



**NAEMI
WILKE
STIFT**



**TECHNISCHE
UNIVERSITÄT
DRESDEN**



Machbarkeitsstudie

**zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung
in der Eurostadt Guben-Gubin – Handlungsleitfäden
zur praktischen Umsetzung der deutsch-polnischen
Patient*innenversorgung**



**BB-PL
INTERREG V A
2014-2020**

Europäische Union
Europäischer Fonds
für regionale Entwicklung



Unia Europejska
Europejski Fundusz
Rozwoju Regionalnego

Barrieren reduzieren –gemeinsame Stärken nutzen / Redukować bariery –wspólnie wykorzystywać silne strony

Inhaltsverzeichnis

Vorwort.....	1
1. Einleitung	3
1.1 Kontext und Ziele des grenzüberschreitenden Projektes „Gesundheit ohne Grenzen“	4
1.2 Methodische Vorüberlegungen – Aufbau der Studie und Untersuchungsmethoden	8
1.3 Kooperationsbeispiele in anderen Grenzregionen	8
2. Rechtsrahmen- Gesetzgebungskompetenz der EU im Gesundheitsbereich	9
3. Europastadt Guben-Gubin	11
3.1 Demografische Entwicklung bis 2020	13
3.2 Bevölkerungsstruktur und Prognose bis 2030	14
4. Gesundheitsdienstleistungen in der Eurostadt Guben-Gubin	17
4.1 Versorgungssituation in der Grenzregion Guben-Gubin im stationären Bereich ...	18
4.2 Versorgungssituation in der Grenzregion Guben-Gubin im ambulanten Bereich ...	19
4.2.1 Personalausstattung	19
4.2.2 Ergänzende Ressourcen zur ambulanten Versorgung.....	20
4.3 Notfallversorgung.....	21
5. Entwicklung der Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen in der Grenzregion	24
5.1 Zunehmende Mobilität von Patient*innen im Naemi-Wilke-Stift.....	24
5.1.1 Wanderungsanreize polnischer Patient*innen	26
5.1.2 Wanderungsanreize deutscher Patient*innen.....	27
6. Handlungsoptionen der grenzüberschreitenden Kooperation	28
6.1 Betrachtung der Kooperationsmöglichkeiten	28
6.2 Handlungsempfehlung.....	30
7. Praktische Handlungsansätze und empfohlene Strategien zum grenzüberschreitenden Angebot medizinischer Dienstleistungen in der Eurostadt Guben-Gubin	31
7.1. Praktische Handlungsleitfäden für Grenzgänger*innen	34
7.2. Praktische Handlungsleitfäden für die geplanten Behandlungen in Deutschland und Polen	41
7.2.1. Geplante Behandlung - Praktische Handlungsleitfäden für den stationären Bereich	44
7.2.2. Geplante Behandlung - Praktische Handlungsleitfäden für den ambulanten Bereich	48
7.3. Praktische Handlungsleitfäden für die ungeplante medizinische Behandlung – stationäre und ambulante Notfallversorgung	50

8. Hindernisse, Herausforderungen und Empfehlungen der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung	57
9. Empfohlene Handlungsansätze für die Durchführung der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung in der Eurostadt Guben-Gubin	59
9.1. Kontinuierliche Förderung der Zweisprachigkeit in medizinischen Einrichtungen.....	59
9.2. Ausbau des grenzüberschreitenden Kooperationsnetzwerkes	59
9.3. Internationales Patientenbüro - Case Management International	60
9.4. Marketing und Information	61
9.5. Bilinguale Aus- und Weiterbildung für medizinisches Personal – Deutsch-polnische Akademie.....	62
9.6. Weitere Zusammenarbeit in der Notfallversorgung.....	62
9.7. Kompetenz- und Koordinationszentrum zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung – grenzüberschreitendes medizinisches Versorgungszentrum der Euroregion Spree-Neiße-Bober.....	63
10. Literaturverzeichnis	64
Abbildungsverzeichnis	67
Tabellenverzeichnis.....	68
Anhang	68

Vorwort

„Was unmöglich scheint, muss man versuchen, möglich zu machen.“

Konrad Adenauer 1965

Zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in einem anderen EU-Land sind vielfältige Informationen über die im jeweiligen Land geltenden Regelungen administrativer und klinischer Prozesse, die garantierte Versorgungskontinuität und -qualität sowie die prozessualen Abläufe und Zuständigkeiten erforderlich. Im Mittelpunkt der Studie wird speziell die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung zwischen den beiden EU-Staaten Deutschland und Polen, bezogen auf die Eurostadt Guben-Gubin, betrachtet.

Mit der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung haben sich bereits im Vorfeld viele Personen und Institutionen befasst. Die vorliegende Studie und die Handlungsempfehlungen zur grenzüberschreitenden Versorgung sind Ergebnis der praktischen Zusammenarbeit vieler Akteure und einem deutsch-polnischen Kooperationsnetzwerk, welches in der Projektdurchführungszeit entstanden ist. Auf diesem Weg konnten viele, jedoch bei weitem nicht alle, Probleme identifiziert und Antworten auf schwierige Fragen gefunden werden. Zu dem Netzwerk gehören externe Kooperationspartner deutscher und polnischer Institutionen, wie die Stadtverwaltungen Guben und Gubin, die Euroregion Spree-Neiße-Bober (SNB) und die Mitglieder der AG Gesundheit. Sie zählen zu den zahlreichen Unterstützern und gemeinsamen Weggefährten auf dem Weg zu einer grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung. Dass dies bei Weitem keine Unmöglichkeit darstellt, zeigten Projekt-Studienreisen nach z.B. Gmünd oder nach Gorzów Wielkopolski. Sowie die von der Euroregion organisierten Studienreisen zu der deutsch-französischen Grenzregion und nach Bozen in Südtirol. Der stetige Austausch mit Vertreter*innen dieser Einrichtungen regt stets zum Nachdenken über die eigene Grenzregion an.

Zur inhaltlichen Vorbereitung dieser Studie sind Ideen und Betrachtungen der folgenden Personen der gegründeten deutsch-polnischen Expertengruppe der Euromodellstadt Guben-Gubin berücksichtigt worden: Gottfried Hain (ehemaliger Verwaltungsdirektor NWS), Nadine Städter (Stadt Guben, Leiterin des Fachbereiches IV. Schulen/ Jugend/ Sport/ Soziales), Krzysztof Dziurdziewicz und Joanna Kwiecień (Stadt Gubin, Abteilung Internationale Zusammenarbeit), Beate-Victoria Ermisch (Leiterin Projektbüro NWS), Krzysztof Zdobylak (Stadt Guben, Büroleiter Bereich Bürgermeister), Carsten Jacob, (Geschäftsführer des deutschen Büros der Euroregion), Kathleen Markus (Stellvertretende Geschäftsführerin des deutschen Büros der Euroregion),

Czesław Fiedorowicz (Präsident der Euroregion Spree-Neiße-Bober), Enrico Triebel (Deutsch-Polnischer Gesundheits- und Sozialverband e.V.), Arkadiusz Łukowski (AOK), Andreas Preuß (DAK) und weitere Personen.

Bedanken möchten wir uns ebenfalls bei den politischen Stakeholdern, die unser Haus in den vergangenen Jahren regelmäßig besucht haben, die Fortschritte sehen konnten und uns in der Fortführung grenzüberschreitender Projekte stets unterstützt haben. Dazu gehören u.a. der Ministerpräsident Dietmar Woidke, Ministerin Katrin Lange, Marschalin Elżbieta Polak, Michael Zaske aus dem Gesundheitsministerium, Bożena Chudak aus dem Woiwodschaftsamt, Staatssekretär Jobst-Heinrich Ubbelohde und die Chefin des Interreg-Referats beim Ministerium Katrin Müller-Wartig, ebenso wie das Gemeinsame Sekretariat und die Investitionsbank des Landes Brandenburg.

Ein besonderer Dank gilt Prof. Dr. Jochen Schmidt und Dr. Anja Zscheppang von der Technischen Universität Dresden, die unsere Machbarkeitsstudie wissenschaftlich unterstützt haben. Bei der Kanzlei von Dr. Hempel, Kleinbömer und Partner und besonders bei dem Rechtsanwalt Marcin Krzymuski bedanken wir uns ebenfalls für die Unterstützung im Rahmen der Begutachtung der rechtlichen Rahmenbedingungen.

Redaktionsteam:

Leitung: Anna Wróbel M.A., Deutsch-polnische Gesundheitskoordinatorin NWS, Zertifizierte Case Managerin DGCC, Koordinatorin des Projektes „Gesundheit ohne Grenzen“

Ingolf Simmank Dipl.-BW (FH), Leiter Controlling/Krankenhausleitung NWS

Gottfried Hain Dipl.-BW, ehem. Verwaltungsdirektor NWS

Ina Thomas B.Sc., Projektmanagement NWS

Beate-Victoria Ermisch, Dipl.-Kfr. (FH) Leiterin Projektbüro NWS

Haftungsausschluss:

Die vorliegende Studie wurde mit größter Sorgfalt erarbeitet. Ziel ist es, den Bürger*innen der deutsch-polnischen Grenzregion ausführliche, verlässliche und praxisorientierte Informationen zu liefern. Es ist nicht auszuschließen, dass es nach der Veröffentlichung zu Änderungen kam oder sich Fehler eingeschlichen haben. Darüber hinaus war es aufgrund der Komplexität der geltenden Regelungen nicht möglich, alle Sonderfälle zu berücksichtigen. Für die in dieser Studie enthaltenen Informationen übernimmt das Naemi-Wilke-Stift keine Haftung. Aus den Informationen kann kein Rechtsanspruch abgeleitet werden. Maßgebend sind ausschließlich die gesetzlichen Grundlagen.

1. Einleitung

Guben und Gubin bilden die deutsche und polnische Seite einer ursprünglich einheitlichen Stadt, durch deren Mitte die Staatsgrenze verläuft. Beide Städte nehmen seit 1991 auf Grundlage eines Partnerschaftsvertrages die Chancen der Europäischen Einigung zum schrittweisen Aufbau einer gemeinsamen Eurostadt wahr. Hier wurden seit dieser Zeit schon zahlreiche deutsch-polnische Projekte, gemeinsame Investitionen und grenzüberschreitende Initiativen erfolgreich durchgeführt. Auch im Gesundheitsbereich hat die grenzüberschreitende Zusammenarbeit in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen.

Mit der seit 2013 auch für polnische Bürger*innen wirksamen EU-Patientenmobilitätsrichtlinie und vor dem Hintergrund, dass zunehmend polnische Arbeitnehmer*innen im Grenzraum beschäftigt sind, entstanden positive Rahmenbedingungen zum Aufbau einer grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung.

Aus diesem Grund betreibt das Naemi-Wilke-Stift (NWS) auf deutscher Seite, welches vor mehr als 140 Jahren gegründet wurde, neben dem Krankenhaus weitere Einrichtungen der Gesundheitsversorgung. Die beiden Städte Guben und Gubin, sowie die Euroregion Spree-Neiße-Bober werden auf dieser Basis deutsch-polnische Kooperationsprojekte im Gesundheitsbereich weiter forcieren.

Es begann mit ersten realisierten deutsch-polnischen Aktivitäten, wie zum Beispiel medizinische Fachtagungen, Informationsveranstaltungen für die deutsche und polnische Bevölkerung und Tage der „Offenen Tür“ (Öffnung von medizinischen Bereichen für Interessierte aus der Bevölkerung) im stationären und ambulanten Bereich des Krankenhauses. Umfragen haben gezeigt, dass erhebliche Informationsdefizite in der deutschen und polnischen Bevölkerung sowie unter Fachleuten im Hinblick auf die Voraussetzungen und Möglichkeiten der medizinischen Versorgung auf der jeweils anderen Seite bestehen.

Das Naemi-Wilke-Stift Krankenhaus liegt in unmittelbarer Nähe der deutsch-polnischen Grenze auf der deutschen Seite. Die nächsten Krankenhäuser auf polnischer Seite sind 30 bzw. 60 km entfernt. Die nicht optimale Infrastruktur auf polnischer Seite veranlasste die Bevölkerung und Verwaltung dazu, Möglichkeiten einer grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung auszuloten und einzuschätzen, wie sie in der Praxis realisiert werden kann. Bei zunehmendem Bedarf, auch im Hinblick auf den Arbeitsort und den Wohnort der Bevölkerung, könnten die in der Doppelstadt Guben-Gubin vorhandenen medizinischen Ressourcen beiderseits der Grenze genutzt werden.

Die Menschen auf beiden Seiten der Grenze müssen auf dem kürzesten Weg, insbesondere bei Notfällen und Akuterkrankungen, schnell und professionell medizinisch versorgt werden.

Das Bedürfnis der Bevölkerung nach wohnortsnaher Gesundheitsversorgung, war Grundlage für das Projekt **„Gesundheit ohne Grenzen in der Eurostadt Guben-Gubin“**, in dessen Rahmen die folgende Studie erstellt wurde. Sie dient dazu den vorhandenen Versorgungsbedarf und die Ressourcen in der Grenzregion Guben-Gubin zu erfassen, zu analysieren und daraus konkrete Maßnahmen abzuleiten.

Die Komplexität dieses Themas spiegelt sich in mehreren Veröffentlichungen bekannter wissenschaftlicher Organe und Strukturen der Europäischen Union wider, die darauf verweisen, dass die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung bislang noch über nicht ausgeschöpfte Potentiale verfügt. Hier sei auf einige ausgewählte Dokumente hingewiesen:

1. Bericht der Europäischen Kommission an das Europäische Parlament und den Rat über die Anwendung der Richtlinie 2011/24/EU über die Ausübung der Patient*innenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung vom 21.06.2018
2. Sonderbericht des Europäischen Rechnungshofs zu „EU-Maßnahmen für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung: Zielsetzung zwar ehrgeizig, doch bessere Verwaltung erforderlich“ von 2019
3. Studie des Instituts der deutschen Wirtschaft Köln „Warum so wenig genutzt? Nationale Hindernisse für eine grenzüberschreitende Patient*innenversorgung in der EU“ IW policy paper 4/2017

1.1 Kontext und Ziele des grenzüberschreitenden Projektes „Gesundheit ohne Grenzen“

Im Rahmen von Projekten und speziellen Maßnahmen arbeitet das Naemi-Wilke-Stift mit den Verwaltungen der Städte Guben und Gubin seit 2014 sukzessive im Bereich der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung zusammen, damit die noch existierenden Hürden in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung abgebaut und mehr Chancengleichheit beim Zugang zu Gesundheitseinrichtungen geschaffen werden.

Damit alle in die Gesundheitsversorgung eingebundenen Personen beider Seiten zusammenarbeiten und das vorhandene Potenzial nutzen können, war und ist die Überwindung von Sprachbarrieren und der fundierte fachliche Austausch unumgänglich.

Das Projekt „Gesundheit ohne Grenzen“ sollte dazu dienen, die Strukturen und Ressourcen der Gesundheitsversorgung beidseits der Neiße sinnvoll zu vernetzen, um so den strukturellen Schwächen auf diesem Gebiet entgegenzuwirken.

Das Hauptziel des Projektes war die Verbesserung des Zugangs zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung für die Bürger*innen der Eurostadt Guben -Gubin.

Zu den **spezifischen Zielen** des Projektes gehörten u.a.:

- Analyse der Ressourcen der Gesundheitsversorgung in der Eurostadt und Austausch über Erfahrungen und Möglichkeiten im Bereich des grenzüberschreitenden Gesundheitswesens
- Überwindung der Sprachbarriere durch Förderung der Zweisprachigkeit im Krankenhaus
- gegenseitiges Kennenlernen der Gesundheitsexpert*innen und des medizinischen Fachpersonals auf beiden Seiten der Grenze
- Schaffung der Voraussetzungen für das grenzüberschreitende Kooperationsnetzwerk in der Gesundheitsversorgung und Aufbau einer langfristigen Kooperation, Entwicklung von strategischen Möglichkeiten der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung
- gezielte Information der Bevölkerung über die Möglichkeiten, medizinische Leistungen auf der anderen Seite der Grenze in Anspruch zu nehmen
- Verbesserung der Lebensqualität und Lebensbedingungen der Bürger*innen im Grenzgebiet durch den besseren Zugang zur Gesundheitsversorgung
- optimale Nutzung von Synergien und Ressourcen der Eurostadt
- positive Wirkung auf die regionale Wirtschaft
- Positionierung der Eurostadt als Modellstadt mit der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung

Neben dem Erstellen der Machbarkeitsstudie zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung mit konkreten Handlungsleitfäden zur praktischen Umsetzung der deutsch-polnischen Patient*innenversorgung in der Grenzregion, gehörten zu den Projektaufgaben auch folgende **Aktivitäten**:

- **Förderung der Zweisprachigkeit** durch:

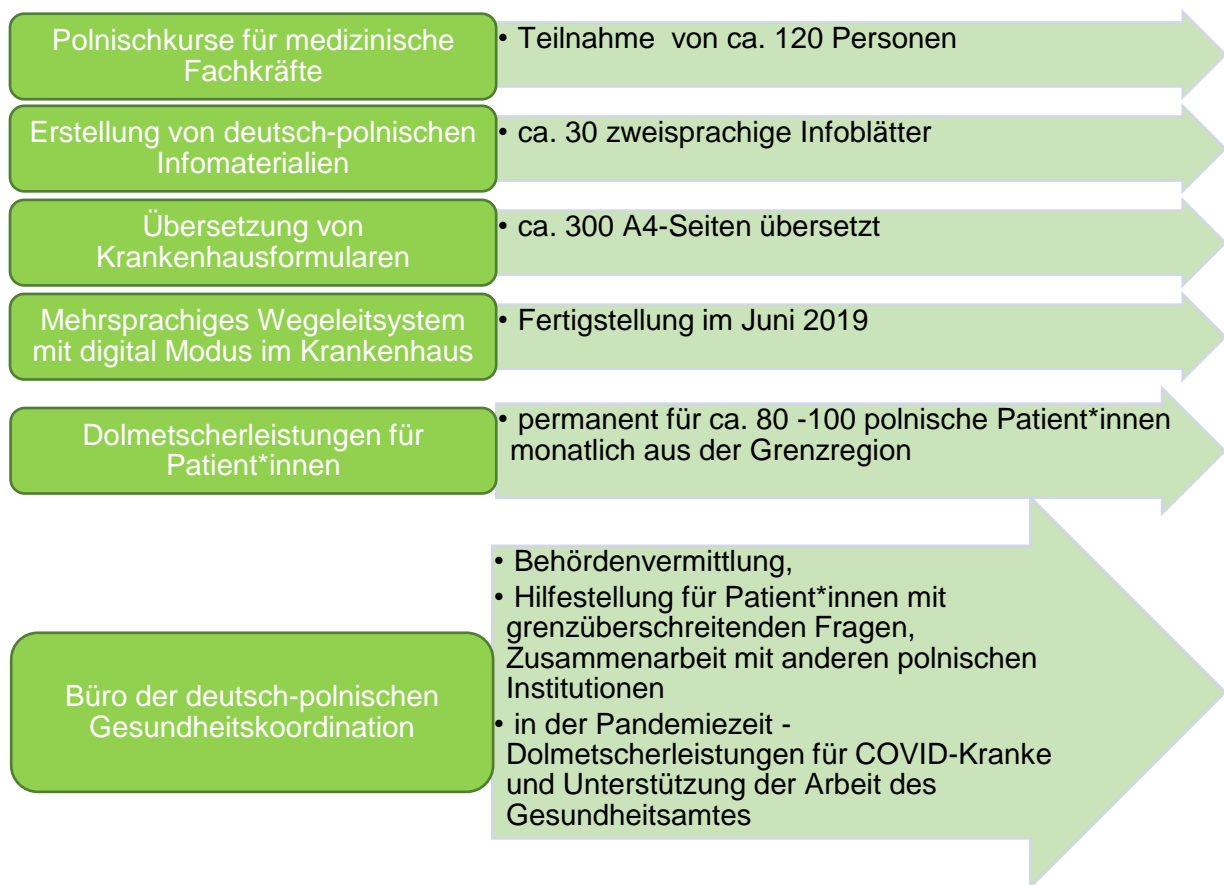


Abbildung 1: Projekte zur Förderung der Zweisprachigkeit

- **Deutsch-polnische Veranstaltungen** zum Erfahrungsaustausch und Aufbau des Kooperationsnetzwerkes:
 - acht Fachworkshops für polnische und deutsche Mediziner*innen
 - Studienreisen in andere Grenzgebiete Europas: eine Studienreise an die tschechisch-österreichische Grenze im Rahmen des „Gesundheit ohne Grenzen“ Projektes (GoG) und Teilnahme an zwei Studienreisen an die deutsch-französische sowie deutsch-italienische Grenze im Rahmen des Projektes DIALOG der Euroregion Spree-Neiße-Bober (SNB)
 - drei grenzüberschreitende Fachkonferenzen zum Wissenstransfer
 - 20 deutsche und polnische Institutionen, die aktiv im Bereich der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung zusammenarbeiten
 - Beteiligung am deutsch- polnischen Rettungsdienstsymposium des Bundesministeriums für Gesundheit im Februar 2019, sowie die aktive Mitwirkung an der Vorbereitung der Kooperationsvereinbarungen zum grenzüberschreitenden Rettungsdienst
 - aktive Mitwirkung an den Tagungen der Arbeitsgruppe „Gesundheit“ im Rahmen des Projektes DIALOG der Euroregion SNB.

Im Rahmen des Projektes fand eine umfangreiche Öffentlichkeitsarbeit sowie eine intensive Zusammenarbeit im deutsch-polnischen Projektteam statt. Ohne die gute Zusammenarbeit mit den direkten Projektpartner*innen sowie den kooperierenden Institutionen, wie z.B. die polnische und deutsch Geschäftsstelle der Euroregion SNB, deutsche gesetzliche Krankenkassen AOK und DAK, sowie der polnische Nationaler Gesundheitsfond (NFZ), niedergelassene Ärzte der Eurostadt Guben-Gubin, polnische und deutsche Leitstelle für Rettungsdienst, sowie andere Krankenhäuser und viele andere Institutionen wäre das Erreichen der Projektziele nicht möglich gewesen.

2022 wurde das Projekt um die Komponente „**Ambulante grenzüberschreitende Pflege**“ erweitert. Die grenzüberschreitende ambulante Pflege hatte das Ziel Pflegebedürftige und ihre Angehörigen zu unterstützen, damit die Betroffenen in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung bleiben und pflegende Angehörige zum Beispiel ihren Beruf und die Betreuung besser organisieren können. Diese häusliche Pflege und Nachsorge nach einem Krankenhausaufenthalt musste organisiert, geleistet und koordiniert werden. Es galt die Defizite der Versorgung auf polnischer Seite, die vor allem in den nicht vorhandenen Strukturen auf der polnischen Seite liegen, zu kompensieren. Unser Ziel war es, eine Pilotmaßnahme zu diesem Themenfeld durchzuführen, bei der die konkrete Situation in Polen beleuchtet werden soll und eine Bestandsaufnahme der Realität erfolgt. Ziel war es mindestens 10 Personen aus Gubin und Umgebung nach komplizierten, chirurgischen Eingriffen im häuslichen Umfeld ambulant medizinisch zu versorgen. Zum Leistungsumfang gehörten u.a. ein Monitoring der Vitalfunktionen und eine professionelle Wundversorgung. Anhand dieser direkten Pflege am Patienten, konnten die Prozesse realitätsnah und transparent dokumentiert sowie ausgewertet werden, um dann konkrete Handlungsoptionen abzuleiten.

1.2 Methodische Vorüberlegungen – Aufbau der Studie und Untersuchungsmethoden

„Was man lernen muss, um es zu tun, das lernt man, indem man es tut.“

Aristoteles

Die in dieser Studie beschriebenen Ergebnisse basieren auf folgenden Untersuchungsmethoden:

- Literatur- und Dokumentenanalyse,
- Sammlung und Auswertung statistischer Daten (ambulant und stationär), Analyse des Versorgungsangebots in der Eurostadt Guben-Gubin, Zustandsbeschreibung
- Vergleich der Projekte und der verwendeten Lösungswege in den anderen europäischen Grenzregionen
- Fachgespräche und Fachworkshops mit den Akteuren*innen vor Ort (niedergelassene Ärzte*innen aus beiden Seiten der Eurostadt, medizinisches Personal der Krankenhäuser, Krankenkassen, politische Vertreter*innen/ Stakeholder)
- Patient*innenbefragung, Bürger*innenbefragung
- Expert*innenbefragung - Austausch innerhalb der Expert*innengruppe des Projektes Gesundheit ohne Grenzen und innerhalb der AG Gesundheit der Euroregion SNB

Für die oben genannten Untersuchungsmethoden standen Handlungsleitfäden aus Literaturrecherchen und aus dem Internet zur Verfügung. Darüber hinaus sind in die Ergebnisse auch Ad-hoc-Lösungen, nach der bewährten Methode Learning by Doing, eingeflossen.

1.3 Kooperationsbeispiele in anderen Grenzregionen

Im Rahmen des GOG-Projektes wurden zur Vorbereitung dieser Studie und auch zur praktischen Umsetzung andere grenzüberschreitende Projekte und deren Kooperationspartner recherchiert.

Diese sind:

- Initiative „Health Across“ an der österreichisch-tschechischen Grenze in Gmünd/Ceske Valenice
- „TRISAN“ Projekt von dem Euroinstitut an der deutsch-französisch-schweizerischen Grenze in Kehl und Straßburg am Oberrhein

Mit den Akteur*innen dieser Initiativen besteht ein reger Kontakt und Austausch zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung in unterschiedlichen Regionen Deutschlands. Die Beschreibungen dieser Projekte sind in Publikationen im Internet nachzulesen (<https://www.healthacross.eu>, <https://www.trisan.org>).

Durch die Zusammenarbeit mit grenzüberschreitenden Projekten sowie dem Rückgreifen auf deren Erfahrungen konnten diese für die Erstellung der Studie und die Durchführung von vorbereitenden Maßnahmen genutzt werden. Aus diesen Synergien entstand zum Beispiel der WHO-Beitrag „The Healthacross Initiative: How Lower Austria is Boosting Cross-border Collaboration in Health“ (Wismar, Palm, Figueras, Ernst, & van Ginneken, 2011)

2. Rechtsrahmen- Gesetzgebungskompetenz der EU im Gesundheitsbereich

Alle in dem GOG-Projekt durchgeführten und geplanten Maßnahmen unterliegen gesetzlichen Rahmenbedingungen, die zu berücksichtigen sind. „Auf der Ebene des sog. EU-Primärrechts ergibt sich der unionale Rechtsrahmen für eine grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen vor allem aus den Grundfreiheiten (insb. Dienstleistungsfreiheit) sowie aus den aufgrund von Art. 168 AEUV¹ eingeleiteten Maßnahmen.“ (Kleinböhmer und Partner, 2021, S. 2) „Das Primärrecht ist das ranghöchste Recht der EU. Es besteht aus den folgenden Dokumenten:

- Gründungsverträge der EU
- Verträge (inkl. Protokolle) zur Änderung der Gründungsverträge der EU
- Beitrittsverträge der neuen Mitglieder
- Austrittsverträge für ausgeschiedene Mitglieder
- der Charta der Grundrechte sowie aus
- den allgemeinen Rechtsgrundsätzen des Gerichtshofs der Europäischen Union (EuGH)“

Durch das Primärrecht wird die Verteilung der Befugnisse und Zuständigkeiten zwischen der EU und den EU-Ländern bestimmt. Dies ist für das Gesundheitswesen in der EU sowie für die grenzübergreifende Kooperation in diesem Bereich von entscheidender Bedeutung.“ (Kleinböhmer und Partner, 2021, S. 2) „Zu den Kompetenzen der EU im Bereich „Gesundheit“ gehört nach dem jetzigen Rechtsstand nur die sog. „öffentliche Gesundheit“ und dies nur als geteilte bzw. unterstützende Kompetenz. Dies ergibt sich vor allem aus Art. 6 AEUV. Danach ist die EU im Bereich des Schutzes und Verbesserung der menschlichen Gesundheit ausschließlich für die Durchführung von Maßnahmen zur Unterstützung, Koordinierung oder Ergänzung der Maßnahmen der Mitgliedstaaten zuständig.“ (Kleinböhmer und Partner, 2021, S. 3)

Somit hat „die EU keine direkten Kompetenzen (...), mit denen sie die Maßnahmen begründen könnte, auf denen der/die deutsche Leistungserbringer einen Zugang für ausländische Patienten zu den Leistungen der Gesundheitsvorsorge (...) [hat]. Von der Kompetenz zur Unterstützung der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit zur Verbesserung der Komplementarität der Gesundheitsdienste in den Grenzgebieten hat die Kommission bisher keinen für den vorliegenden Fall relevanten Gebrauch gemacht.“ (Kleinböhrer und Partner, 2021, S. 4)

Neben den primärrechtlichen Regelungen gelten sekundäre Rechtsvorschriften, dazu gehören Verordnungen, Richtlinien, Entscheidungen und Beschlüsse:

a) Koordinationsvorschriften

„Die Koordinationsverordnung schafft Regeln für Nutzung der Gesundheitsdienstleistungen im EU-Ausland sowohl im geplanten als auch im ungeplanten Bereich. Die Verordnung stützt sich auf das Prinzip der Sachleistung und legt fest, welcher ist der zuständige Kostenträger für die Leistungen wegen Krankheit. Der Versicherte erhält einen Leistungsanspruch gegen den aushelfenden Träger, so als ob er nach den Vorschriften des Staates versichert wäre, in dem der aushelfende Träger seinen Sitz hat. (...) Die Verordnung kommt aber erst dann zur Anwendung, wenn es sich um einen Sachverhalt mit der Auslandsberührung handelt. Dies ist dann zu bejahen, wenn:

- a) die betroffene Person in einem anderen Mitgliedstaat erwerbstätig ist als sie wohnt (Grundfall);
- b) sich in dem zuständigen Mitgliedstaat aufhält;
- c) sich in einem anderen Mitgliedstaat vorübergehend (als Tourist, Reisender usw.) als dem zuständigen Mitgliedstaat und Wohnsitz aufhält oder
- d) sich in den anderen Mitgliedstaat als der zuständige oder Wohnsitzstaat zur Behandlung begibt.“ (Kleinböhrer und Partner, 2021, S. 7)

b) Patienten(mobilitäts)richtlinie

„Im Fall der geplanten Inanspruchnahme von medizinischen Dienstleistungen in einem anderen Mitgliedstaat sind auch die Regelungen der Patientenmobilitätsrichtlinie (2011/24/EU) sowie sie umsetzende nationale Vorschriften zu beachten. (...) In dem deutsch-polnischen Kontext ist die Inanspruchnahme von den Leistungen der Gesundheitsvorsorge mit unterschiedlichem Verfahren, je nach dem Herkunftsstaat des Patienten, verbunden. In jedem Fall tritt aber der Versicherte in die Vorleistung ein.

Erst im Nachhinein kann er sich bei dem zuständigen Versicherer um die Rückerstattung bewerben.“ (Kleinböhmer und Partner, 2021, S. 9-10) „Für Grenzregionen bieten die geltenden unionalen und nationalen Vorschriften wenige Erleichterungen. Die Union hat diesbezüglich auch keine besonderen Befugnisse. Sie ruft nur die Mitgliedstaaten unverbindlich zur Kooperation auf (Art. 6 S. 2 a) AEUV; Art. 10 Abs. 3 RL 2011/24/EU).“ (Kleinböhmer und Partner, 2021, S. 14)

Die vollständige Publikation der Kanzlei Kleinböhmer und Partner liegt der Studie als Anlage 10 bei.

3. Europastadt Guben-Gubin

„Es gibt keine andere Grenzstadt, die so kompakt und eng beieinander liegt.“

Fred Mahro, Bürgermeister der Stadt Guben

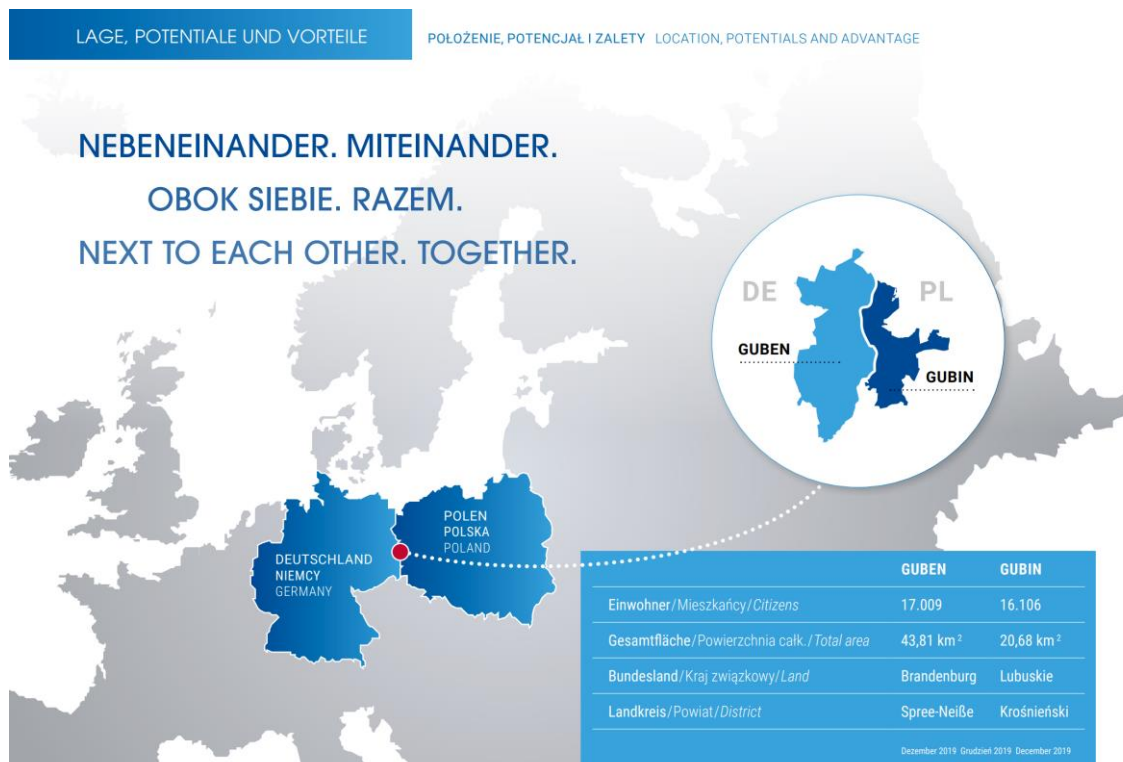


Abbildung 2: geografische Lage Eurostadt Guben-Gubin (Wirtschaftsbroschüre der Eurostadt Guben-Gubin)

Entlang der Neiße an der deutsch-polnischen Grenze liegen die Städte Guben (Landkreis Spree-Neiße) und Gubin (Kreis Krosno). Zusammen bilden sie als Eurostadt eine kompakte Wirtschaftsregion und sind ein bedeutsamer Standort für marktführende Unternehmen in „den Bereichen der Chemie- und Schaumstoffherstellung sowie -verarbeitung, der Metallverarbeitung und der Möbelproduktion.“ (Eurostadt Guben-Gubin, 2018)

Die Vielfältigkeit der Betriebe wird erweitert durch Unternehmen der Lebensmittelproduktion und der Logistikbranche, die teilweise über 100 Jahre Firmengeschichte vorweisen.

Auch aus touristischer Sicht gewinnt die 33.327 Einwohnerstadt vermehrt an Bedeutung. Der Ausbau des Radwegenetzes und der natürliche Charme der Lausitz bieten für die Bevölkerung Rückzugs- und Erholungsorte, sowie Platz für Erlebnisse und Ausflüge. „Die Doppelstadt schlägt Brücken zwischen Ländern und Menschen und Wirtschaft und Innovation“ (Eurostadt Guben-Gubin, 2018) und bietet einen optimalen Lebensstandort.

Wirtschaftspotential

Auf beiden Seiten der Eurostadt befinden sich viele Firmen aus der Dienstleistungsbranche. Die wirtschaftliche Entwicklung beider Städte ist für die Region maßgebend, da sie viele Arbeitsplätze bietet. Die Eurostadt zielt auf eine bestmögliche Ausschöpfung der Potentiale beidseits der Grenze ab, um für die Region günstige Voraussetzungen für Investitionsbedingungen zu schaffen.

Im Folgenden werden ausgewählte wirtschaftliche Stärken der Eurostadt Guben-Gubin genannt:

- Grenznähe
- Tourismus (Radwegenetzwerk, Seenlandschaft, Denkmale)
- Nähe zu Universitäten und Hochschulen (z.B. Universität Zielona Góra, Brandenburgische Technische Universität Cottbus – Senftenberg, Viadrina in Frankfurt (Oder) und Collegium Polonicum in Słubice)
- Arbeitskräftepotenzial (Fachkräfte auf dem deutschen und polnischen Arbeitsmarkt)
- Investitionsgebiete
- Erweiterung technischer Infrastruktur auf hohem Niveau
- gute soziale und wirtschaftliche Zusammenarbeit mit naheliegenden Gemeinden
- ausgeprägtes Angebot im Einzelhandel
- Möglichkeiten der Berufsausbildung- und Qualifizierung (gute Verbindung zu Arbeitsagenturen) (Eurostadt Guben-Gubin, 2018)
- Strukturförderregion Lausitz und damit verbundene Ansiedlungen

3.1 Demografische Entwicklung bis 2020

Die Auswirkungen des demografischen Wandels sind in der Eurostadt Guben-Gubin deutlich zu spüren. Neben der fortlaufenden Zunahme der älteren Einwohner*innen nimmt die Gesamtbevölkerung in der untersuchten Grenzregion kontinuierlich ab. Im Jahr 2020 lebten insgesamt 33.395 Einwohner*innen in der Eurostadt Guben-Gubin, davon ca. 51% in Guben (16.867) und ca. 49% in Gubin (16.528). Zusammen mit den ländlichen Gemeinden Schenkendöbern und der Gmina Gubin umfasst das Untersuchungsgebiet im Jahr 2020 insgesamt ca. 44.000 Einwohner*innen. In den vergangenen Jahren hat die Bevölkerungszahl auf beiden Seiten der Grenze immer weiter abgenommen. Die Ursachen dieser rückläufigen Bevölkerungsdynamik liegen v.a. in den niedrigen Geburten- und hohen Sterberaten sowie einer hohen Abwanderungsrate in den vergangenen Jahren. (Abb. 3) (Guben, 2020) (Gubin, 2020)

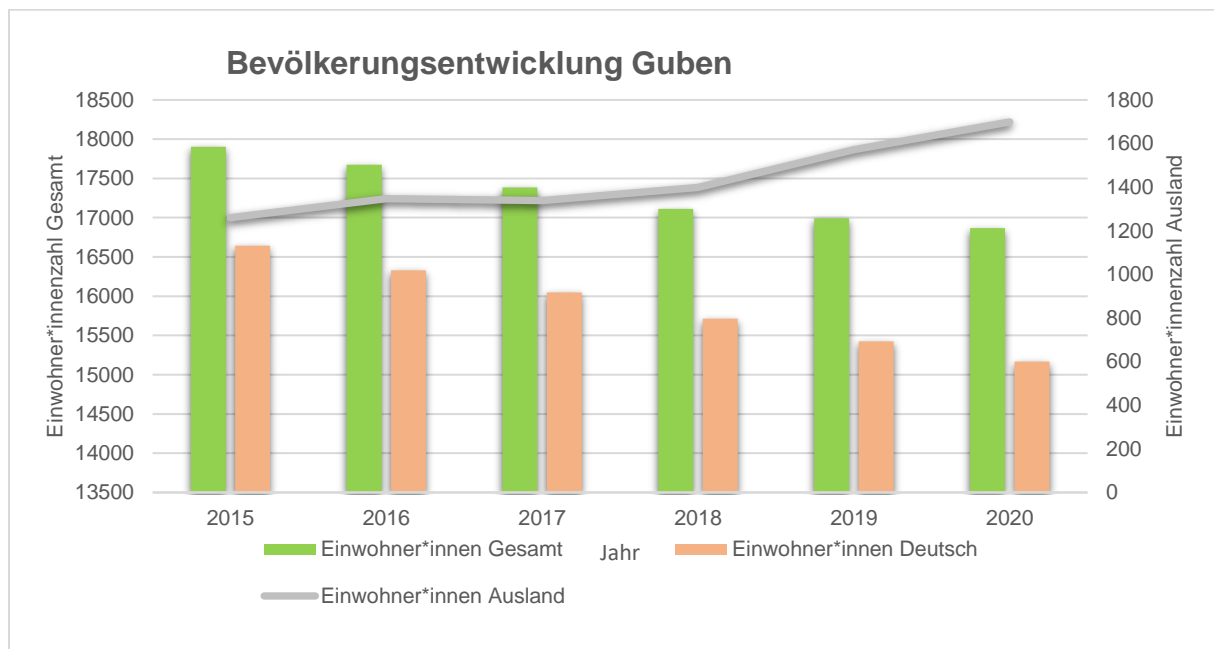


Abbildung 3: Bevölkerungsentwicklung Guben (Guben, Bewegungsstatistik Einwohner 2015-2020, 2020)

Wie andere Grenzstädte, ist auch Guben von rückläufigen Einwohner*innenzahlen betroffen. Das ist u.a. auf das Alter der dort lebenden Bevölkerung zurückzuführen. Die Alterspyramiden mit Daten aus den Jahren 2020 verdeutlicht die aktuelle Altersstruktur der Eurostadt. Sie verdeutlichen, dass der Altersdurchschnitt in Guben mit knapp 51,9 Jahren im Vergleich zu Gubin mit 42,3 Jahren deutlich höher ist. (Brandenburg, 2018) (Guben, 2020) (polskawliczbach, 2020)

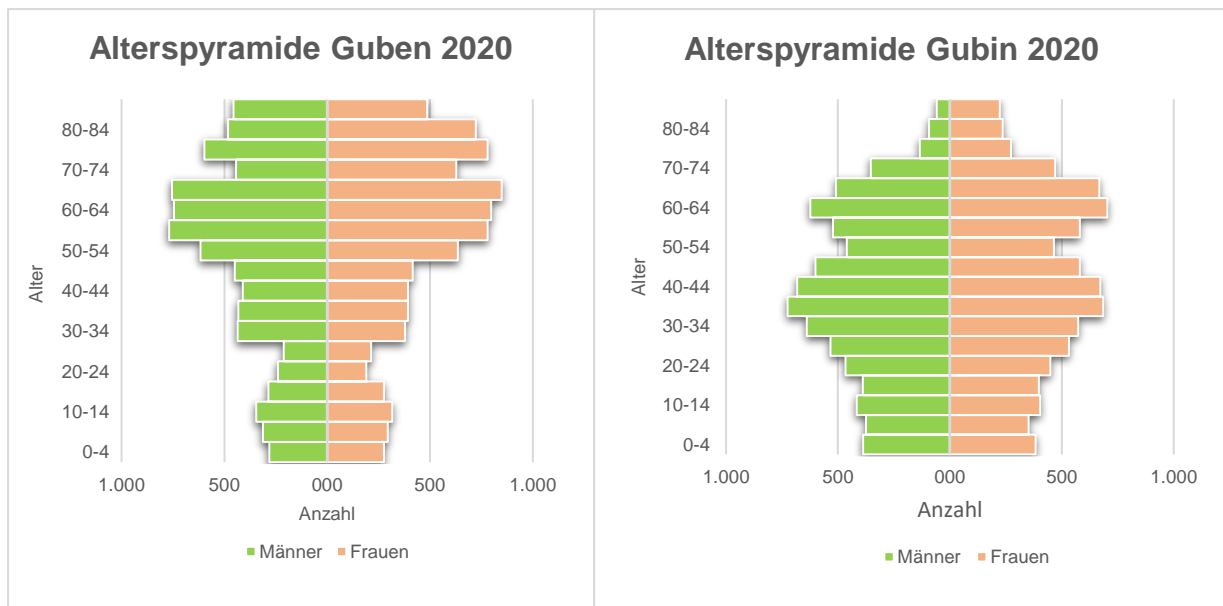


Abbildung 4: Alterspyramide Guben und Gubin 2020 (Guben, 2020) (polskawliczbach, 2020)

3.2 Bevölkerungsstruktur und Prognose bis 2030

Bei Betrachtung der Alterspyramiden in der Abbildung vier, ist zu erkennen, dass die Altersprognose bis ins das Jahr 2030 voraussichtlich weiter zunehmen wird. Da die Aussicht auf einen rapiden Zuwachs der Bevölkerung in den nächsten Jahren nicht zu erwarten ist, ist mit einer sinkenden Zahl der Allgemeinbevölkerung und einer steigenden Zahl der älteren Bewohner*innen zu rechnen.

