer Station integriert und durften darüber hinaus überall mitlaufen, was ihnen beispielsweise ermöglichte, an OPs teilzunehmen oder die Arbeit in der Anästhesie kennenzulernen. Doch die beiden Auszubildenden konnten nicht nur viel Neues dazu lernen, sondern auch den Klinikalltag in Bad Krozingen mit ihrem Know-how aus der Altenpflege bereichern: Dabei kam ihnen zu Gute, dass sie Routine haben mit Patientengruppen wie Demenzkranken, die für das Pflegepersonal in Bad Krozingen nicht alltäglich sind und eine besondere Behandlung benötigen.

Oft wurde auch auf der Arbeit darüber gesprochen, wie unterschiedlich die Pflege im Nachbarland organisiert ist. Hierzu wurden die Baselerinnen besonders von deutschen Auszubildenden ausgefragt, die Einiges über das Berufsbild Pflege in der Schweiz wissen wollten. Aus der Sicht der Auszubildenden aus der Schweiz gibt es im deutschen Klinikalltag zum Beispiel viel weniger feste Regeln als in ihrer Ausbildungseinrichtung: "Ich war am Anfang erstaunt, dass es keine festen Pausenzeiten gibt. Das ist bei uns viel strenger geregelt. Im Praktikum haben sich dagegen Pausenzeiten oft nach den Patienten gerichtet

Für Zafa und Carina, Auszubildende im dritten Lehrjahr des Ausbildungsgangs Fachmann/-frau Gesundheit (FaGe), die vor genau einem Jahr ein Praktikum in Bad Krozingen absolviert haben, steht fest: Sie möchten die Erfahrung nicht missen. Die beiden sind zu Beginn des zweiten Lehrjahres von der Berufsbildungsverantwortlichen in ihrem Betrieb über das Euregio-Zertifikat informiert worden und haben schnell die Entscheidung getroffen, an dem zweimonatigen Austauschprogramm teilzunehmen. Besonders interessant war dabei für die jungen Auszubildenden die Perspektive, einmal in einen anderen Bereich der Pflege hinein zu schnuppern und das medizinische Fachwissen praktisch zu vertiefen. So sammeln Zafa und Carina in ihrer Ausbildung in den Bethesda Alterszentren in Basel vor allem Erfahrungen in der Langzeitpflege – da ist es spannend, auch einmal in der Akutpflege zu arbeiten – gerade weil die FaGe-Ausbildung für einen breiten Aufgabenbereich qualifiziert und dabei Fähigkeiten erworben werden, die im Berufsalltag nicht immer zur Anwendung kommen.

^{1.} La formation ASSC est une formation duale et les étudiant(e)s ont le statut d'apprentis qui s'effectue dans les écoles professionnelles spécialisées des établissements de santé.

sur les différences de prise en charge du patient dans le pays voisin. Les collègues allemands, désireux d'en savoir plus sur les professions de soins suisses, interviewaient souvent les deux étudiantes baloises. D'après les jeunes apprenties suisses, il y a, par exemple, dans le quotidien de la clinique allemande moins de règles fixes que dans les établissements dans lesquels elles font habituellement leur partie pratique: «Au début, j'étais étonnée qu'il n'y ait pas d'heure fixe pour les pauses. Chez nous c'est fixé de façon beaucoup plus stricte. En stage en Allemagne les temps de pause sont définis en fonction des patients et parfois on passe des coups de fil pendant le repas » fait remarquer Carina.

Pour Zafa, le plus difficile au début, était surtout de décoder les abréviations du fonctionnement hospitalier car en Allemagne la langue de spécialité est différente. Mais, en dehors de cela il n'y avait pas de barrière linguistique, raconte Carina. Les Allemands étaient même étonnés que nous sachions parler le Hochdeutsch et voulaient même savoir comment se disaient certaines expressions en Schweizerdeutsch.

Grâce à tous les contacts et à toutes ces expériences, les deux apprenties font un bilan très positif de leur séjour à l'étranger: « pour moi c'était sans hésitation un temps fort de ma formation» dit Zafa et elle ajoute: « On agrandit encore son horizon professionnel. Je recommanderais à tous de faire une expérience d'échange, et sur un CV le certificat Euroregio est toujours un plus. »

Les jeunes assistantes en soins de santé peuvent déjà tirer profit de leur expérience interculturelle car des professionnels de différents pays et cultures travaillent ensemble au quotidien au sein du centre de gériatrie de Bâle. Cela fait donc sens d'être allé travailler de l'autre côté de la frontière.

Le certificat Euregio permet à des apprentis ou des élèves de lycées professionnels d'effectuer, dans l'espace du Rhin supérieur, un stage de formation en entreprise à l'étranger de quatre semaines minimum (dans toutes les disciplines). Les entreprises peuvent ainsi participer à la qualification des apprentis / élèves.

Pour plus d'informations, voir également www.europa-macht-mobil.de/france/certificat-euregio.html

und manchmal sind auch während dem Essen noch Telefonate geführt worden", bemerkte Carina.

Für Zafa bestand die Schwierigkeit am Anfang eher darin, die vielen Abkürzungen im Krankenhausbetrieb zu entziffern, da es in Deutschland eine andere Fachsprache gibt. Eine Sprachbarriere gab es ansonsten nicht, berichtete Carina. "Die Deutschen waren sogar erstaunt, dass wir Schweizer Hochdeutsch sprechen und wollten wissen, wie bestimmte Ausdrücke auf Schweizerdeutsch heißen". Dank der vielen neuen Kontakte und Erfahrungen ziehen die beide ein sehr positives Fazit von ihrem Auslandsaufenthalt, auch wenn es durch das Pendeln zur Berufsschule und den überbetrieblichen Kursen nach Basel manchmal etwas stressige Momente gab: "Für mich war es definitiv das Highlight meiner Ausbildung", sagt Zafa und fügt hinzu: "Man lernt nur hinzu. Ich würde jedem empfehlen daran teilzunehmen und bei Bewerbungen ist das Zertifikat natürlich auch ein Pluspunkt."

Das Projekt Euregio-Zertifikat ermöglicht Auszubildenden, beziehungsweise Berufschüler/innen, bereits während ihrer Ausbildung ein Praktikum (in der Regel vierwöchig) in einem Unternehmen eines anderen Landes im trinationalen Oberrheingebiet zu absolvieren (in allen Branchen). Unternehmen können auf diese Weise ihre Auszubildenden grenzüberschreitend qualifizieren.

Mehr Informationen über das Zertifikat gibt es unter folgendem Link:

www.europa-macht-mobil.de/deutschland/home.html

«Le stage Euregio peut ouvrir le regard sur beaucoup de choses, notamment sur l'organisation des soins quotidiens, les mesures thérapeutiques et la bonne coopération! Du point de vue de la langue, nous surmontons aussi les barrières avec beaucoup d'humour quand nous empruntons des expressions suisses-allemandes, les Suisses-allemands disent «vélo» et non «Fahrrad» et nous prenons non pas un «Abendessen» mais un «Nachtessen» avec du «Rösti et Eierschwämmli» et une part de « Rüeblitorte »...»,

Barbara Bourgin, Chargée de mission à la formation professionnelle, Bethesda Alterszentren, Bâle. "Das Euregio Praktikum ist ein "eye opener" zum Beispiel im Bereich der Organisation des Pflegealltages, therapeutische Massnahmen und in der tollen Zusammenarbeit. Sprachlich werden die Grenzen auch überwunden, mit Humor bezüglich den schweizerisch-deutschen Ausdrücken, wie "mit dem Velo" zügig ins Herzzentrum fahren, und zum Nachtessen in der Kantine gab es Rösti mit Eierschwämmli" und ein Stück "Rüeblitorte"…",

> Barbara Bourgin, Berufsbildungsverantwortliche in den Bethesda Alterszentren, Basel.





COMMENT SONT ORGANISÉS LES SECOURS D'URGENCE DANS LE PAYS VOISIN?

BLAULICHT- FAMILIE –

WIE WIRD IM NACHBARLAND GERETTET?



©Shutterstock.com

Qu'il s'agisse d'un accident ou de la survenue soudaine d'une maladie mettant en danger le pronostic vital, il est important d'avoir rapidement accès aux équipes de secours. Pour que les étrangers puissent également y avoir recours, un numéro d'urgence, le 112, commun à plus de 30 pays européens a été mis en place en 2008. Cependant, l'organisation des secours d'urgence reste très différente selon les pays. Pourquoi les pompiers interviennent-ils en France sur le lieu de détresse alors que ce sont les organisations caritatives en Allemagne? Comment fonctionnent les centrales d'appels sanitaires en Suisse?

Les secours d'urgence permettent de procurer des soins sur le lieu de détresse, et ce 24 heures sur 24. Suivant le pays, le nom du dispositif change : aide médicale urgente en France, Rettungsdienste en Allemagne et sauvetage sanitaire ou Rettungswesen en Suisse. Ces dispositifs présentent des caractéristiques communes : en cas d'urgence, une centrale d'appel reçoit les appels de détresse, décide des moyens à mobiliser, et coordonne les acteurs intervenant sur place. Selon la gravité du cas, la centrale peut renvoyer la personne en détresse vers un médecin généraliste, faire appel à un transport sanitaire pour un acheminement vers l'hôpital, et, pour les cas les plus graves, avoir recours à un médecin urgentiste procurant des soins intensifs sur le lieu de détresse et durant le transport.