Die allgemeine Wachstumsrate der Eurostadt und ihren ländlichen Gemeinden wird insgesamt sinken. Die Prognose für die Stadt Guben weist für die Jahre von 2020 bis 2030 eine negative Wachstumsrate von ca. -3,7% auf (von 16.867 auf ca. 14.439 Einwohner*innen). Für die Gemeinde Schenkendöbern ist ebenfalls eine negative Tendenz von -2,44% von aktuell ca. 3.497 auf 3.167 Einwohner*innen zu erwarten. Auf der polnischen Seite zeigt sich ebenfalls eine negative Prognose der Bevölkerungszahl innerhalb der nächsten acht Jahre. Die Zahlen weisen jedoch im Vergleich zur deutschen Seite auf einen schwächeren Rückgang hin. Für die Stadt Gubin wird vorhergesagt, dass mit einem Verlust von ca. -1,3% (von 16.418 auf ca. 15.579 Einwohner*innen) zu rechnen ist. Für die Landgemeinde Gubin ist der Abbau um 0,83% (von 7.185 zu 6.950 Einwohner*innen) noch geringer.

Insgesamt erschließt sich, dass die Tendenzen im gesamten Untersuchungsgebiet nach den aktuellen Hochrechnungen ein negatives Wachstum erwarten lassen. (Abb. 5) (Brandenburg, 2018) (Gubin, 2020)

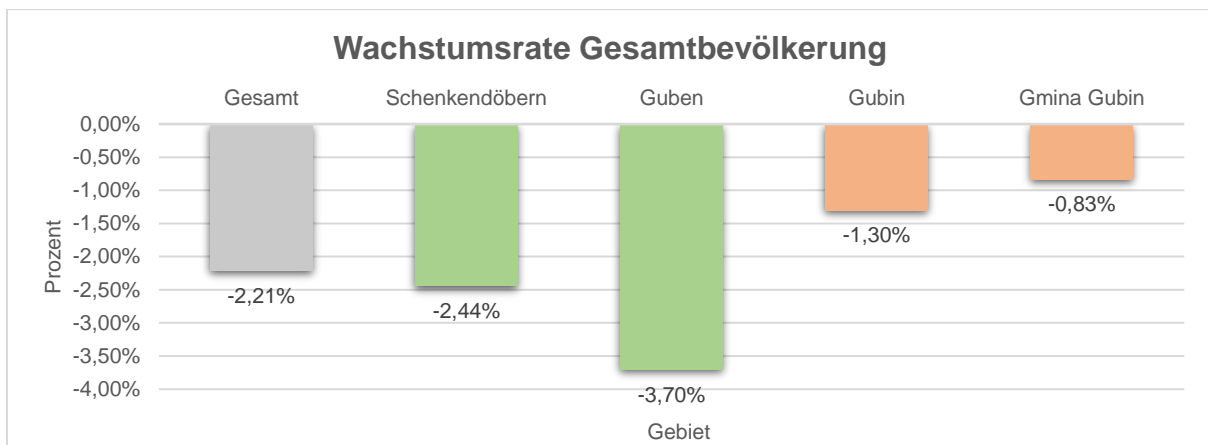


Abbildung 5: Wachstumsrate der Bevölkerung von 2020/21 zu 2030 (Brandenburg, 2018) (Gubin, 2020)

Neben der Tatsache, dass die Gesamtbevölkerung im Untersuchungsgebiet insgesamt abnehmen wird, steht die Region wie bereits im vorherigen Abschnitt erwähnt vor der Herausforderung der zunehmend alternden Bevölkerung. Die Zahl der Menschen über 65 Jahre wird im Vergleich zu anderen Altersgruppen kontinuierlich wachsen (Abb. 6), wodurch auch der Bedarf der medizinischen Versorgung steigen wird. Im Vergleich zu den Jahren 2020/2021 wo der Anteil der Bevölkerung über 65 Jahre noch bei 27,32% im gesamten Untersuchungsgebiet lag, wird er 2030 ca. 33,36% betragen. (Brandenburg, 2018) (Gubin, 2020)

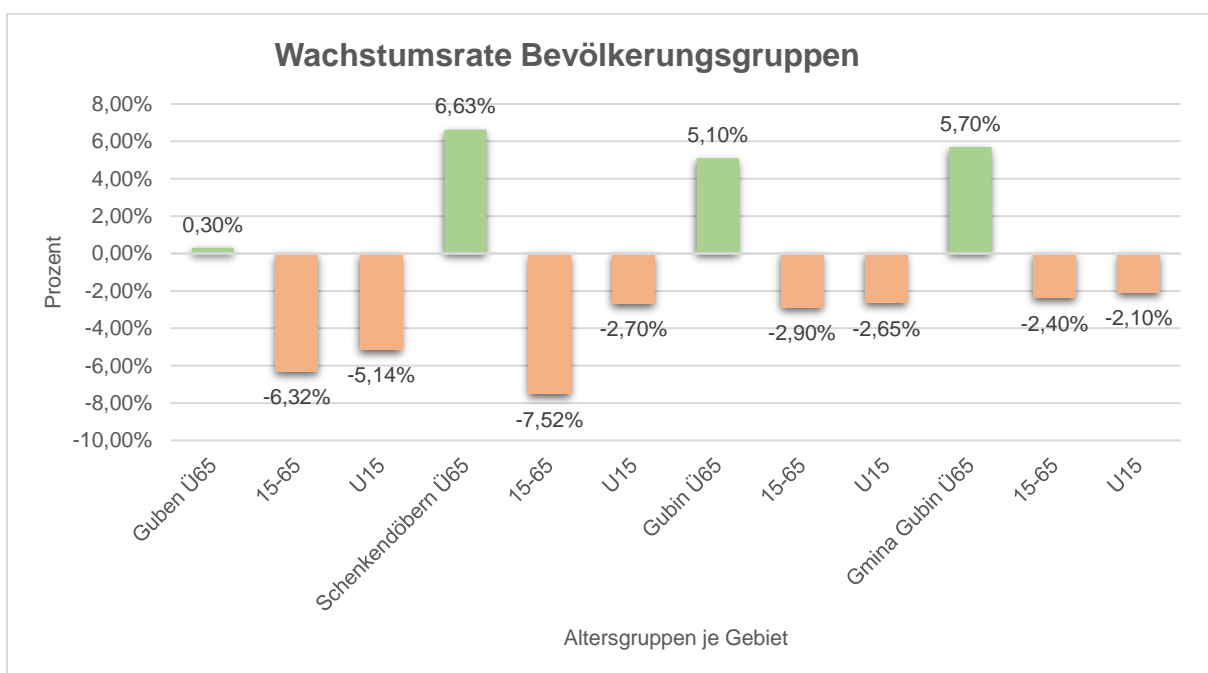


Abbildung 6: Wachstumsrate der Bevölkerung von 2020/21 zu 2030 (Brandenburg, 2018) (Gubin, 2020)

Trotz der Abnahme der Allgemeinbevölkerung ist ein Zuwachs ausländischer Einwohner*innen in Guben zu verzeichnen. Insgesamt lebten 2021 ca. 1.700 Bewohner*innen aus ungefähr 65 verschiedenen Ländern in Guben. Einwohner*innen aus Polen bilden dabei mit 1.029 Bürger*innen die größte Gruppe (Abb. 8). Dass Guben ein attraktives Wohngebiet für polnische Bürger*innen darstellt, wird durch den Anstieg der Zuzüge seit 2015 verdeutlicht (Abb.7). Im Jahr 2020 ist die Zahl der Einwanderungen polnischer Bürger*innen erstmals gesunken, was jedoch auf die pandemische Lage zurückzuführen sein kann. (Guben, 2021)

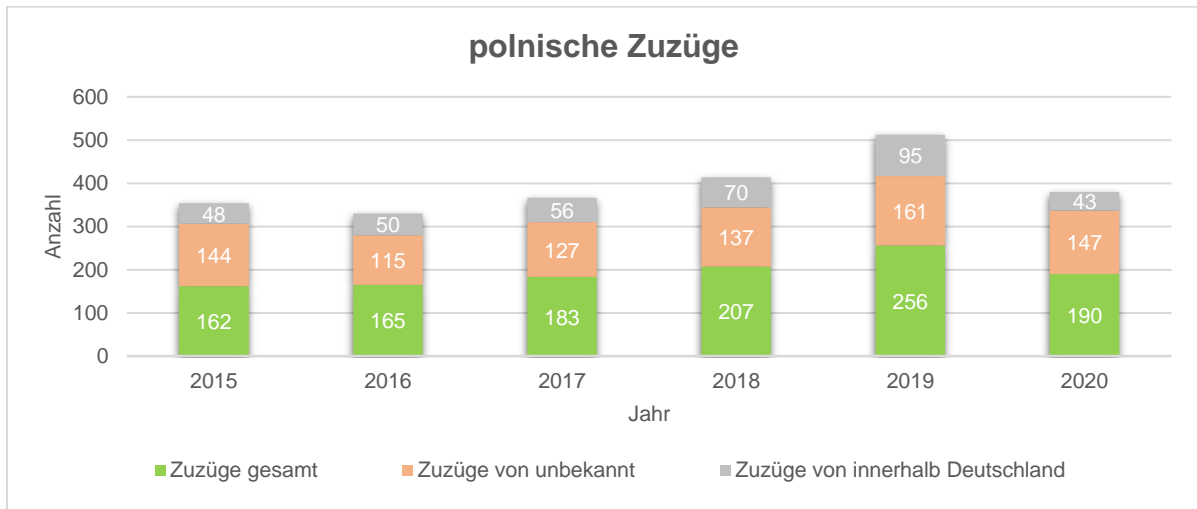


Abbildung 7: polnische Zuzüge nach Guben 2015-2020 (Guben, 2020)

Die Verteilung der Bevölkerung hinsichtlich ihrer Staatsangehörigkeit hat sich in den vergangenen Jahren gewandelt. Dabei ist die Anzahl deutscher Staatsbürger*innen seit 2010 konstant gesunken, während die Zahl polnischer Bürger*innen kontinuierlich anstieg. (Abb. 8)

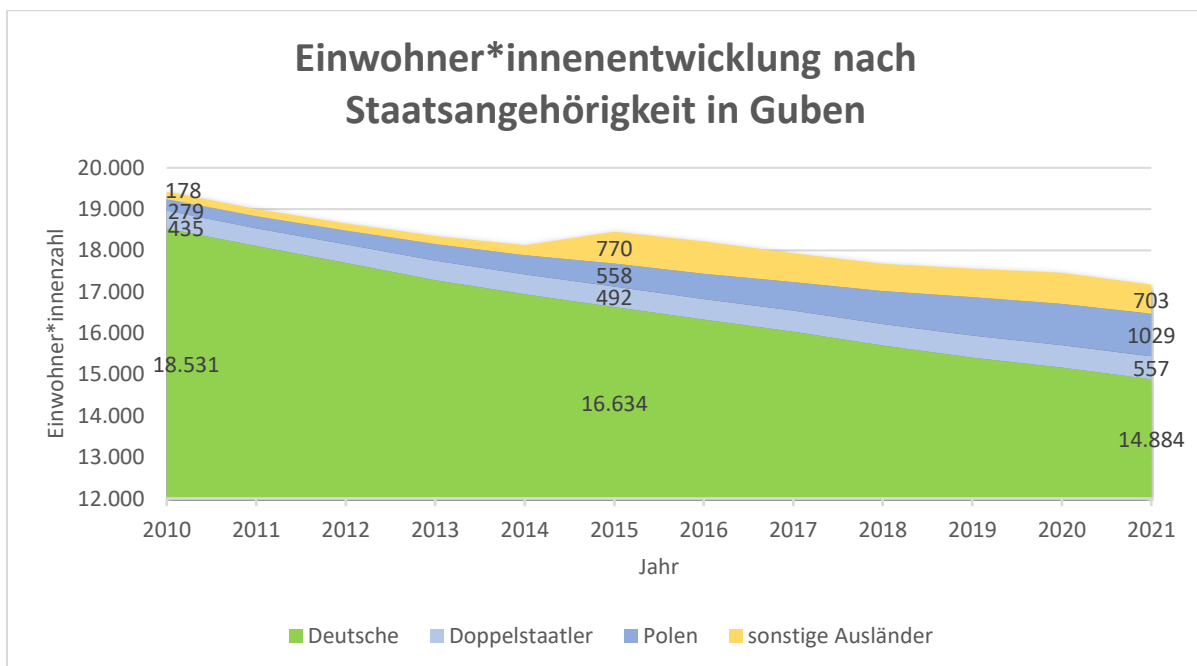


Abbildung 8: Einwohner*innenentwicklung nach Staatsangehörigkeit in der Stadt Guben (Guben, 2021)

4. Gesundheitsdienstleistungen in der Eurostadt Guben-Gubin

Mit dem Projekt „Gesundheit ohne Grenzen in der Eurostadt Guben-Gubin“ verfolgen die Kommunen der beiden Städte und das Naemi-Wilke-Stift das Ziel, die Zusammenarbeit auch auf das Gebiet der Gesundheitsversorgung auszuweiten. Diese Absicht hat für alle Beteiligten Vorteile. Auf der einen Seite schafft es die Möglichkeit, das medizinische Versorgungsangebot in Deutschland für die polnischen Bürger*innen anzubieten und auf der anderen Seite die vorhandenen Kapazitäten, das medizinische Leistungsangebot des Krankenhauses und der am Standort des Naemi-Wilke-Stift vorhandenen ambulanten medizinischen Praxen, effektiv zu nutzen. Dies gilt natürlich auch umgekehrt, dass die deutschen Bürger*innen medizinische Leistungen in Polen nutzen können (z. B. zahnärztliche Behandlung, augenärztliche Behandlung). Das ist insofern von Bedeutung, da sowohl in Guben als auch in Gubin nicht ausreichende fachspezifische Angebote vorhanden sind. Diese geplante Zusammenarbeit schafft für alle Beteiligten eine Win-Win-Situation in der Region.

In diesem Teil der Studie wird die **Ist-Zustand-Analyse** der Gesundheitsdienstleistungen in der Doppelstadt durchgeführt.

4.1 Versorgungssituation in der Grenzregion Guben-Gubin im stationären Bereich

Im unmittelbaren Einzugsbereich des Grenzgebietes gibt es für die stationäre Versorgung¹ nur ein Krankenhaus auf der deutschen Seite - das Naemi-Wilke-Stift. Die nächstgelegenen Krankenhäuser in Polen befinden sich in größerer Entfernung (Abb. 9) und sind in Notsituationen nicht in der erforderlichen Zeit erreichbar.

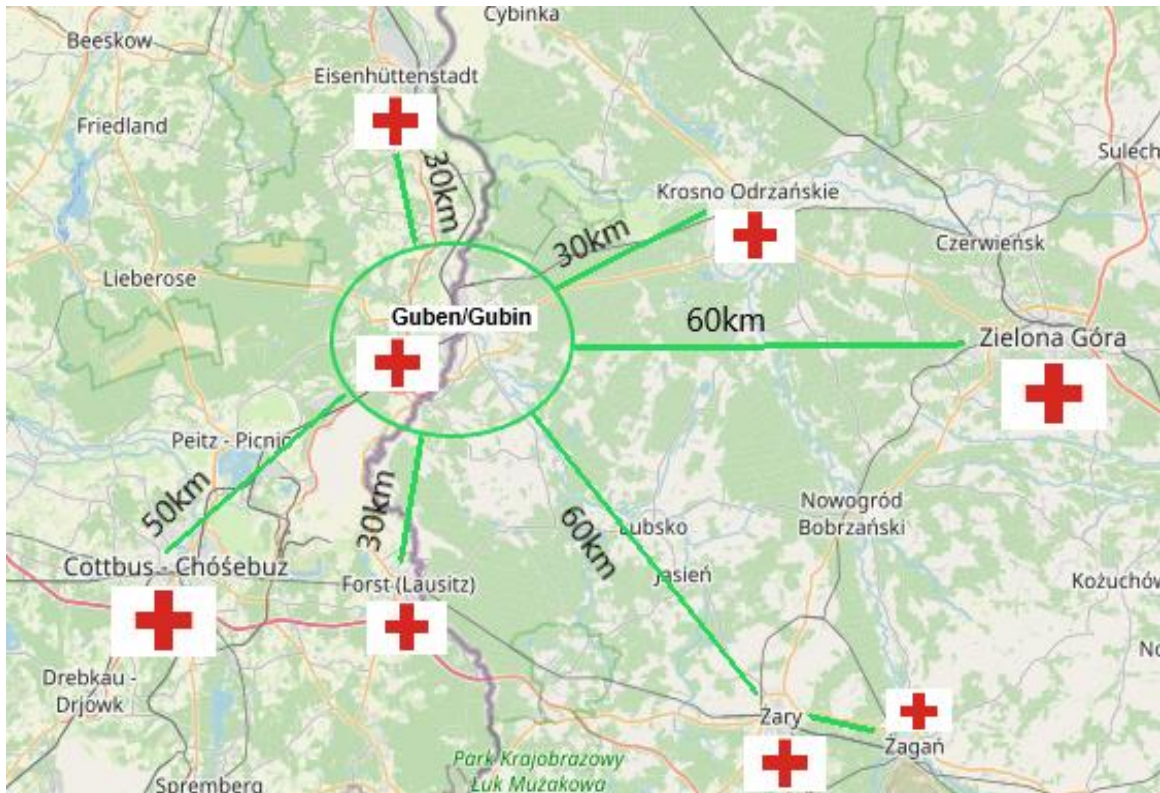


Abbildung 9: medizinische Versorgung im Grenzgebiet (Entfernung Krankenhäuser) (openstreetmap.org)

Das Naemi-Wilke-Stift in Guben verfügt über 151 Betten in den Abteilungen Allgemeinchirurgie mit Gefäßchirurgie, Orthopädie/Unfallchirurgie sowie Innere Medizin. Darüber hinaus gibt es nicht bettenführend die Anästhesie mit einer Intensiv-Überwachungs-Einheit und eine Zentrale Notaufnahme.

In Gubin wurde das städtische Krankenhaus 2011 geschlossen. In den ehemaligen Gebäuden des Krankenhausstandortes befindet sich heute eine Pflege- und Betreuungseinrichtung, zur stationären palliativen Versorgung älterer pflegebedürftiger Patient*innen. Diese Abteilung ist ein Teil des Krankenhauses „Zachodnie Centrum Medyczne“ aus Krosno Odrzańskie und versorgt u.a. das Einzugsgebiet um Gubin.

¹ Eine stationäre Behandlung erfolgt im Krankenhaus. Sie kommt erst dann in Betracht, wenn alle anderen medizinischen Behandlungen nicht zum Behandlungsziel geführt haben und eine stationäre Behandlung medizinisch notwendig ist. Ein/e Patient*in wird dann vollstationär in einem Krankenhaus behandelt, wenn das Behandlungsziel nicht auf anderem Wege erreicht werden kann, etwa durch eine ambulante oder teilstationäre Behandlung.

Im Umkreis von 60 Kilometern besteht die Möglichkeit für Patient*innen andere Krankenhäuser in Anspruch zu nehmen, die die medizinische Versorgung anderer Fachbereiche, wie z.B. Urologie, Gynäkologie, Pädiatrie, Geburtshilfe usw. gewährleisten können. Dazu gehören auf deutscher Seite das Carl-Thiem-Klinikum (CTK) Cottbus (50km), das städtische Krankenhaus Eisenhüttenstadt (30km) und das Lausitz Klinikum Forst GmbH (30km). In Polen sind es die Krankenhäuser in Krosno Odrzańskie – Zachodnie Centrum Medyczne (30km), in Zielona Góra - Szpital Uniwersytecki im. Karola Marcinkowskiego (60km) und in Żary bzw. Żagań - 105. Kresowy Szpital Wojskowy (60km).

4.2 Versorgungssituation in der Grenzregion Guben-Gubin im ambulanten Bereich

4.2.1 Personalausstattung

Für die ambulante Versorgung² in der Eurostadt Guben-Gubin sorgen ortsansässige Ärzt*innen der Grenzregion. Dies sind sowohl Kassenärzt*innen als auch privat tätige Mediziner*innen. Die Fachrichtungen und die Anzahl der praktizierenden Ärzt*innen sind in der folgenden Tabelle dargestellt:

Tabelle 1: Anzahl ambulanter Ärzt*innen und Hebammen in der Eurostadt Guben-Gubin (Stand 12/2021)

	Guben	Gubin	Gesamt
Allgemeinärzt*innen (Hausärzte)	16	11	27
Chirurg*innen	6	1	7
Orthopäd*innen	6	1	7
Zahnärzt*innen	16	10	26
Kinderärzt*innen	0	6	6
Gynäkolog*innen	3	5	8
Urolog*innen	1	0	1
Neurolog*innen	3	1	4
Psychiater*innen	6	2	8
HNO	2	2	4
Augenärzt*innen	1	6	7
Radiolog*innen	0	1	1
Hautärzt*innen	0	2	2
Kardiolog*innen	1	1	2
Hebammen	3	3	6

² Als ambulante Versorgung bezeichnet man alle Behandlungsleistungen, die nicht stationär in Kliniken (Akutkrankenhäuser, Fachkrankenhäuser, Rehabilitationskliniken) erbracht werden.

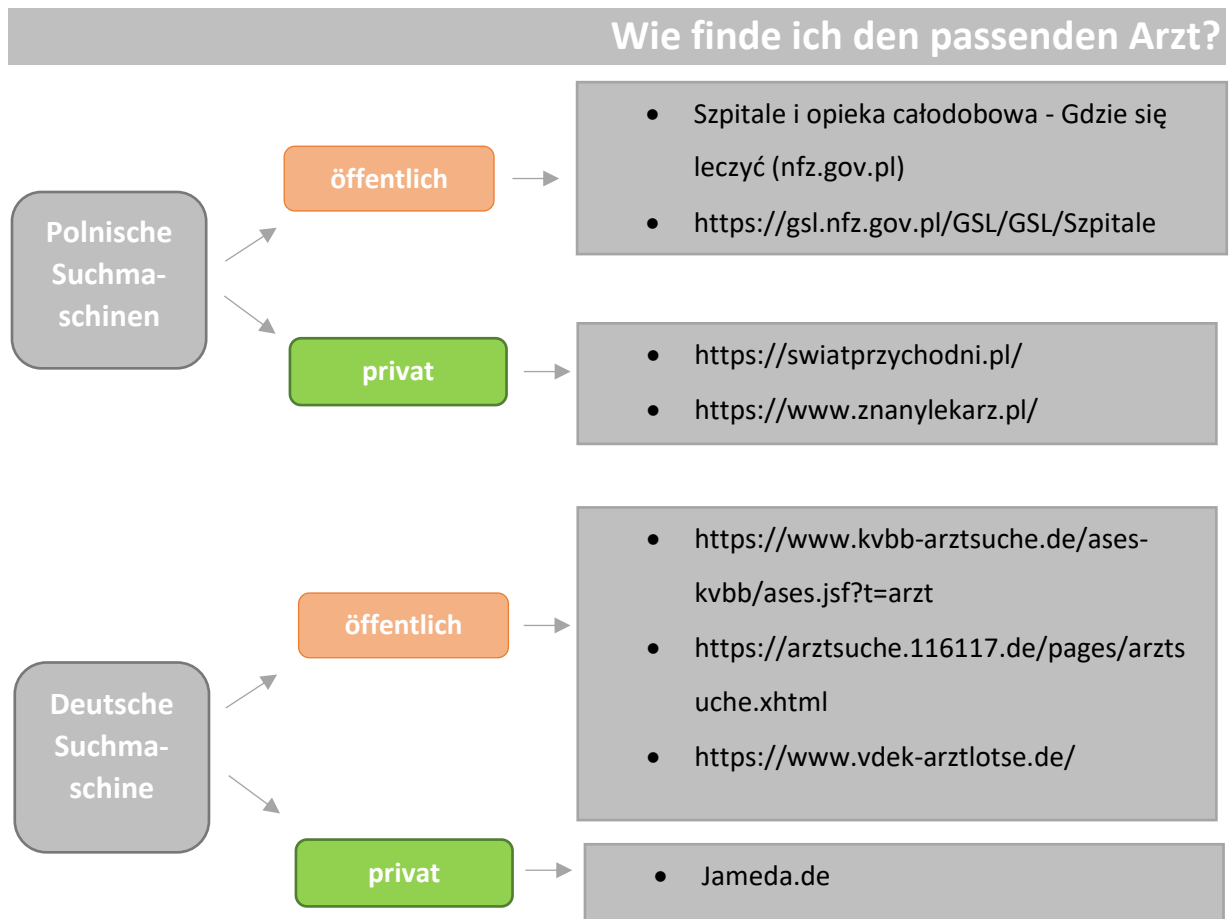


Abbildung 10: Suchmaschinen niedergelassene Ärzte

In Abbildung 10 sind sowohl polnische als auch deutsche Suchmaschinen dargestellt, die den Patient*innen als Orientierungshilfe zum Auffinden der verfügbaren Praxen dienen können. Inhalt eines zukünftigen Projektes könnte die Erstellung einer interaktiven Karte mit den Praxis-Standorten auf polnischer und deutscher Seite im Grenzraum sein.

4.2.2 Ergänzende Ressourcen zur ambulanten Versorgung

Neben den Angeboten zu ärztlichen ambulanten Behandlungen im Punkt 4.2.1 verfügen die Grenzstädte Guben und Gubin über weitere Ressourcen zur ambulanten Versorgung der Patient*innen, wie Physiotherapie, Ergotherapie, Palliativmedizin, häusliche Krankenpflege, Altersversorgung, Sanitätshäuser und Apotheken.

Eine radiologische ambulante Versorgung ist in Guben in einer orthopädischen Gemeinschaftspraxis (Orthopädische Praxis Dr. Wuttke-Dr. Apitz) fachspezifisch vorhanden. In Gubin gibt es eine radiologische Praxis an einem medizinischen Versorgungszentrum (Wojskowa Specjalistyczna Przychodnia Lekarska).

Eine ambulante Klinik für Strahlendiagnostik existiert in Guben nicht, da es keine*n niedergelassene*n Radiolog*innen gibt. Für ambulante Notfälle findet die radiologische Diagnostik in der Zentralen Notaufnahme des Naemi-Wilke-Stift statt. Mit den Arztpraxen der Medizinischen Einrichtungsgesellschaft mbH in Guben (Tochtergesellschaft des Naemi-Wilke-Stift) wurde eine Kooperationsvereinbarung geschlossen, auf dessen Basis die Röntgenanlagen des Krankenhauses genutzt werden. Eine endoskopische und sonographische Funktionsdiagnostik wird für ambulante Patient*innen im Rahmen einer Ermächtigung im Naemi-Wilke-Stift angeboten. Auf der polnischen Seite der Doppelstadt gibt es diese Angebote nicht.

4.3 Notfallversorgung

Kranke, Verletzte oder Hilfebedürftige, die keine Notfallpatient*innen sind, werden nach ärztlicher Beurteilung mit einem Krankentransportwagen befördert. Dazu gehören Transporte zur stationären Aufnahme in ein Krankenhaus, zur Entlassung aus der stationären Behandlung und Verlegungsfahrten zwischen Krankenhäusern.

Auf der deutschen Seite der Doppelstadt existiert eine Zentrale Notaufnahme im Krankenhaus Naemi-Wilke-Stift. Diese dient als Anlaufstelle für alle dringend zu versorgenden medizinischen Notfälle, welche mit einem Rettungswagen in das Krankenhaus gebracht werden, beziehungsweise die eigenständig die Notaufnahme aufsuchen. Verantwortlicher Träger des Rettungsdienstes ist, entsprechend des Brandenburgischen Rettungsdienstgesetzes, der Landkreis Spree-Neiße. Der Landkreis ist somit für die flächendeckende bedarfsgerechte Notfallrettung und den Krankentransport zuständig. Zur Erfüllung dieser Aufgaben hat der Landkreis Spree-Neiße sieben Rettungswachen, in denen medizinisch qualifiziertes Personal, Rettungsfahrzeuge und medizinische Ausrüstungen vorgehalten werden. Die Rettungswache der Stadt Guben befindet sich im Stadtgebiet, in einer kurzen Entfernung vom Krankenhaus. (s. Abb. 11) Dort sind Rettungswagen (RTW) und Krankentransportfahrzeuge stationiert. Über einen entsprechenden Vertrag mit dem Landkreis betreibt das Unternehmen „Falck“ in Guben als Drittanbieter, mit seinem Personal, die Rettungswachen. (Landkreis Spree-Neiße)



Abbildung 11: Notfallversorgung in der Eurostadt (openstreetmap.org)

Die regionale "**Leitstelle Lausitz**", nimmt rund um die Uhr telefonisch alle Notrufe, Hilfeersuchen und Brandmeldungen der Stadt Cottbus, der Landkreise Spree-Neiße, Oberspreewald-Lausitz, Dahme-Spreewald und Elbe-Elster entgegen. Von dort erfolgt die Alarmierung der benötigten Einsatzkräfte.

Zur Absicherung der Notfallversorgung mit speziell ausgebildeten Notärzt*innen hat der Landkreis Spree-Neiße Verträge mit den Krankenhäusern im Gebiet geschlossen, so auch mit dem Krankenhaus Naemi-Wilke-Stift. Wird der Notarzt/die Notärztin benötigt, erfolgt die Einsatzalarmierung durch die Leitstelle Lausitz. Der Notarzt/Die Notärztin gelangt mit einem Notarzteinsatzfahrzeug und einem/einer Rettungsassistent*in an den Einsatzort.

Verantwortlicher Träger des polnischen Rettungsdienstes in der Region ist das **Woiwodschaftsamt Lubuskie**. Für diesen Bereich stehen 54 Rettungsteams mit Fahrzeugen und entsprechender Notfallausrüstung zur Verfügung. Auf der polnischen Seite der Eurostadt sind auf dem Gelände des ehemaligen städtischen Krankenhauses Gubin zwei Krankenfahrzeuge stationiert. (s. Abb. 11)

Diese Fahrzeuge sind Krankenwagen der Kategorie P und S. Die Koordination dieser Fahrzeuge erfolgt von der Leitstelle in Gorzów Wielkopolski. Der Krankenwagen S – „Karetka specjalistyczna“ ist für lebensbedrohliche Notfälle mit Reanimationstechnik ausgestattet und ist mit einem Team von mindestens drei Personen, von denen mindestens eine*r der Arzt/die Ärztin ist, besetzt.



Abbildung 12: S-Krankenwagen

Krankenwagen P - „Karetka podstawowa“ - Der Basis-Krankenwagen (P-Krankenwagen) ist mit mindestens zwei Rettungsassistent*innen oder Krankenschwestern besetzt. Die P-Ambulanzausrüstung ist für Situationen wie Unfälle, Verletzungen und Krankheiten geeignet, in denen die S-Ambulanz nicht benötigt wird.



Abbildung 13: P-Krankenwagen

Die Besatzung der Krankenfahrzeuge, bestehend aus Ärzt*innen und Rettungsassistent*innen, ist dem Krankenhaus in Krosno Odrzańskie zugeordnet und wird von der oben genannten Leitstelle koordiniert. Diese Fahrzeuge und das medizinische Personal stehen für die tägliche Notfallversorgung zur Verfügung. Darüber hinaus gibt es in Gubin einen weiteren Anlaufpunkt für Notfallpatient*innen, die Nacht- und Feiertagsversorgung (Punkt Świątecznej i Nocnej Pomocy). Zu den Aufgaben der Nacht- und Feiertagsversorgung gehören insbesondere die Leistung von Notfallhilfe an Feiertagen und nachts.

Dies konkret montags bis freitags von 18.00 Uhr bis 8.00 Uhr und an Feiertagen (24 Stunden am Tag). Dieser Dienst ist ebenfalls ein Bestandteil der Aufgaben des Krankenhauses in Krosno Odrzańskie (Außenstelle in Gubin). Für die Nacht- und Feiertagsversorgung steht immer ein*e Arzt/Ärztin und ein*e Krankenschwester oder Krankenpfleger zur Verfügung, die bei einer plötzlichen Erkrankung oder bei einer akuten Verschlechterung des Gesundheitszustands helfen können. Diese Art der Versorgung ist annähernd vergleichbar mit dem Bereitschaftsdienst auf der deutschen Seite. (Narodowy Fundusz Zdrowia, 2020)

Die nächstgelegenen Zentralen Notaufnahmen in Krankenhäusern (SOR – Szpitalny Oddział Ratunkowy) befinden sich in weiterer Entfernung, wie der oben dargestellten Abbildung 9 zu entnehmen ist.

5. Entwicklung der Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen in der Grenzregion

Besonders in grenznahen Regionen wird der Bedarf nach medizinischer Versorgung durch die sich verändernde Altersstruktur immer weiter ansteigen. Besonders die steigende Zahl multimorbider Patient*innen führt zu einer höheren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. (Hoffmann & Berg, 2013)

5.1 Zunehmende Mobilität von Patient*innen im Naemi-Wilke-Stift

Im Verlauf der vergangenen Jahre stieg die Zahl polnischer Patient*innen im Naemi-Wilke-Stift immer weiter an. Insgesamt besuchten 2020 (1457) rund acht Mal so viele polnische Bürger*innen das Krankenhaus als im Jahr 2014 (183) und die Nachfrage wird in den nächsten Jahren voraussichtlich weiter ansteigen. Das Versorgungsangebot auf deutscher Seite wird in den nächsten Jahren kontinuierlich ausgebaut. Vor allem im stationären und ambulanten Bereich des Krankenhauses sind zunehmende Patient*innenzahlen zu erkennen (Abb. 14).

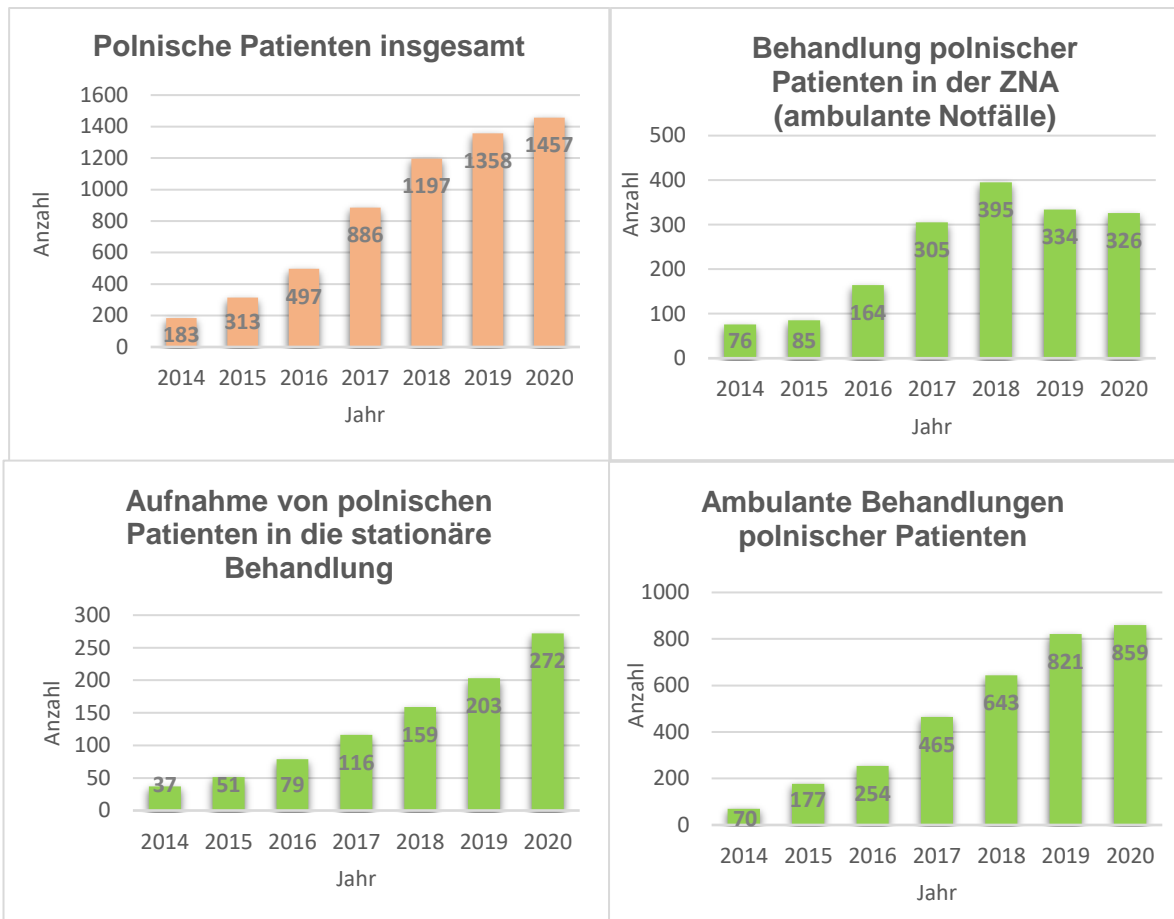


Abbildung 14: Zahl der polnischen Patient*innen

Die in der Abbildung 14 dargestellten Faktoren bewirken diese wachsende Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen:

- Ausländische EU-Staatsangehörige mit sozialversicherungsrechtlicher Beschäftigung in Deutschland nach Staatsangehörigkeiten

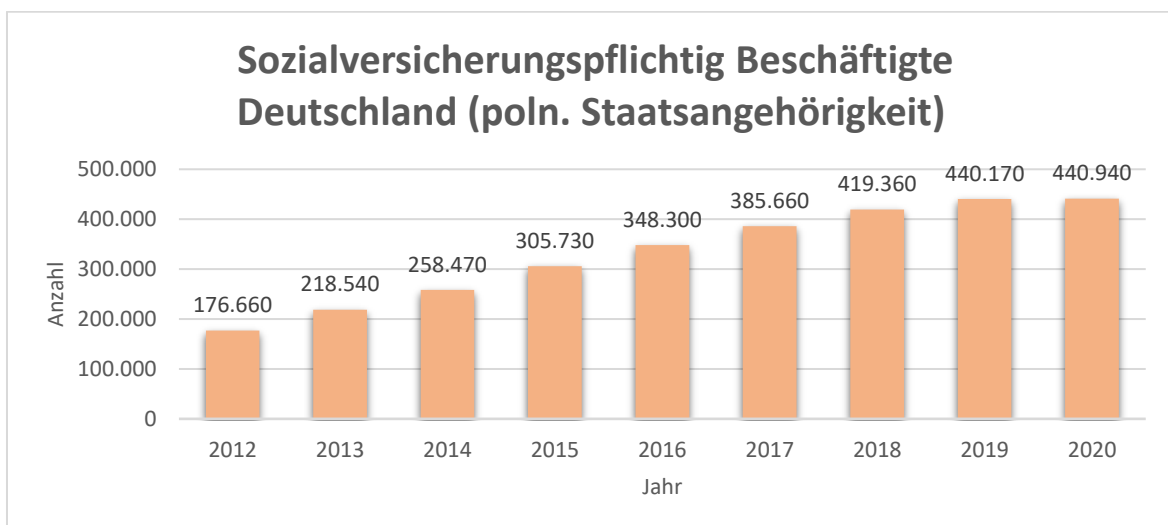


Abbildung 15: Statistik sozialversicherungspflichtiger Beschäftigter polnischer Staatsangehörigkeit in Deutschland (Bundesagentur für Arbeit, 2020)

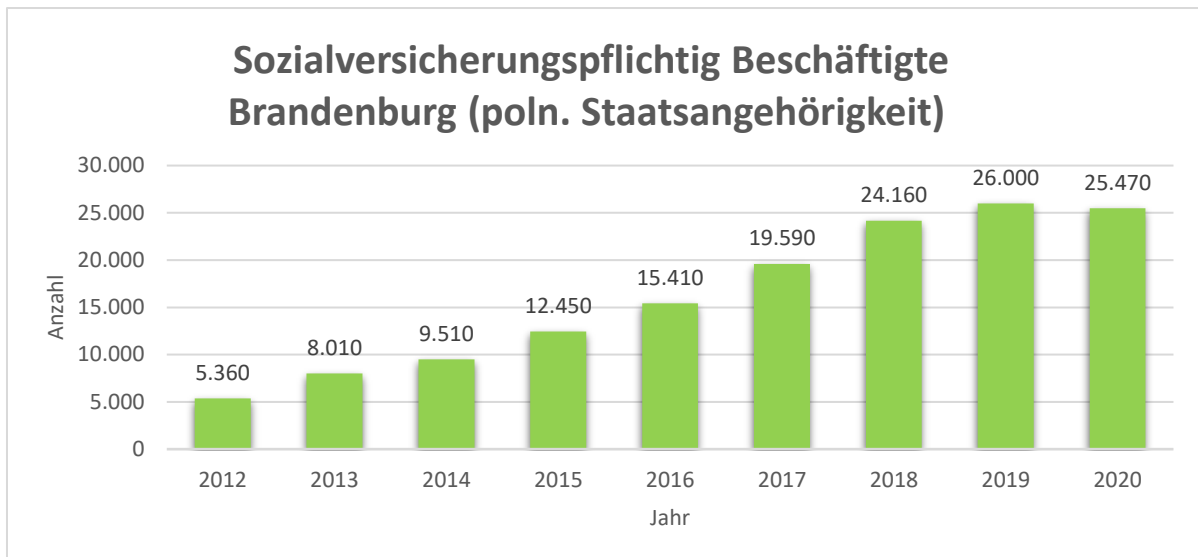


Abbildung 16: Statistik sozialversicherungspflichtiger Beschäftigter polnischer Staatsangehörigkeit in Brandenburg (Bundesagentur für Arbeit, 2020)

Nach einer Studie des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung pendelten Mitte des Jahres 2019 etwa 68.900 Personen von Polen nach Deutschland. Davon waren allein rund 13.800 Personen in Brandenburg beschäftigt. Dies waren erheblich mehr als vor dem Beitritt der osteuropäischen Länder zur EU, als die Pendler*innenzahl in Brandenburg nur knapp 440 Personen betrug. (IHK-Ostbrandenburg, 2020)

5.1.1 Wanderungsanreize polnischer Patient*innen

Seit Polens Beitritt in die EU steht es polnischen Bürger*innen im ambulanten und teilweise im stationären Bereich zu, europaweit frei über ihre Gesundheitsdienstleistungen zu entscheiden. Durch die geografische Lage zu Deutschland nehmen polnische Patient*innen häufig Gesundheitsdienstleistungen auf deutscher Seite in Anspruch. (Müller, 2006)

Anreize, die v.a. für polnische Patient*innen bestehen:

- geografische Nähe
- Qualität der Gesundheitsversorgung in Deutschland
- verringerte Wartezeiten in allen Bereichen

Hindernisse für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung sind vor allem:

- Sprachprobleme
- Kosten/Erstattung (Müller, 2006)

Im Rahmen einer von der Europäischen Kommission in Auftrag gegebenen öffentlichen Meinungsumfrage polnischer Patient*innen im Rahmen des Eurobarometers 82.2 wurde erhoben, aus welchen Gründen eine medizinische Behandlung in einem anderen EU-Land angestrebt wird. Die folgende Abbildung gibt darüber Auskunft.