Bei einem Unfall oder bei einer plötzlich eintretenden lebensbedrohlichen Erkrankung kommt es darauf an, möglichst schnell Hilfe zu holen. Damit auch Reisende im europäischen Ausland schnellstmöglich Rettungskräfte alarmieren können, wurde 2008 die in über 30 europäischen Ländern gültige Notrufnummer 112 eingeführt. Abgesehen vom gemeinsamen Notruf, wird das Lebensretten jedoch in den einzelnen Ländern sehr unterschiedlich organisiert. Warum in Frankreich die Feuerwehr und in Deutschland karitative Einrichtungen zum Unfallort kommen und wie die Sanitätsnotrufzentrale in der Schweiz funktioniert.

Rettungsdienste stellen eine Notfallversorgung für alle Patientinnen und Patienten sicher - und das rund um die Uhr. Nicht immer haben sie jedoch die gleichen Namen: In Frankreich nennen sie sich aide médicale urgente ("AMU"), in Deutschland Rettungsdienste und in der Schweiz – je nachdem ob man sich im frankophonen oder deutschsprachigen Teil befindet - sauvetage sanitaire oder Rettungswesen. Das Hilfeholen ist im Prinzip in allen drei Ländern ähnlich: In einem Notfall wählt man den kostenlosen Notruf und landet bei einer Leitstelle, beziehungsweise Rettungszentrale. Die Personen am Telefon klären die Rahmendaten der Notfallsituation zum Beispiel wo der Unfallort ist und wie viele Verletzte es gibt. Für die zuständigen Stellen sind diese Informationen sehr wichtig, damit sie der Notlage entsprechend handeln können. Je nach Schweregrad der Situation empfehlen die zuständigen Stellen den notleidenden Personen, einen Hausarzt/eine Hausärztin aufzusuchen, organisieren einen Krankentransport zum Krankenhaus oder einen Rettungsarzt/ eine Rettungsärztin, der/die eine intensivmedizinische Betreuung am Unfallort oder während des Transports leistet.



En France: des médecins urgentistes régulateurs

En France, l'aide médicale urgente (AMU) est organisée de manière uniforme sur l'ensemble du territoire. Chaque département dispose d'un service d'aide médicale urgente (SAMU) implanté dans le plus grand hôpital du territoire et chargé de gérer la centrale d'appels, appelée «centre 15». Les appels de détresse sont analysés par un médecin urgentiste qui décide de l'envoi de moyens appropriés à la situation. Lorsque la personne en détresse nécessite des soins intensifs, le centre 15 envoie sur place une équipe médicalisée appelée SMUR. Les SMUR (services mobiles d'urgence et de réanimation) sont toujours rattachés à un hôpital. Ils sont implantés sur le territoire de manière à garantir un délai d'intervention de moins de 30 minutes. Les équipes SMUR comprennent obligatoirement un ambulancier, un infirmier et un médecin urgentiste.

Mais le recours aux équipes SMUR n'est qu'une modalité d'intervention parmi d'autres. En fonction de la gravité du cas, le SAMU peut faire intervenir d'autres acteurs. L'une des particularités du système français est précisément le recours très fréquent aux sapeurs-pompiers. Ces derniers peuvent en effet arriver sur place très rapidement en raison d'un maillage bien plus fin que celui des SMUR.

In Frankreich arbeiten Notärzte/innen in den Leitstellen

Der Rettungsdienst nennt sich in Frankreich aide médicale urgente (AMU) und ist in ganz Frankreich, das heißt in allen Regionen und Départements, einheitlich organisiert. So verfügt jedes Département über eine Rettungsstation, dem service d'aide médicale urgente (SAMU). In der Regel befindet sich diese Einrichtung im größten Krankenhaus auf dem Gebiet des Départements. Die SAMU koordiniert hier die Notrufe, die über die Nummer «15» an die Leitstelle gehen. Die Notrufe werden von einem Disponenten/einer Disponentin empfangen und anschließend von einem Notarzt/einer Notärztin analysiert. Diese/r entscheidet anschließend, wie in der Notsituation angemessen reagiert werden kann. Wenn die notleidende Person eine intensivmedizinische Behandlung benötigt, wird der mobile Dienst für Notfallmedizin und Reanimation "SMUR" (services mobiles d'urgence et de réanimation) entsandt. Diese Dienststellen sind derart über ganz Frankreich verteilt, dass ein Rettungswagen in weniger als 30 Minuten zur Hilfe kommen kann. Das Team der SMUR besteht dabei immer aus einem Krankenwagenfahrer/einer Krankenwagenfahrerin, einem Krankenpfleger/einer Krankenpflegerin und einem Notarzt/einer Notärztin. Je nach Schweregrad der Situation können ebenfalls ein Krankentransport oder die Feuerwehr eingesetzt werden.

Eine Besonderheit im französischen Rettungswesen ist, dass besonders häufig die Feuerwehr zum Einsatz kommt. Das liegt daran, dass die Dichte der Feuerwehr-Stationen in Frankreich sehr viel größer ist als die der Rettungsdienste.

En Allemagne: les organisations caritatives jouent un rôle important

En Allemagne, l'aide médicale urgente (Rettungsdienste) est organisée au niveau des Länder. Les centrales d'appels (Leitstellen), contrairement à la France, ne comportent pas de médecins régulateurs. La régulation est donc entièrement gérée par des permanenciers spécialement formés. Ces derniers exercent, à l'aide de protocoles décrivant la marche à suivre et analysent la situation comme les médecins urgentistes ou réqulateurs en France. La mise en œuvre des interventions est confiée à des organisations à but non lucratif (p. ex. la Croix-Rouge). Elles envoient sur le lieu de détresse des professionnels du secours à la personne, qui procurent les premiers soins et peuvent acheminer la victime vers un hôpital. Pour les cas les plus graves, la centrale d'appel peut également dépêcher sur place un Notarzt (médecin d'urgence, stationné au sein d'un hôpital). Le plus souvent, le Notarzt se rend sur le lieu de détresse séparément de l'ambulance, accompagné d'un assistant de secours (Rettungsassistent ou Rettungssanitäter), et retrouve l'équipe sur place: c'est le système dit du «rendez-vous». En Rhénanie-Palatinat et dans le Bade-Wurtemberg, la loi fixe un délai maximum de 15 minutes pour l'arrivée des secours.

Karitative Einrichtungen spielen in Deutschland eine wichtige Rolle

In Deutschland sind die Rettungsdienste auf Länderebene organisiert. In den Leitstellen arbeiten in Deutschland keine Notärzte/innen wie in Frankreich, sondern speziell geschulte Disponenten/innen. Um zu entscheiden, wie bei einem Notruf weiter verfahren wird, berufen sich die Disponenten/innen auf ein Protokoll und analysieren die Situation wie auch die Notärzte/innen in den Leitstellen in Frankreich. Hauptakteure im Rettungswesen sind gemeinnützige Organisationen wie das Deutsche Rote Kreuz. Rettungssanitäter/innen leisten sowohl am Unfallort als auch während des Transports ins nächste Krankenhaus Erste Hilfe. In besonders schweren Fällen kommt auch ein Notarzt/eine Notärztin zum Einsatz. In der Regel fährt der Notarzt/die Notärztin nicht im Rettungswagen zum Unfallort, sondern in einem separaten Wagen und in Begleitung von einem/r Rettungsassisten/in oder Rettungssanitäter/in. Vor Ort treffen dann Rettungssanitäter/innen und der Notarzt/die Notärztin aufeinander, was auch als "rendez-vous"-System bezeichnet wird. In Rheinland-Pfalz und Baden-Württemberg gibt es ein Gesetz, das besagt, dass der Rettungsdienst in weniger als 15 Minuten an den Unfallort gelangen muss.





©Shutterstock.com

En Suisse : des ambulanciers lors de la régulation et de l'intervention

En Suisse, l'organisation du sauvetage sanitaire (Rettungswesen) est du ressort des cantons. Il existe en général une centrale d'appels sanitaires urgents (CASU 144) par canton, dans laquelle exercent des ambulanciers. Ces derniers ont un rôle similaire à celui des permanenciers allemands. Les interventions sont le plus souvent confiées à des services de sauvetage, composés également d'ambulanciers, qui vont procurer les premiers soins et assurer le transport du patient. Les directives de l'Interassociation de sauvetage suisse (IAS), que certains cantons ont intégrées dans leur législation, recommandent un délai maximal de 15 minutes pour l'arrivée des services de sauvetage. Dans la même configuration qu'en Allemagne, les cas les plus graves sont pris en charge par un SMUR (Suisse romande) ou un Notarzt (Suisse alémanique).

Pour plus d'informations, vous pouvez consulter nos cahiers thématiques sur l'aide médicale en France, en Allemagne et en Suisse:

www.trisan.org/fr/documents/publications/

In der Schweiz arbeiten Rettungssanitäter/innen in den Leitstellen und kommen auch zum Einsatz

Das Rettungswesen wird in der Schweiz von den Kantonen organisiert. Dort gibt es eine Sanitätsnotrufzentrale (SNZ 144), in der Rettungssanitäter/innen tätig sind. Diese haben eine ähnliche Rolle wie die deutschen Disponenten/innen. Die Einsätze werden im Regelfall von den Rettungsdiensten abgeleistet. Diese bestehen aus Rettungssanitätern/innen, die ebenfalls Erste Hilfe leisten und die Patienten/innen zur weiteren medizinischen Versorgung ins Krankenhaus bringen. Einige Kantone haben die Richtlinien des Interverbands für Rettungswesen (IAS) in ihre kantonale Gesetzgebung integriert. Danach sollten die Rettungsdienste nicht länger als 15 Minuten bis zum Einsatzort benötigen. Wie auch in Deutschland wird in besonders schweren Fällen ein Notarzt/eine Notärztin herbeigeholt (in der französischsprachigen Schweiz handelt es sich um die SMUR).

In unseren Themenheften über die Rettungsdienste in Deutschland, Frankreich und der Schweiz finden Sie weitere Informationen über dieses Thema:

www.trisan.org/dokumente/publikationen/





39

PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ EN SUISSE

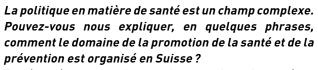
RENCONTRE AVEC LE DR. IRÈNE RENZ

PRÄVENTION UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG IN DER SCHWEIZ

EIN GESPRÄCH MIT FRAU DR. IRENE RENZ

Elle est sans nul doute l'interlocutrice de référence en ce qui concerne la prévention et la promotion de la santé transfrontalière. En effet, le Dr. Irene Renz a commencé dans le domaine de la santé en tant qu'infirmière. Le domaine de la promotion de la santé et de la prévention l'ayant toujours fascinée, elle a obtenu un master en santé publique suite à son doctorat. Elle dirige aujourd'hui le service de promotion de la santé de Bâle-Campagne et le groupe d'experts Promotion de la santé et Prévention de la Conférence franco-germano-suisse du Rhin supérieur. Nous avons échangé avec le

Dr. Renz sur l'organisation de la politique en matière de prévention et promotion de la santé en Suisse et sur les sujets qu'elle souhaiterait mettre en avant dans la région du Rhin supérieur.



En résumé, on peut dire que les questions de santé en Suisse relèvent généralement de la compétence des cantons. Font exception les questions relatives à l'assurance maladie, qui relèvent de la compétence fédérale. Il en va de même dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé. En effet, les cantons sont presque toujours les principaux acteurs. Certains sujets dans les domaines de la prévention et de la promotion de la santé sont cependant



©TRISAN

In Fragen der grenzüberschreitenden Prävention und Gesundheitsförderung ist sie ohne Zweifel Ansprechpartnerin Nummer 1: Frau Dr. Irene Renz hat durch ihre Arbeit als Apothekerin den Einstieg in das Gesundheitswesen gefunden. Da sie das Berufsfeld Gesundheitsförderung und Prävention schon immer fasziniert hat, hat sie im Anschluss an ihre Doktorarbeit einen Master in Public Health absolviert. Heute leitet sie die Gesundheitsförderung Baselland und ist gleichzeitig Vorsitzende des Expertenausschuss Gesundheitsförderung und Prävention der deutsch-französisch-schweizerischen Oberrhein-

konferenz. Im Interview haben wir uns mit Frau Dr. Renz darüber unterhalten, wie das Politikfeld Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz aufgestellt ist und welche Themen sie besonders in der Oberrheinregion nach vorne bringen will.

Gesundheitspolitik ist ein hoch komplexes Politikfeld. Können Sie uns in ein paar Sätzen erläutern, wie der Bereich Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz organisiert ist?

Grob zusammengefasst kann man sagen, dass Gesundheitsfragen in der Schweiz in der Regel bei den Kantonen angesiedelt sind. Eine Ausnahme bilden Fragen der Krankenversicherung, die auf Bundesebene geregelt werden. Ähnlich sieht es im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung aus: Fast immer sind die Kantone Hauptakteure. Gewisse Themen im Bereich der Prävention und

traités au niveau fédéral, comme la prévention des dépendances et des accidents. La Fondation Promotion Santé Suisse joue également un rôle clé, notamment en finançant des projets, en contribuant à la garantie de la qualité et en gérant la mise à l'agenda, c'est-à-dire en déterminant quels thèmes sont mis à l'ordre du jour.

C'est donc une toute autre approche qu'en France, où beaucoup de stratégies sont coordonnées à l'échelle nationale. Pouvez-vous nous donner un exemple concret de mise en œuvre d'un projet de prévention ou de promotion de la santé ?

En principe, il existe toujours deux possibilités: soit des projets se développent sur le terrain, soit les cantons réfléchissent à des activités et cherchent des porteurs. Etant proches des citoyens au quotidien, les communes sont les plus à mêmes de développer des projets de prévention. Les projets s'adressent par exemple à des familles avec des enfants en bas âge ou à la population du troisième âge. Le canton de Bâle-Campagne porte actuellement un projet intéressant, *Enfant et espace*. Ce projet vise à instaurer des espaces de mouvement favorisant l'activité physique. Je trouve le projet Vitalina, mis en œuvre dans les cantons de Bâle-Campagne et Bâle-Ville, particulièrement important. Il vise à sensibiliser les parents de langue maternelle étrangère aux sujets de santé.

Ces projets sont tout à fait passionnants! Existe-t-il des particularités en matière de promotion de la santé en Suisse par rapport à la France ou à l'Allemagne?

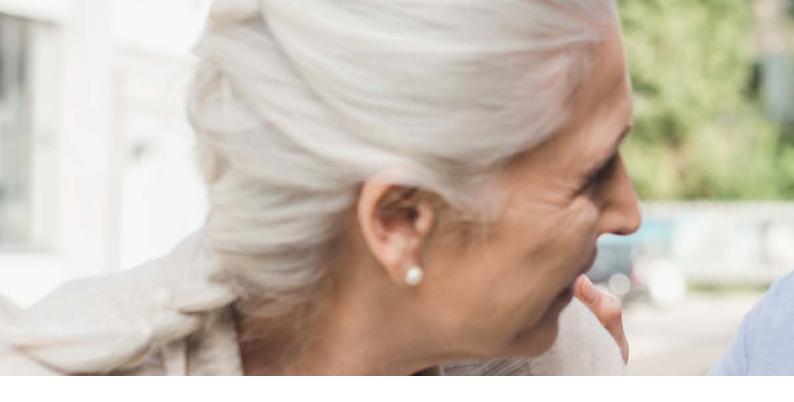
La promotion de la santé et la prévention en Suisse sont des politiques publiques parfois difficiles à mettre en œuvre. Il existe actuellement de fortes résistances. C'est une toute autre culture politique qu'en France par exemple: en Suisse, la notion de responsabilité individuelle tient une grande place. Par conséquent, chacun est responsable de lui-même et ce n'est pas forcément le rôle de l'Etat que d'intervenir dans les choix individuels de chacun. En France, l'action publique ou l'intervention de l'Etat sont bien mieux acceptées. Cette notion de responsabilité individuelle implique qu'il est bien plus difficile de développer des structures dans ce domaine. La proposition de loi sur l'interdiction de la publicité pour le tabac, par exemple, a été un échec. En France, il existe une réglementation beaucoup plus stricte en matière de publicité sur le tabac qui a été adoptée sans difficulté majeure. En revanche, même une variante plus souple de la proposition de loi n'est pas passée en Suisse.

Gesundheitsförderung werden aber auf Bundesebene bearbeitet. Dazu gehören zum Beispiel Sucht- und Alkoholprävention sowie Unfallverhütung, die in der Schweiz auch der Bund bearbeitet. Eine wichtige Rolle spielt außerdem die Nationale Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz, die Projekte finanziell fördert, zur Qualitätssicherung beiträgt und auch Agenda-Setting betreibt, also entscheidet, welche Themen auf die Tagesordnung gebracht werden.

Das ist also ein ganz anderer Ansatz als in Frankreich, wo viele Strategien von der nationalen Ebene aus koordiniert werden. Können Sie uns ganz praktisch an einem Beispiel schildern, wie ein Präventions-, beziehungsweise Gesundheitsförderungsprojekt,umgesetzt wird? Es gibt grundsätzlich immer zwei Möglichkeiten: Entweder entwickeln sich Projekte von der Basis aus oder die kantonale Ebene macht sich Gedanken über Aktivitäten und sucht Träger. Da besonders die Gemeinden den Menschen im Alltag nahe stehen, ist diese Ebene für Präventionsprojekte besonders günstig. Projekte richten sich zum Beispiel an Familien mit kleineren Kindern oder die ältere Bevölkerung. Der Kanton Basellandschaft hat aktuell ein interessantes Projekt, das "Kind und Raum" heißt. Ziel ist es, bewegungsfreundliche Bewegungsräume für Kinder zu schaffen. Besonders wichtig finde ich auch das Projekt Vitalina, das in den Kantonen Basel-Landschaft und Basel-Stadt läuft. Kerngedanke ist es, fremdsprachige Eltern für Gesundheitsthemen zu sensibilisieren.

Das hört sich alles sehr spannend an. Gibt es denn Besonderheiten in der Gesundheitsförderung in der Schweiz, die sich von der Situation in Deutschland oder Frankreich unterscheiden?