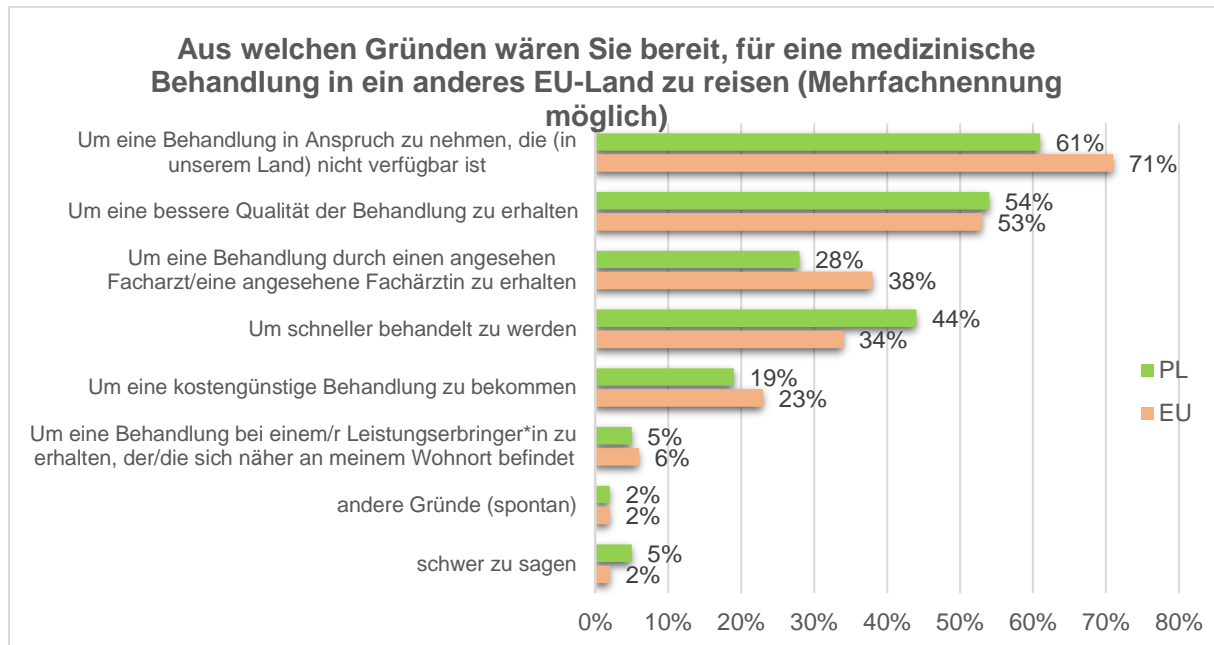


Abbildung 17: Patientenrecht in der EU, Daten zu Polen (Eurobarometer, 2014) (Riedel, 2016)

5.1.2 Wanderungsanreize deutscher Patient*innen

Patient*innen aus Deutschland nehmen Gesundheitsleistungen auf polnischer Seite häufig im zahnärztlichen Bereich wahr. Auch im Kur- und Wellnessbereich nutzen deutsche Bürgerinnen und Bürger die Angebote in Polen. Polnische Zahnärzt*innen sind aufgrund ihrer geringeren Kosten und ihrer hohen Qualität ein beliebtes Ziel deutscher Mitglieder der gesetzlichen Krankenkasse (GKV). Auch für deutsche Patient*innen wirkt die Grenznähe zu Polen als positiver Anreiz bei der Entscheidung der Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen außerhalb des Heimatlandes.

Anreize für deutsche Patient*innen:

- Preisvorteile
- geografische Nähe
- Sprache (viele polnische Ärzt*innen sprechen Deutsch)

Hindernisse:

- geringe Versorgungsdichte auf polnischer Seite (Müller, 2006)

6. Handlungsoptionen der grenzüberschreitenden Kooperation

6.1 Betrachtung der Kooperationsmöglichkeiten

Zur Überwindung rechtlicher und administrativer Hindernisse können verschiedene Kooperationen gebildet werden, die eine grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung erleichtern.

Folgende Arten der Kooperation sind möglich:

1. „grenzüberschreitende Koordination/Vernetzung von Akteur*innen des Gesundheitswesens
2. grenzüberschreitende Leistungserbringung für Patient*innen aus dem Ausland durch inländische Einrichtungen und
3. institutionalisierte Zusammenarbeit durch Errichtung einer gemeinsam getragenen Einrichtung“ (Kleinböhmer und Partner, 2021, S. 15)

„Die Koordinationsprojekte zielen hauptsächlich auf die Vernetzung von gemeinsamen Aktivitäten. In diesen Projekten wird die Kooperation von mehreren Akteuren vor allem koordiniert und abgestimmt. Dagegen steht hier die Versorgung mit den Gesundheitsdienstleistungen nicht im Vordergrund der Projektaktivitäten. Es geht mehr um die Vorbereitung von Rahmenbedingungen (auch technisch) für den Austausch zwischen den beteiligten Akteuren der grenzüberschreitenden Kooperation.“ (Kleinböhmer und Partner, 2021, S. 15) „Für die Koordinationsprojekte werden in der Regel mindestens zwei Partner von beiden Seiten der Grenze notwendig, die ihre Handlungen miteinander abstimmen. Zurzeit gibt es in Gubin keinen Partner in der Gesundheitsvorsorge, der als Partner fungieren könnte. Das nächste benachbarte Krankenhaus auf polnischer Seite befindet sich in Krosno Odrzańskie um 33 km entfernt. Wegen dieser Entfernung ist das Krankenhaus in Krosno Odrzańskie zunächst kein geeigneter Partner für die Sicherstellung von flächendeckenden Angeboten für die Bewohner der Eurostadt Guben-Gubin. Das Koordinationsmodell ist geeignet, wenn die Partner unterschiedliche Leistungen anbieten und mit der Abstimmung ein lückenloses Angebot schaffen wollen. Dies ist hier aber nicht der Fall, da (...) [das] Naemi-Wilke-Stift komplexe Leistungen anbietet und zurzeit kein Ergänzungsbedarf besteht.“ (Kleinböhmer und Partner, 2021, S. 17-18)

Die grenzüberschreitende Leistungserbringung zielt, anders als im Falle der Koordinationsprojekte, auf die Behandlung von ausländischen Patient*innen in einer inländischen Gesundheitseinrichtung „auf Grundlage eines entsprechenden Vertrages mit Träger der ausländischen Krankenversicherung. Gegenstand des Projektes ist daher die Nutzung der inländischen Gesundheitseinrichtungen durch Patienten beiderseits der Grenze.“ (Kleinböhmer und Partner, 2021, S. 18)

Für die Eurostadt Guben-Gubin kann das Modell der zwischenstaatlichen Leistungserbringung empfohlen werden, da es auf deutscher Seite einen Dienstleister in der Gesundheitsversorgung gibt. Die Umsetzung ist durch zwei Wege möglich: einerseits kann die europäische Gesundheitskarte (EKVK) genutzt werden ohne, dass ein Vertrag zwischen dem Naemi-Wilke-Stift und der polnischen Krankenversicherung geschlossen wird. Andererseits besteht die Möglichkeit, einen Leistungserbringungsvertrag zwischen dem NFZ mit dem Naemi-Wilke-Stift abzuschließen.

Die dritte Art der Kooperation ist die institutionalisierte Kooperation. Diese „zeichnet sich durch die Errichtung einer grenzüberschreitenden Einrichtung aus, die im Auftrag von zuständigen Stellen aus mindestens zwei Mitgliedsstaaten die Gesundheitsdienstleistungen für die Bevölkerung des Grenzgebietes erbringt und sich direkt mit den Auftraggebern abrechnet. Es handelt sich daher um eine gemeinsame Einrichtung, die Patient*innen aus mehreren Staaten behandelt, als ob sie in einem Mitgliedsstaat (in der Regel im Sitzstaat der Einrichtung versichert wären.“ (Kleinböhmer und Partner, 2021, S. 26) „Diese Lösung könnte auch zur Herstellung eines Angebotes für die gesamte Bevölkerung der Eurostadt Guben-Gubin beitragen.“ (Kleinböhmer und Partner, 2021, S. 28) Konkret würde das bedeuten, dass das Naemi-Wilke-Stift eine eigene Einrichtung in Gubin gründet, „die als Dienstleistungserbringer den Vertrag zur Dienstleistungserbringung mit der polnischen Krankenversicherung abschließt und die Dienstleistung für polnische Versicherte in Gubin leistet.“ (Kleinböhmer und Partner, 2021, S. 29)

Beispiele von Kooperationen, die in anderen grenzüberschreitenden Projekten stattgefunden haben:

- Staatsverträge zwischen Mitgliedsstaaten
- Gründung von Vereinen
- Abkommen zwischen Krankenkassen

Mehrwert, der durch Kooperationsnetzwerke entstanden ist:

- Grenzeffekte verringert/beseitigt
- Möglichkeit der medizinischen Versorgung beidseits der Grenze ohne Zustimmung der Sozialversicherung (sowohl ambulant als auch stationär)

6.2 Handlungsempfehlung

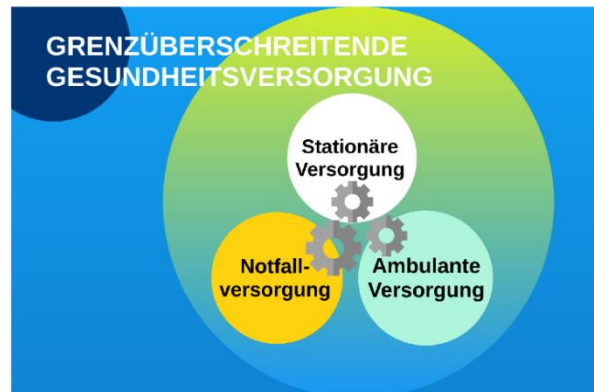
Ausgehend von den im Punkt 6.1 genannten und möglichen Formen der Kooperation ergeben sich folgende Schlussfolgerungen:

1. „Aus dem Unionsrecht ergeben sich keine direkten Regelungen, die die grenzüberschreitende Zusammenarbeit von Gesundheitseinrichtungen aus Deutschland und Polen regeln;
2. Die nationalen Regelungen aus Deutschland und Polen erlauben die grenzüberschreitende Kooperation nur beschränktem Maß.
3. Aus den oben untersuchten Konstellationen zu empfehlen sind
 - a) der Abschluss eines direkten Vertrages zwischen der Naemi-Wilke-Stift und polnischer Krankenversicherung (NFZ) über die Erbringung von Gesundheitsleistungen für polnische Versicherte aus Gubin oder
 - b) Gründung durch die Naemi-Wilke-Stift in Gubin einer Gesundheitseinrichtung, die mit dem NFZ einen Vertrag über die Erbringung von Gesundheitsleistungen abschließt und ausschließlich polnische Versicherte in Gubin versorgt.“ (Kleinböhmer und Partner, 2021, S. 30)

Die vollständige Publikation der Kanzlei Kleinböhmer und Partner liegt der Studie als Anlage 10 bei.

7. Praktische Handlungsansätze und empfohlene Strategien zum grenzüberschreitenden Angebot medizinischer Dienstleistungen in der Eurostadt Guben-Gubin

Dieser Punkt der Studie ist darauf ausgerichtet, praktische Handlungsansätze und Vorgehensweisen aufzuzeigen, um den Zugang zu den stationären und ambulanten Behandlungsmöglichkeiten im Sinne medizinischer Dienstleistungen zu ermöglichen.



Die während des Projektes gewonnenen Erfahrungen, welche aufgrund von Meinungsäußerungen von Patient*innen im Rahmen von Informationsveranstaltungen und auch in den Büros der Euroregion Spree-Neiße-Bober und des deutsch-polnischen Koordinierungsbüros gesammelt wurden, haben gezeigt, dass zuerst die Begrifflichkeiten und Abläufe erklärt werden müssen. Das gilt vor allem für die Patient*innen, aber auch für das medizinische Personal der Gesundheitseinrichtungen.

In Abhängigkeit vom Versicherungsstatus und Wohnsitz der Patient*innen konnte man während der Projektdurchführung in den medizinischen Einrichtungen der Eurostadt Guben-Gubin verschiedene Gruppen von Leistungsempfänger*innen unterscheiden, die sich wie folgt aufteilen:

1. Grenzgänger*innen³ also Personen, die in einem Land arbeiten und in dem anderem wohnen (sowohl Polen als auch Deutsche)
2. Die Angehörigen der Grenzgänger*innen
3. Polnische Bürger*innen, die in Polen versichert sind mit Wohnsitz auch in Polen (mit einer geplanten Behandlung in Deutschland)
4. Polnische Bürger*innen, die in Polen versichert sind mit Wohnsitz auch in Polen (mit einer ungeplanten Behandlung in Deutschland)
5. Polnische Bürger*innen, die in Polen versichert sind mit Wohnsitz in Deutschland
6. Deutsche Bürger*innen, die eine Behandlung in Polen, in Anspruch nehmen wollen.
7. Deutsche Bürger*innen, die einen Unfall in Polen erlitten haben, in einem polnischen Krankenhaus behandelt wurden und zur weiteren Behandlung nach Deutschland zurückgekommen sind

³ Ein/e Grenzgänger*in ist eine Person, die in einem Mitgliedstaat eine Beschäftigung oder eine selbstständige Erwerbstätigkeit ausübt und in einem anderen Mitgliedstaat wohnt, in den sie in der Regel täglich, mindestens jedoch einmal wöchentlich zurückkehrt (VO (EG) Nr. 883/ 2004).

8. Polnische Bürger*innen, die in Deutschland versichert sind mit Wohnsitz in Deutschland (wie deutsche Versicherte, aber aufgrund der sprachlichen Gegebenheiten als gesonderte Gruppe zu betrachten sind)
9. Patient*innen mit einer privaten Versicherung
10. Patient*innen ohne Versicherungsstatus mit ungeklärtem Wohnsitz

Die Analyse der vorhandenen Dokumentation aus anderen Grenzregionen hat gezeigt, dass es noch weitere Gruppen von Patient*innen in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung gibt, unter anderem z.B. ehemalige Grenzgänger*innen oder Grenzgänger*innen mit Mehrfachbeschäftigung in mehreren Ländern.

Anhand der genannten Patient*innengruppen wurden während des Projektes zuerst die Problemfelder definiert. Nach der Analyse konkreter Probleme wurden jeweils Handlungsoptionen und Lösungswege erarbeitet. Diese sind:

Ambulante Versorgung

Patient*innengruppen

- ambulante Operationen von polnischen Patient*innen als Selbstzahler*innen bzw. privat Versicherte (Antrag auf Erstattung der Kosten vom nationalen Gesundheitsfonds (NFZ) möglich, vorherige Genehmigung erforderlich)
- ambulante Behandlung polnischer und deutscher Patient*innen in einer Praxis für Selbstzahler*innen bzw. Patient*innen mit einer privaten Versicherung
- polnische Patient*innen mit Wohnsitz in Deutschland mit vorheriger Genehmigung des NFZ (auslandsversichert bei einer deutschen Krankenkasse)
- polnische Patient*innen mit bestehendem Arbeitsverhältnis in Deutschland, einschließlich Familienversicherte mit Wohnsitz in Polen

Problemfelder

- Vorfinanzierung
- Sprachprobleme
- Übersetzung der medizinischen Unterlagen
- Antragsstellung/Formulare
- Kommunikation der Patienten mit den Krankenkassen/NFZ
- Abrechnung in Polen über ICD-9

Stationäre Versorgung

Patient*innengruppen

- polnische Patient*innen mit Genehmigung vom NFZ
- Patient*innen mit privater Versicherung
- polnische Patient*innen mit Wohnsitz in Deutschland (dies bedarf einer Genehmigung seitens des NFZ)
- polnische Patient*innen mit bestehendem Arbeitsverhältnis in Deutschland einschließlich Familienversicherte mit Wohnsitz in Polen bzw. Deutschland

Problemfelder

- Vorfinanzierung
- Sprachprobleme
- Übersetzung der bisherigen medizinischen Unterlagen
- Kommunikation der Patient*innen mit den Krankenkassen/NFZ

Notfallversorgung

- deutschen und polnischen Bürger*innen wird bei einem Notfall im jeweils anderen Land eine Notfallversorgung gewährt
- Voraussetzungen für die kostenlose Inanspruchnahme der Notfallversorgung ist der Besitz einer Europäischen Krankenversicherungskarte (EHIC)

Problemfelder

- Sprachprobleme
- EHIC gilt in Polen nur für einen begrenzten Zeitraum
- polnische Bürger*innen sollen regelmäßig Anträge für EHIC stellen

Abbildung 18: Versorgungsformen

Zur Darstellung von konkreten Lösungen und Handlungsleitfäden konzentriert sich die Studie in der weiteren Betrachtung vor allem auf die folgenden Hauptgruppen:

- Grenzgänger-Patient*innen
- Patient*innen in geplanter Behandlung
- Patient*innen in ungeplanter Behandlung

7.1. Praktische Handlungsleitfäden für Grenzgänger*innen

Im Rahmen der Projektdurchführung hat sich gezeigt, dass die Grenzgänger*innen eine der größten Patient*innengruppen darstellen. Das sind z.B. polnische Bürger*innen, die in Polen wohnen und in Deutschland beschäftigt und versichert sind oder in Deutschland wohnen und in Polen beschäftigt sind. Dies gilt analog auch für deutsche Bürger*innen. Die Charakteristik dieser Gruppe ist sehr differenziert. Sie reicht von den Patient*innen mit sehr guten Sprachkenntnissen und dem Wissen über das deutsche bzw. das polnische Gesundheitssystem, weil sie beispielsweise jahrelang im jeweiligen Nachbarland beschäftigt sind, bis hin zu den Personen, die weder die Sprache noch das System kennen und auf die Hilfe Dritter angewiesen sind. Diese Patient*innen suchen in erster Linie Ärzt*innen auf, die ihre Sprache sprechen, sorgen selbst für einen Dolmetscher oder verlassen sich darauf, dass das Krankenhaus oder die Praxis diese Hilfe bereitstellen. Die Erfahrungen aus dem Projekt haben gezeigt, dass es notwendig ist, beide Seiten, d.h. sowohl die Patient*innen als auch das medizinische Personal und die Kliniken zu sensibilisieren, um alle Prozesse mit Geduld und Verständnis anzugehen. Die Arbeit mit einem/r Dolmetscher*in oder mit einem/r fremdsprachigen Patient*in verlängert den Prozess des Umgangs mit dem/r Patient*in und erfordert Offenheit für mentale und kulturelle Unterschiede. Die Arbeitsleistungen der Grenzgänger*innen sind für die deutsche Wirtschaft ein großer Gewinn und wie die IHK-Studie zeigt, profitieren Unternehmen aller Größenklassen von dieser Arbeitnehmer*innengruppe. (IHK-Ostbrandenburg, 2020, S. 7)

Im Folgenden wird nur auf die Beschäftigten Grenzgänger*innen – nicht auf selbstständig Erwerbstätige – eingegangen. Diese Thematik könnte Gegenstand eines folgenden EU-Projektes sein. Für die Versicherung der Grenzgänger*innen ist der Krankenversicherungsträger am Arbeitsort zuständig. Die Gesundheitsleistungen können sie aber sowohl in dem Land in Anspruch nehmen, in dem sie versichert sind, als auch in dem Land, in dem ihr Wohnsitz liegt. Um diese Behandlungsmöglichkeiten unproblematisch nutzen zu können, müssen die Grenzgänger*innen eine S1-Bescheinigung⁴ (Portable Dokument S1, ehemals E106) haben. Mit dem Formular S1 können gesetzliche Krankenversicherte in ihrem Wohnsitzland zum Arzt/zur Ärztin gehen, selbst wenn sie in einem anderen EU-Staat krankenversichert sind. Sie haben somit Anspruch auf alle Gesundheitsleistungen, wie sie nach den Gesetzen im Wohnsitzland getragen werden, als ob sie bei der Krankenkasse versichert wären.

⁴ S1 -Bescheinigung (Portable Dokument S1) - Gesundheitsversorgung im Wohnsitzland bei Versicherung im anderen Staat - Bescheinigung über den Anspruch auf Gesundheitsleistungen, wenn die Bürger nicht in dem Land leben, in dem sie versichert sind.

Anfallende Kosten im Wohnsitzland werden dann durch die Krankenversicherung im EU-Ausland übernommen. (Krankenkassen Deutschland, 2021) Das Formular S1 befindet sich im Anhang (Anlage 1).

The image shows two versions of the S1 form, titled 'Eintragung zwecks Inanspruchnahme des Krankenversicherungsschutzes' (Registration for the purpose of claiming health insurance protection). Both forms are under the heading 'Koordination der Systeme der sozialen Sicherheit' (Coordination of the social security systems).

Left Form (Holder): '1. ANGABEN ZUR PERSON DES INHABERS/DER INHABERIN'. It includes fields for personal identification number, name, birth date, and address. It also has checkboxes for family status and caregiver status.

Right Form (Insured Person): '3. ANGABEN ZUR PERSON DES/DER VERSICHERTEN'. It includes fields for personal identification number, name, birth date, and address. It also has checkboxes for family status and caregiver status.

Footnote: (*) Liegen dem Träger hierzu keine Angaben vor, informiert die/der Inhaber/in diesen entsprechend.

Abbildung 19: Formular S1 (Krankenkassen Deutschland, 2021) s. Anlage 1

Um das Formular S1 zu bekommen, ist es für polnische Bürger*innen erforderlich, einen Antrag beim NFZ zu stellen. Das Antragsformular befindet sich zur Ansicht im Anhang (Anlage 2).

Während die Europäische Krankenversicherungskarte nur Kurzaufenthalte und medizinische Notfälle abdeckt, können die Patient*innen über das Formular S1 auch geplante Behandlungen und Routineuntersuchungen bei längeren Aufenthalten im EU-Ausland wahrnehmen. Sachleistungen umfassen medizinische und zahnärztliche Behandlung, Arzneimittel und Krankenhausbehandlung.

Fallbeispiel:

Frau Anna Musterfrau arbeitet in Guben (DE), lebt aber in Gubin (PL) und geht auch dort regelmäßig zu ihrem Hausarzt. Damit dies möglich ist, muss die Krankenkasse in Deutschland das "Formular S1" ausstellen. Das ausgestellte Formular legt Frau Musterfrau dem Träger der Krankenversicherung des Wohnlandes vor. In ihrem Fall ist das NFZ Lubuskie. Die in Polen erbrachten Leistungen werden dann ihrer Krankenkasse in Deutschland in Rechnung gestellt.

Die Grenzgänger*innen, die sowohl in ihrem Tätigkeitsland als auch in ihrem Wohnsitzland eine Krankenversicherung in Anspruch nehmen wollen, müssen nacheinander zwei vollständige Anträge auf Registrierung bei den zuständigen Kassen stellen: im Land der beruflichen Tätigkeit und im Land des Wohnsitzes.

Dasselbe gilt für eine Person, die sich dafür entscheidet, in das Nachbarland zu ziehen, während sie in ihrem Herkunftsland weiterarbeitet (z.B. eine Person, die in Polen weiterarbeitet und in Deutschland wohnen möchte).

Damit durchläuft der/die Versicherte zwei vollständige Registrierungsverfahren, die als Verwaltungsaufwand anzusehen sind. In einigen Fällen kann die doppelte Registrierung **einen größeren administrativen Aufwand** verursachen, besonders wenn:

- die versicherte Person die Sprache des Wohnstaates nicht (oder nicht perfekt) spricht und Formulare in dieser Sprache ausfüllen muss;
- die versicherte Person nicht die Staatsangehörigkeit des Wohnsitzstaates besitzt und bestimmte Dokumente wie die Geburtsurkunde übersetzen und beglaubigen lassen muss;
- die versicherte Person weder die Staatsangehörigkeit des Wohnsitzstaats noch die Staatsangehörigkeit des Staates, in dem sie arbeitet, hat und bestimmte Dokumente in zwei verschiedene Sprachen übersetzen und beglaubigen lassen muss. (z.B. geflüchtete Personen). (EVTZ Eurodistrikt PAMINA, 2019)

Praktische HINWEISE für Grenzgänger*innen mit Wohnsitz in Polen und Beschäftigung in Deutschland, die in Polen zum Arzt/zur Ärztin gehen:

- Formular S1 so schnell wie möglich beantragen

- Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (in der Sprache der Patient*innen: Krankschreibung, AU-Schein, Krankschein/PLN: zwolnienie lekarskie, L-4) muss in der Papierform vorliegen (nicht digital) und die Diagnose (Diagnose-Code) beinhalten. Die deutschen Krankenkassen benötigen diese für die Erfassung des Leistungsanspruchs. Der/Die Patient*in kann den/die behandelnde/n Arzt/Ärztin darum bitten, zwei Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen auszustellen: eine mit Diagnose für die Krankenkasse und die andere ohne Diagnose zur Übermittlung an den/die Arbeitgeber*in.

Die Angehörigen von Grenzgänger*innen

Wenn der/die Patient*in im Nachbarland als Grenzgänger*in beschäftigt ist, können die Personen, die nach den Rechtsvorschriften des Wohnsitzlands als Familienangehörige anerkannt werden, dank dem Formular S1 sowohl im Beschäftigungs- als auch im Wohnsitzland von demselben Leistungsumfang profitieren, wie der/die Grenzgänger*in.

Anmerkung:

- Die Angehörigen müssen keine Beiträge leisten;
- Ein Kind, bei dem nur ein Elternteil Grenzgänger*in ist, wird obligatorisch bei dem Elternteil mitversichert, das im Wohnsitzland des Kindes berufstätig ist.

Ehemalige Grenzgänger*innen und deren Angehörige

Bei ehemaligen Grenzgänger*innen muss zwischen zwei Situationen unterschieden werden. Die Regeln gelten auch für deren Angehörigen.

Situation 1: Der/Die Patient*in ist weiterhin in seinem ehemaligen Beschäftigungsland (primär) krankenversichert

Dieser Fall betrifft insbesondere die ehemaligen Grenzgänger*innen, die nur Rente aus dem ehemaligen Beschäftigungsland beziehen. Sie zahlen ihre Beiträge in ihrem ehemaligen Beschäftigungsland und werden dort wie die gesetzlich Versicherten dieses Landes behandelt. Das vom Versicherungsland ausgestellte Formular S1 (ehemals E106) ermöglicht den Patient*innen, sich kostenlos bei einer Krankenversicherung in ihrem Wohnsitzland anzumelden.

Dadurch sind Sie in Ihrem Wohnsitzland hinsichtlich aller Sachleistungen (z. B. ärztliche Behandlungen oder Einlösen von ärztlichen Verordnungen) den gesetzlich Versicherten dieses Landes gleichgestellt. Zu beachten ist, dass mit dem Formular S1 kein Anspruch auf Geldleistungen (z.B. Krankengeld oder Pflegegeld) des Wohnsitzlandes besteht.

Situation 2: Der/Die Patient*in ist in seinem Wohnsitzland krankenversichert

Unter bestimmten Voraussetzungen können sich die Patient*innen von der eigenen Krankenkasse ein **Portable Dokument S3/ Formular S3** ausstellen lassen. Das Formular S3 ermöglicht dem/der ehemaligen Grenzgänger*in, medizinische Behandlungen zu denselben Bedingungen in Anspruch zu nehmen, wie es den Versicherten des betroffenen Staates garantiert ist. Je nach Staat können deshalb Vorauszahlungen für die Behandlung anfallen. Das gleiche Recht haben auch Familienangehörige.

Koordination der Systeme
der sozialen Sicherheit

S3

**Medizinische Behandlung
eines ehemaligen Grenzgängers/einer ehemaligen
Grenzgängerin im Staat der vormaligen Erwerbstätigkeit**
Verordnung (EG) Nr. 883/2004 und Nr. 987/2009 (*)

INFORMATIONEN FÜR DEN/ DIE INHABER/IN

Mit diesem Dokument wird Ihr Anspruch auf bestimmte medizinische Behandlungen im Staat Ihrer vormaligen Erwerbstätigkeit bescheinigt.
Wenn Sie diese Bescheinigung dem Krankenversicherungsträger des Aufenthaltsorts vorlegen, werden Sie zu den gleichen Bedingungen medizinisch behandelt wie Personen, die in diesem Staat versichert sind. Eine Liste mit Krankenversicherungsträgern finden Sie unter: <http://ec.europa.eu/social-security-directory/>

1. ANGABEN ZUR PERSON DES INHABERS/DER INHABERIN

1.1 Persönliche Versicherungsnummer im zuständigen Mitgliedstaat

1.2 Nachname

1.3 Vorname(n)

1.4 Geburtsname (**)

1.5 Geburtsdatum

1.6 Aktuelle Anschrift

1.6.1 Straße, Nr. 1.6.3 Postleitzahl

1.6.2 Ort 1.6.4 Ländercode

1.7 Persönliche Versicherungsnummer im Mitgliedstaat der vormaligen Erwerbstätigkeit

1.8 Status

1.8.1 Ehemaliger Grenzgänger/
Ehemalige Grenzgängerin 1.8.2 Familienangehöriger eines ehemaligen Grenzgängers/
einer ehemaligen Grenzgängerin

2. ANGABEN ZUR BEHANDLUNG

Die oben genannte Person hat Anspruch auf

2.1 Fortsetzung einer Behandlung, die im Staat der vormaligen Erwerbstätigkeit begonnen wurde, d. h. (**)

2.1.1 Art der Behandlung/ Krankheit

2.2 Behandlung im Staat der vormaligen Erwerbstätigkeit (**)

(*) Verordnung (EG) Nr. 883/2004, Artikel 20, und Verordnung (EG) Nr. 987/2009, Artikel 20.
(**) Liegen dem Träger hierzu keine Angaben vor, informiert der/die Inhaber/in diesen entsprechend.
(***) Bitte den Mitgliedstaat der vormaligen Erwerbstätigkeit angeben.

© Europäische Kommission

1/2

Koordination der Systeme
der sozialen Sicherheit

S3

**Medizinische Behandlung
eines ehemaligen Grenzgängers/einer ehemaligen
Grenzgängerin im Staat der vormaligen Erwerbstätigkeit**

3. AUSSTELLENDER TRÄGER

3.1 Name

3.2 Straße, Nr.

3.3 Ort

3.4 Postleitzahl 3.5 Ländercode

3.6 Kenn-Nummer des Trägers

3.7 Faxnummer

3.8 Telefonnummer

3.9 E-Mail

3.10 Datum

3.11 Unterschrift

STEMPEL

2/2

Abbildung 20: Formular S3 (Krankenkassen Deutschland, 2021) s. Anlage 3a (deutsches Formular) und 3b (polnischer Antrag)

Versicherte beantragen das Dokument S3 bei der Krankenkasse, die für Ihre Gesundheitsversorgung aufkommt. Anschließend können sie das Formular bei der Krankenkasse in dem Staat einreichen, in dem sie als Grenzgänger*in gearbeitet haben. Sie haben Anspruch auf medizinische Behandlung in dem Staat ihrer ehemaligen Erwerbstätigkeit, wenn sie eine dort begonnene Behandlung fortsetzen. Auch ihre Familienangehörigen können von diesem Anspruch Gebrauch machen. Die Aufnahme einer neuen Behandlung ist in dem Staat Ihrer ehemaligen Erwerbstätigkeit möglich, wenn die Versicherten dort in den letzten fünf Jahren vor Beginn Ihrer Alters- oder Invaliditätsrente mindestens zwei Jahre als Grenzgänger*in gearbeitet haben. Das gilt nur, wenn ihr jetziges Wohnsitzland und der ehemalige Staat ihrer Erwerbstätigkeit zu folgenden Staaten gehören: Belgien, Deutschland, Spanien, Luxemburg, Österreich und Portugal.

Das Formular S3 kann in zwei Fällen ausgestellt werden:

- Fortsetzung einer medizinischen Behandlung, die im ehemaligen Beschäftigungsland begonnen wurde, unter dem Vorbehalt, dass zum Zeitpunkt des Ruhestands (Rente/Pensionierung oder Erwerbsunfähigkeit) als Grenzgänger*in ein Beschäftigungsverhältnis bestand. Fortsetzung einer Behandlung kennzeichnet die Erkennung, Diagnose und Behandlung einer Erkrankung bis zu deren Ende.
- Beginn einer neuen Behandlung in dem ehemaligen Beschäftigungsland, unter dem Vorbehalt, dass der/die Patient*in in mindestens zwei der letzten fünf Jahre vor dem Ruhestand (Rente/Pensionierung oder Erwerbsunfähigkeit) als Grenzgänger*in beschäftigt war.

Wenn der/die Patient*in keinen Anspruch auf das Formular S3 hat, gelten bei Behandlungen in dem ehemaligen Beschäftigungsland die Regeln, die ferner in dem Punkt 7.2. der Studie „Praktische Handlungsleitfäden für die geplanten Behandlungen“ sowie Punkt 7.3. „Praktische Handlungsleitfäden für die ungeplanten Behandlungen“ beschrieben werden.

Im Projektzeitraum haben wir die Erfahrung gemacht, dass es bei der Bearbeitung von Formular-Anträgen erhebliche Verzögerungen geben kann.

Mitunter beträgt Wartezeit auf die Bestätigung eines beim NFZ eingereichten Antrages zum Erhalt des Formulars S1 bis zu 6 Monaten. Bei Schwangeren, die z.B. die Betreuung einer Hebamme benötigen, kommt hinzu, dass das Dokument S1 oft erst nach der Geburt des Kindes ausgestellt wird, wenn eine Behandlung nicht mehr notwendig ist.

Fallbeispiel: Eine polnische schwangere Patientin, die in Deutschland arbeitstätig und versichert ist und in Polen wohnt, will die Leistungen der polnischen Hebamme in Gubin nutzen. Ihre Entscheidung wird nicht nur von der Sprachbarriere beeinflusst, sondern v.a. auch von dem Umstand der geringen Zugänglichkeit zu den Leistungen der Hebammen auf der deutschen Seite. Sie hat die Möglichkeit die Geburtsschule in Polen zu absolvieren und sich zur Geburt ihres Kindes vorzubereiten. Solange sie offiziell im polnischen Gesundheitssystem durch Ausstellen des Formulars S1 nicht anerkannt ist, muss sie die Kosten für diese Leistungen privat bezahlen und die Rechnungen der eigenen Krankenkasse (oft auch in übersetzter Form) vorlegen. (Quelle: Interview mit der polnischen Hebamme aus Gubin) Die Verfügbarkeit ärztlicher Behandlungsmöglichkeiten ist in den beiden Grenzstädten unterschiedlich ausgeprägt. Zum Beispiel gibt es in Guben aktuell nur eine Kinderärztin. Hingegen sind es in Gubin sechs Kinderärzte.

Problematisch ist auch eine eventuelle ärztliche Weiterbehandlung, z.B. die Notwendigkeit Patient*innen in ein Krankenhaus einzuweisen oder zu einem Facharzt/einer Fachärztin zu überweisen. Trotz der Möglichkeit Sachleistungen beider Systeme zu nutzen, müssen sich Patient*innen bei einem deutschen Vertragsarzt melden, damit dieser z.B. einen Überweisungsschein in ein Krankenhaus ausstellt, auf den von den Krankenkassen akzeptierten Formularen und dann abrechnungsfähig ist. Dieses Problem haben wir durch das „Case Management International“ im Internationalen Patientenbüro des Naemi-Wilke-Stift gelöst, indem die Koordinatorin (Case Manager) den konkreten Behandlungsplan mit den Patient*innen bearbeitet und ihn im gesamten Prozess begleitet.

Praktische HINWEISE für Grenzgänger*innen:

- Die Patient*innen sollten das Formular S1 bzw. S3 so schnell wie möglich beantragen, gleich bei Beschäftigungsbeginn bzw. Renteneintritt
- Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (in der Landessprache der Patient*innen: Krankschreibung, AU-Schein, Krankschein/ PLN: zwolnienie lekarskie, L-4) muss in Papierform vorliegen (nicht digital) und die Diagnose (Diagnose-Code) beinhalten. Die deutschen Krankenkassen benötigen diese für die Erfassung des Leistungsanspruchs. Der/Die Patient*in kann den/die behandelnde/n Arzt/Ärztin darum bitten, zwei Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen auszustellen: eine mit Diagnose für die Krankenkasse und die andere ohne Diagnose zur Übermittlung an den/die Arbeitgeber*in.
- Für die Patient*innen empfiehlt sich sowohl in Deutschland als auch in Polen einen Hausarzt/eine Hausärztin aufzusuchen.
- Die Patient*innen sollten sich von der Krankenkasse beraten lassen, bei der sie versichert sind. Viele Krankenkassen haben für ausländische Patient*innen telefonische Hotlines und unterstützen ihre Kunden sowohl bei der Suche nach dem entsprechenden Arzt/der entsprechenden Ärztin als auch bei der Klärung vieler Formalitäten.
- Zusätzlich ist es von Nutzen seriöse Info-Quellen in Anspruch zu nehmen: Nationale Kontaktstellen, die für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung zuständig sind, bzw. offizielle internationale Beratungs- und Koordinationszentren der medizinischen Einrichtungen (z.B. Internationales Patientenbüro NWS)

Empfehlungen für medizinische Einrichtungen:

- Patient*innen über ihre Rechte, bei der Inanspruchnahme beider Systeme, so schnell wie möglich informieren.
- Grenzüberschreitende Zusammenarbeit mit Hausarzt*innen bei Einweisung oder Überweisung zu einer weiteren Behandlung (z. B. im Krankenhaus oder zur ambulanten Behandlung bei Facharzt*innen)
- Zusammenarbeit mit den Krankenkassen
- Nutzung von Angeboten des Case Managements für internationale Patient*innen
- Gemeinsam Infoveranstaltungen für Patient*innen organisieren
- Zweisprachigkeit fördern (empfehlenswert ist der Einsatz von zweisprachigem medizinischen Personal)
- Wissenstransfer fördern

- Netzwerk der zuständigen Organe und Institutionen kennen und darüber informieren
- Offizielle Info-Quellen auf eigenen Webseiten verlinken (Netzwerk pflegen)

7.2. Praktische Handlungsleitfäden für die geplanten Behandlungen in Deutschland und Polen

Geplante Behandlungen werden von den Patient*innen immer öfter genutzt. Die Gründe, die dies beeinflussen, sind in den Punkten 5.1.1. und 5.1.2. genannt. Während der Projekt-Durchführungszeit wurden auch zahlreiche individuelle Gründe wahrgenommen, welche für geplante Behandlungen von Bürger*innen der Grenzregion im Nachbarland besonders sinnvoll sind. Zu diesen Gründen gehörte z.B. die Tatsache, dass ein/e langjährige/r Mediziner*in seinen Arbeitsplatz ins Nachbarland verlegt hat und der Patient/die Patientin gerade bei ihm weiterbehandelt werden wollte. Zahlreiche Patient*innen, die in der Grenznähe wohnen bemerken die Situation, dass die Entfernung zum nächsten Behandler im EU-Ausland deutlich kürzer ist, als zum/r nächsten Mediziner*in im eigenen Land ist. Die Patient*innen können während einer Behandlung nur von Angehörigen im Nachbarland betreut und unterstützt werden.

Wenn der Patient/die Patientin zum Zwecke der Behandlung ins Ausland reist und das der Grund seines Aufenthalts ist, handelt es sich um eine geplante Behandlung. Geplant ist eine Behandlung auch dann, wenn der Patient/die Patientin seinen Urlaubsaufenthalt gezielt mit einer medizinischen Dienstleistung verknüpft, obwohl die Behandlung bereits vor seinem Urlaub hätte durchgeführt werden können, oder bis auf die Zeit nach dem Urlaub aufgeschoben werden könnte. (Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (DVKA), 2021)

Ob ein Versicherungsträger die Kosten für eine Behandlung im Ausland übernimmt, hängt von bestimmten Voraussetzungen ab. Es sind zwei Sichtweisen zu betrachten. Zum einen die Sicht der Patient*in mit ihrem persönlichen Anspruch und zum anderen die rechtliche Lage.

Rechtliche Betrachtung:

Viele Institutionen, die sich mit der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung beschäftigen, informieren die Patienten von diesen zwei Wegen zum Ziel der Behandlung im Ausland. Dies ist rechtlich korrekt, wirkt jedoch in vielen Fällen bei Patient*innen abschreckend und verwirrend. Das sieht wie folgt aus:

Wenn Personen sich im Nachbarland behandeln lassen wollen, stehen ihnen grundsätzlich zwei Möglichkeiten zur Verfügung:

- a) Anspruch auf Behandlung unmittelbar aus den Europäischen Verordnungen zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (Verordnung (EG) 883/2004 und 987/2009) oder
- b) aus den jeweiligen Umsetzungsvorschriften der Richtlinie 2011/24/EU der einzelnen EU-Staaten.

Die beiden Möglichkeiten unterscheiden sich in den

- Rechtsgrundlagen
- Voraussetzungen für Ihren Anspruch auf die Behandlung
- Zahlungsmodalitäten des Gesundheitsdienstleisters
- Erstattungsmöglichkeiten
- Eigenbeteiligungen und in einigen anderen Punkten. (Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (DVKA), 2021)

Bei der ersten Möglichkeit muss der/die Patient*in im Vorfeld eine Genehmigung von seinem Krankenversicherungsträger einholen. Dieser stellt dem Patienten/der Patientin für die geplante Behandlung einen Vordruck S2 (Portable Dokument S2, Formular S2) aus. Damit wird dokumentiert, dass der/die Patient*in wie eine in Deutschland bzw. in Polen gesetzlich krankenversicherte Person zu behandeln ist und dass die Kosten gemäß den Erstattungssätzen des Landes in dem sie behandelt wurden erstattet werden. Dieses System trifft auf öffentliche Gesundheitsdienstleister zu. Eine Privatbehandlung ist damit nicht abgedeckt.

Bei der zweiten Möglichkeit wünscht der/die Patient*in eine Leistung unter den gleichen Voraussetzungen in Deutschland bzw. in Polen in Anspruch zu nehmen, die sein Krankenversicherungsträger auch im eigenen Land übernehmen würde. Die anfallenden Kosten trägt der/die Patient*in selbst und wird wie eine in Deutschland privat krankenversicherte Person behandelt. Im Nachhinein kann der/die Patient*in bei seinem Krankenversicherungsträger eine Erstattung beantragen. Diese Möglichkeit besteht in allen öffentlichen und privaten Einrichtungen. Die Kosten werden bis zur Höhe der Kosten der betreffenden Behandlung im Heimatland der Patient*innen erstattet, aber nur dann, wenn sie dort Anspruch auf diese Behandlung gehabt hatten.

Beide Wege unterscheiden sich und weisen Vor- und Nachteile auf. Vor einer Entscheidung für einen der beiden Wege sollten sich die Patient*innen immer persönlich von ihren Krankenversicherungsträgern beraten lassen.

Betrachtung aus Sicht der Patient*innen:

Hier ist die Frage bedeutend, was muss man tun, um die gewünschte Behandlung nach Möglichkeit zu günstigsten Konditionen und in kürzester Zeit zu bekommen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass bei den Krankenhausbehandlungen mit mindestens einer Übernachtung oder beim Rückgriff auf hoch spezialisierte medizinische Ausrüstungen (wie z.B.: MRT oder CT) eine Vorabgenehmigung Vordruck S2 (Formular S2, Portable Dokument S2) des Versicherungsträgers (in Deutschland von der jeweiligen Krankenkasse, in Polen NFZ) notwendig ist.

Bei den ambulanten geplanten Behandlungen muss man grundsätzlich keine Genehmigung einholen. Es ist jedoch zu empfehlen, dass die Patient*innen sich zuerst bei dem Versicherungsträger melden, um zu erfahren, welche Behandlungsarten eine Ausnahme von dieser Regel bilden bzw. um zu erfahren, was notwendig wäre, damit eine Rückerstattung möglich wird.

Die folgende Grafik soll einen kurzen Überblick geben:

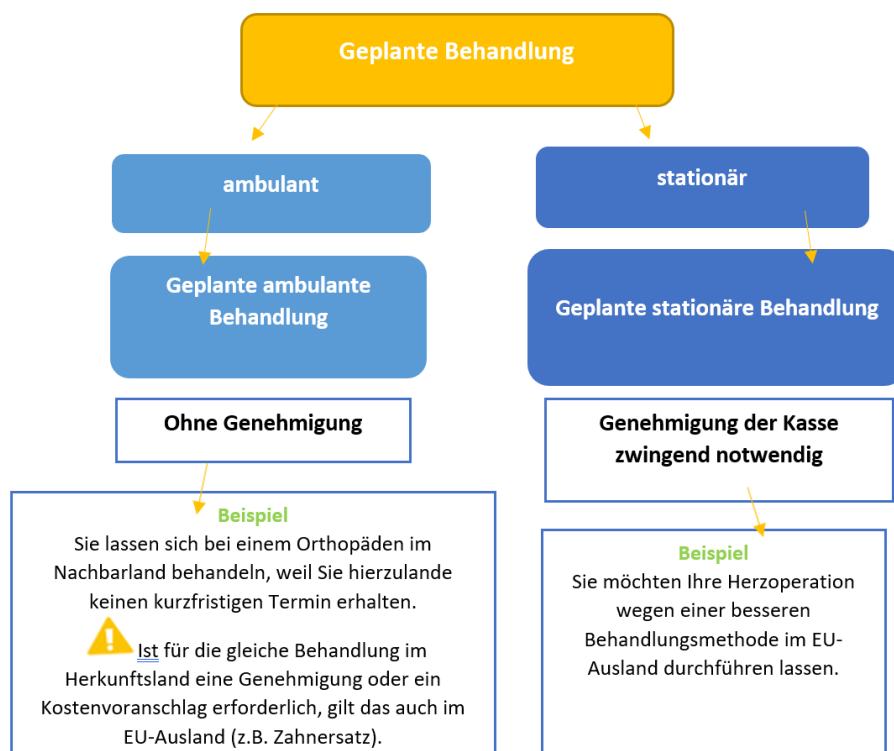


Abbildung 21: Geplante Behandlung im EU-Ausland

7.2.1. Geplante Behandlung - Praktische Handlungsleitfäden für den stationären Bereich

Stationäre geplante medizinische Behandlungen im EU-Ausland werden von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen, wenn der/die Versicherte von ihr zuvor eine Genehmigung eingeholt hat. Ist eine notwendige medizinische Behandlung in dem Staat der Krankenversicherung nicht rechtzeitig möglich, muss die Krankenkasse die Behandlung im Ausland genehmigen. Nachweis für den Anspruch ist das **Portable Dokument S2** (Vordruck S2, Formular S2).

Liegt die Genehmigung vor, werden die Kosten der stationären und auch der ambulanten Versorgung übernommen.

The image shows two pages of the S2 form. The left page (1/2) is titled 'Anspruch auf eine geplante Behandlung' and includes sections for personal data (1. ANGABEN ZUR PERSON DES INHABERS/DER INHABERIN) and treatment details (2. ART UND ORT DER BEHANDLUNG). The right page (2/2) is titled 'Anspruch auf eine geplante Behandlung' and includes section '5. AUSSTELLENDER TRÄGER' with fields for name, address, contact information, and a stamp area.

Abbildung 22: Formular S2 (Krankenkassen Deutschland, 2021) s. Anlage 4a

Auf der Grundlage des Vordruckes S2 werden die Behandlungskosten (grundsätzlich) direkt von dem Versicherungsträger übernommen.

Allerdings darf in Fällen, in denen die erforderliche Behandlung im Land des/der Versicherten zwar möglich ist, diese aber nicht innerhalb eines Zeitraums zu bekommen ist und in Anbetracht des derzeitigen Gesundheitszustandes nötig wäre, die Genehmigung nicht verweigert werden.

Den Vordruck S2 müssen die Patient*innen bei dem Krankenversicherungsträger am Wohnort beantragen und dem in Betracht kommenden Krankenversicherungsträger in dem Land vorlegen, in dem die geplante Behandlung durchgeführt werden soll. Die Behandlung erfolgt zu denselben Behandlungs- und finanziellen Bedingungen wie bei Staatsangehörigen des betreffenden Landes. Das kann bedeuten, dass unter Umständen einen Teil der Kosten im Voraus zu bezahlen ist. (Krankenkassen Deutschland, 2021)

Der NFZ darf beispielsweise keine Behandlungen außerhalb Polens im Rahmen von klinischen Versuchen, experimentellen Behandlungen und Behandlungen, die nicht zu den garantierten Leistungen in Polen gehören, finanzieren.

Außerdem existiert eine Liste der Gesundheitsdienstleistungen, für die die Kostenerstattung der vorherigen Zustimmung des Direktors des Nationalen Gesundheitsfonds bedarf:

- Gesundheitsleistungen, die einen Krankenhausaufenthalt mindestens bis zum nächsten Tag erfordern, unabhängig von der Art der erbrachten Leistungen
- Behandlungen im Rahmen von Arzneimittelprogrammen
- Isotopentherapie
- stereotaktische Teleradiotherapie;
- Protonenstrahl-Hadronen-Teleradiotherapie;
- hyperbare Therapie
- Implantation einer Baclofen-Pumpe zur Behandlung von arzneimittelresistenter Spastik;
- Gentests;
- Positronen-Emissions-Tomographie;
- nuklearmedizinische Untersuchungen (Narodowego Funduszu Zdrowia , 2020)

Dieses System trifft für öffentliche Gesundheitsdienstleister zu. Eine Privatbehandlung ist damit nicht abgedeckt.

Erfahrungen aus dem Projektdurchführungszeitraum

Polnische Patient*innen haben oft Probleme bei der Beantragung des S2 Formulars, weil das Verfahren und das Antragsformular auf der polnischen Seite kompliziert sind. Der Antrag bedeutet, dass sich die Patient*innen entscheiden müssen, welchen rechtlichen Weg sie wählen möchten (s. Anlage 4b). Weiterhin sind viele Hürden zu nehmen, z.B. die Notwendigkeit der Einholung einer Zweitmeinung und Begutachtung durch einen Facharzt/einer Fachärztin, Übersetzung der notwendigen Dokumentation sowie die lange Dauer des Genehmigungs-Verfahrens.

Während des Durchführungszeitraumes des Projektes gab es wenige Patient*innen, die sich entschlossen haben, den Antrag auf Erwerb der Genehmigung S2 zu stellen. Leider haben alle von diesen Patient*innen eine Absage bekommen. Viele Personen, die das Verfahren kennengelernt haben, verzichteten angesichts des hohen Aufwands und beglichen die Kosten für die geplante stationäre Behandlung privat.

In jedem Fall wurde von dem Krankenhaus ein Kostenvoranschlag nach der ersten Untersuchung des/der Patienten/Patientin vorbereitet. Die sich wiederholenden Gründe dafür waren, dass die Patient*innen nicht lange warten oder nicht zu weiter entfernten Kliniken reisen wollten.

Die deutschen Krankenkassen praktizieren individuelle Beratungen mit den Versicherten. Generell brauchen die Patient*innen die gleichen Unterlagen. Sehr häufig müssen ein Kostenvoranschlag bzw. eine medizinische Dokumentation eingereicht werden. Der Antrag ist oftmals formlos einzureichen. In Polen geschieht das mit dem erwähnten Antragsformular.

Seitens der deutschen Krankenkassen gibt es aus unserer Sicht auch Ablehnungen für die Behandlung im Nachbarland. Die Patient*innen verzichten dann auf die Behandlung und suchen sich Hilfe in Deutschland. Es besteht die Möglichkeit in Widerspruch zu gehen.

Falls es Schwierigkeiten mit einer Behörde oder mit dem Versicherungsträger gibt und die Betroffenen der Meinung sind, dass die Regelungen des EU-Rechts nicht eingehalten wurden, kann die kostenlose Service-Einrichtung SOLVIT helfen: (http://ec.europa.eu/solvit/index_de.htm). Diese Einrichtung der EU soll den Betroffenen helfen, die Rechte der EU bei den Behörden durchzusetzen. Dazu gibt es ein Online-Formular in allen Sprachen der EU. Innerhalb einer Woche soll SOLVIT Kontakt mit den Betroffenen aufnehmen.

Fallbeispiel:

Herr Jan Mustermann ist in Deutschland krankenversichert und wohnt hier schon seit über 10 Jahren, er hat keinen Grenzgänger-Status mehr. Er will die Augen-OP bei dem Augenarzt seines Vertrauens in Polen durchführen lassen, der ihn schon vor einigen Jahren das erste Mal operiert hat. Er wendet sich an seine Krankenkasse in Deutschland, die ihm das Portable Dokument S2 ausstellt. Dieses legt er einer Krankenkasse seiner Wahl in Polen vor. Die Behandlung wird vorgenommen und seine deutsche Krankenkasse übernimmt die Kosten. (Krankenkassen Deutschland, 2021)

Empfehlungen für Patient*innen:

Die Patient*innen sollen ihre Rechte in der EU kennenlernen. Sie können die vorhandenen Broschüren nutzen oder sich von den Kontaktstellen der Krankenhäuser, wie die Internationalen Patientenbüros (Case Management International), informieren lassen.

Es wird empfohlen seriöse Informationsquellen zu nutzen, wie z.B.:

- Nationale Kontaktstelle für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung
<http://www.eu-patienten.de>
- Krajowy Punkt Kontaktowy ds. transgranicznej opieki zdrowotnej
<http://www.kpk.nfz.gov.pl/pl>
- Gesundheit – Your Europe
https://europa.eu/youreurope/citizens/health/index_de.htm

Empfehlungen für medizinische Einrichtungen:

Es wird empfohlen ein Case Management für internationale Patient*innen einzuführen, damit Ansprechpartner zur Verfügung stehen. Auch hier ist es ratsam den Patient*innen offizielle, seriöse Informationsquellen anzubieten. Unter dem folgenden Link sind z.B. im Internet aktuelle Informationen zu diesem Themenkomplex für Krankenhäuser verfügbar:

https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/3_Service/3.1_Rechtsquellen/Verguetung_und_Abrechnung/RS403-22_Info_zur_stationaeren_u_ambulanten_KH-behandlung_von_Patienten_die_im_Ausland_krankenversichert_sind_Anlage.pdf

Die Verwendung von Visualisierungen der Behandlungsmöglichkeiten in Form einer Skizze sind immer empfehlenswert, so wie nachfolgend dargestellt.

BEHANDLUNGEN IM EU-AUSLAND

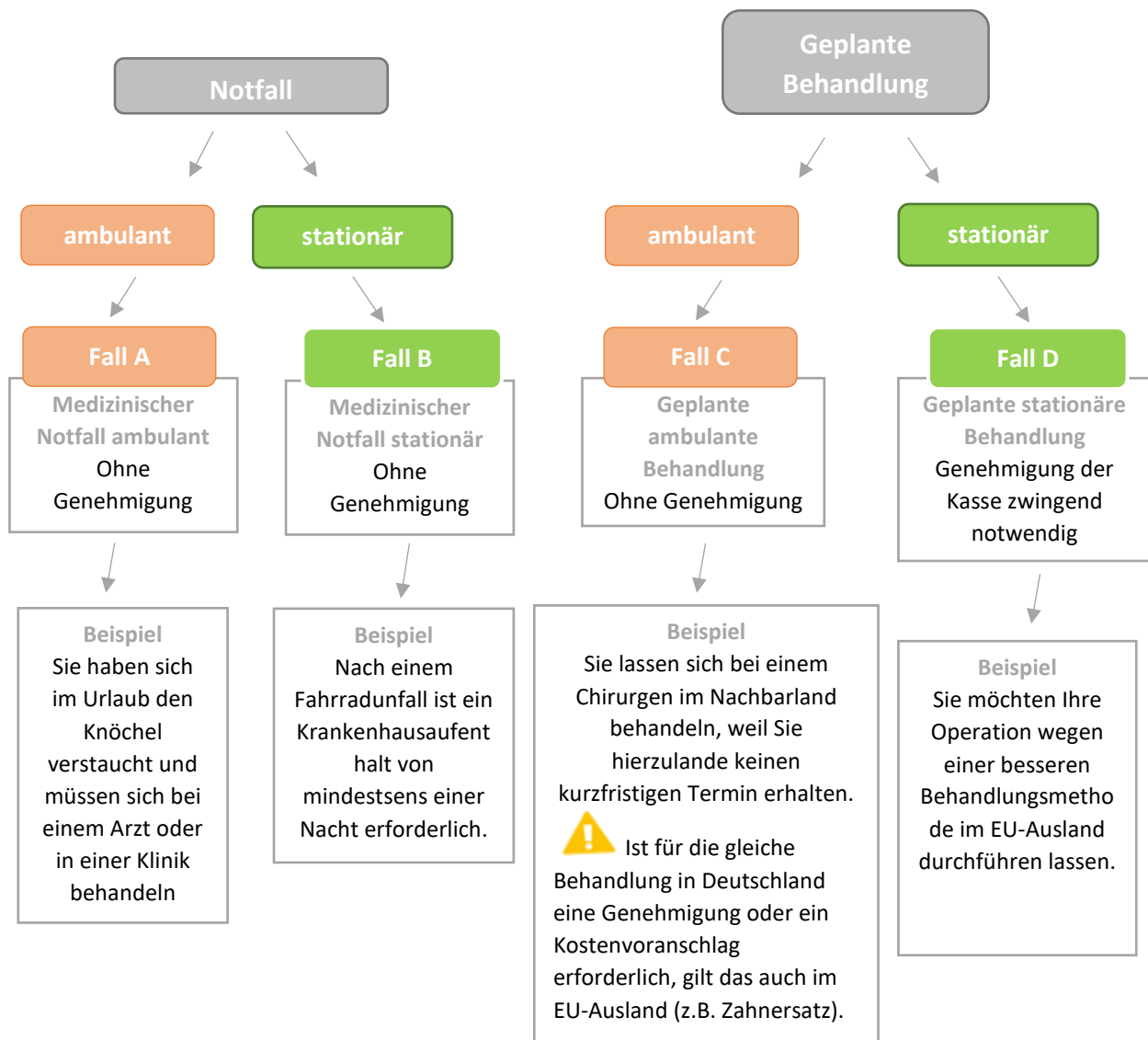


Abbildung 23: Handlungsschema für medizinische Versorgung im Ausland (Europäisches-Verbraucherzentrum-Deutschland, 2017)

7.2.2. Geplante Behandlung - Praktische Handlungsleitfäden für den ambulanten Bereich

Als ambulante Versorgung bezeichnet man alle Behandlungsleistungen, die nicht stationär in Kliniken (Akutkrankenhäuser, Fachkrankenhäuser, Rehabilitationskliniken) erbracht werden. Der größte Bereich ist die ambulante ärztliche und zahnärztliche Versorgung. Darüber hinaus gibt es auch ambulante Versorgungsangebote von Krankenhäusern, wie zum Beispiel ambulante Operationen als stationersetzende Maßnahme oder Sprechstunden im Rahmen einer ärztlichen Ermächtigung, welche den Patient*innen zur Verfügung stehen.

Die Krankenkassen müssen die Kosten für eine ambulante Behandlung im EU-Ausland übernehmen, ohne dass es einer vorherigen Genehmigung der Krankenkasse bedarf (Urteil des Europäischen Gerichtshofs vom 13.5.2003; EuGH; Az.: C-385/99). Es gibt Ausnahmen, wenn im jeweiligen Land für die konkrete ambulante Behandlung auch eine Vorabgenehmigung notwendig ist.

Die Kosten übernimmt der Versicherungsträger nach den im jeweiligen Land geltenden Behandlungsrichtlinien, d.h. die Träger erstatten meist nur den Betrag, den eine gleichwertige Behandlung in Deutschland kostet. Zudem ist es möglich, dass die Versicherungsträger eine Verwaltungsgebühr für die Kostenabwicklung einer ausländischen Arztrechnung erheben (§ 18 SGB V).

Die Patient*innen können die Behandlung selbst bezahlen und hinterher die Erstattung beantragen (für polnische Patienten s. Anlage 5). Diese Möglichkeit besteht für alle öffentlichen und privaten Krankenkassen.

Erfahrungen aus dem Projektdurchführungszeitraum:

1. Die Patient*innen verstehen oft den Unterschied zwischen ambulant und stationär nicht. Es bedarf einer detaillierten Erklärung.
2. Reihenfolge der Behandlung in Form einer Skizze ist immer empfehlenswert



Abbildung 24: Geplante ambulante Behandlung im EU-Ausland

*die polnischen Patient*innen brauchen einen Überweisungsschein von einem polnischen Vertragsarzt/einer polnischen Vertragsärztin (Vertrag mit dem NFZ) oder einen in der EU-tätigen Arzt/Ärztin.

Beispiele für ambulante Behandlungen, die im Krankenhaus NWS durchgeführt werden und nach welchen die Patient*innen unproblematisch die Rückerstattung vom NFZ bekommen:

- Leistenhernien-OPs
- Varizen-OPs, Angiographien, Angioplastik
- Metallentfernung - chirurgische OP
- Arthroskopien
- Koloskopie und Gastroskopie und andere Diagnostik

Viele Patient*innen melden sich auch bei der ambulanten Sprechstunde der Fachärzt*innen, um eine Zweitmeinung einzuholen.

7.3. Praktische Handlungsleitfäden für die ungeplante medizinische Behandlung – stationäre und ambulante Notfallversorgung

Eine ungeplante medizinische Behandlung kann bei einem vorübergehenden Aufenthalt erforderlich sein (z.B. im Urlaub, bei einer Geschäftsreise, beim Besuch von Familienangehörigen oder während eines Auslandssemesters u.a.m.). Die ungeplante Behandlung kann mit Hilfe der Europäischen Krankenversicherungskarte (EHIC) bzw. mit der Provisorischen Ersatzbescheinigung (PEB) abgerechnet werden. Die Patient*innen aus dem Vereinigten Königreich verwenden die Global Health Insurance Card (GHIC).



Abbildung 25: Europäische Krankenversicherungskarte - Muster polnische Karte (Antrag s. Anlage 6a)

Abbildung 26: Provisorische Ersatzbescheinigung - Muster Deutsch und Polnisch s. Anlage 7

Ungeplante Behandlungen während eines vorübergehenden Aufenthaltes im EU-Ausland können z. B. eintreten, wenn:

- die Personen sich als Tourist*innen, Student*innen, entsandte Arbeitnehmer*innen oder aufgrund einer weiteren Beschäftigung vorübergehend in einem anderen Mitgliedstaat aufhalten und aufgrund akuter Beschwerden ärztlich behandelt werden müssen,
- wenn die EU-Bürger*innen einen Unfall haben und als Notfall im EU-Ausland in ein Krankenhaus eingeliefert werden müssen,
- wenn die EU-Bürger*innen an einer chronischen Krankheit leiden oder schwanger sind und während eines vorübergehenden Aufenthaltes medizinische Leistungen, einschließlich Medikamente, benötigen.

Allen Fällen ist gemein, dass sie **unvorhergesehen** eintreten oder die Behandlung aus faktischen oder medizinischen Gründen nicht auf einen Zeitraum vor oder nach dem Aufenthalt im anderen EU-Staat verschoben werden kann. Dies ist insbesondere bei Notfällen oder akuten Schmerzen der Fall. Dabei darf der eigentliche Grund des Aufenthaltes nie die medizinische Behandlung an sich sein. Nur dann gilt sie als ungeplant und kann über die Europäische Krankenversicherungskarte abgerechnet werden.

Ungeplant ist eine Behandlung auch dann, wenn eine Schwangerschaft besteht und in einem anderen Land entbunden werden soll, weil dort während und nach der Entbindung familiäre Hilfe oder die Hilfe des Kindesvaters in Anspruch genommen werden möchte. In diesem Fall ist der Hauptzweck der Einreise in ein anderes Land die Rückkehr in den Familienkreis und nicht allein die Entbindung in einem ausländischen Krankenhaus.

Das EU-Recht knüpft an den Fall einer ungeplanten Behandlung anderer Rechtsansprüche und Verfahrensweisen als an den Fall einer geplanten Behandlung in einem anderen EU-Staat. Insbesondere kann bei einer ungeplanten Behandlung in einem anderen EU-Staat mit Hilfe der Europäischen Krankenversicherungskarte eine Versorgung wie im dortigen System erfolgen. (Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (DVKA), 2021)

Mit der EHIC (oder alternativ mit der PEB) können gesetzlich krankenversicherte Personen aus einem anderen Mitgliedstaat der EU während eines vorübergehenden Aufenthaltes im EU-Ausland direkt einen ausländischen Leistungserbringer in Anspruch nehmen. Dieser stellt die medizinisch notwendigen Sachleistungen zur Verfügung und rechnet seine Leistungen mit einer von den Patient*innen gewählten ausländischen Krankenkasse ab. Im Falle der polnischen Patient*innen mit einer deutschen Krankenkasse, im Falle der deutschen Patient*innen mit dem polnischen NFZ.

In Deutschland bekommt man die Europäische Krankenversicherungskarte von seiner Krankenversicherung kostenlos ausgestellt. Sie befindet sich auf der Rückseite der nationalen Krankenversicherungskarten. In einigen EU-Staaten, wie auch in Polen müssen Krankenversicherte die EHIC bei ihrer Krankenversicherung beantragen. Diese bekommen sie ebenfalls kostenfrei ausgestellt. Die Antragstellung ist unkompliziert und einfach und kann online oder per Post erfolgen. Im Anhang befindet sich der polnische Antrag für die EHIC (s. Anlage 6a). Die Gültigkeitsdauer der EHIC-Karte hängt von dem Land ab, in dem sie ausgestellt wurde. Die Gültigkeit der EHIC in Polen startet von einigen Monaten bis hin zu zwanzig Jahren (Rentner). Die Gültigkeitsdauer steht auf der EHIC-Karte. Die polnischen Bürger*innen müssen darauf achten, die Karte rechtzeitig vor dem Ablauf der Gültigkeitsfrist zu beantragen. (Narodowy Fundusz Zdrowia, 2020)

In besonderen Situationen (z. B. bei Verlust oder Diebstahl der EHIC oder wenn die Frist bis zur Abreise zu kurz ist, um eine EHIC auszustellen) stellt der zuständige Krankenversicherungsträger eine provisorische Ersatzbescheinigung (PEB) aus. Wer seine EHIC am Wohnort vergessen hat, muss sich schnell an seine Krankenkasse wenden und dort eine "Provisorische Ersatzbescheinigung die Europäische Krankenversicherungskarte (PEB)" anfordern. Diese Ersatzbescheinigung kann auch kurzfristig per Fax oder E-Mail verschickt werden (Antrag s. Anlage 6b)

Mit der Europäischen Krankenversicherungskarte (EHIC), der Provisorischen Ersatzbescheinigung (PEB) haben gesetzlich krankenversicherte Personen aus einem EU-Staat während eines vorübergehenden Aufenthalts in Deutschland Anspruch **auf medizinisch notwendige Sachleistungen unter Berücksichtigung der Aufenthaltsdauer**. Der Leistungserbringer entscheidet, welche Behandlung vor dem Hintergrund der Aufenthaltsdauer medizinisch notwendig ist. (Leistungsumfang EHIC/PEB, 2023)

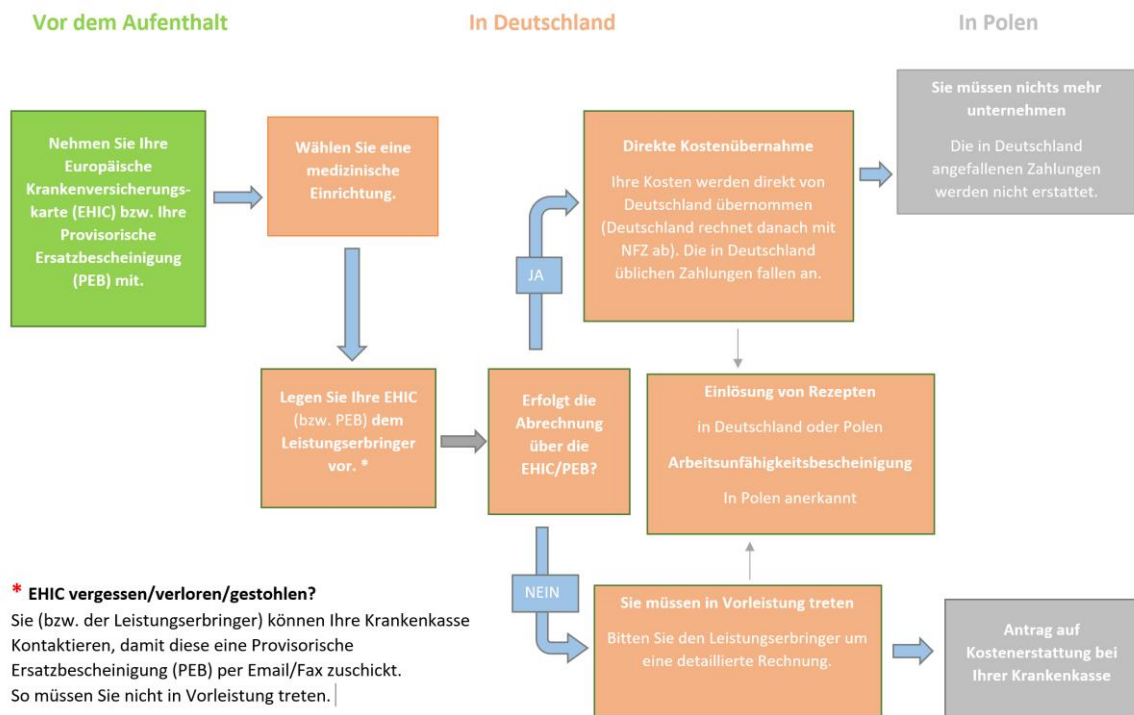


Abbildung 27: Handlungsleitfaden für polnische Patient*innen

(Ideengebend für die Grafik für die polnischen Patient*innen war der Leitfaden für die Patientenmobilität am Oberrhein, Kompetenzzentrum TRISAN www.trisan.org. Auf der Grundlage der dort verwendenden Schemata wurden die Grafiken für die deutsch-polnische Grenzregion überarbeitet.)

Folgende Kosten werden von der EHIC nicht abgedeckt:

- Die Karte deckt keine **Notfallrettung und Rückführung ins Heimatland** ab. Für Fälle, in denen die Patient*innen wegen einer ernsthaften Erkrankung oder eines schweren Unfalls während des Aufenthalts in einem anderen EU-Land kostenlosen Rücktransport benötigen, müssen die Patient*innen eine **private Krankenversicherung** abschließen.
- Die **Behandlung durch private Gesundheitsdienstleister** ist nicht durch die EHIC abgedeckt. Sie gilt nur für Leistungen öffentlicher Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen.
- Geplante Behandlungen in anderen EU-Ländern, wie z.B. Konsultation bei einem Facharzt, oder eine ambulante OP, sind nicht abgedeckt. (europa.eu, 2022)

Erfahrungen aus dem Projektdurchführungszeitraum:

Im Laufe des Projekts wurde festgestellt, dass sich das Bewusstsein der Einwohner*innen der Eurostadt Guben-Gubin für die Verwendung einer EHIC positiv verändert hat. Zahlreiche deutsch-polnische Treffen zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, Informationskampagnen, Artikel in der Presse und in den Medien und die Informationsbroschüren haben dazu einen Beitrag geleistet. Die Zahl der polnischen Notfallpatient*innen ohne EHIC ist geringer geworden.

Empfehlungen für Patient*innen

EU-Bürger*innen wird geraten, eine gültige EHIC immer bei sich zu haben. In Grenzregionen ist dies von besonderer Bedeutung, da sich hier häufiger Einwohner*innen auf der anderen Seite der Grenze aufhalten. Auch wenn es auf den ersten Blick für deutsche Patient*innen einfacher erscheint, weil sich die EHIC auf der Rückseite der eigenen Gesundheitskarte befindet und diese nicht regelmäßig neu beantragt werden muss, soll man die Bürger*innen der Grenzregionen dennoch einheitlich über diese Thematik informieren. Dies begründet sich auch damit, dass sie auch für ihre Gäste Auskunft geben können und sie entsprechend sensibilisieren.

Ausführliche Informationen für polnische Patient*innen bei der ungeplanten medizinischen Behandlung befinden sich auf folgenden Webseiten:

<https://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/nasze-zdrowie-w-ue/leczenie-w-krajach-unii-europejskiej-i-efta/jak-wyrobc-karte-ekuz/>

Ausführliche Informationen für deutsche und polnische Patient*innen in der jeweiligen Landessprache befinden sich auf der Webseite der Europäischen Union Your Europe: https://europa.eu/youreurope/citizens/health/unplanned-healthcare/index_pl.htm

sowie unter den Links der im Kapitel 7.2.1. genannten Quellen.

Empfehlungen für medizinische Einrichtungen:

Den Mitarbeiter*innen medizinischer Einrichtungen wird empfohlen, Schulungen zu dieser Thematik in Anspruch zu nehmen. Dabei ist die Dokumentation des Behandlungsanspruchs und die Erklärung der Patient*innen am relevantesten. Zur Dokumentation des Behandlungsanspruchs werden die Daten der europäischen Krankenversicherungskarte oder der provisorischen Ersatzbescheinigung kopiert. In Ausnahmefällen können die Daten formlos händisch erfasst werden. Zwingend erfasst werden Herkunftsland sowie Vor- und Nachname des Versicherten, Geburtsdatum, Persönliche Kennnummer, Kennnummer des Trägers, Kennnummer der Karte und das Ablaufdatum.

Wird eine provisorische Ersatzbescheinigung vorgelegt, ist zusätzlich die Gültigkeitsdauer der provisorischen Ersatzbescheinigung sowie deren Ausgabedatum zu erfassen.

Vor der Durchführung der Behandlung hat der im Ausland Versicherte die „Erklärung des im EU- bzw. EWR-Ausland oder der Schweiz versicherten Patient*innen bei Inanspruchnahme von Sachleistungen während eines vorübergehenden Aufenthalts in Deutschland“ (Formular „Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“) auszufüllen und zu unterschreiben.

The image shows two pages of a form. The left page is titled 'Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung' and 'Europejskie ubezpieczenie zdrowotne - oświadczenie pacjenta'. It contains fields for patient information, insurance details, and a declaration of intent to travel to Germany for treatment. The right page is titled 'Dokumentation des Behandlungsanspruchs von im Ausland Versicherten' and contains fields for documenting the treatment claim, including dates of validity and issuance, and checkboxes for the type of insurance (EHIC or PEB).

Abbildung 28: Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung und Dokumentation des Behandlungsanspruchs (händische Erfassung) s. Anlage 8 und 9.

Die Kopien oder die im Ausnahmefall händisch erfassten Daten der europäischen Krankenversicherungskarte oder der provisorischen Ersatzbescheinigung sowie die Originalfassung der Erklärung sind unverzüglich an die aushelfende deutsche Krankenkasse zu übersenden. (Kassenärztliche Bundesvereinigung; GKV-Spitzenverband, 2018)

Detaillierte Hinweise zum Verfahren in Deutschland bei Leistungsanspruchnahme mit EHIC oder PEB können die medizinischen Einrichtungen den nachfolgenden aufgeführten Dokumenten entnehmen:

- Vereinbarung zur Anwendung der Europäischen Krankenversicherungskarte

https://www.kbv.de/media/sp/20_europ._Kankenversicherungskarte.pdf

- Hinweise für Leistungserbringer zum Leistungsumfang bei Vorlage einer Europäischen Krankenversicherungskarte (EHIC), Global Health Insurance Card (GHIC) oder Provisorischen Ersatzbescheinigung (PEB) bei Sachleistungen in Deutschland

https://www.dvka.de/media/dokumente/leistungserbringer/Hinweise_Leistungsumfang.pdf

Detaillierte Hinweise zum Verfahren in Polen stellt NFZ zur Verfügung:

<https://www.nfz.gov.pl/dla-swadczeniodawcy/informacje-dla-swadczeniodawcow-realizujacych-przepisy-o-koordynacji/>

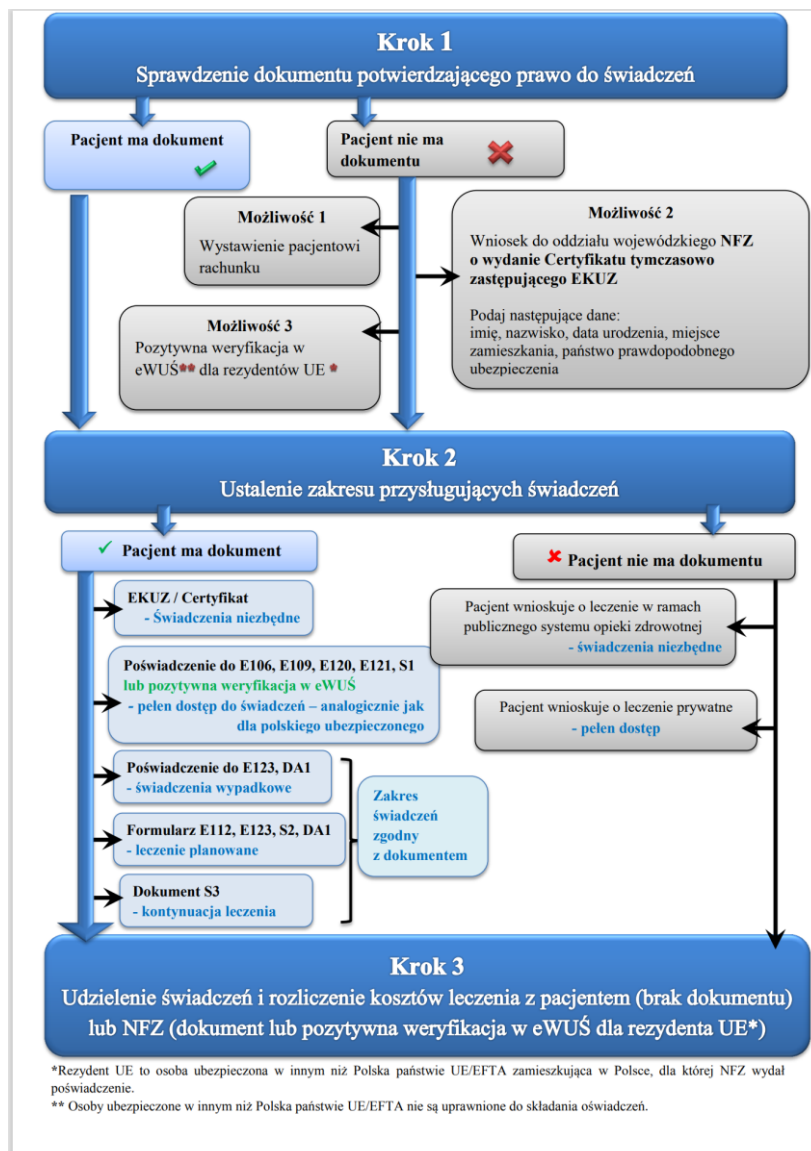


Abbildung 29: Schema für polnische medizinische Einrichtungen -Behandlung der in Ausland versicherten Patient*innen

8. Hindernisse, Herausforderungen und Empfehlungen der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung

Bezüglich dieses Themas existieren bereits viele wissenschaftlichen Studien und Publikationen, in denen die Hindernisse, Herausforderungen und Empfehlungen zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung anhand von Erfahrungen sowie wissenschaftlichen Analysen in anderen Grenzregionen bereits detailliert formuliert wurden. Charakteristisch für alle Publikationen ist, dass sich Handlungsempfehlungen wiederholen. Zusammenfassend stellt sich dies wie folgt dar:



Hindernisse/ Herausforderungen

- fehlende Aufklärung
- strukturelle Nachteile von Grenzregionen
- rechtliche, administrative und politische Rahmenbedingungen
- Sprachbarrieren
- wirtschaftliche und kulturelle Unterschiede
- physische Zugang zum Nachbarsland
- mangelndes Vertrauen
- Defizite in der Zusammenarbeit der Behörden
- fehlende finanzielle Mittel
- unzureichende Personalausstattung
- Konkurrenz zu nationalen Projekten
- fehlende Informationen für Patienten
- Verwaltungsprozesse
- national ausgerichtete Gesundheitssysteme der Mitgliedsstaaten
- implizierte Rationierungsstrategien
- Steuerfinanzierung medizinischer Infrastruktur
- Schwerpunkte für Patienten: Erstattungssysteme, Verwendung Vorabgenehmigung, Verwaltungsanforderungen, Inrechnungstellung einreisender Patient*innen

Empfehlungen

- leichter Zugang zu Informationen für Patient*innen
- Bewusstsein für Patient*innenrechte stärken
- Einbeziehung/Motivation verschiedener Akteur*innen
- enge, vertrauensvolle Zusammenarbeit ermöglichen
- Verknüpfung bestehender Kontakte
- Steigerung der Sichtbarkeit
- Verstärkung grenzüberschreitender Zusammenarbeit
- sprachliche Hürden überwinden
- Chancen identifizieren
- Projektfinanzierung erleichtern
- Motivation hochhalten
- Verbesserung des Legislativverfahrens
- Möglichkeit zur grenzüberschreitenden Verwaltung
- Erleichterung grenzüberschreitenden Zugang
- Förderung und Bündelung von Einrichtungen des Gesundheitswesens
- Vertiefung Zusammenarbeit und Austausch
- Ausformulierung Leistungskataloge mit dargelegtem Leistungsumfang und -kosten, die für Patient*innen leicht zugänglich sind
- Unterstützung nationaler Kontaktstellen
- bessere Vorbereitung für den grenzüberschreitenden Austausch von Gesundheitsdaten
- Unterstützung von Schlüsselträgern
- Sprachförderung in Unternehmen und Schulen
- Schaffen ganzheitlicher und vernetzter Strategien

Abbildung 30: Hindernisse/Herausforderungen und Handlungsempfehlungen aus EU-Berichten und wissenschaftlichen Arbeiten (Schliffka, 2019) (Europäische Kommission, 2017) (Europäischer Rechnungshof, 2019) (Kochskämper, 2017) (Europäische-Kommission, 2018)

9. Empfohlene Handlungsansätze für die Durchführung der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung in der Eurostadt Guben-Gubin

Erfolgreiche deutsch-polnische Kooperationen tragen dazu bei, optimale Lösungskonzepte zu identifizieren, welche in Form von konkreten weiteren Aktivitäten und Projekten schrittweise realisiert werden.