Die Bereiche Gesundheitsförderung und Prävention haben es in der Schweiz politisch nicht immer leicht. Es gibt aktuell starke Kräfte, die dagegen arbeiten. Das ist eine ganz andere politische Kultur als beispielsweise in Frankreich. In der Schweiz wird der Gedanke der Eigenverantwortung hochgehalten. Danach ist erstmal jeder und jede für sich selbst verantwortlich und der Staat muss nicht unbedingt in die persönlichen Angelegenheiten des Einzelnen eingreifen. In Frankreich gibt es da eine viel größere Akzeptanz für staatliche Leistungen und dafür, dass der Staat aktiv ist. Diese Einstellung der Eigenverantwortung führt dazu, dass es in der Schweiz viel schwieriger ist, Strukturen in den Bereichen zu entwickeln. Ein Misserfolg war zum Beispiel der abgelehnte Gesetzesvorschlag zum Verbot der Tabakwerbung. In Frankreich gibt es viel strengere Regeln zur Tabakwerbung, die ohne größere Mühe durchgesetzt werden.



C'est intéressant de voir comme la culture politique s'exprime dans la politique en matière de santé. Quelles sont les tendances actuelles en matière de promotion et de prévention de la santé en Suisse?

Les sujets d'actualité en Suisse sont des classiques tels que l'alimentation et l'activité physique. L'accent est également mis sur la promotion de la santé psychique. Il s'agit non seulement d'intervenir une fois que la maladie mentale est avérée, mais également de renforcer les forces et le bien-être psychiques. Ici, la notion de résilience est essentielle. De nombreux programmes existent pour gérer le stress. Une autre tendance majeure est de commencer les actions de promotion de la santé de plus en plus tôt. De nos jours, on sait que les programmes doivent être mis en place dès le plus jeune âge.

Quels objectifs souhaiteriez-vous voir atteints dans le domaine de la promotion et prévention de la santé? Quels sujets vous tiennent personnellement à cœur?

Une question centrale est de savoir comment toucher les personnes en difficulté. Je pense notamment aux personnes issues de l'immigration ou qui se trouvent dans des situations financières ou personnelles précaires. Ces personnes s'intéressent moins spontanément aux questions de prévention et de promotion de la santé car elles ont d'autres préoccupations. Je souhaiterais que nous avancions dans ce domaine et que nous trouvions des approches pour impliquer ces groupes dans les mesures de prévention. Dans les recommandations pour la promotion de la santé et la prévention que nous avons élaborées avec le groupe d'experts de la Conférence du Rhin supérieur, l'égalité des chances occupe une place primordiale. Les projets s'adressant à ces groupes de personnes sont souvent plus difficiles à mettre en œuvre car ils doivent

Selbst eine mildere Variante des Gesetzesvorschlags ist in der Schweiz nicht durchgekommen.

Das ist ja interessant, wie sich politische Kultur auch in der Gesundheitspolitik ausdrückt. Was sind denn aktuell Trends in der Gesundheitsförderungs- und Präventionspolitik in der Schweiz?

Thematische Trends in der Schweiz sind klassische Themen wie Ernährung und Bewegung. Ein starker Fokus liegt außerdem auf der Förderung der psychischen Gesundheit. Dabei geht es nicht nur darum, dann erst anzusetzen, wenn psychische Krankheiten bereits entstanden sind, sondern schon von Beginn an die psychische Stärke und das Wohlbefinden zu stärken. Zentral ist dabei der Begriff der Resilienz. Es gibt viele Programme zum Umgang mit Stress. Ein weiterer großer Trend ist außerdem, dass der Fokus sich in der Gesundheitsförderung immer weiter nach vorne verschiebt. Früher ist man davon ausgegangen, dass man im Jugendalter anfangen sollte. Heutzutage weiß man, dass Programme schon in der frühen Kindheit ansetzen sollten.

Welche Ziele möchten Sie in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention umgesetzt wissen? Und welche Themen sind Ihnen persönlich ein Anliegen?

Ein großes Thema ist die Frage, wie man Menschen erreicht, denen es nicht so gut geht. Ich denke dabei besonders an Menschen mit Migrationshintergrund oder in prekären finanziellen oder privaten Situationen. Die Personen in solchen Lebenslagen interessieren sich von sich aus oft weniger für die Bereiche Prävention und Gesundheitsförderung, da sie andere Sorgen haben. Ich würde mir wünschen, dass wir in dem Bereich einen Schritt nach vorne machen und Ansätze finden, wie sich



©LightField Studio/Shutterstock.com

intégrer des mesures au niveau structurel, comme par exemple la revalorisation d'un quartier.

Les choses bougent dans le domaine de la promotion et de la prévention de la santé et il reste du potentiel à exploiter comme le montre le catalogue de recommandations du groupe d'experts. Pourquoi la coopération transfrontalière est-elle particulièrement importante dans ces domaines?

Nous avons comparé les stratégies des trois pays au sein du groupe d'experts et avons constaté que les sujets à traiter sont très similaires. Ce sont surtout les approches et les cultures politiques qui varient. Nous pouvons donc toujours beaucoup apprendre les uns des autres. Je trouve remarquable combien on s'occupe de la santé des personnes âgées ainsi que l'importance du bénévolat en France. L'échange ne peut donc constituer qu'une valeur ajoutée!

diese Gruppen an den Maßnahmen beteiligen können. In den Empfehlungen für Gesundheitsförderung und Prävention, die wir im Expertenausschuss der Oberrheinkonferenz erarbeitet haben, hat das Thema Chancengerechtigkeit ein starkes Gewicht. Projekte, die sich an solche Personengruppen richten, sind oftmals schwieriger umzusetzen, da sie oft auf einer strukturellen Ebene ansetzen. Es kann zum Beispiel an der Quartiersaufwertung gearbeitet werden.

Da ist also viel in Bewegung im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention und es gibt noch viel Potential, wie der Empfehlungskatalog des Expertenausschusses zeigt. Wieso ist grenzüberschreitende Zusammenarbeit besonders in diesen Bereichen sinnvoll?

Im Expertenausschuss haben wir die Strategien der drei Länder verglichen und herausgefunden, dass die Themen, die bearbeitet werden, grundsätzlich ähnlich sind. Was sich unterscheidet, ist vor allem die Herangehensweise und die politische Kultur. Wir können daher immer wieder viel voneinander lernen. Beeindruckend finde ich, wieviel in Frankreich für die Gesundheit im Alter getan wird. Auch finde ich es spannend, wieviel freiwilliges Engagement es gibt. Ein Austausch kann dabei nur einen Mehrwert bringen!

POURQUOI NE PAS METTRE LE SPORT SUR ORDONNANCE?

WIESO NICHT EINMAL SPORT AUFS REZEPT SETZEN?



La plupart des patients attendent d'une visite chez le médecin, une ordonnance qui pourra être remise contre un médicament dans la pharmacie la plus proche. Cette idée est ancrée dans notre société, car on pense que pour chaque maladie, il existe un remède. Pourquoi ne pas promouvoir le maintien de la santé sur le long terme plutôt que d'intervenir une fois que la maladie s'est décla-

médecin, une ordonnance qui pourra être remise contre un médicament dans la pharmacie la plus proche. Cette idée est ancrée dans notre société, car on pense que pour chaque maladie, il existe un remède. Pourquoi ne pas promouvoir le maintien de la santé sur le long terme plutôt que d'intervenir une fois que la maladie s'est déclarée? Cette approche est désormais soutenue par les législateurs dans certains pays européens. Ainsi, l'un ou l'autre patient peut se voir prescrire une ordonnance l'incitant à pratiquer une activité physique: au lieu d'avaler des comprimés tous les jours, il faut se rendre au cours de sport chaque semaine. Une approche prometteuse, d'autant plus que l'on sait désormais que la sédentarité

Von einem Arztbesuch versprechen sich die meisten Patientinnen und Patienten Eines: Ein rosafarbenes Stück Papier, das in der nächsten Apotheke gegen ein Medikament eingelöst werden kann. Die Idee hat sich in unserer Kultur so verankert. Der Gedanke dahinter: Für jede Erkrankung gibt es ein Gegenmittel, mit der die Beschwerden auskuriert werden können. Wie wäre es jedoch, nicht erst dann anzusetzen, wenn Krankheiten bereits entstanden sind, sondern den Gesundheitserhalt langfristig zu fördern? Diese Herangehensweise wird mittlerweile auch in einigen europäischen Ländern vom Gesetzgeber unterstützt. Es kann daher neuerdings vorkommen, dass der ein oder andere Patient oder die ein oder andere Patientin nach dem Arztbesuch ein Rezept in

accrue augmente les risques de différentes maladies, telles que diabète de type 2, dépressions, cardiopathies ischémiques, maladies musculo-squelettiques, cancers et bien d'autres. La pratique d'une activité physique de 20 minutes par jour peut déjà améliorer la situation. Tour d'horizon des pratiques de prévention en France et en Allemagne.