Aus dem Projekt leitet das Naemi-Wilke-Stift nachstehende Handlungsempfehlungen ab:

9.1. Kontinuierliche Förderung der Zweisprachigkeit in medizinischen Einrichtungen

Die Erfahrungen aus dem GOG-Projekt haben gezeigt, wie wichtig die kontinuierliche Umsetzung zweisprachiger Maßnahmen ist, um die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung zu gewährleisten und auszubauen. Durch das Beherrschen der Sprache kann eine grundlegende Kommunikation zwischen Patient*innen und Krankenhauspersonal ermöglicht werden. Dafür haben regelmäßige Sprachkurse eine essenzielle Bedeutung. Zusätzlich müssen mehr Ressourcen für Dolmetscherleistungen geschaffen werden. Zum einen können diese durch die Verwendung von digitalen/telemedizinischen Systemen gewährleistet werden. Zum anderen können Schulungen für das medizinische Personal im Umgang mit Dolmetschern im Behandlungsprozess angeboten werden.

Für die Patientinnen und Patienten ist der Ausbau des Wegeleitsystems und die kontinuierliche Fortsetzung der Erstellung zweisprachiger Krankenhausformulare und Materialien für eine bessere Orientierung und besseres Verständnis notwendig.

9.2. Ausbau des grenzüberschreitenden Kooperationsnetzwerkes

Der politische Dialog zwischen der polnischen und deutschen Seite ist notwendig und unabdingbar, um kontinuierlich Lösungen für eine gelebte grenzüberschreitende Zusammenarbeit zu finden. Die politisch Verantwortlichen müssen den Mehrwert und den Vorteil grenzüberschreitender Gesundheitsvorsorge erkennen und befördern.

Folgende Sichten führen zu einer Anerkennung des Mehrwerts von Kooperationsnetzwerken:

- bestehende Herausforderungen grenzüberschreitend betrachten (demografischer Wandel, Fachkräftemangel, Kosten im Gesundheitswesen, innovative Ausstattung, Weiterbildung u.a.m.)

- Bedarfe in seiner Gesamtheit identifizieren (Prävention, Notfallversorgung, Terminvergabe)
- Nutzung attraktiver grenzüberschreitender Angebote
- Wahrnehmung der Eurostadt und der Euroregion Spree-Neiße-Bober als innovative Region ausbauen
- Durch gemeinsame Angebote das Vertrauen der Bürger*innen in die Region stärken
Kostenreduktion für Patient*innen (Notwendigkeit einheitlicher Kostenregelungen)
- Reduzierung von Kosten durch Vermeidung teurer Behandlungsmaßnahmen
- Kostenreduzierung in den Sozialversicherungssystemen (Verminderung Arbeitsunfähigkeit durch eine akkurate Diagnostik und effiziente Behandlung)
- Umsetzung der Rechte der Bürger auf eine gleichwertig Gesundheitsversorgung gemäß der Charta der Europäischen Union

Neben den umfangreichen Maßnahmen, gilt es vor allem die Rechte der Patient*innen umzusetzen, um die grenzüberschreitende Zusammenarbeit erfolgreich realisieren zu können. (Zentrum für europäischen Verbraucherschutz e.V., 2013) Speziell für die Euroregion Spree-Neiße-Bober sind der regelmäßige Austausch und Debatten mit Vertreter*innen der Politik und den Bürger*innen der Region notwendig. In der Arbeitsgruppe „Gesundheit“ geht es darum über die Herausforderungen der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung zu diskutieren und Lösungen zu identifizieren.

Zu überlegen ist die Konstitution des Netzwerkes für grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung an der deutsch-polnischen Grenze.

9.3. Internationales Patientenbüro - Case Management International

Als ein nicht geplantes Ergebnis des GoG-Projektes wurde im November 2021 das bis dato bestehende Koordinierungsbüro in ein Internationales Patientenbüro ausgebaut. Das Büro ist ein fester Bestandteil in der Struktur des Krankenhauses Naemi-Wilke-Stift in Guben. Das Büro befindet sich im Zentrum des Krankenhauses neben dem Sitz der Patientenverwaltung und ist mit drei zweisprachigen qualifizierten Mitarbeiter*innen besetzt. (Koordinator*in, Pfleger, Arzt). Zukünftig ist die Eröffnung einer zweiten Filiale des Patientenbüros auf der polnischen Seite der Eurostadt geplant.

Mit der Gründung des internationalen Patientenbüros wurde eine kompetente Anlaufstelle für Bürger*innen der Eurostadt geschaffen, um ihnen einen besseren Zugang zu Informationen über die Möglichkeiten der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung zu geben. Das Büro wird nach dem Case-Management-Konzept geführt und der erste Ansprechpartner für ausländische Patient*innen sein.

Die Patient*innen werden von der ersten Kontaktaufnahme über die Erledigung aller Formalitäten bis hin zum Abschluss der Behandlung und darüber hinaus betreut. Neben diesen Betreuungsaufgaben befasst sich das internationale Patientenbüro mit dem Thema Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen und Krankenhäusern, sowohl aus Polen als auch aus Deutschland.

Zu den Tätigkeiten des internationalen Patientenbüros gehören auch folgende Aufgaben:

- Koordination des gesamten Behandlungsprozesses im Krankenhaus für die ausländischen Patient*innen,
- Beratung der Patient*innen nach den Behandlungen im Ausland (auch deutsche Patient*innen nach Unfällen oder Behandlungen im Nachbarland),
- Behördenvermittlung, Koordination der Zusammenarbeit mit den Krankenkassen, Sanitätshäusern, Rehaeinrichtungen, etc.
- Hilfe bei der Vorbereitung der Anträge an das NFZ für die Rückerstattung nach ambulanten Behandlungen (polnische Patient*innen)
- Übersetzungen der med. Dokumentation und Koordination der Dolmetscherleistungen im Krankenhaus u.v.m.

In der Reaktion auf die globale Krisensituation (grenzüberschreitender Kontext während der Pandemiezeit und die Koordination der Hilfemaßnahmen für die ukrainischen Kriegsflüchtlinge) kann man das Team des Patientenbüros mit einer Task Force International (Arbeitsgruppe für Spezialaufgaben) vergleichen.

9.4. Marketing und Information

Analysen anderer EU- Quellen zeigen deutlich, dass zwar rechtlich einige Optionen möglich sind, doch nutzen die EU-Bürger*innen die Möglichkeiten nicht, weil sie ihre Rechte nicht kennen. Darüber hinaus sind die bürokratischen Hürden bei allen grenzüberschreitenden Fragen sehr hoch, sodass die Bürger*innen die Bürokratie scheuen, die mit der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung notwendig ist.

Das Naemi-Wilke-Stift will mit seinen Partnern folgende Maßnahmen ausbauen:

- Schaffung von Info-Best-Zentren - Euroregionale grenzüberschreitende Informationspunkte u.a. auch zum Thema Gesundheitsversorgung.
- Erstellung einer interaktiven Karte mit den Praxis-Standorten auf polnischer und deutscher Seite im Grenzraum

- Informationsaustausch mit den Nationalen Kontaktstellen für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung im EU-Ausland (Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (DVKA), 2021)

9.5. Bilinguale Aus- und Weiterbildung für medizinisches Personal – Deutsch-polnische Akademie

Die Idealvorstellungen für die Zukunft beinhalten zweisprachige Ausbildungs- und Weiterbildungsangebote für Mitarbeiter*innen im medizinischen Sektor. Aktuelle Lösungen, wie Anstellung zweisprachigen Personals für die Kommunikation im Rahmen von Übersetzungs- und Dolmetscherarbeiten sind nicht ausreichend, weil die zweisprachigen Mitarbeiter*innen mehr Aufgaben übernehmen müssen und dies zu einer Überlastung führen kann. Zudem limitiert dies die Kommunikation. Das Ziel muss sein, dass alle Mitarbeiter eine gute Umgangskommunikation beherrschen.

Durch eine deutsch-polnische Gesundheitsakademie können die sprachlichen Hindernisse, die momentan im medizinischen Behandlungsalltag auftreten behoben bzw. zumindest verringert werden.

9.6. Weitere Zusammenarbeit in der Notfallversorgung

Das Engagement in grenzüberschreitende Versorgungsprojekte ist eine hochqualifizierte Herausforderung, um eine wohnortnahe Versorgung sicher zu stellen. Dazu gehören neben der ambulanten und stationären Behandlung auch die Versorgung im Notfall.

Im Notfall stehen die Diagnostik und die Stabilisierung des Patienten/der Patientin im Vordergrund. Eine schnelle Notfallversorgung auf der deutschen Seite ist durch das Krankenhaus NWS abgedeckt.

Dafür notwendige Kooperationsvereinbarungen für den grenzüberschreitenden Rettungsdienst existieren bereits. Diese Vereinbarungen schließen jedoch nicht alle Bürger*innen ein.⁵

⁵ Die in Polen versicherten polnischen Bürger*innen, die einen Unfall in Polen erleiden, können von dem deutschen Rettungswagen nicht in ein deutsches Krankenhaus transportiert werden.

Perspektivisch soll eine Notfallversorgung unabhängig von der Nationalität und der Versicherung möglich sein. Eine solche Versorgung beruht auf folgende Kriterien:

- Zeitliche Aspekte (schnelle Erstversorgung)
- Geringe Distanz zum nächsten Krankenhaus (kurze Fahrzeit)
- Behandlungsmöglichkeiten in Bezug auf Zulassung und Ausstattung
- Aufnahmekapazität

Unser Ziel ist es diese allgemeinen Kriterien in der Region umzusetzen und durch gezielte Projektarbeit weiter zu fördern, wie z.B. durch fortlaufende grenzüberschreitende Rettungsübungen und nachhaltige Netzwerkarbeit.

9.7. Kompetenz- und Koordinationszentrum zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung – grenzüberschreitendes medizinisches Versorgungszentrum der Euroregion Spree-Neiße-Bober

Das Naemi-Wilke-Stift möchte zukünftig als Kompetenz- und Koordinationszentrum dienen. Aus den vergangenen Pilotphasen aus dem GOG-Projekt konnten viele Vorsätze realisiert und erprobt werden. Auch künftig wollen wir die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung weiter ausbauen. Sei es über die Erweiterung telemedizinischer Projekte zwischen deutschen und polnischen Institutionen, um neue und innovative Strategien umsetzen zu können oder über die Realisierung neuer grenzüberschreitender Maßnahmen. Aufgrund des demografischen Wandels beidseits der Neiße sehen wir die ambulante Pflege als einen wichtigen Baustein für die Absicherung der Gesundheitsversorgung in der Eurostadt Guben-Gubin. Auch andere Regionen des Landes sind vom demografischen Wandel und dessen Folgen für die Bevölkerung betroffen. Ein interkulturelles Zusammenwachsen mit einem regen Erfahrungsaustausch verschiedener Institutionen können bei der Bewältigung der Hindernisse und Herausforderungen unterstützen.

Ebenso möchte das NWS ausländische Ärzt*innen unterstützen, die auf eine Approbation in Deutschland warten. Der Bedarf nach medizinischem Personal wächst stetig. Daher möchten wir Ärzt*innen helfen schnellstmöglich in ihren erlernten Beruf eintreten zu können. Der Maßnahmenkatalog erhebt nicht den Anspruch auf Vollständigkeit, dennoch würde er zur Errichtung einer Pilotregion zum Wohle der Bürger*innen beitragen.

10. Literaturverzeichnis

- Narodowy Fundusz Zdrowia. (13. August 2020). *Nocna i świąteczna opieka zdrowotna*. Abgerufen am 20. August 2021 von <https://pacjent.gov.pl>: <https://pacjent.gov.pl/nocna-i-swiateczna-opieka-zdrowotna>
- Brandenburg, L. (2018). *Berichte der Raumb Beobachtung. Bevölkerungsvorausschätzung 2017 bis 2030. Ämter und amtsfreie Gemeinden des Landes Brandenburg*. Hoppegarten: Landesamt für Bauen und Verkehr.
- Bundesagentur für Arbeit. (2020). *Migration und Arbeitsmarkt*. Abgerufen am 20. August 2021 von statistik.arbeitsagentur.de:
<https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Navigation/Statistiken/Interaktive-Statistiken/Migration-Zuwanderung-Flucht/Migration-Zuwanderung-Flucht-Nav.html;jsessionid=17ADD8BDDC3BCF36918729BF6D926DD0>
- Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (DVKA). (2021). *Geplante Behandlungen im EU-Ausland*. Von eu-patienten.de: https://www.eu-patienten.de/de/behandlung_ausland/geplante_behandlung_1/geplante_behandlung_3.jsp abgerufen
- Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (DVKA). (2021). *Nationale Kontaktstellen für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung im EU-Ausland*. Von eu-patienten.de:
https://www.eu-patienten.de/de/behandlung_ausland/liste_nationaler_kontaktstellen_eu_ausland/nationale_kontaktstellen_eu.jsp abgerufen
- Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (DVKA). (2021). *Ungeplante Behandlungen im EU-Ausland*. Von eu-patienten.de: https://www.eu-patienten.de/de/behandlung_ausland/ungeplante_behandlung_2/ungeplante_behandlung_3.jsp abgerufen
- Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (DVKA). (2021). *Wer trägt die Kosten bei geplanten Behandlungen im EU-Ausland?* Abgerufen am 19. September 2021 von eu-patienten.de: https://www.eu-patienten.de/de/behandlung_ausland/geplante_behandlung_1/kostentraeger_eu/kostentraeger_eu_2.jsp
- europa.eu. (2022). *Gesundheitsversorgung bei vorübergehendem Aufenthalt*. Von europa.eu:
https://europa.eu/youreurope/citizens/health/unplanned-healthcare/temporary-stays/index_de.htm abgerufen
- Europäische Kommission. (2017). *Mitteilung der Kommission an den Rat und das europäische Parlament. Stärkung von Wachstum und Zusammenhalt in den EU-Grenzregionen*. Brüssel.
- Europäische-Kommission. (2018). *Vorschlag für eine Verordnung des europäischen Parlaments und des Rates über einen Mechanismus zur Überwindung rechtlicher und administrativer Hindernisse in einem grenzübergreifenden Kontext*. Straßburg.
- Europäischer Rechnungshof. (2019). *EU-Maßnahmen für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung: Zielsetzung zwar ehrgeizig, doch bessere Verwaltung erforderlich*. Luxemburg: Europäische Union.

- Europäisches-Verbraucherzentrum-Deutschland. (August 2017). *Ihre Rechte als Patient in der EU, Informationen für gesetzlich Krankenversicherte*. Abgerufen am 10. September 2021 von www.evz.de: <https://www.evz.de/fileadmin/Media/PDF/Broschueren/Ihre-Rechte-als-Patient-in-der-EU.pdf>
- Europäische-Union. (2004). *Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit*.
- Europäische-Union. (2011). *Richtlinie 2011/24/EU des europäischen Parlaments und des Rates vom 9. März 2011 über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung*.
- Eurostadt Guben-Gubin. (2018). *Guben-Gubin.eu/de/*. Abgerufen am Juli 2022 von Warum Guben/Gubin?: <https://www.guben-gubin.eu/de/wirtschaftsstandort-guben-gubin/warum-guben-gubin.html>
- EVTZ Eurodistrikt PAMINA. (2019). *AUSARBEITUNG EINES AKTIONSPROTOKOLLS ZUR VEREINFACHUNG DER GRENZÜBERSCHREITENDEN, administrativen Verfahrenim Bereich der Krankenversicherung*. Neulauterburg/Berg; EVTZ Eurodistrikt PAMINA.
- Guben, S. (31. Dezember 2020). Alterspyramide Stadt Guben Geburtsjahrgänge 1913 bis 2020. Guben.
- Guben, S. (31. Dezember 2020). Bewegungsstatistik Einwohner 2015-2020. Guben.
- Guben, S. (31. Dezember 2020). Zuzüge polnischer Staatsbürger 2015-2020. Guben.
- Guben, S. (11. April 2021). Einwohnerentwicklung nach Staatsangehörigkeit. Guben.
- Gubin, S. (2020). Dane demograficzne miasta Gubina. Gubin.
- IHK-Ostbrandenburg. (Dezember 2020). *Pendeln in Zeiten der Pandemie*. Abgerufen am 10. September 2021 von [ihk-ostbrandenburg](https://www.ihk-ostbrandenburg.de): <https://www.ihk-ostbrandenburg.de/zielgruppeneinstieg-unternehmer/grenzpendler/grenzpendlerstudie-4978578#:~:text=Nach%20einer%20aktuellen%20Studie%20des,13.800%20Personen%20in%20Brandenburg%20besch%C3%A4ftigt>.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung; GKV-Spitzenverband. (1. Oktober 2018). *Vereinbarung zur Anwendung der europäischen Krankenversicherungskarte vom 1. Juli 2004*. Von [kbv.de](https://www.kbv.de): https://www.kbv.de/media/sp/20_europ._Krankenversicherungskarte.pdf abgerufen
- Kleinböhrer und Partner. (2021). *Instrumente der grenzüberschreitenden Kooperation im Gesundheitsbereich*.
- Kochskämper, S. (2017). *Warum so wenig genutzt? Nationale Hindernisse für eine grenzüberschreitende Patientenversorgung in der EU*. Köln: Institut der deutschen Wirtschaft Köln.
- Krankenkassen Deutschland. (2021). *Informationen zum Vordruck S2 und zu seiner Verwendung*. Von [krankenkassen.de](https://www.krankenkassen.de): https://www.krankenkassen.de/download/media/5185/S2_Informationen%20zum%20Vordruck%20S2%20und%20zu%20seiner%20Verwendung.pdf abgerufen

- Krankenkassen Deutschland. (2021). *Portable Dokumente - S1: Gesundheitsversorgung im Wohnsitzland bei Versicherung im anderen Staat*. Abgerufen am 20. August 2021 von krankenkassen.de: <https://www.krankenkassen.de/ausland/portable/s1/>
- Krankenkassen Deutschland. (2021). *Portable Dokumente - S2: Anspruch auf eine geplante Behandlung im EU-Ausland*. Von krankenkassen.de: <https://www.krankenkassen.de/ausland/portable/s2/> abgerufen
- Landkreis Spree-Neiße, L. (kein Datum). *Rettungsdienst, Krankentransport*. Abgerufen am 28. Oktober 2021 von lkspn: <https://www.lkspn.de/buergerservice/dienstleistungen/70-rettungsdienst-krankentransport.html>
- Leistungsumfang EHIC/PEB*. (2023). Von dvka.de: https://www.dvka.de/de/leistungserbringer/leistungsumfang_1/leistungsumfang_2.html abgerufen
- Müller, M. (2006). *Der Gesundheitssektor der Grenzregion Ostbrandenburg-Lubuskie. Strukturen und Optionen in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung*. Frankfurt Oder.
- Narodowego Funduszu Zdrowia . (2020). *ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA. w sprawie wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających uprzedniej zgody*. Warschau.
- Narodowy Fundusz Zdrowia. (15. Juli 2020). *Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ)*. Von pacjent.gov.pl: <https://pacjent.gov.pl/ekuz> abgerufen
- Narodowy Fundusz Zdrowia. (2022). Von nfz.gov.pl: <https://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/nasze-zdrowie-w-ue/leczenie-w-krajach-unii-europejskiej-i-efta/dokumenty-do-pobrania/> abgerufen
- polskawliczbach*. (27. Juli 2020). Von <https://www.polskawliczbach.pl/Gubin> abgerufen
- Riedel, R. (2016). *DYREKTYWA O TRANSGRANICZNEJ MOBILNOŚCI PACJENTÓW – UWARUNKOWANIA EKONOMICZNO- -POLITYCZNE ORAZ PRAWNO-ADMINISTRACYJNE*. athenaeum.umk.pl.
- Schliffka, C. (2019). *Demografischer Wandel in Grenzregionen - Grenzüberschreitende Zusammenarbeit zur Sicherung der Daseinsvorsorge*. Frankfurt am Main: Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V.
- Stadt-Guben. (2018). *Warum Guben/Gubin?* Abgerufen am 9. September 2021 von guben-gubin.eu: <https://www.guben-gubin.eu/de/wirtschaftsstandort-guben-gubin/warum-guben-gubin.html>
- Wismar, M., Palm, W., Figueras, J., Ernst, K., & van Ginneken, E. (2011). *Cross-border health care in the European Union. Mapping and analysing practices and policies*. World Health Organization.
- Zentrum für europäischen Verbraucherschutz e.V. (2013). *Studie über die Schaffung einer Pilotregion für den Zugang zur grenzüberschreitenden medizinischen Leistungen im Eurodistrikt Strasbourg-Ortenau*. Strasbourg-Ortenau: Eurodistrikt Strasbourg-Ortenau.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Projekte zur Förderung der Zweisprachigkeit.....	6
Abbildung 2: geografische Lage Eurostadt Guben-Gubin (Wirtschaftsbroschüre der Eurostadt Guben-Gubin)	11
Abbildung 3: Bevölkerungsentwicklung Guben (Guben, Bewegungsstatistik Einwohner 2015-2020, 2020).....	13
Abbildung 4: Alterspyramide Guben und Gubin 2020 (Guben, 2020) (polskawliczbach, 2020)	14
Abbildung 5: Wachstumsrate der Bevölkerung von 2020/21 zu 2030 (Brandenburg, 2018) (Gubin, 2020)	15
Abbildung 6: Wachstumsrate der Bevölkerung von 2020/21 zu 2030 (Brandenburg, 2018) (Gubin, 2020)	15
Abbildung 7: polnische Zuzüge nach Guben 2015-2020 (Guben, 2020).....	16
Abbildung 8: Einwohner*innenentwicklung nach Staatsangehörigkeit in der Stadt Guben (Guben, 2021).....	16
Abbildung 9: medizinische Versorgung im Grenzgebiet (Entfernung Krankenhäuser) (openstreetmap.org).....	18
Abbildung 10: Suchmaschinen niedergelassene Ärzte	20
Abbildung 11: Notfallversorgung in der Eurostadt (openstreetmap.org).....	22
Abbildung 12: S-Krankenwagen	23
Abbildung 13: P-Krankenwagen	23
Abbildung 14: Zahl der polnischen Patient*innen.....	25
Abbildung 15: Statistik sozialversicherungspflichtiger Beschäftigter polnischer Staatsangehörigkeit in Deutschland (Bundesagentur für Arbeit, 2020)	25
Abbildung 16: Statistik sozialversicherungspflichtiger Beschäftigter polnischer Staatsangehörigkeit in Brandenburg (Bundesagentur für Arbeit, 2020)	26
Abbildung 17: Patientenrecht in der EU, Daten zu Polen (Eurobarometer, 2014) (Riedel, 2016)	27
Abbildung 18: Versorgungsformen	33
Abbildung 19: Formular S1 (Krankenkassen Deutschland, 2021) s. Anlage 1	35
Abbildung 21: Formular S3 (Krankenkassen Deutschland, 2021) s. Anlage 3a (deutsch) und 3b (polnischer Antrag)	38
Abbildung 22: Geplante Behandlung im EU-Ausland.....	43
Abbildung 23: Formular S2 (Krankenkassen Deutschland, 2021) s. Anlage 4a	44
Abbildung 24: Handlungsschema für medizinische Versorgung im Ausland (Europäisches-Verbraucherzentrum-Deutschland, 2017).....	48
Abbildung 25: Geplante ambulante Behandlung im EU-Ausland	49

Abbildung 26: Europäische Krankenversicherungskarte - Muster polnische Karte.....	50
Abbildung 27: Provisorische Ersatzbescheinigung - Muster Deutsch und Polnisch s. Anlage 7	50
Abbildung 28: Handlungsleitfaden für polnische Patient*innen	53
Abbildung 29: Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung und Dokumentation des Behandlungsanspruchs (händische Erfassung) s. Anlage 8 und 9.	55
Abbildung 30: Schema für polnische medizinische Einrichtungen -Behandlung der in Ausland versicherten Patient*innen.....	56
Abbildung 31: Hindernisse/Herausforderungen und Handlungsempfehlungen aus EU- Berichten und wissenschaftlichen Arbeiten (Schliffka, 2019) (Europäische Kommission, 2017) (Europäischer Rechnungshof, 2019) (Kochskämper, 2017) (Europäische-Kommission, 2018)	58

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Anzahl ambulanter Ärzt*innen und Hebammen in der Eurostadt Guben-Gubin (Stand 12/2021).....	19
---	----

Anhang

S1

**Eintragung zwecks Inanspruchnahme
des Krankenversicherungsschutzes**

Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 und Nr. 987/2009 (*)

INFORMATIONEN FÜR DEN/DIE INHABER/IN

Mit diesem Dokument wird Ihr Anspruch und der Anspruch Ihrer Familienangehörigen auf Sachleistungen bei Krankheit und Mutterschaft sowie gleichgestellte Leistungen bei Vaterschaft (d. h. Gesundheitsversorgung, ärztliche Behandlung usw.) in Ihrem Wohnstaat bescheinigt.

Familienangehörige sind nur dann anspruchsberechtigt, wenn sie die in den Rechtsvorschriften des Wohnstaats festgelegten Bedingungen erfüllen.

Die Bescheinigung muss dem Krankenversicherungsträger des Wohnorts (**) so bald wie möglich übermittelt werden.

Eine Liste mit Krankenversicherungsträgern finden Sie unter: <http://ec.europa.eu/social-security-directory/>

1. ANGABEN ZUR PERSON DES INHABERS/DER INHABERIN

1.1 Persönliche Versichertennummer im zuständigen Mitgliedstaat

1.2 Nachname

1.3 Vorname(n)

1.4 Geburtsname (***)

1.5 Geburtsdatum

1.6 Anschrift im Wohnstaat

1.6.1 Straße, Nr.

1.6.3 Postleitzahl

1.6.2 Ort

1.6.4 Ländercode

1.7 Status

 1.7.1 Versicherte/r 1.7.2 Familienangehörige/r einer/eines Versicherten 1.7.3 Rentner/in 1.7.4 Familienangehörige/r eines Rentners/einer Rentnerin 1.7.5 Rentenantragsteller/in**2. GELDLEISTUNGEN BEI PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT** 2.1 Der/Die Inhaber/in erhält Geldleistungen bei Pflegebedürftigkeit

(*) Verordnung (EG) Nr. 883/2004, Artikel 17, 22, 24, 25, 26 und 34, und Verordnung (EG) Nr. 987/2009, Artikel 24 und 28.

(**) In Spanien muss das entsprechende Dokument der Provinzialdirektion der staatlichen Sozialversicherungsanstalt (INSS) des Wohnorts und in Schweden sowie Portugal dem jeweiligen Sozialversicherungsträger des Wohnorts übermittelt werden.

(***) Liegen dem Träger hierzu keine Angaben vor, informiert der/die Inhaber/in diesen entsprechend.

S1



Eintragung zwecks Inanspruchnahme des Krankenversicherungsschutzes

3. ANGABEN ZUR PERSON DES/DER VERSICHERTEN

(auszufüllen, wenn der/die Inhaber/in einen Anspruch auf Krankenbehandlung hat,
der auf der Versicherung einer anderen Person beruht)

3.1 Persönliche Versichertennummer im zuständigen Mitgliedstaat

3.2 Nachname

3.3 Vorname(n)

3.4 Geburtsname (*)

3.5 Geburtsdatum

3.6 Anschrift des/der Versicherten (wenn von der unter 1.6 angegebenen Anschrift abweichend)

3.6.1 Straße, Nr.

3.6.3 Postleitzahl

3.6.2 Ort

3.6.4 Ländercode

4. VERSICHERUNGSSCHUTZ VON/BIS:

4.1 Beginn

4.2 Ende

Anlage 1

5. AUSSTELLENDER TRÄGER

5.1 Name

5.2 Straße, Nr.

5.3 Ort

5.4 Postleitzahl

5.5 Ländercode

5.6 Kenn-Nummer des Trägers

5.7 Faxnummer

5.8 Telefonnummer

5.9 E-Mail

5.10 Datum

5.11 Unterschrift

STEMPEL

(*) Liegen dem Träger hierzu keine Angaben vor, informiert der/die Inhaber/in diesen entsprechend.

Wniosek o dokument S1
o objęcie opieką zdrowotną
dla osoby zamieszkałej w innym państwie UE, EFTA
lub Zjednoczonym Królestwie Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej
(zwanym dalej państwem członkowskim)

Wniosek wypełnij w języku polskim, czytelnie, drukowanymi literami, bez skreśleń i poprawek, zgodnie z opisem pól.

1. Dane osoby, której dotyczy wniosek

PESEL	<input type="text"/>	Jeśli nie masz numeru PESEL, wpisz numer i serię dokumentu tożsamości wskazanego w zgłoszeniu do ubezpieczenia
Data urodzenia	<input type="text"/>	
<small>Data (dd/mm/rrrr)</small>		
Imię (imiona)	<input type="text"/>	
Nazwisko	<input type="text"/>	
Telefon	E-mail	<input type="text"/>

1.1 Status osoby, której dotyczy wniosek

- osoba ubezpieczona osoba nieubezpieczona z prawem do świadczeń¹
 członek rodziny osoby ubezpieczonej

1.2 Adres zamieszkania w innym państwie członkowskim osoby, której dotyczy wniosek

Ulica	<input type="text"/>		
Nr domu	Numer lokalu	Kod pocztowy	<input type="text"/>
Miejscowość / poczta	Państwo <input type="text"/>		

1.3 Adres do korespondencji – podaj tylko, jeśli jest inny niż w punkcie 1.2

Imię / nazwisko	<input type="text"/>		
Ulica	<input type="text"/>		
Nr domu	Numer lokalu	Kod pocztowy	<input type="text"/>
Miejscowość / poczta	Państwo <input type="text"/>		

2. Dane zagranicznej instytucji ubezpieczeniowej w miejscu zamieszkania, która zarejestruje dokument S1

Kod instytucji	Nazwa	<input type="text"/>	
Miejscowość	Państwo <input type="text"/>		
Adres	<input type="text"/>		

¹ Wybierz właściwe dla Twojej sytuacji uprawnienie, wpisując odpowiedni numer (1–6) spośród wskazanych w dodatkowych informacjach na s. 3.

3. Sposób odbioru dokumentu S1

- osobiście przez osobę upoważnioną pocztą

4. Oświadczenia

- W przypadku posłużenia się dokumentem S1 w sposób nieuprawniony, zobowiązuję się do zwrotu kosztów udzielonych mi świadczeń opieki zdrowotnej (art. 410 ustawy z dnia 23.04.1964 r. Kodeks cywilny).
- Potwierdzam, że znam zasady utraty prawa do świadczeń opieki zdrowotnej.
- Nie podlegam ustawodawstwu innego niż Polska państwa członkowskiego.
- Niezwłocznie przekażę właściwemu dla mnie oddziałowi wojewódzkiemu NFZ informacje lub dokumenty konieczne, aby ustalić moją lub zgłoszonych członków mojej rodziny sytuację ubezpieczenia zdrowotnego.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data (dd/mm/rrrr)

--

Czytelny podpis Wnioskodawcy

5. Potwierdzenie odbioru osobistego

Potwierdzam odbiór: dokumentu S1 zaświadczenia o przesłaniu dokumentu S1 elektronicznie

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data (dd/mm/rrrr)

--

Czytelny podpis Wnioskodawcy

DODATKOWE INFORMACJE

Kiedy dokument S1 zostanie wydany

Jeżeli podlegasz ustawodawstwu polskiemu i spełniasz wszystkie wymienione warunki:

- masz prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
- mieszkasz w innym państwie członkowskim
- nie tracisz prawa do korzystania ze świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, zgodnie z polskim ustawodawstwem, mimo że mieszkasz w innym państwie członkowskim.

(!) Jeżeli mieszkasz w innym państwie członkowskim, masz obowiązek informowania płatnika składek albo innego właściwego organu o swoim aktualnym adresie zamieszkania w innym państwie.

Dla kogo zostanie wydany dokument S1

Jeżeli jesteś jedną z wymienionych osób:

- pracujesz lub prowadzisz działalność gospodarczą w Polsce i mieszkasz w innym państwie członkowskim; do tej grupy pracowników zaliczamy również pracownika przygranicznego, który wykonuje działalność zawodową w Polsce i powraca każdego dnia lub co najmniej raz w tygodniu do miejsca zamieszkania w innym państwie członkowskim
- pracujesz lub prowadzisz działalność gospodarczą w Polsce oraz w innym państwie członkowskim, a mieszkasz w państwie innym niż te, w których wykonujesz działalność zawodową
- wykonujesz pracę najemną dla polskiego pracodawcy w państwie członkowskim innym niż Polska, w którym mieszkasz
- masz prawo do świadczeń na koszt NFZ pomimo wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego, ponieważ pobierasz zasiłek na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym
- pobierasz świadczenia przedemerytalne: emeryturę pomostową, świadczenie przedemerytalne lub zasiłek przedemerytalny, nauczycielskie świadczenie kompensacyjne
- jesteś członkiem rodziny osoby ubezpieczonej zgłoszonym do ubezpieczenia zdrowotnego w NFZ
- jesteś emerytem lub rencistą pobierającym polskie świadczenie emerytalne lub rentowe
- ubiegasz się o przyznanie emerytury lub renty i masz prawo do świadczeń pomimo wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego, bo złożyłeś w polskim organie emerytalno-rentowym wniosek o przyznanie renty albo emerytury.

Wymagane dokumenty

Do wniosku o dokument S1 musisz dołączyć jeden z wymienionych dokumentów:

- dokument potwierdzający zgłoszenie zmiany miejsca zamieszkania na adres zagraniczny wskazany we wniosku; dokument wydaje płatnik składek i jest to m.in.: ZUS ZUA, ZUS ZZA, ZUS ZCNA
- dokument A1 – jeśli mieszkasz w innym państwie członkowskim niż Polska i prowadzisz działalność zawodową w Polsce i innym państwie albo wykonujesz pracę dla polskiego pracodawcy
- upoważnienie – jeśli składasz wniosek w imieniu innej osoby, np. jako pracodawca, krewny, pełnoletni członek rodziny
- dokument potwierdzający kontynuowanie nauki lub zaświadczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności – jeżeli masz 18 lat i ubezpieczenie jako członek rodziny.

Adres zamieszkania

- Zagraniczny adres zamieszkania wskazany we wniosku musi być zgodny z adresem zgłoszonym płatnikowi składek, np. pracodawcy lub organowi emerytalnemu.
- Dla osób, które zobowiązane są do przedłożenia dokumentu A1, adres ten powinien być również zgodny z adresem zamieszkania wskazanym w dokumencie A1.

Osoba nieubezpieczona z prawem do świadczeń (do punkt 1.1)

Prawo do świadczeń przysługuje Ci na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2020 r. poz. 1938, z późn. zm.), jeśli

- 1) nie masz 18 lat i nie masz ubezpieczenia, ale masz obywatelstwo polskie – wpisz 1
- 2) przysługuje Ci 30 dni uprawnień po ustaniu obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego – wpisz 2
- 3) przysługuje Ci 6 miesięcy uprawnień jako absolwentowi szkoły ponadgimnazjalnej – wpisz 3
- 4) przysługują Ci 4 miesiące uprawnień jako absolwentowi szkoły wyższej – wpisz 4
- 5) przyznano Ci zasiłek na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym po wygaśnięciu obowiązku ubezpieczenia – wpisz 5
- 6) złożyłeś wniosek o emeryturę lub rentę – wpisz 6.

Obowiązek rejestracji dokumentu S1

- Nabędziesz prawo do świadczeń opieki zdrowotnej dopiero po zarejestrowaniu dokumentu S1 w instytucji ubezpieczeniowej państwa, na terenie którego zamieszkujesz. Wskazujesz ją w pkt 2 wniosku.
- Jeżeli dokument S1 wysyłany jest poprzez system EESSI, zamiast dokumentu S1 wydamy Ci zaświadczenie o przesłaniu dokumentu S1 elektronicznie. Skontaktuj się wówczas z instytucją ubezpieczeniową wskazaną w pkt 2 wniosku i potwierdź Twoje prawo do świadczeń opieki zdrowotnej.

(!!) Wnioski niepodpisane oraz bez wpisanej daty wypełnienia nie będą rozpatrzone.

(!!!) W sytuacjach wątpliwych poprosimy Cię o przedstawienie dodatkowych dokumentów.

S3

**Medizinische Behandlung
eines ehemaligen Grenzgängers/einer ehemaligen
Grenzgängerin im Staat der vormaligen Erwerbstätigkeit**

Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 und Nr. 987/2009 (*)

INFORMATIONEN FÜR DEN/DIE INHABER/IN

Mit diesem Dokument wird Ihr Anspruch auf bestimmte medizinische Behandlungen im Staat Ihrer vormaligen Erwerbstätigkeit bescheinigt.

Wenn Sie diese Bescheinigung dem Krankenversicherungsträger des Aufenthaltsorts vorlegen, werden Sie zu den gleichen Bedingungen medizinisch behandelt wie Personen, die in diesem Staat versichert sind. Eine Liste mit Krankenversicherungsträgern finden Sie unter: <http://ec.europa.eu/social-security-directory/>

1. ANGABEN ZUR PERSON DES INHABERS/DER INHABERIN

1.1 Persönliche Versichertennummer im zuständigen Mitgliedstaat

1.2 Nachname

1.3 Vorname(n)

1.4 Geburtsname (**)

1.5 Geburtsdatum

1.6 Aktuelle Anschrift

1.6.1 Straße, Nr.

1.6.3 Postleitzahl

1.6.2 Ort

1.6.4 Ländercode

1.7 Persönliche Versichertennummer im Mitgliedstaat der vormaligen Erwerbstätigkeit

1.8 Status

 1.8.1 Ehemaliger Grenzgänger/
Ehemalige Grenzgängerin 1.8.2 Familienangehörige/r eines ehemaligen Grenzgängers/
einer ehemaligen Grenzgängerin**2. ANGABEN ZUR BEHANDLUNG**

Die oben genannte Person hat Anspruch auf

 2.1 Fortsetzung einer Behandlung, die im Staat der vormaligen Erwerbstätigkeit begonnen wurde, d. h. (***)

2.1.1 Art der Behandlung/ Krankheit

 2.2 Behandlung im Staat der vormaligen Erwerbstätigkeit (***)

(*) Verordnung (EG) Nr. 883/2004, Artikel 28, und Verordnung (EG) Nr. 987/2009, Artikel 29.

(**) Liegen dem Träger hierzu keine Angaben vor, informiert der/die Inhaber/in diesen entsprechend.

(***) Bitte den Mitgliedstaat der vormaligen Erwerbstätigkeit angeben.

S3



**Medizinische Behandlung
eines ehemaligen Grenzgängers/einer ehemaligen
Grenzgängerin im Staat der vormaligen Erwerbstätigkeit**

3. AUSSTELLENDER TRÄGER

3.1 Name

3.2 Straße, Nr.

3.3 Ort

3.4 Postleitzahl

3.5 Ländercode

3.6 Kenn-Nummer des Trägers

3.7 Faxnummer

3.8 Telefonnummer

3.9 E-Mail

3.10 Datum

3.11 Unterschrift

STEMPEL

S3

**Leczenie dla byłego pracownika przygranicznego
w państwie ostatniego miejsca pracy**

Rozporządzenia UE nr 883/04 i 987/09 (*)

INFORMACJE DLA POSIADACZA

Niniejsze zaświadczenie wydaje się w celu potwierdzenia uprawnień do korzystania z określonych rodzajów leczenia w państwie ostatniego miejsca Pana/Pani pracy.

Po przedłożeniu niniejszego zaświadczenia w instytucji ubezpieczenia zdrowotnego w miejscu pobytu może Pan/Pani korzystać z leczenia na takich samych warunkach, jak osoba ubezpieczona w tym państwie.

Wykaz instytucji ubezpieczenia zdrowotnego znajduje się pod adresem: <http://ec.europa.eu/social-security-directory/>

1. DANE OSOBOWE POSIADACZA

1.1 Osobisty numer identyfikacyjny we właściwym państwie członkowskim

1.2 Nazwisko

1.3 Imiona

1.4 Nazwisko rodowe (**)

1.5 Data urodzenia

1.6 Aktualny adres

1.6.1 Ulica, nr

1.6.3 Kod pocztowy

1.6.2 Miasto

1.6.4 Symbol państwa

1.7 Osobisty numer identyfikacyjny w państwie członkowskim ostatniego miejsca pracy

1.8 Status

 1.8.1 Były pracownik przygraniczny 1.8.2 Członek rodziny byłego pracownika przygranicznego**2. INFORMACJE DOTYCZĄCE LECZENIA**

Osoba wymieniona powyżej jest uprawniona do

 2.1 kontynuacji leczenia, które rozpoczęła w państwie ostatniego miejsca pracy, tzn. (***)

2.1.1 charakter leczenia / choroba

 2.2 leczenia w państwie ostatniego miejsca pracy (***)

(*) Art. 28 Rozporządzenia (WE) nr 883/2004 oraz art. 29 Rozporządzenia (WE) nr 987/2009.

(**) Informacje podane instytucji przez posiadacza, jeśli nie są one znane tej instytucji.

(***) Należy podać państwo członkowskie ostatniego miejsca pracy.

S3



Leczenie dla byłego pracownika przygranicznego
w państwie ostatniego miejsca pracy

3. INSTYTUCJA WYPEŁNIAJĄCA FORMULARZ

3.1 Nazwa

3.2 Ulica, nr

3.3 Miasto

3.4 Kod pocztowy

3.5 Symbol państwa

3.6 Identyfikator instytucji

3.7 Numer faksu

3.8 Numer telefonu

3.9 E-mail

3.10 Data

3.11 Podpis

PIECZĘĆ

S2

**Prawo do planowanego leczenia**

Rozporządzenia UE nr 883/04 i 987/09 (*)

INFORMACJE DLA POSIADACZA

Niniejsze zaświadczenie wydaje się w celu potwierdzenia prawa do określonego rodzaju leczenia planowanego za granicą. Po przedłożeniu niniejszego zaświadczenia instytucji opieki zdrowotnej w państwie, w którym będzie prowadzone leczenie może Pan/Pani korzystać z leczenia na takich samych warunkach, jak osoba ubezpieczona w tym państwie. Może Pan/Pani mieć prawo do dodatkowego zwrotu kosztów według krajowych stawek zwrotu. Informacji udzieli Panu/Pani właściwa instytucja ubezpieczenia zdrowotnego. Wykaz instytucji opieki zdrowotnej znajduje się pod adresem: <http://ec.europa.eu/social-security-directory/>

1. DANE OSOBOWE POSIADACZA

1.1 Osobisty numer identyfikacyjny we właściwym państwie członkowskim

1.2 Nazwisko

1.3 Imiona

1.4 Nazwisko rodowe (**)

1.5 Data urodzenia

1.6 Aktualny adres

1.6.1 Ulica, nr

1.6.3 Kod pocztowy

1.6.2 Miasto

1.6.4 Symbol państwa

2. RODZAJ I MIEJSCE LECZENIA

2.1 Rodzaj leczenia

2.2 Miejsce leczenia

2.3 Przewidywany okres leczenia

2.3.1 Data rozpoczęcia

2.3.2 Data zakończenia

(*) Art. 20, 27 i 36 Rozporządzenia (WE) nr 883/2004 oraz art. 26 i 33 Rozporządzenia (WE) nr 987/2009.

(**) Informacje podane instytucji przez osobę uprawnioną, jeśli nie są znane tej instytucji.



Prawo do planowanego leczenia

3. INSTYTUCJA WYPEŁNIAJĄCA FORMULARZ

3.1 Nazwa

3.2 Ulica, nr

3.3 Miasto

3.4 Kod pocztowy

3.5 Symbol państwa

3.6 Identyfikator instytucji

3.7 Numer faksu

3.8 Numer telefonu

3.9 E-mail

3.10 Data

3.11 Podpis

PIECZĘĆ

S2



Anspruch auf eine geplante Behandlung

Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 und Nr. 987/2009 (*)

INFORMATIONEN FÜR DEN/DIE INHABER/IN

Mit diesem Dokument wird bescheinigt, dass Sie Anspruch auf eine bestimmte medizinische Behandlung im Ausland haben. Wenn Sie diese Bescheinigung dem Krankenversicherungsträger des Staats vorlegen, in dem die Behandlung durchgeführt wird, werden Sie zu den gleichen Bedingungen medizinisch behandelt wie Personen, die in diesem Staat versichert sind.

Unter Umständen haben Sie Anspruch auf eine zusätzliche Erstattung gemäß den nationalen Erstattungssätzen. Nähere Informationen hierzu erhalten Sie von Ihrem Krankenversicherungsträger. Eine Liste mit Krankenversicherungsträgern finden Sie unter: <http://ec.europa.eu/social-security-directory/>

1. ANGABEN ZUR PERSON DES INHABERS/DER INHABERIN

- | | |
|---|--------------------|
| 1.1 Persönliche Versichertennummer im zuständigen Mitgliedstaat | |
| 1.2 Nachname | |
| 1.3 Vorname(n) | |
| 1.4 Geburtsname (**) | |
| 1.5 Geburtsdatum | |
| 1.6 Aktuelle Anschrift | |
| 1.6.1 Straße, Nr. | 1.6.3 Postleitzahl |
| 1.6.2 Ort | 1.6.4 Ländercode |

2. ART UND ORT DER BEHANDLUNG

- | | |
|---------------------------------------|------------|
| 2.1 Behandlung | |
| | |
| | |
| | |
| 2.2 Ort der Behandlung | |
| | |
| | |
| 2.3 Voraussichtliche Behandlungsdauer | |
| 2.3.1 Beginn | 2.3.2 Ende |

(*) Verordnung (EG) Nr. 883/2004, Artikel 20, 27 und 36, und Verordnung (EG) Nr. 987/2009, Artikel 26 und 33.

(**) Liegen dem Träger hierzu keine Angaben vor, informiert der/die Inhaber/in diesen entsprechend.

S2



Anspruch auf eine geplante Behandlung

3. AUSSTELLENDER TRÄGER

3.1 Name

3.2 Straße, Nr.

3.3 Ort

3.4 Postleitzahl

3.5 Ländercode

3.6 Kenn-Nummer des Trägers

3.7 Faxnummer

3.8 Telefonnummer

3.9 E-Mail

3.10 Datum

3.11 Unterschrift

STEMPEL

WZÓR

CZĘŚĆ I

WNIOSEK DO PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

o wydanie zgody na uzyskanie świadczenia opieki zdrowotnej albo jego kontynuację poza granicami kraju¹⁾,
na podstawie art. 42f ust. 1 albo art. 42i ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej
finansowanych ze środków publicznych, oraz pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielenia świadczenia, na podstawie
art. 42i ust. 2 pkt 1 tej ustawy

INSTRUKCJA

1. Wniosek należy WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI.
2. Osoby uprawnione do uzyskania świadczeń objętych niniejszym wnioskiem oraz osoby uprawnione do jego złożenia zostały wskazane w art. 42f ust. 1 i art. 42i ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
3. Części I.A, I.C i V wniosku wypełnia Narodowy Fundusz Zdrowia, zwany dalej „Funduszem”.
4. Części I.B, II i VI wniosku wypełnia osoba składająca wniosek.
5. Część III wniosku wypełnia lekarz ubezpieczenia zdrowotnego – specjalista właściwej dziedziny medycyny.
6. Część IV wniosku wypełnia konsultant wojewódzki.

UWAGA

1. Wniosek z wypełnionymi częściami I.B, II, III i VI oraz kopią dokumentacji medycznej składa się do Prezesa Funduszu.
2. Wniosek może zostać złożony również w formie dokumentu elektronicznego opatrzonego kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem osobistym albo podpisem zaufanym²⁾. Załączniki mogą być odwzorowane cyfrowo.
3. W przypadku dokumentacji medycznej sporządzonej w języku obcym do wniosku dołącza się tłumaczenie tej dokumentacji na język polski.

I.A. DANE IDENTYFIKACYJNE WNIOSKU

Data wpływu wniosku do Funduszu: (dd/mm/rr)	Oznaczenie komórki organizacyjnej Funduszu przyjmującej wniosek:
Numer identyfikacyjny wniosku:	Imię i nazwisko oraz czytelny podpis pracownika przyjmującego wniosek:

I.B. PRZEDMIOT WNIOSKU

(należy zakreślić pole 1.1 albo 2.1)

- 1.1. Uzyskanie w innym państwie członkowskim UE lub EOG świadczenia opieki zdrowotnej zawartego w wykazie, o którym mowa w art. 42e ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w niżej wymienionym zagranicznym podmiocie udzielającym świadczeń zdrowotnych:
-

¹⁾ Wniosek dotyczy uzyskania świadczenia opieki zdrowotnej w jednym z państw członkowskich Unii Europejskiej lub państw będących stroną umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, zwanym dalej „państwem członkowskim UE lub EOG” – w przypadku zaznaczenia pola 1.1 w części I.B – albo w państwie członkowskim Unii Europejskiej lub Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), zwanym dalej „państwem członkowskim UE lub EFTA”, lub w Zjednoczonym Królestwie Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, zwanym dalej „Zjednoczonym Królestwem” – w przypadku zaznaczenia pola 2.1.

W drugim ze wskazanych wyżej przypadków (zaznaczenie pola 2.1) przedmiotem wniosku będzie uzyskanie świadczenia opieki zdrowotnej na zasadach określonych w unijnych przepisach o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego. W przypadku wydania zgody, o której mowa w art. 42i ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.), wnioskodawca otrzyma unijny dokument uprawniający go do uzyskania wnioskowanego świadczenia w wybranym zagranicznym podmiocie udzielającym świadczeń zdrowotnych, działającym w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej danego państwa członkowskiego UE lub EFTA lub Zjednoczonego Królestwa na takich samych zasadach, jak osoby ubezpieczone w tym państwie.

Zgodnie z art. 42f ust. 8 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, jeżeli wniosek spełnia warunki do wydania zgody, o której mowa w art. 42i ust. 1 tej ustawy (tj. zgody na uzyskanie świadczenia opieki zdrowotnej zgodnie z unijnymi przepisami o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego), należy wydać taką zgodę, nawet wówczas gdy we wniosku zakreślono pole 1.1, chyba że wnioskodawca sprzeciwi się takiemu rozstrzygnięciu, zakreślając pole 1.2.

Jeżeli wnioskodawca zakreśli pola 1.1 oraz 1.2, wyrazi tym samym jednoznaczną wolę rezygnacji z możliwości rozpatrzenia wniosku zgodnie z unijnymi przepisami o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego. W tym przypadku pozytywne rozpatrzenie wniosku nie będzie dawało prawa do uzyskania wnioskowanego świadczenia opieki zdrowotnej w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej danego państwa członkowskiego UE lub EFTA lub Zjednoczonego Królestwa, lecz będzie skutkowało jedynie możliwością skorzystania z takiego świadczenia na zasadach komercyjnych w jednym z państw członkowskich UE lub EOG i otrzymania następnie zwrotu kosztów takiego świadczenia od Funduszu po przedłożeniu opłaconego rachunku, przy czym należy zaznaczyć, że taki zwrot kosztów będzie ograniczony do wysokości stawek, według których Fundusz rozlicza się z polskimi świadczeniodawcami z tytułu udzielenia analogicznych świadczeń w ramach zawartych kontraktów.

²⁾ Złożenie kwalifikowanego podpisu elektronicznego, podpisu osobistego albo podpisu zaufanego w odpowiednim polu w części VI wniosku jest tożsame ze złożeniem podpisu we wszystkich miejscach przeznaczonych na podpis tradycyjny.

.....
.....
(pełna nazwa i dane kontaktowe zagranicznego podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych: adres, numer telefonu/faksu, adres poczty elektronicznej)
.....
.....

.....
(uzasadnienie wyboru wskazanego zagranicznego podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych)

- 1.2. Sprzeciwiam się wydaniu zgody na uzyskanie świadczenia na zasadach określonych w unijnych przepisach o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego.

Miejscowość: Data:
(dd/mm/rr)

Czytelny podpis osoby składającej wniosek:

- 2.1. Uzyskanie w innym państwie członkowskim UE lub EFTA lub w Zjednoczonym Królestwie świadczenia opieki zdrowotnej albo jego kontynuacja, na zasadach określonych w unijnych przepisach o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, w niżej wymienionym zagranicznym podmiocie udzielającym świadczeń zdrowotnych:

.....
.....
(pełna nazwa i dane kontaktowe zagranicznego podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych: adres, numer telefonu/faksu, adres poczty elektronicznej)
.....
.....

.....
(uzasadnienie wyboru wskazanego zagranicznego podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych)

- 2.2. Pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielenia świadczeń.
3. Wnoszę o przesłanie wniosku do konsultanta wojewódzkiego w celu zaopiniowania.

I.C. WSKAZANIE PRZEZ PREZESA FUNDUSZU ŚWIADCZENIODAWCY, KTÓRY PRZEPROWADZI LECZENIE LUB BADANIA DIAGNOSTYCZNE W ZAKRESIE OBJĘTYM WNIOSKIEM NA TERYTORIUM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ³⁾

W terminie:
(dd/mm/rr)

W:

.....
.....
(pełna nazwa i dane kontaktowe świadczeniodawcy: adres, numer telefonu/faksu, adres poczty elektronicznej)

Podpis Prezesa Funduszu albo osoby przez niego upoważnionej:
.....

CZĘŚĆ II

II.A. DANE OSOBY, KTÓREJ DOTYCZY WNIOSK

1 Imię i nazwisko:

2 Numer PESEL, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość i datę urodzenia:

³⁾ Prezes Funduszu może wskazać świadczeniodawcę posiadającego umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Funduszem, który przeprowadzi leczenie lub badania diagnostyczne w zakresie objętym wnioskiem w terminie wcześniejszym niż czas oczekiwania osoby, której dotyczy wniosek.

3	Adres zamieszkania:	Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania):
4	Numer telefonu lub adres poczty elektronicznej (w przypadku posiadania):	
II.B. DANE OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK		
(wypełnić, jeżeli wniosek składa przedstawiciel ustawowy, małżonek, krewny lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba upoważniona przez świadczeniobiorcę)		
1	Imię i nazwisko:	
2	Numer PESEL, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość i datę urodzenia:	
3	Adres zamieszkania:	Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania):
4	Numer telefonu lub adres poczty elektronicznej (w przypadku posiadania):	
II.C. OŚWIADCZENIE		
<p>Oświadczam, że osoba, której dotyczy niniejszy wniosek, jest wpisana na listę oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej wskazanego w części III.B w pkt 4 wniosku, prowadzoną przez:</p> <p>..... (nazwa i adres świadczeniodawcy)</p> <p>jako zakwalifikowana do kategorii medycznej: przypadek pilny / przypadek stabilny (niepotrzebne skreślić), ze wskazaniem terminu udzielenia świadczenia: (dd/mm/rr)</p> <p>Miejscowość: Data: (dd/mm/rr)</p> <p>Czytelny podpis osoby składającej wniosek:</p>		

CZĘŚĆ III		
III.A. DANE LEKARZA WYPEŁNIAJĄCEGO WNIOSEK		
1	Imię i nazwisko lekarza oraz pieczętka, nadruk albo naklejka zawierające numer prawa wykonywania zawodu oraz specjalizację lekarza:	
2	Pieczętka, nadruk albo naklejka zawierające nazwę i adres świadczeniodawcy, u którego lekarz udziela świadczeń opieki zdrowotnej	
III.B. ZAKRES ŚWIADCZEŃ OBJĘTYCH WNIOSKIEM		
1	Rozpoznanie kliniczne, którego dotyczy wniosek, oraz rozpoznania współistniejące (z zastosowaniem aktualnej międzynarodowej statystycznej klasyfikacji chorób i problemów zdrowotnych):	
2	Dotychczasowy przebieg choroby i zastosowane leczenie:	

3	Prognoza dotycząca prawdopodobnego dalszego przebiegu choroby:
4	Wskazanie szczegółowego zakresu leczenia lub badań diagnostycznych, których dotyczy wniosek (z zastosowaniem aktualnej Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Procedur Medycznych ICD-9):
5	Uzasadnienie leczenia w zagranicznym podmiocie udzielającym świadczeń zdrowotnych w odniesieniu do maksymalnego dopuszczalnego czasu oczekiwania pacjenta na to świadczenie:
6	Maksymalny dopuszczalny czas oczekiwania pacjenta na udzielenie świadczenia, którego dotyczy wniosek: (do dnia) (dd/mm/rr)
III.C. WSKAZANIA DOTYCZĄCE TRANSPORTU DO MIEJSCA UDZIELENIA ŚWIADCZEŃ OBJĘTYCH WNIOSKIEM (wypełnić, gdy osoba składająca wniosek zaznaczyła pola 2.1 oraz 2.2 w części I.B wniosku)	
Wskazanie środka transportu do miejsca udzielenia świadczeń:	
Opis stanu zdrowia pacjenta uzasadniający zastosowanie ww. środka transportu:	

Miejscowość: Data wypełnienia wniosku:
(dd/mm/rr)

Czytelny podpis lekarza wypełniającego wniosek:

CZĘŚĆ IV

(wypełnia konsultant wojewódzki w zakresie wskazanym przez Prezesa Funduszu)

Imię i nazwisko, województwo, dziedzina medycyny, numer prawa wykonywania zawodu:


Miejscowość: Data wypełnienia wniosku:
(dd/mm/rr)

Czytelny podpis konsultanta wojewódzkiego:

CZĘŚĆ V

(wypełnia Fundusz po weryfikacji wniosku)

1	Przedmiot wniosku:	<p>1.1. <input type="checkbox"/> Uzyskanie w innym państwie członkowskim UE lub EOG świadczenia opieki zdrowotnej zawartego w wykazie, o którym mowa w art. 42e ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.</p> <p>1.2. <input type="checkbox"/> Uzyskanie w innym państwie członkowskim UE lub EFTA lub w Zjednoczonym Królestwie świadczenia opieki zdrowotnej albo jego kontynuacja – w przypadku świadczeń udzielanych zgodnie z przepisami o koordynacji.</p> <p>1.2.1. <input type="checkbox"/> Pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielania świadczeń.</p>
2	Przewidywane koszty wnioskowanego leczenia lub badań diagnostycznych:	<p>Koszty leczenia lub badań diagnostycznych w kraju (kwota do zwrotu):</p> <p>.....</p> <p>(wypełnić, gdy w pkt 1 zaznaczono pole 1.1)</p> <p>Koszty leczenia lub badań diagnostycznych za granicą:</p> <p>.....</p>
3	Rodzaj środka transportu oraz przewidywane koszty transportu do miejsca udzielenia świadczeń w innym państwie członkowskim UE lub EFTA lub w Zjednoczonym Królestwie (wypełnić, gdy w pkt 1 zaznaczono pola 1.2 i 1.2.1):	<p>.....</p> <p>(środek transportu)</p> <p>.....</p> <p>(koszty transportu)</p>
4	<p>Miejscowość: Data: (dd/mm/rr)</p> <p>Czytelny podpis pracownika właściwej komórki organizacyjnej Funduszu:</p> <p>.....</p>	

 NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA ODDZIAŁ WOJEWÓDZKI	WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ, BĘDĄCYCH ŚWIADCZENIAMI GWARANTOWANYMI, UDZIELONYCH NA TERYTORIUM INNEGO NIŻ RZECZPOSPOLITA POLSKA PAŃSTWA CZŁONKOWSKIEGO UNII EUROPEJSKIEJ - NA PODSTAWIE ART. 42b USTAWY O ŚWIADCZENIACH OPIEKI ZDROWOTNEJ FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH
--	--

**UWAGA: NALEŻY WYPEŁNIĆ POLA CZYTELNIĘ PISMEM MASZYNOWYM
LUB ODRĘCZNIE DRUKOWANYMI LITERAMI.**

CZĘŚĆ 1 – WYPEŁNIANA PRZEZ ODDZIAŁ WOJEWÓDZKI NFZ

data wpływu wniosku, pieczęć właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ i podpis osoby przyjmującej wniosek	Nr wniosku:
--	----------------------

CZĘŚĆ 2 – WYPEŁNIANA PRZEZ WNIOSKODAWCĘ

1. Dane osoby, której dotyczy wniosek																			
1.1	Nazwisko					1.2	Imię (imiona)												
1.3	Data urodzenia (dd-mm-rrrr)			-			1.4	PESEL											
1.5	Adres miejsca zamieszkania:																		
	Państwo			Miejscowość						Kod pocztowy									
	Ulica						Nr domu			Nr lokalu									
1.6	Adres do korespondencji (uzupełnić w przypadku gdy jest inny niż adres miejsca zamieszkania):																		
	Państwo			Miejscowość						Kod pocztowy									
	Ulica						Nr domu			Nr lokalu									
1.7	Rodzaj dokumentu potwierdzającego tożsamość** <input type="checkbox"/> Dowód osobisty <input type="checkbox"/> Paszport <input type="checkbox"/> Inny				1.8	Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość**				1.9	Numer telefonu*								
1.10	Adres poczty elektronicznej*																		
2. Dane przedstawiciela ustawowego (jeżeli wniosek składa przedstawiciel)																			
2.1	Nazwisko					2.2	Imię (imiona)												
2.3	Data urodzenia (dd-mm-rrrr)			-			2.4	PESEL											
2.5	Adres miejsca zamieszkania:																		
	Państwo			Miejscowość						Kod pocztowy									
	Ulica						Nr domu			Nr lokalu									
2.6	Adres do korespondencji (uzupełnić w przypadku gdy jest inny niż adres miejsca zamieszkania):																		
	Państwo			Miejscowość						Kod pocztowy									
	Ulica						Nr domu			Nr lokalu									
2.7	Rodzaj dokumentu potwierdzającego tożsamość** <input type="checkbox"/> Dowód osobisty <input type="checkbox"/> Paszport <input type="checkbox"/> Inny				2.8	Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość**				2.9	Numer telefonu*								
2.10	Adres poczty elektronicznej*																		

3. Termin i państwo udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej (należy wypełnić wszystkie pola)						
3.1	Świadczenie zostało udzielone w terminie od do	3.2	Państwo			
4. Informacja dotycząca decyzji w sprawie udzielenia uprzedniej zgody dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ						
4.1	Czy świadczenie, którego dotyczy wniosek, zostało uzyskane na podstawie uprzedniej zgody dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE (zaznaczyć właściwe) W przypadku zaznaczenia „TAK” należy podać numer decyzji:					
5. Dodatkowe informacje						
5.1	Za świadczenia wskazane w przedstawionych rachunkach zapłacono łącznie kwotę: w walucie					
6. Do wniosku załączam następujące dokumenty (zaznaczyć właściwe)						
Poz.	Rodzaj dokumentu	Liczba	Poz.	Rodzaj dokumentu	Liczba	
6.1	<input type="checkbox"/> oryginal rachunku (wraz z tłumaczeniem)		6.5	<input type="checkbox"/> kopia recepty (wraz z tłumaczeniem, jeżeli recepta została wystawiona w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej)		
6.2	<input type="checkbox"/> oryginal potwierdzenia zapłaty (wraz z tłumaczeniem)		6.6	<input type="checkbox"/> oryginal lub kopia zlecenia na wyroby medyczne (wraz z tłumaczeniem jeżeli zlecenie zostało wystawione w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej)		
6.3	<input type="checkbox"/> oryginal lub kopia skierowania (wraz z tłumaczeniem, jeżeli skierowanie zostało wystawione w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej)		6.7	<input type="checkbox"/> oryginal lub kopia zlecenia na przejazd środkami transportu sanitarnego (wraz z tłumaczeniem, jeżeli zlecenie zostało wystawione w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej)		
6.4	<input type="checkbox"/> oryginal lub kopia potwierdzonego skierowania na leczenie uzdrowiskowe (wraz z tłumaczeniem, jeżeli skierowanie zostało wystawione w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej)		6.8	<input type="checkbox"/> zaświadczenie świadczeniodawcy potwierdzające zakwalifikowanie do programu lekowego		
			6.9	<input type="checkbox"/> inne dokumenty medyczne (wraz z tłumaczeniem)		
7. Preferowany sposób otrzymania zwrotu kosztów (zaznaczyć właściwe)						
7.1	<input type="checkbox"/> Na rachunek bankowy					
	<input type="checkbox"/> w Rzeczypospolitej Polskiej:					
	Nr rachunku:					
	<input type="checkbox"/> poza Rzeczpospolitą Polską:					
	IBAN/Numer rachunku					
	Kod BIC/SWIFT:					
	Dane posiadacza rachunku bankowego (uzupełnić w przypadku gdy są inne niż dane Wnioskodawcy):					
Imię		Nazwisko		Adres		
7.2	<input type="checkbox"/> Przekazem pocztowym na wskazany poniżej adres:					

* Wypełnić w przypadku posiadania.

** Pola 1.7, 1.8, 2.7 i 2.8 należy wypełnić w razie braku numeru PESEL.

OŚWIADCZENIE

Świadomy/ świadoma odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu karnego oświadczam, że wszystkie dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.

Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego informowania Funduszu o zmianach, które nastąpią w trakcie rozpatrywania wniosku, w szczególności dotyczących danych osobowych lub ubezpieczeniowych.

.....
Data wypełnienia wniosku (DD/ MM/ RRRR)

.....
Czytelny podpis Wnioskodawcy lub osoby upoważnionej

Wniosek o wydanie Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ) w związku z czasowym pobytem w innym państwie UE/EFTA

Wniosek wypełnij osobno dla każdej osoby.

1. Dane osoby, której ma być wydana EKUZ

PESEL	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<small>Jeśli nie masz numeru PESEL, wpisz numer i serię ważnego dokumentu tożsamości (dowód osobisty/paszport)</small>
Data urodzenia	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
	<small>dd / mm / rrrr</small>	
Imię (imiona)	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Nazwisko	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Telefon/E-mail¹	<input style="width: 100%;" type="text"/>	

2. Status osoby, której ma być wydana EKUZ

- osoba ubezpieczona
 osoba nieubezpieczona z prawem do świadczeń²:
- członek rodziny osoby ubezpieczonej

3. Adres do doręczeń – podaj, jeśli składasz wniosek pocztą tradycyjną lub elektronicznie³

Imię / nazwisko lub nazwa firmy	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Ulica	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Nr domu	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Numer lokalu	<input style="width: 100%;" type="text"/>
		Kod pocztowy	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Miejscowość / poczta	<input style="width: 100%;" type="text"/>		Państwo
			<input style="width: 100%;" type="text"/>

4. Oświadczenia

Podstawa prawna art. 410 ustawy
z dnia 23.04.1964 r.
Kodeks cywilny

- W przypadku posłużenia się EKUZ w sposób nieuprawniony, zobowiązuję się do zwrotu kosztów udzielonych mi świadczeń.
- Potwierdzam, że znam zasady utraty prawa do świadczeń opieki zdrowotnej.
- Nie podlegam ustawodawstwu innego niż Polska państwa UE/EFTA.
- Niezwłocznie przekażę właściwemu oddziałowi wojewódzkiemu NFZ⁴ informacje lub dokumenty konieczne do ustalenia mojej sytuacji ubezpieczenia zdrowotnego lub sytuacji zgłoszonych przeze mnie członków rodziny.

5. Podpis osoby wnioskującej / upoważnionej

<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
<small>Data (dd/mm/rrrr)</small>	<small>Czytelny podpis (imię i nazwisko)</small>

6. Potwierdzenie odbioru osobistego

<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
<small>Data (dd/mm/rrrr)</small>	<small>Czytelny podpis (imię i nazwisko)</small>

¹ Nieobowiązkowe dla wniosków składanych osobiście, gdy EKUZ odbierana jest w dniu złożenia wniosku.

² Wybierz właściwe dla Twojej sytuacji uprawnienie, wpisując odpowiedni numer (1–10) zamieszczone z drugiej strony wniosku.

³ W przypadku złożenia wniosku pocztą tradycyjną, elektronicznie (np. za pośrednictwem ePUAP lub IKP) możliwe jest wyłącznie odesłanie EKUZ na adres wskazany w punkcie 3.

⁴ Właściwy oddział wojewódzki NFZ – oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, któremu podlegasz ze względu na miejsce zamieszkania i który będzie prowadzić postępowanie wyjaśniające dotyczące ustalenia Twojego prawa do świadczeń zdrowotnych.

DODATKOWE INFORMACJE

Wniosek przeznaczony jest dla osób ubezpieczonych w NFZ, członków rodzin zgłoszonych przez osoby ubezpieczone, osób nieubezpieczonych z prawem do świadczeń, których wyjazd do innego niż Polska państwa UE/EFTA jest związany z pobytem czasowym. Może to być wyjazd turystyczny, wyjazd w celu nauki (szkoła/studia) lub inny wyjazd czasowy, który nie jest związany z wykonywaniem pracy, zmianą miejsca zamieszkania lub leczeniem planowanym.

Wymagane dokumenty

- Zgłoszono Cię do ubezpieczenia jako członka rodziny (w stopniu pokrewieństwa „dziecko”/„wnuk”) i masz ukończone 18 lat? Załącz dokument potwierdzający, że kontynuujesz naukę, np. aktualną legitymację lub zaświadczenie z uczelni/szkoły (szczegóły znajdziesz na naszej stronie w zakładce [„Dla pacjenta”](#) → [„Leczenie poza granicami kraju”](#) → [„Leczenie w krajach UE i EFTA”](#) → [„Nauka w państwach UE/EFTA”](#)).
- Masz przyznaną rentę rodzinną (w stopniu pokrewieństwa „dziecko”/„wnuk”) i ukończone 16 lat? Załącz dokument potwierdzający, że kontynuujesz naukę, np. aktualną legitymację lub zaświadczenie z uczelni/szkoły (szczegóły znajdziesz na naszej stronie w zakładce [„Dla pacjenta”](#) → [„Leczenie poza granicami kraju”](#) → [„Leczenie w krajach UE i EFTA”](#) → [„Nauka w państwach UE/EFTA”](#)).
- Jesteś osobą nieubezpieczoną, ale masz prawo do świadczeń? Załącz dokument, który potwierdza przysługujące Ci uprawnienie oraz oświadczenie o zamieszkiwaniu w Polsce – jeśli Twoje uprawnienie do świadczeń zależy od zamieszkiwania w Polsce (przypis nr 2, pkt 3–5).
- Jesteś absolwentką lub absolwentem? Załącz dokument potwierdzający fakt zakończenia nauki.
- Upoważnienie – jeśli składasz wniosek w imieniu innej osoby.

Okres ważności EKUZ

Informację o okresie ważności, na jaki wydawana jest EKUZ, znajdziesz na naszej stronie w zakładce [„Dla pacjenta”](#) → [„Leczenie poza granicami kraju”](#) → [„Leczenie w krajach UE i EFTA”](#) → [„EKUZ”](#). Okres ważności karty może być krótszy, jeśli ustalimy, że przysługuje Ci krótszy okres uprawnień.

Pamiętaj. Kartę wydamy od dnia złożenia wniosku.

Osoba nieubezpieczona z prawem do świadczeń

Prawo do świadczeń przysługuje na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2020 r. poz. 1938, z późn. zm.), jeśli

- 1) nie podlegasz ubezpieczeniu zdrowotnemu, ale spełniasz kryterium dochodowe do otrzymywania świadczeń z pomocy społecznej, co potwierdza decyzja np. wójta, burmistrza – **wpisz 1**,
- 2) nie masz 18 lat i nie podlegasz ubezpieczeniu zdrowotnemu, ale masz obywatelstwo polskie – **wpisz 2**,
- 3) nie masz 18 lat, mieszkasz w Polsce i masz status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy – **wpisz 3**,
- 4) jesteś w ciąży, w trakcie porodu lub połogu, masz obywatelstwo polskie i mieszkasz w Polsce – **wpisz 4**,
- 5) jesteś w ciąży lub w trakcie porodu lub połogu, masz status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy i mieszkasz w Polsce – **wpisz 5**,
- 6) przysługuje Ci 30 dni prawa do świadczeń po ustaniu obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego – **wpisz 6**,
- 7) przysługuje Ci odpowiednio 6 miesięcy lub 4 miesiące prawa do świadczeń jako absolwentowi szkoły ponadpodstawowej lub szkoły wyższej – **wpisz 7**,
- 8) przyznano Ci zasiłek na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym po wygaśnięciu obowiązku ubezpieczenia – **wpisz 8**,
- 9) złożyłeś wniosek o emeryturę lub rentę – **wpisz 9**,
- 10) posiadasz prawo do świadczeń z innego tytułu, niż wymienione w pkt.1–9 – **wpisz 10**.

Jesteś osobą wskazaną w pkt 2–5? Kartę wydamy Ci tylko wtedy, gdy:

- nie możesz zostać zgłoszony do ubezpieczenia jako członek rodziny przez uprawnione osoby, podlegające ubezpieczeniu zdrowotnemu w NFZ,
- nie podlegasz ubezpieczeniu zdrowotnemu w innym kraju UE/EFTA.

Informacja o zasadach leczenia w kraju pobytu

Informacje dotyczące opieki zdrowotnej w innych państwach UE/EFTA znajdziesz na naszej stronie (w zakładce [„Dla pacjenta”](#) → [„Leczenie poza granicami kraju”](#) → [„Leczenie w krajach UE i EFTA”](#) → [„Zasady w poszczególnych krajach”](#)) lub w oddziale wojewódzkim NFZ.

Potwierdzenie uprawnienia na okres wsteczny

Udzielono Ci leczenia i potrzebujesz potwierdzić swoje prawo do niego za okres wsteczny? Złóż wniosek o wydanie Certyfikatu tymczasowo zastępującego EKUZ (znajdziesz go na naszej stronie w zakładce [„Dla pacjenta”](#) → [„Leczenie poza granicami kraju”](#) → [„Leczenie w krajach UE i EFTA”](#) → [„Dokumenty do pobrania”](#))

Weryfikacja prawa do EKUZ

Jeśli konieczne będzie przeprowadzenie postępowania wyjaśniającego, aby potwierdzić Twoje prawo do świadczeń, prześlemy Twój wniosek do właściwego⁴ oddziału wojewódzkiego NFZ.

Pamiętaj. Jeśli podejmiesz pracę w innym państwie UE/EFTA bez potwierdzenia polskiego ustawodawstwa na podstawie zaświadczenia A1, utracisz prawo do korzystania z karty EKUZ. Nie pokryjemy kosztów leczenia związanego z wypadkiem przy pracy, gdy cel wyjazdu związany był z pobytem turystycznym. Jesteśmy uprawnieni do dochodzenia zwrotu poniesionych kosztów leczenia od osób, które posługiwały się kartą pomimo utraty prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Adnotacje oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

.....
Podpis pracownika OW NFZ

2/3

Informacja o utracie prawa do świadczeń opieki zdrowotnej przez osobę, która posługuje się EKUZ

Do czego uprawnia EKUZ

EKUZ potwierdzi Twoje prawo do leczenia w trakcie czasowego pobytu w państwie UE lub EFTA. Na jej podstawie będzie Ci przysługiwać leczenie, które:

- jest niezbędne i nieplanowane,
- zostanie udzielone w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej danego państwa,
- zostanie udzielone po to, abyś nie musiał wracać do Polski przed zakończeniem oddelegowania i mógł kontynuować pobyt w warunkach bezpiecznych dla zdrowia.

O tym, które świadczenie jest dla Ciebie niezbędne, decyduje lekarz, który udziela pomocy. Bierze pod uwagę Twój stan zdrowia i planowany okres pobytu w danym kraju. Świadczenia zostaną udzielone na zasadach obowiązujących w państwie pobytu.

Kiedy otrzymasz EKUZ i kiedy możesz się nią posługiwać

Uzyskasz kartę, jeśli masz prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Prawo do posługiwania się EKUZ wygaśnie z chwilą utraty tego uprawnienia, nawet jeśli okres ważności karty jest dłuższy.

Jeśli pomimo utraty uprawnienia posłużysz się EKUZ, będziemy dochodzić zwrotu poniesionych kosztów leczenia.

Kiedy tracisz prawo do posługiwania się EKUZ

Nastąpi to na przykład gdy:

- zakończysz pracę (dotyczy to osób zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, umowy zlecenia, mianowania oraz żołnierzy i funkcjonariuszy),
- otrzymasz urlop bezpłatny,
- zakończysz lub wyrejestrujesz działalność gospodarczą,
- stracisz status osoby bezrobotnej,
- stracisz uprawnienia do świadczenia emerytalno-rentowego lub zostanie ono zawieszono,
- stracisz status rolnika,
- stracisz uprawnienia do świadczenia społecznego (innego niż zasiłek dla osób bezrobotnych czy świadczenie emerytalno-rentowe), np. zasiłku stałego z pomocy społecznej, zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego czy świadczenia pielęgnacyjnego,
- rozwiążesz umowę dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego z NFZ.

W opisanych przypadkach Twoje prawo do posługiwania się kartą wygasa po 30 dniach. Prawo to wygasa również osobom, które zgłosiłeś do ubezpieczenia zdrowotnego jako członków rodziny.

Jeśli masz status studenta lub ucznia, Twoje prawo do posługiwania się EKUZ wygasa:

- po upływie 6 miesięcy od dnia zakończeniu nauki lub skreślenia z listy uczniów – w przypadku ucznia,
- po upływie 4 miesięcy od ukończenia studiów lub studiów doktoranckich albo skreślenia z listy studentów lub uczestników studiów doktoranckich oraz z chwilą ukończenia 26 lat – w przypadku studenta.

Pamiętaj. Musisz skontaktować się z oddziałem wojewódzkim NFZ, jeśli wydaliśmy Ci EKUZ w związku z wyjazdem turystycznym, a np.:

- rozpoczynasz pracę w innym państwie,
- rozpoczynasz działalność gospodarczą w innym państwie,
- przyznano Ci świadczenie emerytalne lub rentowe z innego państwa.

Oddział wojewódzki NFZ musi wówczas ustalić, gdzie powinny być płacone składki i kto powinien finansować koszty Twojego leczenia. Przepisy unijne wymagają, aby być objętym ubezpieczeniem wyłącznie w jednym państwie UE/EFTA.

Wypełnij wniosek, jeśli potrzebujesz potwierdzić prawo do leczenia za okres wsteczny.

1. Dane osoby, której ma być wydany Certyfikat

PESEL

Jeśli nie masz numeru PESEL, wpisz numer i serię ważnego dokumentu tożsamości (dowód osobisty/paszport)

Data urodzenia
Data (dd/mm/rrrr)

Imię (imiona)

Nazwisko

2. Status osoby, której ma być wydany Certyfikat

osoba ubezpieczona¹

osoba nieubezpieczona z prawem do świadczeń²

członek rodziny osoby ubezpieczonej

3. Cel pobytu osoby, której ma być wydany Certyfikat

turystyczny

studia / nauka

zarobkowy

uzyskanie leczenia

inny (np. zmiana miejsca zamieszkania)

4. Państwo pobytu, w którym udzielono świadczeń i okres świadczeń

Kraj UE/EFTA

Okres udzielenia świadczenia OD DO

5. Sposób odbioru Certyfikatu

faksem

e-mailem

pocztą

osobiście

6. Adres, na który ma być przesłany Certyfikat tymczasowo zastępujący EKUZ

Ulica

Nr domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość / poczta

Państwo

7. Dodatkowe informacje

8. Oświadczenia

Podstawa prawna art. 410 ustawy z dnia 23.04.1964 r. Kodeks cywilny

- W przypadku posłużenia się Certyfikatem tymczasowo zastępującym EKUZ w sposób nieuprawniony, zobowiązuję się do zwrotu kosztów udzielonych mi świadczeń.
- Potwierdzam, że znam zasady utraty prawa do świadczeń opieki zdrowotnej.
- Nie podlegam ustawodawstwu innego niż Polska państwa UE/EFTA.
- Niezwłocznie przekażę właściwemu oddziałowi wojewódzkiemu NFZ³ informacje lub dokumenty konieczne, aby ustalić moją lub zgłoszonych członków rodziny sytuację ubezpieczenia zdrowotnego.