"Sport sur ordonnance" pour les personnes souffrant d'affections de longue durée

"Sport sur ordonnance". Tel est le mot d'ordre de la loi entrée en vigueur le 1er mars 2017 en France. Cette loi permet aux médecins de prescrire une activité physique sur ordonnance aux patients souffrant d'une maladie chronique. La loi s'adresse donc aux 10 à 11 millions de Français qui souffrent d'une des 30 affections répertoriées dans la liste des affections de longue durée, l'ALD30. Cependant, en pratique, c'est un peu différent. Prenons un patient atteint d'une ALD comme le diabète qui se rend dans un cabinet médical en France. Après le bilan de santé et l'entretien avec le patient, le médecin peut conseiller au patient de faire du sport mais également lui prescrire une activité physique modérée et régulière. Le Dr. Pierre Trylesky, médecin généraliste à Strasbourg, nous parle de la petite nuance entre le conseil et l'ordonnance qui fait la différence : « Lorsque je donne de bons conseils, les patients les écoutent sans trop y prêter attention. A partir du moment où je prescris l'activité physique, tout est différent. Les patients pratiquent du sport et le considèrent comme partie intégrante du traiteden Händen hält, das zur Bewegung animiert: Statt täglich Pillen zu schlucken, soll der wöchentliche Sportkurs besucht werden. Ein vielversprechender Ansatz, zumal man heutzutage weiß, dass extremer Bewegungsmangel ein Risikofaktor für ganz unterschiedliche Krankheiten darstellt. Darunter: Diabetes Typ 2, Depressionen, ischämische Herz- sowie Muskel-Skelett- und Krebs-Erkrankungen usw.. Schon eine maßvolle Aktivität von 20 Minuten am Tag kann Abhilfe schaffen. Wie Deutschland und Frankreich Prävention auf die Tagesordnung bringen.

"Sport sur ordonnance" speziell für Menschen mit Langzeiterkrankungen

Unter dem Schlagwort "Sport sur ordonnance" ist in Frankreich zum 01. März 2017 ein Gesetz in Kraft getreten, das es Ärztinnen und Ärzten ermöglicht, Patientinnen und Patienten mit einer chronischen Erkrankung sportliche Aktivitäten auf Rezept zu verschreiben. Damit richtet sich das Gesetz an die rund 10 bis 11 Millionen Menschen in Frankreich, die an einer der 30 Krankheitsbilder aus dem Katalog der chronischen Erkrankungen leiden. In der Praxis sieht das dann folgendermaßen aus. Angenommen eine Patientin oder ein Patient mit einer Langzeiterkrankung wie Diabetes begibt sich in eine französische Arztpraxis. Nach dem gewöhnlichen Check-up und Patientengespräch kann der beratende Arzt/die beratende Ärztin nicht nur dem Patienten, beziehungsweise der Patientin empfehlen, Sport zu treiben, sondern eine moderate und regelmäßige sportliche Betätigung auch aufs Rezept setzen. Dass diese kleine Nuance zwischen der Empfehlung und Verordnung einen großen Unterschied macht, weiß







ment.» Un inconvénient cependant, dans de nombreuses régions, les patients ne peuvent pas se faire rembourser le cours de sport.

La situation est toute autre à Strasbourg, première ville à avoir inauguré le concept "Sport sur ordonnance" en 2012. Depuis lors, le conseil et les cours de sport sont subventionnés de manière ciblée. Un patient souffrant d'une maladie chronique, peut, avec une ordonnance, contacter le service Prévention et Santé de la Ville de Strasbourg. Ce service donne des conseils aux citoyens sur les offres de la ville destinées à des patients souffrant d'ALD. Parmi elles, des activités sportives, accompagnées par des éducateurs sportifs de la ville ou des organisations partenaires. La ville propose également le prêt gratuit d'un Vél'Hop, avec lequel les patients peuvent se déplacer de façon autonome.

Le concept "Sport sur ordonnance" pour tous

En Allemagne, le potentiel de l'activité physique subventionnée a également été reconnu. En effet, après que certains Länder tels que la Rhénanie-du-Nord aient lancé l'ordonnance pour l'activité physique en 2011, la recommandation de pratiquer un sport est désormais possible à l'échelle fédérale depuis la loi sur la prévention votée en 2015. Les patients peuvent choisir entre les offres sportives distinguées par le label qualité "SPORT PRO GESUNDHEIT" de la Confédération olympique et sportive allemande. Ainsi, la recommandation ne s'adresse pas qu'à des personnes souffrant d'ALD mais en principe à chaque personne, qu'elle soit en bonne santé (prévention primaire) ou malades (prévention secondaire ou tertiaire). Les offres sont principalement axées sur le système cardiovasculaire, le système musculo-squelettique, la relaxation et la lutte contre le stress ainsi que

der Allgemeinmediziner Dr. Pierre Trylesky aus Straßburg: "Wenn ich ein paar gute Ratschläge gebe, hören die meisten Patientinnen und Patienten fast gar nicht zu. Sobald ich die Bewegung dann verschreibe, ändert das alles. Die Patientinnen und Patienten beginnen aktiv zu werden und sehen den Sport als Teil der Behandlung an." Ein Schwachpunkt, der bleibt: In vielen Regionen kann der Sportkurs nicht von der Krankenkasse zurückerstattet werden.

Anders sieht die Situation in Straßburg aus, die 2012 als erste Stadt das Konzept "Sport auf Rezept" aufgegriffen hat. Beratung und Sportkurse werden seitdem gezielt gefördert. Mit einem Rezept in der Hand können Personen mit einem chronischen Leiden in Kontakt mit der Stabstelle Prävention und Gesundheit der Stadtverwaltung treten. Diese beraten Bürgerinnen und Bürger über die Angebote der Stadt, die speziell auf Patientinnen und Patienten mit Langzeiterkrankungen ausgerichtet sind. Dazu zählen: sportliche Aktivitäten, die von Sportpädagoginnen und -pädagogen der Stadt oder einer Partnerorganisation begleitet werden oder auch die kostenlose Leihgabe eines vél hop-Fahrrads, mit dem sich die Patientinnen und Patienten ganz autonom fortbewegen können.

Das Konzept "Sport auf Rezept" für Jedermann und Jedefrau

Auch in Deutschland hat man das Potential der geförderten Bewegungsangebote erkannt: Nachdem einzelne Bundesländer wie Nordrheinwestfalen bereits seit 2011 das grüne Rezept auf Bewegung eingeführt haben, kann die sportliche Empfehlung mit dem 2015 verabschiedeten Präventionsgesetz nun auch bundesweit ausgestellt werden. Patientinnen und Patienten können unter den Sportangeboten, die mit dem Qualitätssiegel "SPORT PRO GESUNDHEIT" des Deutschen Olympischen Sport-



le développement de la coordination et de la motricité. Outre les caisses d'assurance maladie, des cabinets de kinéséthérapie, des centres de remise en forme ainsi que des acteurs comme les universités populaires proposent également des cours certifiés. Les caisses d'assurance maladie ne prennent en charge que jusqu'à 80% des coûts et peuvent vous renseigner sur les modalités de remboursement.

Sport subventionné? le calcul est simple: investir à temps dans la promotion de la santé coûte moins à l'assurance maladie que la médecine curative. Quand une personne est déjà malade, une activité physique modérée peut éviter une aggravation ou une complication et contribuer ainsi au bien-être du patient.

bundes ausgezeichnet wurden, wählen. Damit richtet sich die Sportempfehlung nicht unbedingt an Personen mit Langzeiterkrankungen, sondern im Prinzip an jeden Menschen – ob gesund (Primärprävention) oder bereits erkrankt (Sekundär- oder Tertiärprävention). Schwerpunkte der Bewegungsangebote sind Herz-Kreislauf, Muskel- und Skellettsystem, Entspannung/Stressbewältigung und Koordination/motorische Förderung. Neben den Krankenkassen bieten auch physiotherapeutische Praxen, Fitnessstudios und Träger wie Volkshochschulen zertifizierte Kurse an. Die Krankenkassen beteiligen sich zu maximal 80 Prozent an den Kosten und geben auch über die Rückerstattungsmodalitäten Auskunft.

Die Rechnung der geförderten Sportangebote ist einfach: Rechtzeitig in Gesundheitsförderung zu investieren, kostet die Krankenkasse weniger als die Folgekosten der Trägheit auszukurieren. Und auch wenn ein Mensch bereits erkrankt ist, kann eine maßvolle sportliche Aktivität eine Verschlimmerung oder Komplikation verhindern und so zur Lebensqualität und zum Wohlbefinden des Patienten, beziehungsweise der Patientin, beitragen.



COMMENT NOS VOISINS SE PRÉPARENT-ILS AUX TEMPÉRATURES EXTRÊMES?

WIE SICH UNSERE NACHBARN AUF REKORDTEMPERATUREN VORBEREITEN

Perturbations du sommeil, diminution de l'efficacité, pollution par l'ozone, insolations et coups de chaleur: la chaleur est porteuse de nombreux risques pour la santé. Le changement climatique oblige les pays d'Europe centrale à s'habituer aux nuits tropicales et aux longues périodes caniculaires. Jeter un œil chez le voisin permet de voir quelles mesures ont d'ores et déjà été appliquées pour protéger les citoyens de la chaleur.

vielfältige gesundheitliche Risiken. Der Klimawandel macht erforderlich, dass sich nun auch Länder in Mitteleuropa an Tropennächte und langanhaltende Hitze gewöhnen müssen. Ein Blick zu unseren Nachbarn zeigt, welche Maßnahmen bereits jetzt ergriffen werden, um Bürgerinnen und Bürger vor Hitze zu schützen.

Schlafstörungen, verminderte Leistungsfähigkeit, Ozon-

belastung, Sonnenstiche und Hitzschläge - Hitze birgt

Le plan français pour garder la tête fraîche

La canicule de 2003 n'a pas seulement beaucoup fait transpirer la France, elle a aussi coûté la vie à près de 15000 personnes, et cela durant les premières semaines d'août seulement. Cela a poussé les autorités à élaborer chaque année un plan de prévention à la survenue de ce type d'événements. Le plan canicule s'articule autour de quatre couleurs de vigilance météorologique et délègue aux Agences régionales de santé et aux communes les mesures concrètes.