9. Podpis osoby wnioskującej / upoważnionej

Data (dd/mm/rrrr)

Czytelny podpis (imię i nazwisko)

¹ Osoba objęta obowiązkowym lub dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym w NFZ, np. pracownik, emeryt, osoba bezrobotna, osoba prowadząca działalność gospodarczą, rolnik itd.

² Wybierz właściwe dla Twojej sytuacji uprawnienie, wpisując odpowiedni numer (1–10) zamieszczone z dołu strony.

³ Właściwy oddział wojewódzki NFZ – oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, któremu podlegasz ze względu na miejsce zamieszkania i który będzie prowadzić postępowanie wyjaśniające dotyczące ustalenia Twojego prawa do świadczeń zdrowotnych.

DODATKOWE INFORMACJE

Wniosek przeznaczony jest dla osób uprawnionych do leczenia finansowanego ze środków publicznych, które w trakcie pobytu w jednym z państw UE/EFTA skorzystały z leczenia bez EKUZ.

Certyfikat tymczasowo zastępujący EKUZ potwierdza Twoje prawo do leczenia w trakcie pobytu w innym niż Twoje państwie UE lub EFTA.

Na jego podstawie będzie Ci przysługiwać leczenie, które:

- jest niezbędne i nieplanowane,
- zostanie udzielone w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej danego państwa,
- zostanie udzielone po to, aby nie wracać do Polski i kontynuować pobyt w warunkach bezpiecznych dla zdrowia.

Wystawiany jest wyłącznie na okres wsteczny, czyli na okres udzielonych świadczeń.

Wymagane dokumenty

- Zgłoszono Cię do ubezpieczenia jako członka rodziny (w stopniu pokrewieństwa „dziecko” / „wnuk”) i masz ukończone 18 lat? Załącz dokument potwierdzający fakt kontynuacji nauki, np. aktualną legitymację lub zaświadczenie z uczelni / szkoły (szczegóły znajdziesz na naszej stronie w zakładce [„Dla pacjenta”](#) → [„Leczenie poza granicami kraju”](#) → [„Leczenie w krajach UE i EFTA”](#) → [„Nauka w państwach UE/EFTA”](#)).
- Masz przyznaną rentę rodzinną (w stopniu pokrewieństwa „dziecko” / „wnuk”) i ukończone 16 lat? Załącz dokument potwierdzający fakt kontynuacji nauki, czyli aktualną legitymację lub zaświadczenie z uczelni / szkoły (szczegóły dotyczące dokumentów są dostępne na naszej stronie).
- Jesteś osobą nieubezpieczoną, ale masz prawo do świadczeń? Załącz odpowiedni dokument potwierdzający przysługujące Ci uprawnienie oraz oświadczenie o zamieszkiwaniu w Polsce – jeśli Twoje uprawnienie do świadczeń zależy od zamieszkiwania w Polsce.
- Jesteś absolwentem lub absolwentką? Załącz informację z potwierdzeniem zakończenia nauki.
- Wyjeżdżasz w celu zarobkowym? Załącz – odpowiednio – zaświadczenie A1 (wystawione przez ZUS lub KRUS), dokument U2 (wystawiony przez urząd pracy).
- Upoważnienie – jeśli składasz wniosek w imieniu innej osoby.

Informacja o zasadach leczenia w kraju pobytu

Informacje dotyczące opieki zdrowotnej w innych państwach UE/EFTA znajdziesz na naszej stronie w zakładce [„Dla pacjenta”](#) → [„Leczenie poza granicami kraju”](#) → [„Leczenie w krajach UE i EFTA”](#) → [„Zasady w poszczególnych krajach”](#).

Weryfikacja prawa do EKUZ

Jeśli konieczne będzie przeprowadzenie postępowania wyjaśniającego, aby potwierdzić Twoje prawo do świadczeń, wniosek zostanie przekazany do właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ.

Osoba nieubezpieczona z prawem do świadczeń

Prawo do świadczeń przysługuje na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2020 r. poz. 1398, z późn. zm.), jeśli

- 1) nie podlegasz ubezpieczeniu zdrowotnemu, ale spełniasz kryterium dochodowe do otrzymywania świadczeń z pomocy społecznej, co potwierdza decyzja np. wójta, burmistrza – **wpisz 1**,
- 2) nie masz 18 lat i nie podlegasz ubezpieczeniu zdrowotnemu, ale masz obywatelstwo polskie – **wpisz 2**,
- 3) nie masz 18 lat, mieszkasz w Polsce i masz status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy – **wpisz 3**,
- 4) jesteś w ciąży, w trakcie porodu lub położu, masz obywatelstwo polskie i mieszkasz w Polsce – **wpisz 4**,
- 5) jesteś w ciąży lub w trakcie porodu lub położu, masz status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy i mieszkasz w Polsce – **wpisz 5**,
- 6) przysługuje Ci 30 dni prawa do świadczeń po ustaniu obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego – **wpisz 6**,
- 7) przysługuje Ci odpowiednio 6 miesięcy lub 4 miesiące uprawnień jako absolwentowi szkoły ponadpodstawowej lub szkoły wyższej – **wpisz 7**,
- 8) przyznano Ci zasiłek na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym po wygaśnięciu obowiązku ubezpieczenia – **wpisz 8**,
- 9) złożyłeś wniosek o emeryturę lub rentę – **wpisz 9**,
- 10) masz prawo do świadczeń z innego tytułu niż wymienione w pkt 1–9 – **wpisz 10**.

Jesteś osobą wskazaną w pkt 2–5? Certyfikat wydamy Ci tylko wtedy, gdy:

- nie możesz zostać zgłoszony do ubezpieczenia jako członek rodziny przez uprawnione do tego osoby, które są ubezpieczone w NFZ,
- nie podlegasz ubezpieczeniu zdrowotnemu w innym kraju UE/EFTA.

**PROVISORISCHE ERSATZBESCHEINIGUNG
FÜR DIE
EUROPÄISCHE KRANKENVERSICHERUNGSKARTE**

*gemäß Anhang II des Beschlusses Nr. S2
betreffend die technischen Merkmale der Europäischen Krankenversicherungskarte*

Ausgabemitgliedstaat

1.

2. ...

Angaben zum Karteninhaber

3. Name:

4. Vornamen:

5. Geburtsdatum: .../.../.....

6. Persönliche Kennnummer:

Angaben zum zuständigen Träger

7. Kennnummer des Trägers:

.....

Angaben zur Karte

8. Kennnummer der Karte:

9. Ablaufdatum: .../.../.....

Gültigkeitsdauer der Bescheinigung

Ausgabedatum der Bescheinigung

a) Von: .../.../.....

b) bis .../.../.....

c) .../.../.....

Stempel des Trägers und Unterschrift

d)

Hinweise und Informationen

Alle Bestimmungen, die für die sichtbaren Daten auf der europäischen Karte gelten und sich auf die Datenfelder „Bezeichnung“, „Werte“, „Länge“ sowie „Hinweis“ beziehen, gelten auch für die Bescheinigung.



Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung

der im EU- bzw. EWR-Ausland oder der Schweiz versicherten Person, die eine Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC) oder eine Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB) vorlegt.

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen

Ich beabsichtige, mich bis zum _____ in Deutschland aufzuhalten.

Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse:

Name des behandelnden Arztes:

Name, Vorname des Patienten:

Geschlecht:

weiblich

männlich

Anschrift im Heimatstaat: Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Land:

Vorübergehende Aufenthaltsadresse in

oder

Durchreise

Deutschland c/o (Hotel, Familie etc.):

PLZ, Ort:

Straße, Hausnummer:

Tel.-Nr./E-Mail:

Identität nachgewiesen durch

Reisepass

Personalausweis

Nr:

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben

Datum

Unterschrift des Patienten

Hinweis an den Arzt

Das Original dieser Erklärung sowie eine Kopie der EHIC bzw. PEB bitte unverzüglich an die gewählte deutsche Krankenkasse senden.

Rechnungsnummer:

Dokumentation des Behandlungsanspruchs von im Ausland Versicherten

Nur zu verwenden von Vertragsärzten im fahrenden Notdienst bei ambulanter Behandlung vor Ort, wenn EHIC oder PEB nicht kopiert bzw. in anderer geeigneter Weise erfasst werden können.

Der Behandlungsanspruch wurde nachgewiesen durch

- Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC)
- Bescheinigung als provisorischer Ersatz für die Europäische Krankenversicherungskarte (PEB)

Staat der EHIC/PEB ausstellt (Länderkennzeichen befindet sich im Europäischen Emblem)

--	--	--

Patient (die Ziffern beziehen sich auf die Datenfelder der EHIC bzw. der PEB)

3. Name	
4. Vorname	
5. Geburtsdatum	
6. Persönliche Kennnummer	
7. Kennnummer des ausländischen Trägers	
8. Kennnummer der Karte	
9. Ablaufdatum	

Angaben bei provisorischer Ersatzbescheinigung

Gültigkeitsdauer der Bescheinigung	
a) vom	
b) bis	
Ausgabedatum der Bescheinigung	
c) vom	

Datum

--	--	--	--	--	--	--	--

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Anlage

- Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung

Die Originale bitte unverzüglich an die gewählte deutsche Krankenkasse senden.

Instrumente der grenzüberschreitenden Kooperation im Gesundheitsbereich.

Studie im Interreg VA–Projekt (BBG-PL)

„Gesundheit ohne Grenzen in der Eurostadt Guben-Gubin“



EUROPÄISCHE UNION
Europäischer Fonds für
regionale Entwicklung



UNIA EUROPEJSKA
Europejski Fundusz
Rozwoju Regionalnego



BB-PL
INTERREG V A
2014-2020

"Barrieren reduzieren - gemeinsame Stärken nutzen" / „Redukować bariery – wspólnie wykorzystywać silne strony“

Inhaltsverzeichnis

Einführung.....	1
Teil 1. Rechtliche Rahmenbedingungen auf EU-Ebene.....	2
I. EU-Primärrecht	2
1. Kompetenzen der EU im Gesundheitswesen nach dem EU-Primärrecht.....	2
2. Weitere primärrechtliche Regelungen mit Bedeutung für die grenzübergreifende Gesundheitsvorsorge	4
a. Dienstleistungsfreiheit (Art. 56 ff. AEUV).....	4
b. Arbeitnehmerfreizügigkeit (Art. 45 ff. AEUV).....	5
c. Niederlassungsfreiheit (Art. 49 ff. AEUV)	5
3. Grundrechtecharta der EU.....	5
II. Besondere Handlungskompetenz: offene Koordinierungsmethode	6
III. Sekundärrecht.....	7
1. Koordinationsvorschriften.....	7
a. Grundfall	8
b. Aufenthalt im zuständigen Mitgliedstaat	8
c. Aufenthalt außerhalb des zuständigen Mitgliedstaats	8
d. Reisen zur Inanspruchnahme von Sachleistungen	9
e. Zwischenergebnis.....	10
2. Patienten(mobilitäts)richtlinie	10
a. Allgemeines.....	10
b. Bedeutung der Richtlinie für deutsche Patienten in Polen	10
c. Rechtsfolgen der Richtlinie für polnische Patienten in Deutschland	12
3. Verhältnis zwischen der Koordinationsverordnung und der Patientenmobilitätsrichtlinie.	13
4. ECBM-Mechanismus.....	14
IV. Fazit.....	14
Teil 2. Möglichkeiten der grenzüberschreitenden Kooperation in der Eurostadt Guben-Gubin.....	15
I. Koordinationsprojekte.....	15
1. Allgemeines.....	15
2. Beispiele	15
a. Trisan (DE-FR-CH).....	15
b. Telemedizin Pomerania (DE-PL).....	16
3. Eignung des Koordinationsmodells für die grenzüberschreitende Kooperation im Gesundheitswesen in der Eurostadt Guben-Gubin.....	17
II. Zwischenstaatliche Leistungserbringung	18
1. Allgemeines.....	18

2.	Beispiele für die grenzüberschreitende Leistungserbringung	18
a.	Kooperationsprojekte „healthacross“ (AT-CZ).....	18
b.	ZOAST (FR-BE).....	20
c.	IZOM (NL-BE-DE), eIZOM (DE-BE) und eGCI (DE-NL)	21
3.	Eignung des Modells in der Eurostadt Guben-Gubin.....	22
a)	EKVK-Modell.....	23
b)	Modell mit dem Leistungserbringungsvertrag	25
c)	Notfälle.....	26
d)	Empfehlung	26
III.	Institutionalisierte Kooperation.....	27
1.	Allgemeine Informationen	27
2.	Beispiele.....	27
a.	Krankenhaus Cerdanya (FR-ES).....	27
b.	Europaklinik Braunau-Simbach (DE-AT).....	28
3.	Eignung der Institutionalisierung für die Europastadt Guben-Gubin.....	28
a.	EVTZ.....	29
b.	Gründung einer Gesellschaft zum Betrieb einer Gesundheitseinrichtung in Gubin	29
IV.	Fazit.....	29
Teil 3.	Handlungsempfehlungen	30

Einführung

Der Auftraggeber mit Sitz in Deutschland (Brandenburg) bezweckt, eine effektive grenzübergreifende Gesundheitsvorsorge für eine deutsch-polnische Doppelstadt zu etablieren. Darunter ist gemeint, die ambulanten und stationären Angebote der Gesundheitsvorsorge für die Einwohner der polnischen Grenzstadt aufzubauen, durchzuführen und mit den zuständigen Versicherungsträgern aus Deutschland und Polen abzurechnen.

Zu untersuchen ist, welche Lösungen und unter welchen Bedingungen, hier anwendbar wären.

Dementsprechend ist Gegenstand der vorliegenden Ausarbeitung der rechtliche Rahmen für die Etablierung des grenzüberschreitenden Angebotes.

Gemäß dem Auftrag wird zunächst das Recht der Europäischen Union (im Folgenden auch „EU-Recht“ bzw. unionales Recht) untersucht (1. Teil der Untersuchung). Anschließend werden die Rahmenbedingungen in nationalem – deutschem und polnischem – Recht dargestellt (2. Teil der Untersuchung)

Bereits an dieser Stelle sind zwei wichtigste Konstellationen zu nennen, die im Folgenden vor dem Hintergrund der unionalen und nationalen Rahmenbedingungen näher untersucht werden:

- 1) Nutzung der bereits bestehenden Angebote des deutschen Leistungserbringers durch Patienten mit Wohnsitz in Polen und
- 2) Aufbau einer Einrichtung durch den deutschen Leistungserbringer auf polnischer Seite.

Teil 1. Rechtliche Rahmenbedingungen auf EU-Ebene

Auf der Ebene des sog. EU-Primärrechts ergibt sich der unionale Rechtsrahmen für eine grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen vor allem aus den Grundfreiheiten (insb. Dienstleistungsfreiheit) sowie aus den aufgrund von Art. 168 AEUV¹ eingeleiteten Maßnahmen.

Im sekundärrechtlichen Bereich sind die

- die Koordinationsverordnung (883/2004²) und
- die Patientenrechterichtlinie (2011/24/EU³)

zu nennen

I. EU-Primärrecht

Das Primärrecht ist das ranghöchste Recht der EU. Es besteht aus folgenden Dokumenten ab:

1. Gründungsverträge der EU
2. Verträge (samt Protokollen) zur Änderung der Gründungsverträge der EU
3. Beitrittsverträge der neuen Mitglieder
4. Austrittsverträge für ausgeschiedene Mitglieder
5. der Charta der Grundrechte sowie aus
6. den allgemeinen Rechtsgrundsätzen des Gerichtshofs der Europäischen Union (EuGH).⁴

Durch das Primärrecht wird die Verteilung der Befugnisse und Zuständigkeiten zwischen der EU und den EU-Ländern bestimmt. Dies ist für das Gesundheitswesen in der EU sowie für die grenzübergreifende Kooperation in diesem Bereich von entscheidender Bedeutung.

1. Kompetenzen der EU im Gesundheitswesen nach dem EU-Primärrecht

Nach dem Prinzip der begrenzten Einzelermächtigung darf die EU grundsätzlich nur dann tätig werden, wenn die Mitgliedstaaten ihr entsprechende Kompetenzen übertragen haben (Art. 5 Abs. 1 S. 1 EUV⁵).

Hier ist zwischen der

¹ Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union, ABl. C 326 vom 26.10.2012, S. 47–390.

² Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (ABl. L 166 vom 30.4.2004, S. 1-123).

³ Richtlinie 2011/24/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 9. März 2011 über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung (ABl. L 88 vom 4.4.2011, S. 45-65).

⁴ Das Primärrecht der Europäischen Union (<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/?uri=LEGISSUM%3A114530>).

⁵ Vertrag über die Europäische Union, ABl. C 326 vom 26.20.2012, S. 15 ff.

- ausschließlichen Zuständigkeit,
- geteilten Zuständigkeit
- unterstützenden Zuständigkeit und
- besonderen Zuständigkeit zu unterscheiden.

Soweit die **ausschließliche Zuständigkeit** der EU gegeben ist, dann darf nur die EU die Rechtsvorschriften zu erlassen. Den Mitgliedsstaaten obliegt es lediglich, diese Rechtsnormen anwenden. Die **geteilte Kompetenz** in einigen Bereichen bedeutet, dass sowohl die EU als auch die Mitgliedsstaaten Rechtsvorschriften erlassen können. Die Mitgliedsstaaten können dies jedoch nur dann tun, wenn die EU noch keine Vorschriften zu den unten aufgeführten Bereichen erlassen hat oder dies nicht beabsichtigt. Für die **unterstützende Kompetenz** ist es wiederum charakteristisch, dass die EU mit ihren Maßnahmen die Mitgliedstaaten lediglich unterstützen kann bzw. ihre Maßnahmen koordinieren oder ergänzen (Art. 2 Abs. 5 AEUV). Sie darf aber hier keine Rechtsvorschriften erlassen, insbesondere keine legislativen Maßnahmen eingreifen.

Zu den Kompetenzen der EU im Bereich „Gesundheit“ gehört nach dem jetzigen Rechtsstand nur die sog. „öffentliche Gesundheit“ und dies nur als geteilte bzw. unterstützende Kompetenz. Dies ergibt sich vor allem aus Art. 6 AEUV. Danach ist die EU im Bereich des Schutzes und Verbesserung der menschlichen Gesundheit ausschließlich für die Durchführung von Maßnahmen zur Unterstützung, Koordinierung oder Ergänzung der Maßnahmen der Mitgliedstaaten zuständig.

Diese unterstützende Kompetenz wurde in Art. 168 AEUV konkretisiert. Für das grenzüberschreitende Gesundheitswesen hat Art. 168 Abs. 2 AEUV eine besondere Bedeutung. Die EU wird dort zur unverbindlichen Aufforderung von Mitgliedstaaten zu Zusammenarbeit mit dem Zweck die Komplementarität ihrer Gesundheitsdienste in den Grenzgebieten herzustellen beauftragt. Diese Vorschrift ermächtigt die EU nur zu einer unterstützenden und fördernden Wirkung im Bereich der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten und zwar unter dem Vorbehalt, dass diese Maßnahmen darauf abzielen, die Komplementarität ihrer Gesundheitsdienste in den Grenzgebieten zu verbessern (Art. 168 Abs. 3 UAbs. 1 S. 2 AEUV). Die EU könnte daher zwei Mitgliedstaaten zum Aufbau eines gemeinsamen grenzüberschreitenden Angebotes anregen und sie dabei unterstützen. Diese hier genannte Zusammenarbeit erstreckt sich nicht nur auf den Zugang zu ärztlichen Beratungen und chirurgischen Eingriffen, sondern auch auf telemedizinische und notfallmedizinische Dienste, Krankentransport, den gemeinsamen Erwerb von Ausrüstungen, den Austausch von Personal und bewährten Verfahren im Bereich des Gesundheitsmanagements und der Qualität.⁶ Dies würde für den hier untersuchten Fall passend sein. Allerdings gingen seitens der EU, soweit bekannt, aufgrund von Art. 168 Abs. 2 S. 1 AEUV keine konkreten Handlungsmaßnahmen damit einher. Die in den Grenzregionen gelaufenen und laufenden Projekte stützen sich auf die völkerrechtlichen Verträge zwischen den interessierten Mitgliedstaaten.

Ferner bezieht sich der Begriff Gesundheit nur auf öffentliche Gesundheit und nicht auf die Gesundheit des Einzelnen.⁷

Darüber hinaus hat die EU im Bereich des Gesundheitsschutzes nur für folgende Felder der

⁶ Kowalik-Bańczyk Krystyna / Szwarc-Kuczer Monika / Wróbel Andrzej (Hrsg.), Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej. Komentarz. Tom II (art. 90-222), 2012, Anm 168.5.2.

⁷ M. Fröhlich, T. Lahann, A. Trautmann, Gesundheitsdienstleistungen in der Großregion SaarLorLux, S. 12.

Präventionspolitik ausdrückliche Kompetenzen:

- für den Gesundheitsschutz in der Arbeitsumwelt (Art. 153 Abs. 1 und 2 AEUV) und
- für den Verbraucherschutz, der neben den wirtschaftlichen Interessen auch den Gesundheitsschutz und die Sicherheit der Verbraucherinnen und Verbraucher einschließt (Art. 169 AEUV).

Diese sind aber für die vorliegende Problematik nicht relevant.

Sonst sind keine besonderen Regelungen ersichtlich, die EU ermächtigen, die Regelungen zur grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im Gesundheitswesen zu erlassen.

Damit ist bereits an dieser Stelle festzustellen, dass die EU keine direkten Kompetenzen hat, mit denen sie die Maßnahmen begründen könnte, auf denen der deutsche Leistungserbringer einen Zugang für ausländische Patienten zu den Leistungen der Gesundheitsvorsorge verschaffen konnte. Von der Kompetenz zur Unterstützung der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit zur Verbesserung der Komplementarität der Gesundheitsdienste in den Grenzgebieten hat die Kommission bisher keinen für den vorliegenden Fall relevanten Gebrauch gemacht.

2. Weitere primärrechtliche Regelungen mit Bedeutung für die grenzübergreifende Gesundheitsvorsorge

Für die weitere Untersuchung können des Weiteren die Regelungen zum Binnenmarkt relevant sein. Dazu gehört in erster Linie die Dienstleistungsfreiheit.

a. Dienstleistungsfreiheit (Art. 56 ff. AEUV)

Indirekte Wirkung für die Entwicklung der Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich hatten bisher in der Rechtsprechung insb. die Vorschriften zur Dienstleistungsfreiheit (Art. 56 ff. AEUV).

Die Dienstleistungsfreiheit könnte hier zum einen die Wahl des Patienten zwischen der Behandlung im In- oder im Ausland begründen. Hier spielt auch die Unterscheidung zwischen der passiven und aktiven Dienstleistungsfreiheit eine Rolle. Die passive Dienstleistungsfreiheit liegt dann vor, wenn der Dienstleistungsempfänger sich zur Entgegennahme einer Dienstleistung in einen anderen Mitgliedsstaat begibt. Dagegen reist im Falle der aktiven Dienstleistungsfreiheit der Dienstleistungserbringer ins EU-Ausland, um dort die Leistungen anzubieten.

Sollte diese Freiheit auch im Bereich Gesundheit (medizinische Versorgung durch Ärzte, Heilpraktiker, Physiotherapeuten, etc.) gelten, dann könnte sowohl der deutsche Dienstleistungserbringer sich nach Polen begeben, um dort die Leistungen anzubieten sowie der in Polen wohnhafte Patient könnte nach Deutschland reisen, um dort die Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch zu nehmen.

Grundsätzlich erfasst die Dienstleistungsfreiheit auch die medizinischen Dienstleistungen und sonstige Gesundheitsdienstleistungen.⁸ Dementsprechend müssten Leistungserbringer aus einem Mitgliedstaat gleich den inländischen Dienstleistungserbringern die Möglichkeit haben, entsprechende Verträge mit

⁸ Ausführlich F. von Ameln, Grenzen der Dienstleistungsfreiheit im Bereich des Gesundheitswesens unter Berücksichtigung der Patientenrichtlinie 2011/24/EU, 2015, S. 197 ff.

den inländischen Krankenkassen abzuschließen, um gegenüber den inländischen Versicherten als Sachleistungserbringer auftreten zu können.⁹ Damit sollte der deutsche Dienstleister befugt sein, mit dem polnischen Versicherungsfonds den Vertrag zur Erbringung von medizinischen Dienstleistungen für polnische Versicherte abzuschließen (vgl. § 140e SGB V, Art. 132 des polnischen Gesetzes über die Leistungen der Gesundheitsvorsorge).

Der Anwendungsbereich der diese Grundfreiheit konkretisierenden Dienstleistungsrichtlinie wird aber dahingehend eingeschränkt, dass sie für bestimmte nichtwirtschaftliche Dienstleistungen von allgemeinem Interesse wie Gesundheitsdienstleistungen nicht gilt (Art. 2 Dienstleistungsrichtlinie).

Die Rechtsfolge der Anwendbarkeit der Dienstleistungsfreiheit auf die Gesundheitsdienstleistungen ist die grundsätzliche Freiheit des Patienten auf die Wahl des Dienstleisters. Der Patient darf daher zwischen der Behandlung im In- und im Ausland entscheiden. Die bestimmten Regeln für die Rückerstattung damit verbundenen Kosten wurden in der Patientenrechterichtlinie (2011/24/EU) kodifiziert, die anschließend in das Recht der Mitgliedstaaten umgesetzt worden ist.

Die aus der Patientenrichtlinie ergebenden Möglichkeiten werden noch weiter (III.2.) behandelt.

b. Arbeitnehmerfreizügigkeit (Art. 45 ff. AEUV)

Art. 45 AEUV garantiert die Freizügigkeit der Arbeitnehmer innerhalb der EU.

Als notwendige Folge einer solchen Freiheit ist das Recht auf die diskriminierungsfreie Inanspruchnahme von Sozialleistungen in dem Niederlassungsstaat. Die EU wurde dementsprechend in Art. 48 AUEV ermächtigt, die auf dem Gebiet der sozialen Sicherheit für die Herstellung der Freizügigkeit der Arbeitnehmer notwendigen Maßnahmen zu beschließen. Diese Zuständigkeit mündete in der Koordinierungsverordnung 883/2004 und Durchführungsverordnung 987/2009. Beide Verordnungen bilden zusammen ein Grundkonstrukt für die Koordination der Sozialversicherungssysteme wegen der Freizügigkeit der Arbeitnehmer in der EU.

Die daraus resultierenden Möglichkeiten werden noch Gegenstand einer besonderen Analyse (siehe unten: III.1.).

c. Niederlassungsfreiheit (Art. 49 ff. AEUV)

Die Niederlassungsfreiheit ist dagegen für die Leistungserbringer interessant, die ihr Unternehmen ins Ausland verlegen möchten. Die Niederlassungsfreiheit spielt daher besondere Rolle bei der Anerkennung von Berufsabschlüssen und Diplomen von Personen, die medizinische Leistungen erbringen wollen.

Diese Regelungen könnten eine besondere Rolle spielen, wenn z.B. bei der Etablierung einer selbständigen oder nichtselbständigen Einrichtung des deutschen Dienstleistungserbringers auf polnischer Seite die Zulässigkeit der Berufsausübung im Ausland gefragt wird. Dem wird – dem Auftrag entsprechend – nicht näher nachgegangen.

3. Grundrechtecharta der EU

Die Charta der Grundrechte¹⁰ gehört ebenfalls zu den Rechtsakten des Primärrechts.

⁹ Karl, Die Auswirkungen des freien Waren- und Dienstleistungsverkehrs auf die Kostenerstattung, DRdA 2002, S. 15 ff.; Felix, Gesundheitsleistungen ohne Grenzen in der Europäischen Union?, SozSi 1999, S. 31 ff. (Zitat nach S. 97)

¹⁰ Charta der Grundrechte der Europäischen Union, ABl. C 364 vom 18.12.2000, S. 1 ff.

In Art. 35 Grundrechte-Charta wird den Unionsbürgern das Grundrecht auf den Gesundheitsschutz gewährt:

Jede Person hat das Recht auf Zugang zur Gesundheitsvorsorge und auf ärztliche Versorgung nach Maßgabe der einzelstaatlichen Rechtsvorschriften und Gepflogenheiten. Bei der Festlegung und Durchführung aller Politiken und Maßnahmen der Union wird ein hohes Gesundheitsschutzniveau sichergestellt.

Auch diese Regelung ist insbesondere für die Patienten wichtig, die ihre Behandlung im Ausland durchführen möchten. Vor dem Hintergrund dieses Grundrechts stellt sich die Frage nach der Pflicht des Mitgliedstaates zur Erleichterung des Zugangs zur effektiven Gesundheitsvorsorge, einschließlich der Leistungen der ausländischen Gesundheitseinrichtungen.

II. Besondere Handlungskompetenz: offene Koordinierungsmethode

Nach dem Entschluss der Mitgliedstaaten von 2004¹¹ bedient sich die EU in der Gesundheitspolitik der sog. offenen Koordinierungsmethode (OKM).¹²

Zweck der OKM ist es, die nationale Politik auf die Realisierung bestimmter gemeinsamer Ziele auszurichten. Diese Ziele müssen die Mitgliedstaaten in ihre Systeme implementieren und umsetzen. Die Umsetzung wird anhand gemeinsam festgelegten Messinstrumenten (Statistiken, Indikatoren, Leitlinien) untersucht. Das Ergebnis („Benchmarking“) der Umsetzung erfolgt durch die gegenseitige Bewertung durch die EU-Länder und Austausch von bewährten Vorgehensweisen.

Für die Gesundheitspolitik wurden 2004 folgende Ziele gefasst:

1. Sicherung eines Zugangs zu einer hochwertigen Versorgung auf der Grundlage von Universalität, Angemessenheit und Solidarität,
2. Verhütung des durch Krankheit, Unfall, Behinderung oder Pflegebedürftigkeit im hohen Alter bedingten Armuts- bzw. Ausgrenzungsrisikos sowohl für die Patienten als auch für ihre Familien,
3. Förderung einer hochwertigen Versorgung, um den Gesundheitszustand und die Lebensqualität der Menschen zu verbessern,
4. Sicherung der langfristigen Finanzierbarkeit einer hochwertigen und allgemein zugänglichen Gesundheitsversorgung (Mitteilung der Kommission von 2004).

Als Maßstab für Fortschritte bei der Umsetzung dieser Ziele sollen solche Indikatoren wie die Sterblichkeitsrate von Kindern, die Zahl der Akutbetten, die Arztdichte oder der Anteil der

¹¹ Mitteilung der Kommission an den Rat, das Europäische Parlament, den Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen - Modernisierung des Sozialschutzes für die Entwicklung einer hochwertigen, zugänglichen und zukunftsfähigen Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege: Unterstützung der einzelstaatlichen Strategien durch „die offene Koordinierungsmethode“ (KOM/2004/0304 endg.)

¹² Sh. Mitteilung der Kommission an den Rat, das Europäische Parlament, den Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen - Die Zukunft des Gesundheitswesens und der Altenpflege: Zugänglichkeit, Qualität und langfristige Finanzierbarkeit sichern (COM/2001/0723 endg.)

Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt dienen.

In der Gesundheitspolitik wird OMK Social Protection Committee geführt, sodass es sich hier um eine institutionalisierte Form der *soft law* handelt.¹³ Allerdings hat die Anwendung der OMK auf die Gesundheitspolitik bisher nur geringe Fortschritte gebracht.

III. Sekundärrecht

Nachdem die primärrechtlichen Regelungen dargestellt worden sind, ist es auf das Sekundärrecht zurückzugreifen.

Die sekundären Rechtsvorschriften, also Verordnungen, Richtlinien, Entscheidungen und Beschlüsse, werden gemäß den in den EU-Verträgen (Primärrecht) festgelegten Grundsätzen und nach dem dort bestimmten Verfahren getroffen.

Hier sind insbesondere die Vorschriften der unmittelbar geltenden Verordnungen und der aus der Rechtsprechung der EuGH resultierenden Richtlinie über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung zu behandeln.

1. Koordinationsvorschriften

Die Koordinationsverordnung schafft Regeln für Nutzung der Gesundheitsdienstleistungen im EU-Ausland sowohl im geplanten als auch im ungeplanten Bereich. Die Verordnung stützt sich auf das Prinzip der Sachleistung und legt fest, welcher ist der zuständige Kostenträger für die Leistungen wegen Krankheit. Der Versicherte erhält einen Leistungsanspruch gegen den aushelfenden Träger, so als ob er nach den Vorschriften des Staates versichert wäre, in dem der aushelfende Träger seinen Sitz hat. Dieses Prinzip wird nur in dem Fall des Geldleistungsexports gem. Art. 21 VO 883/2004 durchbrochen.

Die Koordinationsverordnung (VO 883/2004) und die dazu gehörige Ausführungsverordnung (VO 987/2009) begründen aber für die Patienten keine selbständigen Anspruchsgrundlagen. Sie bestimmen jedoch, aus welchem nationalen Recht die betroffene Person (Versicherter oder seine Familienmitglieder) im Falle der Krankheit (andere Bereiche sind für die vorliegende Thematik außer Acht zu lassen) ihre Ansprüche ableiten können. Die Anspruchsvoraussetzungen sowie den Anspruchsinhalt bestimmt daher nicht mehr das unionale Recht sondern das nach der Verordnung anzuwendende nationale Recht.

Die Verordnung kommt aber erst dann zur Anwendung, wenn es sich um einen Sachverhalt mit der Auslandsberührung handelt. Dies ist dann zu bejahen, wenn:

- 1) die betroffene Person in einem anderen Mitgliedstaat erwerbstätig ist als sie wohnt (Grundfall);
- 2) sich in dem zuständigen Mitgliedstaat aufhält;
- 3) sich in einem anderen Mitgliedstaat vorübergehend (als Tourist, Reisender usw.) als dem zuständigen Mitgliedstaat und Wohnsitz aufhält oder
- 4) sich in den anderen Mitgliedstaat als der zuständige oder Wohnsitzstaat zur Behandlung

¹³ Paweł Białynicki Birula, Wykorzystanie metod nowego zarządzania publicznego w kształtowaniu polityki zdrowotnej Unii Europejskiej, Zarządzanie Publiczne 2011 nr 4 (18), S. 37-48.

begibt.

a. Grundfall

Im ersten Fall darf die betroffene Person die Gesundheitsdienstleistungen im Wohnsitzstaat auf Kosten der Versicherung aus dem Mitgliedstaat der Erwerbstätigkeit in Anspruch nehmen und zwar in dem Umfang, als ob sie in dem Wohnsitzstaat versichert wäre (Art. 17 VO 883/2004). Maßgeblich ist daher das nationale Recht des Wohnsitzstaates. Die Abrechnung für die medizinischen Behandlungsmaßnahmen erfolgt zwischen dem Leistungserbringer und dem Versicherer des Betroffenen. Als Nachweis der Versicherung gilt hier eine S2-Bescheinigung, die vom zuständigen Träger ausgestellt wird. Für die Inanspruchnahme von Leistungen im Wohnsitzstaat muss sich der Betroffene noch vorher beim Träger des Wohnorts eintragen lassen (Art. 24 Abs. 1 VO 987/2009). Der Träger ihres Wohnorts ist die Einrichtung oder die Behörde, die nach den Rechtsvorschriften, die für diesen Träger gelten, für die Gewährung der Leistungen an dem Ort zuständig ist, an dem die betreffende Person wohnt oder sich aufhält, oder, wenn es einen solchen Träger nicht gibt, den von der zuständigen Behörde des betreffenden Mitgliedstaats bezeichneten Träger (Art. 1 lit. r) VO 883/2004). Es besteht daher kein richtiges Wahlrecht zwischen den mitgliedstaatlichen Systemen. Die Betroffenen sollen nur ein System in Anspruch nehmen und zwar dies das Wohnsitzstaates.

b. Aufenthalt im zuständigen Mitgliedstaat

Die Betroffenen können die Sachleistungen in ihrem zuständigen Mitgliedstaat (i.d.R. Versicherungsstaat) nur dann in Anspruch nehmen, wenn sie sich dort aufhalten (Art. 18 VO 883/2004). Dies schließt den Fall der Reise zur Behandlung in den zuständigen Staat nicht mit ein. Dies bedeutet, dass die solche Praxis wie sie auf der deutsch-polnischen Grenze stattfindet (viele in Polen wohnende aber in Deutschland wegen Erwerbstätigkeit versicherte Personen reisen zur Nutzung des ärztlichen Angebotes nach Deutschland), nicht mit der VO vereinbar ist. Dies wird zum einen dadurch bedingt, dass die deutschen Arbeitgeber nur die vom in Deutschland niedergelassenen Arzt ausgestellte Arbeitsfreistellung beachten. Zum anderen gehen viele polnische Bürger davon aus, dass die Qualität der ärztlichen Dienstleistungen in Deutschland höher ist als in Polen.

c. Aufenthalt außerhalb des zuständigen Mitgliedstaats

Die Personen, die nur in einem und demselben Mitgliedstaat wohnen und versichert sind, können die Leistungen aus dem anderen Mitgliedstaat in Anspruch nehmen, wenn sie sich dort vorübergehend aufhalten (Art. 19 VO 883/2004). Es handelt sich hier um akute Behandlungsfälle (Unfälle), die auf dem Territorium des Behandlungsstaates notwendig erwiesen haben. Diese Regelung gilt in erster Linie für Touristen, Studierende, Geschäftsreisende usw. Die Formulierung von Art. 19 Abs. 1 VO 883/2004 schließt daher eindeutig die Fälle aus, in denen der Patient aus dem Krankenhaus in einem Staat notfalls in das Krankenhaus in dem anderen Staat überführt wird (da z.B. die medizinische Ausstattung der ersten Einrichtung nicht ausreichend war und die Beförderung zum anderen Krankenhaus in demselben Staat wegen des Zustandes des Patienten nicht zumutbar war).

Im Behandlungsstaat kann die betroffene Person die Sachleistungen bekommen, die medizinisch notwendig sind, wobei die Art der Leistungen und die voraussichtliche Dauer des Aufenthalts zu berücksichtigen sind. Die Leistungen sind dann notwendig, wenn der Versicherte nicht vorzeitig in den zuständigen Mitgliedstaat zurückkehren muss, um die erforderlichen medizinischen Leistungen zu erhalten (Art. 25 (3) VO 987/2004). Man kann diejenigen Leistungen in Anspruch nehmen, die zum gesetzlichen Leistungsumfang im Behandlungsstaat gehören, auch wenn sie über den gesetzlichen Leistungskatalog in zuständigem Mitgliedstaat hinausgehen.

Diese Leistungen werden für Rechnung des zuständigen Trägers erbracht, wenn der Versicherte ein von dem zuständigen Träger ausgestelltes Dokument vor, das seinen Sachleistungsanspruch bescheinigt, vorlegt (Art. 25 A. (1) VO 987/2009). Als solches Dokument gilt u.a. die EHIC-Karte.¹⁴ Sonst hat der Patient die Kosten selbst zu tragen und erst später kann er diese von seinem zuständigen Träger fordern. Die Rückerstattung kann beantragt werden, wenn:

- die Behandlung während des Aufenthalts im Ausland notwendig war,
- es sind Leistungen erbracht worden, die die Versicherung im zuständigen Mitgliedstaat übernehmen würde,
- die Rechnung des Leistungserbringers bezahlt wurde und
- der Patient in zuständigem Mitgliedstaat tatsächlich versichert ist.

Es werden nur die tatsächlich entstandenen Kosten rückerstattet, es sei denn, dass die Kosten der Behandlung im Ausland höher als Deutschland sind. In diesem Fall muss der Patient den Unterschied selbst tragen.

d. Reisen zur Inanspruchnahme von Sachleistungen

Die Einwohner des Grenzgebietes dürfen in einen anderen Mitgliedstaat reisen, um dort die Sachleistungen zu erhalten, wenn dies ihm vom zuständigen Träger genehmigt wurde (Art. 20 VO 883/2004). Hier kommen noch die Vorschriften der KoordinationsVO mit denen der Patientenmobilitätsrichtlinie in Konkurrenz. Der Patient darf wählen, ob er sich auf die Koordinationsverordnung oder auf die nationalen Vorschriften, die der Umsetzung der Richtlinie dienen, beruft. Nach Art. 20 Abs. 2 S. 2 VO 883/2004 darf die Genehmigung nicht versagt werden, wenn die betreffende Behandlung Teil der Leistungen ist, die nach den Rechtsvorschriften des Wohnstaats der betreffenden Person vorgesehen sind, und ihr diese Behandlung nicht innerhalb eines in Anbetracht ihres derzeitigen Gesundheitszustands und des voraussichtlichen Verlaufs ihrer Krankheit medizinisch vertretbaren Zeitraums gewährt werden kann. Somit wird das Ermessen der Behörde aufs Null geschrumpft.

(1) Deutscher Versicherter in Polen

Plant der/die deutsche Versicherte den Aufenthalt in Polen für die ambulante Behandlung (z.B. beim Zahnarzt) und will keine Kosten zunächst tragen, dann soll er/sie sich die Behandlung vorher von der zuständigen Krankenkasse genehmigen lassen. Der Versicherte erhält die S2-Bescheinigung und damit wird er in Polen wie jede in Polen gesetzlich krankenversicherte Person behandelt. Die Behandlungskosten rechnet die Krankenkasse mit dem polnischen Leistungserbringer und NFZ ab. Damit hängt zusammen, dass nur die Leistungserbringer besucht werden können, die sich an dem öffentlichen Gesundheitssystem beteiligen, d.h. die entsprechenden Verträge mit NFZ haben.

(2) Polnischer Patient in Deutschland

Wenn der Patient die Dienstleistungen direkt auf Kosten des NFZ (ohne vorherige Bezahlung der Rechnung) in Anspruch nehmen möchte, muss er ebenfalls vor der Reise nach Deutschland Genehmigung des zuständigen Direktors der regionalen Stelle des NFZ einholen (Behandlung aufgrund von Koordinierungsvorschriften). In diesem Fall kann nur die Behandlung bei den Leistungserbringern in Anspruch genommen werden, die Vereinbarungen mit Krankenkassen haben

¹⁴ Europäische Gesundheitskarte.