Le premier niveau de vigilance commence le 1^{er} juin et se termine au 1^{er} septembre. Les citoyens disposent durant cette période d'un accès à une plate-forme téléphonique

Der französische Plan für den kühlen Kopf

Der Rekordsommer 2003 hat Frankreich nicht nur ins Schwitzen gebracht, sondern auch rund 15.000 Personen das Leben gekostet – und das allein in den ersten beiden Augustwochen 2003. Grund zu handeln für den französischen Staat, dessen Gesundheitsministerium seither jährlich einen Aktionsplan zur Hitzeprävention anordnet. Der sogenannte "plan canicule" sieht ein vierstufiges Hitze-Warnsystem in Form einer Ampel vor und delegiert konkrete Handlungsanweisungen an die regionalen Gesundheitsverwaltungen ("Agence régionale de santé") und die kommunale Ebene.

Dabei gilt die erste Warnstufe grundsätzlich ab dem ers-

nationale donnant des conseils sur le comportement à adopter en cas de températures extrêmes. Dans le même temps, les administrations sanitaires doivent mener des campagnes d'information sur l'impact sur la santé de la chaleur et des rayons ultra-violets. Elles s'assurent de la mise en place par les différents pouvoirs publics de mesures de prévention. Elles vérifient que les foyers d'accueil des sans-abris disposent de capacités supplémentaires, et que les maisons de retraite, les crèches et les écoles disposent de possibilités de rafraîchissement et de salles climatisées.

Le maire joue un rôle particulier dans la lutte contre la chaleur. Il doit en effet nommer un référent canicule et institue un registre nominatif des personnes vulnérables comme les personnes âgées isolées. Lorsque les températures augmentent, les personnes inscrites au registre reçoivent alors la visite des services sociaux ou d'associations.

Lorsque les niveaux de vigilance orange ou rouge sont atteints, les stations de radio et les chaînes de télévision doivent diffuser des annonces du ministère de la Santé, le personnel des hôpitaux et des maisons de retraite est renforcé et le Premier ministre peut activer une cellule interministérielle de crise. Le Premier ministre au niveau national, et le maire au niveau communal, peuvent avoir recours à tous les moyens à leur disposition pour faire face aux risques sanitaires liés à la chaleur.

ten Juni und endet zum ersten September. Bürgerinnen und Bürger erhalten in diesem Zeitraum über eine national erreichbare Hitze-Hotline Tipps zum Verhalten bei Extremtemperaturen. Gleichzeitig sind Gesundheitsverwaltungen dazu verpflichtet, Bürgerinnen und Bürger im Rahmen von Informationskampagnen für die hitze- und UV-bedingten gesundheitlichen Folgen zu sensibilisieren. Sie stellen sicher, dass öffentliche Einrichtungen Maßnahmen zur Hitzeprävention in die Wege leiten. Es wird unter anderem geprüft, ob in Obdachlosenheimen zusätzliche Kapazitäten verfügbar sind und ob Pflegeheime, Krippen und Schulen Erfrischungsmöglichkeiten, beziehungsweise gekühlte Aufenthaltsräume, anbieten können.

Eine besondere Rolle spielen Bürgermeisterinnen und Bürgermeister bei der Hitzebekämpfung: Diese sind dazu verpflichtet, einen Hitzereferenten, beziehungsweise eine Hitzereferentin, zu ernennen und führen ein Register über besonders gefährdete Personengruppen wie beispielsweise ältere allein stehende Menschen. Wenn die Temperaturen im Laufe des Sommers steigen, wird so gewährleistet, dass diese regelmäßig Besuch von Betreuungsdiensten oder Vereinen erhalten.

Werden die Hitzewarnstufen orange und rot erreicht, sind öffentliche Radio- und Fernsehsender zudem dazu verpflichtet, Hitze-Spots des Gesundheitsministeriums auszustrahlen, das Personal in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen wird aufgestockt und der Premierminister/



©ChameleonsEye/Shutterstock.com



En Allemagne et en Suisse: la prévention dans le cadre de l'adaptation au changement climatique

Contrairement à la France, il n'existe pas de stratégie nationale en cas de canicule du fait que les compétences en matière de santé ne sont pas détenues exclusivement par l'État central mais sont réparties entre Confédération et cantons en Suisse et entre Fédération et länder en Allemagne.

La thématique n'en est pas moins actuelle. De plus en plus de cantons et de Länder s'en emparent. Le médecin cantonal du Département de santé de Bâle-Ville diffuse par exemple des informations relatives à l'impact sanitaire de la chaleur tandis qu'en Allemagne ce sont principalement les Landesgesundheitsämter (services de santé publique des Länder) et des Landesministerien qui diffusent des recommandations. Beaucoup de ville mènent par ailleurs des actions de prévention. Parmi elles, Karlsruhe organise des foires aux idées et des forums de coopération et développe sa propre stratégie d'adaptation au climat. Les cantons de Vaud, de Genève et du Tessin s'appuient sur des visiteurs communautaires qui s'assurent que les personnes âgées s'hydratent suffisamment.

Au niveau fédéral, on peut observer quelques actions. Le Conseil fédéral suisse a développé une stratégie d'adaptation au changement climatique et le ministère de l'Écologie allemand a élaboré en 2017 des recommandations pour des plans d'action visant à protéger la santé de la population en cas de fortes chaleurs.

La thématique a une longue vie devant elle. En effet, les fortes chaleurs comme celles de 2017 se produiront de plus en plus souvent sous nos latitudes. Chaque pays n'affronte pas la hausse des températures avec les mêmes moyens. Le Rhin supérieur doit donc encore se préparer aux phénomènes météorologiques extrêmes.

die Premierministerin kann einen Krisenstab ausrufen. Der Premierminister/ die Premierministerin auf nationaler Ebene, beziehungsweise der Bürgermeister/ die Bürgermeisterin vor Ort, können alle ihnen zur Verfügung stehenden Mittel aktivieren, um hitzebedingte Gesundheitsrisiken in der Bevölkerung abzuwenden.

Deutschland und die Schweiz: Hitzeprävention im Rahmen der Klimaanpassung

Anders als in Frankreich gibt es in Deutschland und der Schweiz keine harmonisierte Strategie für den Umgang mit der Hitze. Das liegt an der Kompetenzverteilung zwischen Bund und Kantonen, beziehungsweise Bund und Ländern.

Das Thema ist aber dafür nicht weniger aktuell: Es wird vielmehr eher auf kantonaler oder Landesebene angegangen. So informiert beispielsweise beim Gesundheitsdepartement Basel-Stadt der Kantonsarzt, beziehungsweise die Kantonsärztin, über die Auswirkungen der Hitze auf die Gesundheit, in Deutschland sind es vor allem die Landesgesundheitsämter und Landesministerien, die Empfehlungen zum Umgang mit der Hitze aussprechen. Spitzenreiter in der Hitzeprävention sind außerdem viele Städte. Vorne dabei ist Karlsruhe, das Ideen- und Kooperationsbörsen zur Klimaanpassung organisiert und eine eigene Anpassungsstrategie entwickelt hat. Die Kantone Waadt, Genf und Tessin setzen bei großer Hitze sogenannte Hitze-Buddys ein, die sich bei älteren Menschen erkundigen, ob diese genügend trinken.

Doch auch auf Bundesebene bewegt sich etwas: In der Schweiz hat der schweizerische Bundesrat eine Anpassungsstrategie an den Klimawandel entwickelt, in Deutschland hat das BMUB 2017 Handlungsempfehlungen für die Erstellung von Hitzeaktionsplänen zum Schutz der menschlichen Gesundheit angefertigt.

Das Thema bleibt vielversprechend. Denn Hitzewellen wie im Juni 2017 werden in Zukunft auch in unseren Breitengraden häufiger vorkommen. Nicht jedes Land begegnet jedoch den steigenden Temperaturen mit den gleichen Mitteln. So muss sich der Oberrhein zum Teil erst noch auf die extremen Wetterphänomene einstellen.



51



CRISES DE FOIE, PROBLÈMES DE CIRCULATION ET AUTRES BOBOS :

SOUFFRONS-NOUS DES MÊMES MALADIES QUE NOS VOISINS ?

Imaginons la scène suivante : Madame Müller est allemande et en voyage d'affaires en France. Le lendemain d'une journée de travail fatigante, Madame Müller s'excuse auprès de ses collègues français en ces termes : « J'ai de nouveau mes problèmes de circulation aujourd'hui ». Certains collègues français froncent les sourcils et regardent leur collègue du pays voisin d'un air surpris. L'expression « Ich habe Kreislauf », traduite littéralement en français, ne leur est pas familière.

Ce qui peut s'apparenter à une situation interculturelle amusante dans un cadre professionnel, pourrait se produire régulièrement lorsque des touristes ou personnes qui ont grandi dans un autre univers culturel se rendent dans un cabinet médical ou une pharmacie. Les petits bobos qui nous paraissent si familiers sont souvent étroitement attachés au contexte social et à la langue dans lesquels nous avons grandi!

VON LEBERKRISEN, KREISLAUFPROBLEMEN UND ANDEREN BESCHWERDEN:

WARUM UNSERE NACHBARN AN ANDEREN KRANKHEITEN LEIDEN

Man stelle sich folgende Szene vor: Herr Michel ist Franzose und in Deutschland auf Geschäftsreise. Nach einem üppigen Mahl, bei dem der Geschäftsmann in den Genuss von allen möglichen Speisen und Getränken gekommen ist, die die deutsche Küche zu bieten hat, überkommen ihn starke Magenschmerzen und Übelkeit. Da er sich unwohl fühlt, entschuldigt sich Herr Michel bei seinen deutschen Kolleginnen und Kollegen für das weitere Abendprogramm mit den Worten: "leesch aaabe eine Leberkrise". Einige deutsche Geschäftspartner runzeln daraufhin die Stirn und schauen den Lebemann aus Frankreich besorgt an. Den Begriff Leberkrise kennen sie nicht. Sie malen sich aus, dass der französische Kollege an einer schweren chronischen Krankheit leidet und bieten an, ihn ins Krankenhaus zu fahren um seine Leber untersuchen zu lassen. Herr Michel lehnt das freundliche Angebot schmunzelnd ab: Ein Digestif und etwas Ruhe

En effet, certaines *maladies* – ou du moins ce que dans le langage commun on désigne comme tel - n'existent que dans certaines cultures ou langues. Les anthropologues parlent d'un syndrome spécifique à une culture lorsqu'un ensemble de symptômes sont regroupés de manière singulière et propre à une ou des cultures : la crise de foie en France, ou les Kreislauf Probleme (troubles circulatoires) en Allemagne, par ex. Ces symptômes sont regroupés en une « maladie » à laquelle on attribuera bien des bobos et autres petits malaises. Nous avons pris ci-dessus deux exemples de milieux francophones et germanophones pour illustrer la situation et montrer que si un patient allemand se renseigne tout naturellement pour obtenir un médicament dans un contexte francophone pour soulager ses problèmes de circulation, elle risque de se heurter à l'incompréhension dans le pays voisin non-germanophone.

Crise de foie, ou problèmes de circulation peuvent couvrir un large éventail de symptômes: maux de tête, nausée, mal au cœur pour la crise de foie, tachycardie, sensation de vertige, faiblesse générale, maux d'estomac, bouffées de chaleurs, tête lourde, perte de connaissance pour les problèmes de circulation. Chacun, indépendamment de sa culture, a potentiellement déjà ressenti l'un ou l'autre de ces symptômes mais l'association de ces symptômes en une maladie significative, au moins dans le langage commun, est un construit social et culturel. On voit bien à travers cet exemple que le même symptôme peut être attribué à la crise de foie dans une langue, ou à des problèmes de circulation dans l'autre langue. Par ailleurs, il est intéressant de remarquer que dans certaines cultures, certains organes sont plus facilement incriminés pour expliquer tel ou tel malaise. On pourrait se demander si le fait que les Français se plaignent de « crise de foie » traduit une importance plus grande accordée à cet organe en France, comme c'est prétendument le cas dans les aires culturelles asiatiques et arabes ? Ce qui semble moins le cas dans les pays germanophones. A l'inverse, on pourrait se demander si les « Herz-Kreislauf-Beschwerden » (troubles cardio-vasculaires) dont se plaignent souvent les patients en Allemagne, Autriche ou en Suisse alémanique pourraient s'expliquer par le fait que, dans les régions germanophones, le cœur est plus souvent au centre de l'attention lorsqu'il s'agit d'expliquer une maladie. Doit-on y voir un lien avec le taux plus élevé de maladies cardio-vasculaires dans ces pays?

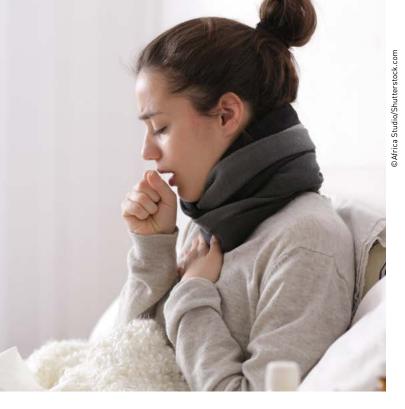
Le contexte de socialisation va ainsi être prégnant sur notre vécu de la maladie : ce que l'on considère comme maladie, notre comportement en cas de maladie (isolegenügen ihm, um sein Unwohlsein auszukurieren. Bei seinen deutschen Kolleginnen und Kollegen erkundigt er sich: "Kennen Sie das Leiden etwa nicht?".

Was nach einer lustigen interkulturellen Situation im Geschäftsalltag aussieht, dürfte des Öfteren vorkommen, wenn Menschen, die in einem anderen Kulturkreis groß geworden sind, eine Arztpraxis oder eine Apotheke besuchen.

Denn tatsächlich existieren Krankheitsbilder, die es nur in einer bestimmten Kultur oder Sprache gibt. Anthropologinnen und Anthropologen sprechen dann von einem kulturgebundenen Syndrom, wenn eine Gruppe von Symptomen in einer Kultur anders zusammengefasst wird als in einer anderen. Konkret anhand von zwei Beispielen aus deutsch- und französischsprachigen Kulturkreisen geschildert heißt das: Wenn sich ein deutschsprachiger Patient, beziehungsweise eine deutschsprachige Patientin, im Ausland ganz selbstverständlich nach einem Mittel gegen seine Kreislaufprobleme erkundigt, wird er/sie bei in der Apotheke im nicht deutschsprachigen Nachbarland auf Unverständnis stoßen – ähnlich wie es Herrn Michel auf Geschäftsreise in Deutschland passiert ist.

Sowohl die Leberkrise als auch die Kreislaufprobleme sind kulturgebundene Krankheitsbilder, die eine ganz diffuse Palette an Unwohlseinssymptomen umfassen können: Kopfschmerzen, Übelkeit, Herzrasen, Schwindel- und Schwächegefühl, Magenschmerzen und Schweißausbrüche – all diese Symptome sind einzeln für sich auch Menschen aus einem anderen kulturellen Hintergrund bekannt, nicht jedoch die Krankheitseinheiten, die aus einem Netzwerk kulturell gegebener Bedeutungen konstruiert wurden und daher nur in einem bestimmten sprachlichen und kulturellen Kontext Sinn ergeben. An den Beispielen der Leberkrise und der Kreislaufprobleme lässt sich gut erkennen, dass die gleichen Symptome von zwei verschiedenen Personen, je nachdem in welchem sprachlichen und kulturellen Kontext sie aufgewachsen sind, verschiedenen Krankheitsbildern zugeordnet werden können.

Es ist außerdem in diesem Zusammenhang spannend darauf hinzuweisen, dass in manchen Kulturen bestimmte Organe häufiger als Erklärung verschiedener Beschwerdebilder genannt werden als in anderen. Könnte es sein, dass Menschen in französischsprachigen Ländern so selbstverständlich über eine "Leberkrise" klagen, weil speziell diesem Organ bei der Erklärung von Erkrankungen in diesen Ländern eine größere Bedeutung



ment ou besoin de contacts sociaux, qui (et à partir de quand) consulter en cas de maladie, quel type de traitement sont nécessaires, indispensables, utiles, les maladies tabou, etc. Le contexte culturel édicte et définit un certain nombre de représentations sociales.

Au-delà de tableaux cliniques culturellement définis, l'expression (mais aussi la perception) de la souffrance s'exprime elle aussi en fonction du contexte social dans lequel on a grandi : jusqu'où peut-on, doit-on exprimer sa douleur, à qui et comment, jusqu'où sait-on la décrire, avec quels mots. Le comment communiquer sa douleur est ancré dans la socialisation de l'individu : ce que l'on connait, ce que l'on a appris depuis le plus jeune âge est considéré inconsciemment comme évident (voire universel) et s'exprime naturellement ; inversement les schémas de socialisation conditionnent notre manière de vivre une maladie, de ressentir la douleur.

Les traditions médicales s'inscrivent, elles aussi, dans ce construit social. Crises de foie, problèmes de circulation et autres locutions ne sont pas uniquement des expressions du langage courant. En effet, même si la médecine conventionnelle moderne dispose désormais de systèmes de classification reconnus mondialement, tels que la Classification internationale des maladies (CIM), la médecine traditionnelle, relevant des sciences modernes, reste toujours influencée par les systèmes d'interprétation dans lesquels elle s'intègre et n'est pas une structure homogène et uniforme fermée, mais un construit dynamique en évolution dans un contexte ouvert. Dans une société de plus en plus diversifiée la thématique de l'interculturalité dans le secteur de la santé est déjà d'actualité et va devenir de plus en plus pertinente.

beigemessen wird als das in deutschsprachigen Ländern der Fall ist? Dagegen könnten die von Patientinnen und Patienten in Deutschland, Österreich oder der deutschsprachigen Schweiz oft beklagten *Herz-Kreislauf-Beschwerden* auch darauf zurück zu führen sein, dass in Gegenden, in denen Deutsch gesprochen wird, viel öfter das Herz im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit steht, wenn es darum geht, eine Erkrankung zu erklären.

Das Umfeld, in dem wir sozialisiert worden sind, wirkt sich insofern auch darauf aus, wie wir eine bestimmte Erkrankung erleben, wann wir uns als krank empfinden, wie wir uns verhalten, wenn wir krank sind und ob wir eher das Bedürfnis empfinden, allein zu sein oder in Gesellschaft. Außerdem hat es Auswirkungen darauf, an wen wir uns im Krankheitsfall wenden, ab welchem Zeitpunkt wir einen Arzt, beziehungsweise eine Ärztin, aufsuchen, welche Behandlung uns als angemessen erscheint und was wir bezogen auf eine Krankheit als Tabu wahrnehmen. Das kulturelle Umfeld eines Individuums spiegelt sich daher auch immer in dem individuellen krankheitsbezogenen Verhalten wider.

Ebenso kann der soziale Kontext, in dem wir uns befinden, prägend dafür sein, inwiefern wir unseren Schmerz ausdrücken, an welche Person wir uns bei einer Erkrankung richten und wie, beziehungsweise inwieweit wir in der Lage sind, den Schmerz auszudrücken und mit welchen Worten.

Es sollte daher im Blick behalten werden, dass medizinische Traditionen sowie Kommunikationsstile, die mit dem Erleben einer Erkrankung, beziehungsweise dem Schmerzempfinden zu tun haben, kulturell geprägt sind. Und hier verhält es sich wie mit allem, was einem von klein auf bekannt ist: Man nimmt es unbewusst als natürlich an und kommuniziert es selbstverständlich. Diese kulturgebundenen Erkrankungen existieren jedoch keineswegs lediglich bei in der Alltagssprache gebräuchlichen Sprichwörtern: Auch wenn die moderne Schulmedizin mittlerweile über einheitliche und weltweit gültige Systeme zur Klassifizierung von Erkrankungen wie dem International Classification of Diseases (ICD) verfügt, ist auch die an den modernen Naturwissenschaften orientierte Schulmedizin immer auch von verschiedenen kulturellen Bedeutungssystemen beeinflusst und kein einheitliches, geschlossenes, sondern ein dynamisches Gebilde, das sich ständig weiterentwickelt. Vor dem Hintergrund, dass unsere Gesellschaften immer vielfältiger werden, ist die Thematik der Interkulturalität im Gesundheitswesen bereits hochaktuell und wird in Zukunft noch weiter an Bedeutung gewinnen.

BRÈVES KURZNACHRICHTEN

PRENDRE EN COMPTE LES EXPÉRIENCES D'AUTRES CENTRES DE PROTONTHÉRAPIE

Le 19 janvier s'est tenue au Centre Paul Strauss la conférence «Protonthérapie: Développer un réseau scientifique transfrontalier dans le Rhin supérieur», organisée par le Cancéropôle Est et le projet INTERREG TRISAN. Le développement d'un centre de protons transfrontalier a été le fil conducteur des différentes interventions. Environ 60 professionnels dans le domaine de la radiothérapie ont assisté à la manifestation.

AUS DEN ERFAHRUNGEN VON ANDEREN PROTONENTHERAPIEZENTREN LERNEN

Am 19. Januar hat im Centre Paul Strauss in Straßburg die vom Cancéropôle Est und dem INTERREG-Projekt TRISAN organisierte grenzüberschreitende Konferenz "Protonentherapie: Entwicklung eines trinationalen Wissenschaftsnetzwerks am Oberrhein" stattgefunden. Im Zentrum der Veranstaltung stand der Austausch über den Aufbau eines grenzüberschreitenden Protonentherapiezentrums. Rund 60 Fachkräfte auf dem Gebiet der Radiotherapie haben an der Veranstaltung teilgenommen.



@TRISA!

AIDE MÉDICALE **URGENTE: CONNAÎTRE** LE SYSTÈME DU **VOISIN, UNE CLÉ POUR COOPÉRER**

Le projet INTERREG TRISAN met des outils et informations générales sur les systèmes de santé dans le pays voisin à disposition des acteurs dans le domaine de la santé. Dans ce cadre, TRISAN produit une série de cahiers thématiques. Le premier cahier sur l'aide médicale urgente en France, en Allemagne et en Suisse a d'ores et déjà été publié. La publication s'adresse aux acteurs des services de secours ; elle est disponible gratuitement sur le site **www.trisan.org/fr/**, en version française et en version allemande. Le cahier peut être visualisé sur les appareils mobiles et être téléchargé en format PDF. Pour celles et ceux qui préfèrent la version papier, celle-ci peut être commandée directement auprès du bureau TRISAN.

WISSEN ALS TÜRÖFFNER FÜR **EINE GRENZÜBER-SCHREITENDE NOTFALLVERSORGUNG**





©Björn Plukosta/lfD

LANCEMENT DU PROJET INTERREG « TIGER »

START DES INTERREG-PROJEKTS "TIGER"

Depuis plus de 20 ans le moustique tigre Aedes albopictus envahit l'Europe, remontant du sud vers le nord de l'Europe. Capable de restreindre la qualité de vie des citoyens et de transmettre des maladies virales telles que la dengue, le chikungunya ou le Zika, sa présence dans la région du Rhin supérieur depuis 2014 mobilise les administrations en charge de la question dans les trois pays voisins.

Dans le cadre du projet INTERREG « TIGER », 19 partenaires du domaine de la surveillance et de la lutte contre les moustiques, de la santé, de l'environnement dans le Rhin supérieur s'engagent à améliorer l'offre de services transfrontalière des administrations et des institutions. « TIGER » a ainsi pour vocation d'apporter son expertise technique dans la gestion d'éventuelles crises sanitaires tout comme d'informer et d'assister les administrations et institutions dans les actions de prévention auprès des citoyens du Rhin supérieur. Seit mehr als 20 Jahren breitet sich die Tigermücke Aedes albopictus in Europa aus und zieht weiter von Südeuropa Richtung Norden. Da die Tigermücke imstande ist, die Lebensqualität der Bürgerinnen und Bürger am Oberrhein zu beeinträchtigen und Virus-Erkrankungen wie Dengue, Chikungunya oder Zika übertragen kann, mobilisieren sich seit 2014 die für diese Frage zuständigen Behörden in den drei Ländern.

Im Rahmen des INTERREG-Projekts "TIGER" arbeiten 19 Partner aus dem Bereich der Überwachung und Bekämpfung von Stechmücken sowie dem Gesundheitsund Umweltbereich zusammen daran, das grenzüberschreitende Serviceangebot der Verwaltungen und Institutionen am Oberrhein zu verbessern. Das Projekt "TIGER" hat daher das Ziel, eine technische Expertise aus den drei Ländern in das Management von möglichen gesundheitlichen Krisen einzubringen und Verwaltungen und Institutionen über Maßnahmen zur Prävention von Bürgerinnen und Bürgern am Oberrhein zu informieren sowie bei deren Umsetzung zu unterstützen.

AU PROCHAIN NUMÉRO

IN DER NÄCHSTEN AUSGABE:



NUIT BLANCHE À WISSEMBOURG AVEC LE DR. REMAKEL

Comment les secours d'urgences français et allemands réalisent des interventions ensemble

PARTIR DANS L'ORTENAU POUR DEVENIR KINÉ

Pourquoi deux jeunes Françaises ont choisi d'effectuer leurs études en Allemagne

« IL SUFFIT D'ÊTRE IDÉALISTE ET D'AVOIR LA PATIENCE »

Un portrait du projet SEEK qui permet la prise en charge transfrontalière des patients atteints d'épilepsie

COMMENT DEVIENT-ON MÉDECIN EN....?

Un aperçu des cursus de formation en France, Allemagne et en Suisse

DURCH DIE NACHT MIT FRAU DR. REMAKEL

Wie deutsche und französische Rettungsfachkräfte gemeinsam Einsätze durchführen

ZUR PHYSIOTHERAPIEAUSBILDUNG IN DEN ORTENAUKREIS

Ein Interview mit zwei jungen Französinnen über ihre Beweggründe ihre Ausbildung in Deutschland zu absolvieren

EINE PRISE IDEALISMUS UND VIEL AUSDAUER

Ein Porträt über das SEEK-Projekt, das eine grenzüberschreitende Versorgung von Epilepsiepatienten zwischen Straßburg und Kehl möglich macht

WIE WIRD MAN ARZT IN...?

Ein Kurzüberblick über die Bildungsgänge in Deutschland, Frankreich und der Schweiz

MENTIONS LÉGALES

IMPRESSUM

Mentions légales:

Magazine TRISAN Regards croisés

Conception et développement:

Anne Dussap (TRISAN) Lydia Kassa (TRISAN) Eddie Pradier (TRISAN) Emilie Schleich (TRISAN)

Mise en page et impression:

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

Rédaction:

Anne Dussap (TRISAN) Jérémy Presle (TRISAN) Emilie Schleich (TRISAN)

Traduction:

Flore Scetbon

Crédit photo:

Freepik Pixelio Shutterstock TRISAN Unsplash

Impressum:

TRISAN Zeitschrift Perspektivenwechsel

Konzeption und Entwicklung:

Anne Dussap (TRISAN) Lydia Kassa (TRISAN) Eddie Pradier (TRISAN) Emilie Schleich (TRISAN)

Gestaltung und Druck:

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

Redaktion:

Anne Dussap (TRISAN) Jérémy Presle (TRISAN) Emilie Schleich (TRISAN)

Übersetzung:

Flore Scetbon

Crédit photo:

Freepik Pixelio Shutterstock TRISAN Unsplash



n°1 - Juin 2018 CROISES REGARDENT TO THE CHARLES OF THE CHARLES O

KONTAKT // CONTACT

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

TRISAN

Das Projekt TRISAN wurde von der deutsch-französisch-schweizerischen Oberrheinkonfenrez 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 grenzüberschreitendenden 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.



