(Kassenärzte).

e. Zwischenergebnis

Somit geben die Koordinationsvorschriften den Einwohner des Grenzgebietes keine besonderen Rechte bezüglich der Nutzung der Gesundheitseinrichtungen in dem Nachbarstaat. Sie können dortigen Sachleistungen nur dann in Anspruch nehmen, wenn sie sich gerade in diesem Nachbarstaat aufhalten oder aufgrund der Genehmigung des zuständigen Trägers dort reisen, um Sachleistungen auf dessen Kosten zu erhalten. Diese Grundsätze gelten sowohl für die Grenzgänger als auch für diejenigen Personen, die nur in einem Staat wohnen und versichert sind. Ein Wahlrecht zwischen den Systemen der Gesundheitsfürsorge ist nicht ersichtlich.

2. Patienten(mobilitäts)richtlinie

a. Allgemeines

Im Fall der geplanten Inanspruchnahme von medizinischen Dienstleistungen in einem anderen Mitgliedstaat sind auch die Regelungen der Patientenmobilitätsrichtlinie (2011/24/EU) sowie sie umsetzende nationale Vorschriften zu beachten. Nach dem Erwägungsgrund Nr. 30 der Richtlinie ist entweder die Richtlinie oder die Verordnung der Union zur Koordinierung der Sozialversicherungssysteme anwendbar.

Der Unterschied besteht dahingehend, dass die VO auf die Sachleistungen ausgerichtet ist. Dagegen geht es bei der Richtlinie und ihren Umsetzungsvorschriften um die Kostenerstattung. Des Weiteren gilt die Richtlinie nur für die Fälle, wenn der Patient sich zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme der Leistungen (noch) nicht im Behandlungsstaat befindet. Damit ist der Anwendungsbereich der Richtlinie für die geplante Nutzung von Leistungen der Gesundheitsvorsorge eröffnet. Geplant ist eine Behandlung auch dann, wenn der Aufenthalt im Ausland gezielt mit einer medizinischen Dienstleistung verknüpft wird.

In dem deutsch-polnischen Kontext ist die Inanspruchnahme von den Leistungen der Gesundheitsvorsorge mit unterschiedlichem Verfahren, je nach dem Herkunftsstaat des Patienten, verbunden. In jedem Fall tritt aber der Versicherte in die Vorleistung ein. Erst im Nachhinein kann er sich bei dem zuständigen Versicherer um die Rückerstattung bewerben.

b. Bedeutung der Richtlinie für deutsche Patienten in Polen

Für die in Deutschland versicherten Personen, die Gesundheitsdienstleistungen im Ausland in Anspruch nehmen wollen, sind § 13 Abs. 4 und 5 SGB V maßgeblich. Hier wird zwischen der ambulanten und stationären Leistungen unterschieden. Im ersten Fall werden dem Versicherten die Kosten der medizinischen Leistung erstattet, soweit auch ein originärer Leistungsanspruch im Inland besteht. Dagegen dürfen Krankenhausleistungen nach Abs. 5 nur nach vorheriger Genehmigung durch die zuständigen Träger (Krankenkassen) in Anspruch genommen werden. Das Bundesministerium für Gesundheit vertritt die Ansicht, dass deutsches Recht die Anforderungen der Richtlinie erfüllt und damit keine grundsätzlichen Rechtsänderungen notwendig waren (BMG, Nr. 2).

(1) Ambulante Dienstleistungen

Die ambulante Leistung, die die Krankenkasse auch in Deutschland übernehmen würde, kann der deutsche Versicherte in Polen auf eigene Rechnung in Anspruch nehmen. In diesem Fall darf er sich auch bei den privaten Leistungserbringern behandeln lassen. Der Patient wird wie eine privat krankenversicherte Person behandelt und damit mit den anfallenden Kosten zunächst belastet. Soweit die Rechnung des polnischen Leistungserbringers beglichen wird, kann der Patient die Rechnung und

die Rückerstattung beitragen. Der Anspruch auf Erstattung besteht aber höchstens in Höhe der Vergütung, die Ihre Krankenkasse in Deutschland bezahlt hätte. Gegebenenfalls muss der Patient den Unterschied alleine tragen. Einige Krankenkassen verlangen z.B. für die Zahnersatzbehandlung in Polen zusätzlich den Heil- und Kostenplan des ausländischen Zahnarztes.

Grundsätzlich muss der in Deutschland Versicherte vor der Reise zur Inanspruchnahme von ambulanten Leistungen keine Genehmigung der Krankenkasse einholen. Nur in Ausnahmefällen ist die vorherige Genehmigung der ambulanten geplanten Auslandsbehandlung durch die Krankenkasse notwendig. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Behandlung den Einsatz einer hoch spezialisierten und kostenintensiven medizinischen Infrastruktur oder medizinischen Ausrüstung erfordert. Auch nur in den in der Richtlinie enumerativ genannten Ausnahmefällen darf die Genehmigung versagt werden.

Wenn der Patient aber keine Kosten tragen möchte, soll er sich die Behandlung im Vorfeld von der Krankenkasse genehmigen lassen. Die Genehmigung wird erteilt, wenn die betreffende Behandlung Teil der Leistungen ist, die nach den Rechtsvorschriften des Wohnmitgliedstaats der betreffenden Person vorgesehen sind, und ihr diese Behandlung nicht innerhalb eines in Anbetracht ihres derzeitigen Gesundheitszustands und des voraussichtlichen Verlaufs ihrer Krankheit medizinisch vertretbaren Zeitraums gewährt werden kann. Mit der Genehmigung stellt die Krankenkasse einen S2-Vordruck aus. Damit weist der Patient im Behandlungsstaat nach, dass er wie eine dort gesetzlich krankenversicherte Person behandelt wird und dass seine Krankenkasse die Kosten übernimmt. Im diesem Fall ergeben sich Ihre Ansprüche auf Behandlung unmittelbar aus den Europäischen Verordnungen zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (Verordnung (EG) 883/2004 und 987/2009).

(2) Stationäre Leistungen

Planen der in Deutschland Versicherte nach Polen zu reisen, um sich dort medizinisch im Krankenhaus behandeln zu lassen (geplante Behandlung), dann muss er sich die Behandlung im Vorfeld von der zuständigen Krankenkasse genehmigen lassen.

Die Genehmigung wird durch die Krankenkasse erteilt, wenn:

- die betreffende Behandlung Teil der gesetzlich garantierten Leistungen in Deutschland ist und
- diese Behandlung nicht innerhalb eines in Anbetracht ihres derzeitigen Gesundheitszustands und des voraussichtlichen Verlaufs der Krankheit medizinisch vertretbaren Zeitraums gewährt werden kann.

Die Krankenkasse stellt mit der Genehmigung die S2-Bescheinigung aus. Damit weist der Patient in Polen nach, dass seine Krankenkasse die Behandlungskosten übernimmt. Der Patient wird dann mit keiner Rechnung belastet. Die Abrechnung findet nur zwischen dem Leistungserbringer und den zuständigen Versicherungsträgern aus Deutschland und Polen statt. Somit kann der Patient nur die Dienstleister im öffentlichen System nutzen, da die Abrechnung im Rahmen des öffentlichen Gesundheitssystems erfolgt.

Der Patient darf auch stationäre Leistungen, die die zuständige Krankenkasse auch in Deutschland übernehmen würde, in Polen in Anspruch nehmen und die Behandlungskosten zunächst selbst tragen.

Der deutsche Patient wird in Polen wie eine **privat** krankenversicherte Person behandelt. In diesem Fall darf der Patient auch das Leistungsangebote privater Dienstleister in Anspruch nehmen. Da der

Patient aber sich später um die Rückerstattung bewerben möchte, bedarf er ebenfalls hier einer vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse. Diese Genehmigung darf aber nur dann versagt werden, wenn die gleiche oder eine für den Versicherten ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit rechtzeitig bei einem Vertragspartner der zuständigen Krankenkasse in Deutschland erlangt werden kann. Mit der Genehmigung wird die Krankenkasse ihre Bereitschaft für die Kostentragung erklären. Die Kosten der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung werden bis zu den Höchstbeträgen erstattet, die die Krankenkasse übernommen hätte, wenn die betreffende Gesundheitsdienstleistung in Deutschland erbracht worden wäre, wobei die Erstattung die Höhe der tatsächlich durch die Gesundheitsversorgung entstandenen Kosten nicht überschreiten darf.

In dieser Konstellation ergeben sich die Ansprüche des deutschen Patienten aus § 13 Absätze 4 - 6 Sozialgesetzbuch V in Verbindung mit der Richtlinie 2011/24/EU zu den Patientenrechten in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung.

c. Rechtsfolgen der Richtlinie für polnische Patienten in Deutschland

In Polen erfolgte die Umsetzung der Patientenmobilitätsrichtlinie in Art. 42a ff. des Gesetzes über die Leistungen der Gesundheitsvorsorge. Nach Art. 42b Abs. 1 ist der Leistungsempfänger berechtigt, die Kosten der Leistung im Ausland zurückerstattet zu bekommen, wenn es sich um garantierte Leistungen handelt. Eine Vorabgenehmigung wird nur in den in Art. 42 Abs. 9 genannten Fällen gefordert. Der Katalog von genehmigungspflichtigen Leistungen wurde vom Gesundheitsminister in einer Rechtsverordnung bestimmt (Art. 42e Abs. 1).

(1) Ambulante Dienstleistungen

Wenn polnischer Patient nach Deutschland reist, um ambulante medizinische Leistungen zu erhalten (Besuch bei einem Zahnarzt, Augenarzt, Gynäkologen, etc.), muss er sich, wenn er Dienstleistungen direkt auf Kosten des NFZ (d.h. ohne vorherige Bezahlung der Rechnung) in Anspruch nehmen möchte, vor der Reise nach Deutschland mit dem Formular S2 die Zustimmung des zuständigen Direktors der regionalen Stelle des NFZ einholen. In diesem Fall kann die Behandlung nur von den Kassenärzten durchgeführt werden.

Der Patient darf auch zu einem Arzt in Deutschland gehen (mit Überweisung) und sich auf eigene Kosten medizinisch versorgen lassen. In diesem Fall darf er dann auch private Anbieter besuchen. In diesem Fall wird der Patient wie ein Privatpatient behandelt und bezahlt somit die Rechnung für die erhaltenen Leistungen. Anschließend kann der Patient beim NFZ die Rückerstattung dieser Kosten beantragen. Das NFZ erstattet dem Patienten die Behandlungskosten, wenn die Leistung zum Katalog der gesetzlich garantierten Leistungen gehört, auf die der Versicherte in Polen Anspruch hat. Die Erstattung erfolgt jedoch in der Höhe, die den Sätzen für eine bestimmte Behandlung in Polen entspricht. Die Differenz zwischen den Behandlungskosten in Polen und Deutschland wird vom Patienten selbst getragen.

Diese Vorschriften der Richtlinie wurden in Polen und in Deutschland in nationales Recht umgesetzt. Somit sind nur die nationalen Vorschriften des jeweiligen Mitgliedstaates anwendbar.

(2) Stationäre Behandlung

Diese Krankenhausbehandlung kann auf Kosten des NFZ nur nach vorheriger Zustimmung des Direktors der regionalen Stelle des NFZ erfolgen. Die Zustimmung darf nur dann verweigert werden, wenn die Leistung;

- in Polen keine garantierte Leistung ist oder
- in Polen von einem Anbieter mit einer Vereinbarung mit dem Nationalen Gesundheitsfonds innerhalb einer akzeptablen Wartezeit für die Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen bereitgestellt werden kann, oder
- stellt ein erhebliches Risiko für die Gesundheit des Patienten dar,
- ein erhebliches Gesundheitsrisiko für die Gesellschaft darstellt oder
- es bestehen ernsthafte Zweifel, ob der deutsche Anbieter (Arzt, Krankenhaus, etc.) die in Deutschland geltenden Qualitäts- und Sicherheitsstandards einhält.

Der Direktor kann die Genehmigung auf der Grundlage der KoordinationsVO (EU-Verordnung 883/2004) erteilen. Der Patient erhält die S2-Bescheinigung, mit der er sich in Deutschland kostenlos (ohne Rechnung bezahlen zu müssen) behandelt. Die Abrechnung erfolgt direkt zwischen dem deutschen Krankenhaus (über die deutsche Krankenkasse) und dem NFZ. Das NFZ übernimmt auch die Kosten für den Transport zum Behandlungsort. Der Patient muss jedoch eine Pauschale von 10 EUR pro Tag für den Krankenhausaufenthalt zahlen.

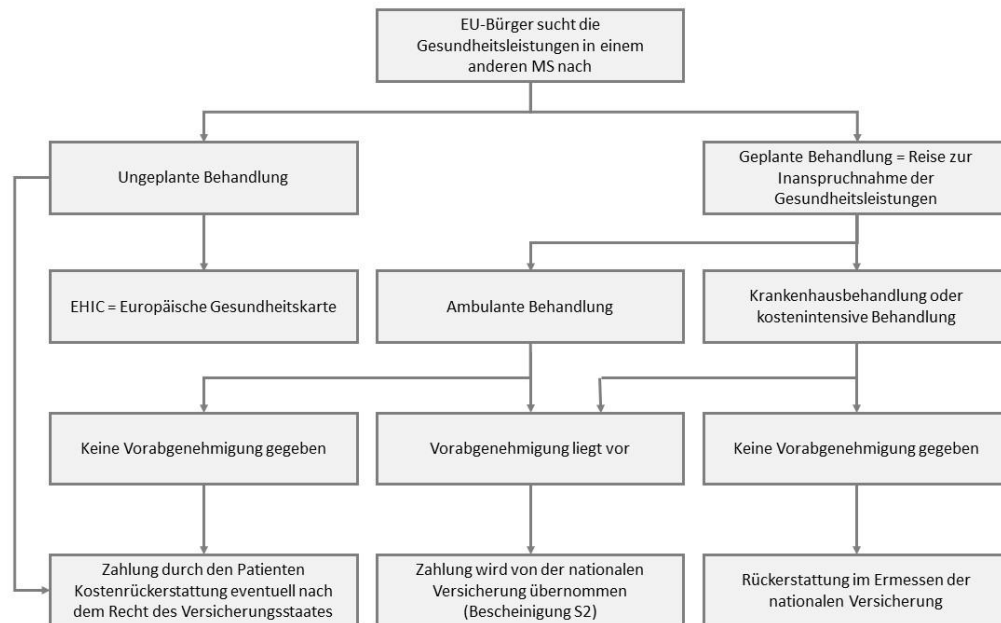
Der Direktor der regionalen Stelle des NFZ kann die Behandlung in Deutschland auf der Grundlage der Richtlinie über Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung (Richtlinie 2011/24/EU) genehmigen. Der Patient erhält dann einen schriftlichen Bescheid. Die Kosten der Krankenhausbehandlung in Deutschland muss er zunächst alleine tragen. Nach der Rückkehr nach Polen darf der Patient sich um die Rückerstattung von in Deutschland getragenen Kosten bewerben. Hat der Patient zuvor die Genehmigung zur Behandlung in Deutschland eingeholt, erstattet ihm das NFZ die Behandlungskosten in Höhe des Betrages, der der Finanzierung der Behandlung in Polen entspricht. Die Differenz zwischen den Behandlungskosten in Polen und Deutschland wird vom Patienten selbst getragen. Außerdem muss sich der Patient eine Krankenhauspauschale von 10 Euro pro Tag zahlen.

3. Verhältnis zwischen der Koordinationsverordnung und der Patientenmobilitätsrichtlinie

Die VO ist sowohl auf planmäßige als auch ungeplante Behandlungen anzuwenden. Nach herrschender Ansicht erfasst auch die Richtlinie Notfallbehandlungen und geplante Behandlungen.

Die VO ist sowohl auf die Krankenversicherung als auch auf Unfallversicherung anwendbar (vgl. Art. 36 KoordinationsVO). Die Richtlinie dagegen bezieht sich auf die Gesundheitsdienstleistungen, die aber nach allgemeinem Verständnis (vgl. Art. 3 Buchst. a) der RL - "Gesundheitszustand (...) zu erhalten oder wiederherzustellen") auch die Rehabilitation nach einen Unfall erfasst.

Grenzüberschreitend ist nach der RL die Gesundheitsversorgung dann, wenn sie in einem anderen Mitgliedstaat als dem Versicherungsmitgliedstaat erbracht oder verschrieben wird. Für die VO ist dagegen entscheidend, ob der zuständige Staat und der Staat der Sachleistungsaushilfe auseinanderfallen (in der Regel - manchmal reicht der ausländische Wohnsitz aus).



(Wismar, 2011)

Die Unterschiede zwischen der RL und VO wurden in der folgenden Tabelle nochmal abgebildet:

4. ECBM-Mechanismus

Vor dem Hintergrund der aktuellen Entwicklung auf dem Gebiet des Rechts der grenzüberschreitenden Kooperation soll noch die geplante Verordnung¹⁵ angesprochen werden. Diese soll den Mitgliedstaaten erleichtern, u.a. die Einigung hinsichtlich des anzuwendenden Rechts für ein grenzüberschreitendes Projekt zu erzielen.

IV. Fazit

Für Grenzregionen bieten die geltenden unionalen und nationalen Vorschriften wenige Erleichterungen. Die Union hat diesbezüglich auch keine besonderen Befugnisse. Sie ruft nur die Mitgliedstaaten unverbindlich zur Kooperation auf (Art. 6 S. 2 a) AEUV; Art. 10 Abs. 3 RL 2011/24/EU). Dem folgen aber nur wenige tatsächliche Initiativen.

¹⁵ Vorschlag für eine Verordnung des Europäischen Parlaments und des Rates über einen Mechanismus zur Überwindung rechtlicher und administrativer Hindernisse in einem grenzübergreifenden Kontext (COM/2018/373 final - 2018/0198 (COD))

Teil 2. Möglichkeiten der grenzüberschreitenden Kooperation in der Eurostadt Guben-Gubin

Das Ziel dieses Abschnitts ist es, die Möglichkeiten der grenzüberschreitenden Kooperation im Grenzgebiet *in concreto* aufzuzeigen.

Je nach dem Grad der Institutionalisierung wurden vier Arten der Kooperation festgestellt:



1. grenzüberschreitende Koordination/Vernetzung von Akteuren des Gesundheitswesens,
2. grenzüberschreitende Leistungserbringung für Patienten aus dem Ausland durch inländische Einrichtungen und
3. institutionalisierte Zusammenarbeit durch Errichtung einer gemeinsam getragenen Einrichtung.

Begonnen wird daher mit den Maßnahmen, die die grenzübergreifende Tätigkeit von Akteuren der Gesundheitsvorsorge nur gegenseitig synchronisieren. Anschließend werden die Möglichkeiten dargestellt, für die gemeinsam ist, dass ein nationaler Versicherer im Gesundheitswesen eine entsprechende Vereinbarung mit dem ausländischen Leistungserbringer zur Versorgung der Bevölkerung mit den Leistungen des Gesundheitswesens abschließt. Abgeschlossen wird dieser Teil der Analyse mit den Projekten, in deren Rahmen gemeinsame Einrichtungen zur Wahrnehmung der grenzübergreifenden Gesundheitsvorsorge durch Akteure der Gesundheitsvorsorge gegründet wird.

I. Koordinationsprojekte

1. Allgemeines

Die Koordinationsprojekte zielen hauptsächlich auf die Vernetzung von gemeinsamen Aktivitäten. In diesen Projekten wird die Kooperation von mehreren Akteuren vor allem koordiniert und abgestimmt. Dagegen steht hier die Versorgung mit den Gesundheitsdienstleistungen nicht im Vordergrund der Projektaktivitäten. Es geht mehr um die Vorbereitung von Rahmenbedingungen (auch technisch) für den Austausch zwischen den beteiligten Akteuren der grenzüberschreitenden Kooperation.

Auch hier sind aber unterschiedliche Grade der Kooperationsintensität zu sehen. Einige Projekte bauen auf einer Vereinbarung auf, ohne dass es zu einer Verstetigung der Zusammenarbeit kommt. In anderen Projekten werden (z.B. nach gewisser Phase der Kooperation) gemeinsame Netzwerke und anschließend gemeinsame juristische Einrichtungen – insb. Vereine – gegründet, die Träger der Zusammenarbeit in organisatorischer Hinsicht sind aber keine Träger der grenzübergreifenden Gesundheitsvorsorge sind.

2. Beispiele

a. *Trisan (DE-FR-CH)*

Dieses Projekt unterstützt die Gesundheitsakteure aus dem gesamten Mandatsgebiet der Oberrheinkonferenz (Frankreich-Deutschland-Schweiz).

TRISAN ist ein multisektorales Projekt, das eine Reihe von Kompetenzen und Lösungen aus unterschiedlichen Bereichen (Medizin, Management, Politik, Versicherung, Recht, etc.) verbindet. Im Bereich Gesundheit behandelt es solche Themen wie z.B.



- Mobilität von Angehörigen des Gesundheitswesens,

- ambulante und stationäre Pflege,
- Notfalldienste und Pflege,
- Epidemiologie, Sucht und Prävention sowie
- die Berichterstattung zur Gesundheitsförderung.¹⁶

Das Projekt stellt den Partnern praktische Werkzeuge zur erfolgreichen Umsetzung von grenzüberschreitenden Projekten. Zu diesen Werkzeugen gehören insbesondere Checklisten zu den einzelnen Projektphasen, die Projektdefinition, Planung, Realisierung und Evaluation umfassen.

Ferner bietet das Projekt die Beratung zu den Problemstellungen, die typischerweise in grenzüberschreitenden Gesundheitsprojekten auftreten. Die Gesundheitsakteure können hiermit Informationen zur Bewältigung von interkulturellen Herausforderungen und zur Öffentlichkeitsarbeit erhalten.

Weiterführende Informationen:
<https://www.trisan.org>

b. Telemedizin Pomerania (DE-PL)

Von der deutsch-polnischen Grenze ist das Projekt „Telemedizin Pomerania“ zu nennen. In diesem Projekt wurden die Fragestellungen der grenzüberschreitenden Telemedizin behandelt. Das Projekt umfasste insgesamt ein Netzwerk 20 Krankenhäuser in Deutschland und 15 in Polen. Es wurde 2002 gestartet. 2007 wurde die Kooperation durch die Gründung eines Vereins (Telemedizin in der Euroregion POMERANIA e. V.) verstetigt.¹⁷

TELEMEDIZIN IN DER EUROREGION POMERANIA

Lasst Daten wandern,
nicht Patienten und Ärzte.

Ziel des Projektes war es, einerseits kleine Krankenhäuser auf dem Land mit den größeren Krankenhäusern in Städten wie Greifswald, Neubrandenburg und Eberswalde zu vernetzen. Mit der Nutzung der telemedizinischen Möglichkeiten sollte die Versorgungsqualität im ländlichen Raum und auf den dünn besiedelten Gebieten verbessert werden. Die Ärzte auf dem Land erhielten die Gelegenheit, die Fälle mit den Ärzten an Kliniken und Universitäten zu besprechen. Darüber hinaus sollte eine bessere Ausnutzung von Arztkapazitäten und Geräten durch grenzüberschreitende Kooperationen mit Polen unterstützt werden. Geplant war die Schaffung von effizienten und nachhaltigen Kommunikationsstrukturen für die Prävention und Diagnose von Erkrankungen.

Ferner strebte das Projekt die Weiterbildung an: es wurden Tele- und Videokonferenzen veranstaltet, z.B. Lehrkonferenzen in der Teleradiologie zwischen dem Knochentumorzentrum in Szczecin und der Greifswalder Universitätsklinik bzw. Konferenzen zwischen Internisten, Strahlentherapeuten und Urologen aus den Kliniken in Szczecin, Greifswald und Schwedt.¹⁸ Mit dem Projekt wurden

Weiterführende Informationen:
https://www.kooperation-ohne-grenzen.de/wp-content/uploads/2016/04/Projekt_1-49.pdf

¹⁶ Eric Delecasse, Fabienne Leloup, Henri Lewalle: European Cross-Border Cooperation on Health: Theory and Practice, European Union, 2017, S. 41.

¹⁷ Netzwerk Pomerania Telemedizin, S. 7 (<https://www.dfcsystems.de/wp-content/uploads/2016/10/pomerania-broschuere-dfc-systems.pdf>).

¹⁸ Von Zanthier, Broschüre Grenzüberschreitende Telemedizin zwischen Polen und Deutschland, 2013, S. 26.

schnelle und effiziente Datentransfersysteme eingeführt, welche es den Spezialisten aus Deutschland und Polen ermöglichen, medizinische Daten zu analysieren und zweite Meinungen zu den gestellten Diagnosen via Internet einzuholen.

Aus dem Projekt sind auch „inhaltliche“ Netzwerke entstanden. Das erste Netzwerk: „Telemmedizinisches Netzwerk zur Unterstützung der Tumorversorgung in der Euroregion POMERANIA“ haben zehn Krankenhäuser in Vorpommern, sechs Krankenhäuser aus Nordbrandenburg, die Pommersche Medizinische Universität in Szczecin, das Wojewodschaftskrankenhaus Koszalin und die Universität Poznań gegründet.¹⁹ Darüber hinaus wurde ein Videokonferenznetzwerk eingerichtet. Hier besteht die Möglichkeit die Befunde der Patienten im Rahmen von Video-Gesprächen in deutschen und polnischen Kliniken zu besprechen.²⁰ Insgesamt gibt es acht Netzwerke zu den bestimmten Medizingebieten, die über die Grenzen hinaus über Internet kooperieren.²¹ Für eine effektive Kooperation wurde ein System für Videokonferenzen errichtet.²²

Die Partner betonen solche Mehrwerte des Projektes wie:

Zu den wichtigsten Vorteilen dieses Projekts gehören im Bereich Soziales und Gesundheit:

- bessere Möglichkeiten für die praktische Aus-, Fort- und Weiterbildung durch Fachärzte in den am Projekt beteiligten Krankenhäusern,
- bessere Qualität der medizinischen Dienstleistungen infolge der Einführung von telemedizinischen Lösungen,
- größerer Anteil von korrekten Diagnosen und damit die bessere Effizienz der Patientenbehandlung.

Des Weiteren weisen die Partner auf wirtschaftliche Vorteile des Projektes. Hier werden vor allem

- kürzere Behandlung und geringere Behandlungskosten sowie
- zügige Rückkehr der Patienten an ihren Arbeitsplatz.

genannt.

Durch die Verringerung der Verkehrsintensität im Krankentransport trägt das Projekt auch zum Umweltschutz bei.

3. Eignung des Koordinationsmodells für die grenzüberschreitende Kooperation im Gesundheitswesen in der Eurostadt Guben-Gubin

Für die Koordinationsprojekte werden in der Regel mindestens zwei Partner von beiden Seiten der Grenze notwendig, die ihre Handlungen miteinander abstimmen. Zurzeit gibt es in Gubin keinen Partner in der Gesundheitsvorsorge, der als Partner fungieren könnte.

¹⁹ Von Zanthier, Broschüre Grenzüberschreitende Telemedizin zwischen Polen und Deutschland, 2013, S. 26.

²⁰ Europäische Kommission, Telemedizin Pomerania verbessert die medizinische Versorgung in dünn besiedelten Regionen, 4.1.2016 (https://ec.europa.eu/regional_policy/de/projects/germany/telemedicine-pomerania-improves-healthcare-in-sparsely-populated-regions).

²¹ Tele-Pathologie, Tele-Stroke, Tele-Radiologie, Tele-HNO, Tele-Ophthalmologie, Tele-Tumorboard, Tele-Kardiologie.

²² Netzwerk Pomerania Telemedizin, S. 11 (<https://www.dfcsystems.de/wp-content/uploads/2016/10/pomerania-broschuere-dfc-systems.pdf>).

Das nächste benachbarte Krankenhaus auf polnischer Seite befindet sich in Krosno Odrzańskie um 33 km entfernt. Wegen dieser Entfernung ist das Krankenhaus in Krosno Odrzańskie zunächst kein geeigneter Partner für die Sicherstellung von flächendeckenden Angeboten für die Bewohner der Eurostadt Guben-Gubin.

Das Koordinationsmodell ist geeignet, wenn die Partner unterschiedliche Leistungen anbieten und mit der Abstimmung ein lückenloses Angebot schaffen wollen. Dies ist hier aber nicht der Fall, da die Naemi-Wilke-Stift komplexe Leistungen anbietet und zurzeit kein Ergänzungsbedarf besteht.

Des Weiteren könnte das Koordinationsmodell angewandt werden, wenn Bedarf für den Austausch der Fachkräfte, Informationen, Verfahren etc. bestünde. Aktuell wird dieser Bedarf nicht angemeldet, was aber nicht die Entwicklung solcher Koordinationsprojekte in absehbarer Zukunft hindern sollte.

II. Zwischenstaatliche Leistungserbringung

1. Allgemeines

Im vorliegenden Unterkapitel werden Projekte dargestellt, in denen die grenzüberschreitende Erbringung von medizinischen Leistungen im Vordergrund steht. Anders als im Falle institutionalisierter Kooperation²³ geht es hier nicht um die Errichtung einer gemeinsamen Gesundheitseinrichtung sondern um die Behandlung von Patienten aus dem Ausland in einer inländischen Gesundheitseinrichtung auf Grundlage eines entsprechenden Vertrages mit Träger der ausländischen Krankenversicherung. Gegenstand des Projektes ist daher die Nutzung der inländischen Gesundheitseinrichtungen durch Patienten beiderseits der Grenze.

2. Beispiele für die grenzüberschreitende Leistungserbringung

Zunächst werden die Beispiele einer solchen Kooperation aus anderen Grenzregionen dargestellt.

a. Kooperationsprojekte „healthacross“ (AT-CZ)

Als einer der interessantesten Projekte der grenzübergreifenden Patientenversorgung sind die Projekte im dem „healthacross“-Projektpaket zwischen Gmünd (AT) und České Velenice (CZ).

Auch im Grenzgebiet Niederösterreich – Südböhmen haben die Kooperation die tatsächlichen Bedingungen erzwungen. Auf der tschechischen Seite ist der nächste Notarzwagen 18 km von České Velenice entfernt; das nächste Krankenhaus in Tschechien ist 60 km weit von České Velenice. Dagegen gibt es in der unmittelbaren Nähe zur Grenze auf der österreichischen Seite hundert ein Landeskrankenhaus Gmünd.²⁴

Das healthacross Projekt hatte bisher drei Phasen:

- 1) „healthacross“ [2008-2011],
- 2) „healthacross in practice“ [2012-2014] und
- 3) „healthacross for future“ [01.05.2017 - 30.09.2020].

Ferner wurden noch weitere Projekte durchgeführt:

²³ sh. unten III. (S. - 23 -).

²⁴ Projektbeschreibung: <https://keep.eu/projects/18350/Healthacross-for-future-EN/>.

- 1) „Gemeinsam Grenzenlos Gesund“ für eine langfristige und tragfähige Zusammenarbeit zwischen Niederösterreich und Südmähren im Gesundheitswesen;
- 2) „Bridges for Birth (B4B)“ für die neonatologischen Notfälle (LK Hainburg und Kinderuniversitätsklinikum Bratislava).

Für die vorliegende Problematik der gemeinsamen Gesundheitsvorsorge sind die drei „healthacross“-Projekte relevant.

(1) *"healthacross"[2008-2011]*

Das Ziel der ersten Etappe des Projektes war es, die Gesundheitsdienstleistungen in der Grenzregion für die Bevölkerung optimal nutzbar zu machen. Das Hauptaugenmerk dieses Projekts lag auf der Erarbeitung von Handlungsleitfäden und einer Machbarkeitsstudie für eine grenzüberschreitende Gesundheitseinrichtung.



Das erste Projekt mündete in zwei Berichten:

- 1) „Report I: Handlungsleitfäden für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung“ und
- 2) „Report II: Machbarkeitsstudie zur grenzüberschreitenden stationären und ambulanten Zusammenarbeit im Raum Gmünd und České Velenice“

Ferner wurden großangelegte grenzüberschreitende Rettungsübungen mit Beteiligung des Landeskrankenhauses Gmünd und Sprachkurse für das Personal durchgeführt. Ein Wörterbuch für den Rettungsdienst wurde ebenfalls vorbereitet.

Weiterführende Informationen:
<https://www.healthacross.at>

Partner des Projektes waren NÖ Landeskliniken-Holding (AT) als Leadpartner und die Südböhmische Krankenhaus AG (CZ).

(2) *„healthacross in practice“ [2012 - 2014]*

Von 01.01.2012 bis 31.03.2014 führte Niederösterreich mit Südböhmen das Nachfolgeprojekt – bezeichnet als „healthacross in practice“ – durch. Hier wurde der Schwerpunkt auf die praktische Umsetzung der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung gelegt.

Dementsprechend erhielt von Februar bis Juni 2013 eine definierte Anzahl von tschechischen Patienten (insg. 133) ambulante medizinische Behandlung im Landeskrankenhaus Gmünd. Bei Notfällen war auch stationärer Aufenthalt möglich. Für die ambulante Behandlung wurde in der Kooperation mit den Hausärzten aus Tschechien ein Leistungskatalog erarbeitet, in dem alle Leistungen enthalten worden sind, die das Landeskrankenhaus für tschechische Patienten durchführen konnte.²⁵ Den Patienten

²⁵ Health across in practice, Landeskrankenhaus Gmünd öffnet für tschechische Patienten, 2013, S. 7: Krampfaderverödung, Infiltrationen (lokale Schmerztherapie am Bewegungsapparat), Entfernung kleiner Tumore, Diagnostik von Venenerkrankungen, Diagnostik von peripheren arteriellen Verschlusskrankheiten, Spirometrie = Lungenfunktion, Abklärung von Magenbeschwerden mittels Gastroskopie, Abklärung von Darmbeschwerden mittels Koloskopie, Versorgung kleiner Wunden, Verdacht einer Schilddrüsenunter- oder -überfunktion – Bestimmung der Schilddrüsenparameter, Chirurgische Versorgung eines eingewachsenen Zehennagels bzw. Fingernagels, Untersuchung von Rhythmusstörungen mittels Langzeit-EKG (Holter), Untersuchung des Blutdrucks mittels Langzeitblutdruckmessung, Weitere Abklärung bei Herzbeschwerden mittels Ergometrie = Belastungs-EKG, Diagnostik der Halsgefäße – Ausschluss einer Stenose, Versorgung von Frakturen mittels Gipsverband.

mit den Krankheiten aus dem Leistungsbereich wurde die ambulante Behandlung im Landeskrankenhaus Gmünd automatisch ermöglicht. Diese wurde nach entsprechender Überweisung von einem tschechischen Arzt geleistet.

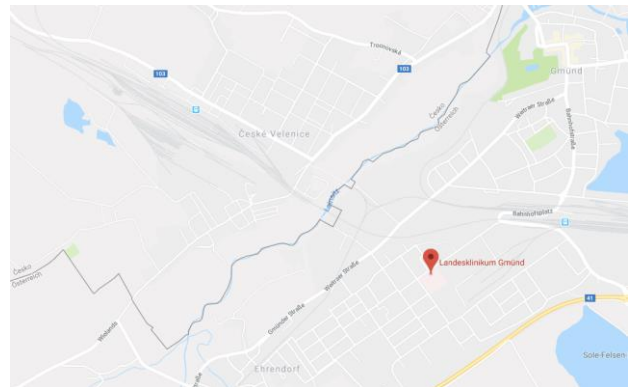
Wegen der großen Nachfrage wurden nach der Einrichtung des Regelbetriebes bis Ende 2015 noch 2400 Patienten aus dem tschechischen Projektgebiet ambulant und stationär versorgt.

Von den tschechischen Patienten wurde kein finanzieller Selbstbehalt gefordert. Sämtliche im Landeskrankenhaus Gmünd an tschechischen Patienten geleisteten Behandlungen wurden von den Projektpartnern getragen.

(3) „healthcross for future“ [2017 - 2021]

Im Rahmen des laufenden (1.5.2017 – 31.12.2021)²⁶ Projektes bezeichnet als „healthcross for future“ wird die grenzüberschreitende Patientenversorgung mit Südböhmen im Landeskrankenhaus Gmünd weitergeführt und um die stationäre Behandlung erweitert. Im Rahmen des Projektes sollen vor allem die Möglichkeiten der Planung und des Baus eines grenzüberschreitenden Gesundheits-/Erstversorgungszentrums („Cross-border Health Cube“) untersucht werden. Die Inbetriebnahme des Zentrums ist für das Jahr 2021 geplant.²⁷

Das grenzüberschreitende Gesundheitszentrum soll zehn Fachbereiche abdecken: Allgemeinmedizin, Chirurgie, interne Medizin, Orthopädie, Pädiatrie, Gynäkologie, HNO, Dermatologie, Geriatrie und Komplementärmedizin. Dazu kommen ferner noch Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie. Von den Hilfsdienstleistungen werden noch Röntgen und Ultraschall sowie ein Labor zur Verfügung gestellt. Mit dem Zentrum werden die Leistungen im Einklang mit den Bedürfnissen der lokalen Bevölkerung erbracht. Damit werden ein kohärenter Zugang zu medizinischer Versorgung beiderseits der Grenze und die Versorgungsqualität in der Grenzregion sichergestellt.



Projektpartner sind NÖGUS (Niederösterreichischer Gesundheits- und Sozialfonds) und tschechischer Kreis Südböhmen.

b. ZOAST (FR-BE)

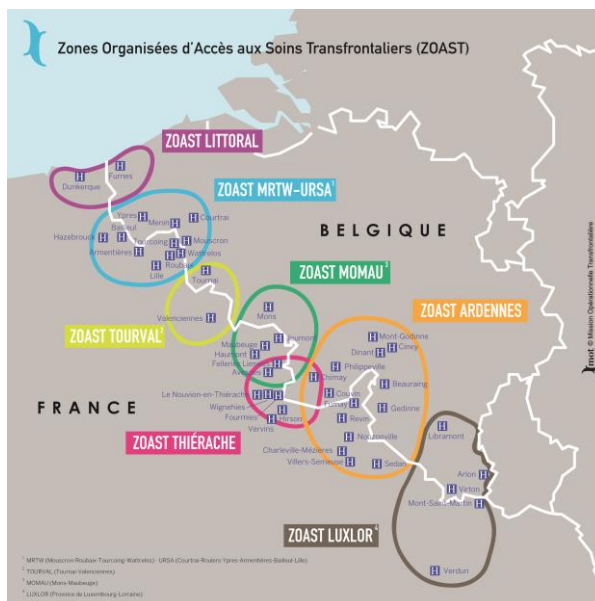
Die Kooperation „ZOAST“ (Zones Organisées d’Accès aux Soins Transfrontaliers) erfasst sieben Zonen entlang der französisch-belgischen Grenze, die in den Jahren 2008-2015 errichtet worden sind. Die Grundlage für die Kooperation zwischen den wurde mit einem Staatsvertrag vom 01.06.2005 zwischen Belgien und Frankreich geschaffen. Mit dem Staatsvertrag wurden die lokalen

²⁶ Das Projekt läuft noch bis 31.12.2021 (<https://keep.eu/projects/18350/Healthcross-for-future-EN/>).

²⁷ Robert Salzer, Baustart für einzigartiges Gesundheitszentrum (<https://noe.orf.at/news/stories/2982361/>).

Gebietskörperschaften zum Abschluss von Kooperationsverträgen auf dem Gebiet der Planung, Organisation und Finanzierung des Gesundheitssystems.

Die Einwohner aus dem Grenzgebiet zwischen Frankreich und Belgien dürfen Gesundheitsdienstleistungen auf beiden Seiten der Grenze ohne zusätzlichen oder finanziellen Aufwand in Anspruch nehmen. Die Kosten der erbrachten Gesundheitsdienstleistungen werden nach nationalen Rechtsvorschriften des aushelfenden Mitgliedstaats berechnet. Der Zahlung an den Leistungserbringer erfolgt durch die Versicherung des Staates, in dem die Leistungen tatsächlich erbracht werden. Die Ausgaben werden von der Krankenkasse des Patienten erstattet.



Im Jahr 2015 haben insg. 20.000 Einwohner aus beiden Ländern die Leistungen im jeweils anderen Mitgliedstaat in Anspruch genommen.

Zusätzlich zu den sieben ZOASTs wurde eine Vereinbarung getroffen, die es den französischen und belgischen Rettungsdiensten ermöglicht, die Grenze bei dringenden Fällen, die eine schnelle Reaktion erfordern, zu überschreiten (z.B. Service Mobile d'Urgence et de Réanimation).²⁸ Ferner wurde durch die Kooperation der Zugang zu einer qualitativ hochwertigen Versorgung in der Nähe des Wohnortes des Patienten im Grenzgebiet ohne (zusätzliche) Investitionen in Infrastruktur, einfach durch die Organisation komplementärer Gesundheitsvorsorge in den Nachbarländern verbessert.²⁹

Weiterführende Informationen:
<http://ofbs.dims.fr/accueil.html>

Der Mehrwert dieses Vorhabens besteht vor allem darin, dass der sog. Grenzeffekt vollständig beseitigt wurde. Die Patienten können sich auf beiden Seiten der Grenze medizinisch versorgen lassen, ohne dass hierfür die Zustimmung der Sozialversicherung notwendig ist.

c. IZOM (NL-BE-DE), eIZOM (DE-BE) und eGCI (DE-NL)

In dem IZOM-Projekt („Integratie zorg op maat“ = „integrierte ärztliche Versorgung nach Maß“) arbeiten die AOK Rheinland, die niederländische CZ-Gruppe und die Christliche Krankenkasse zusammen. Auf Grund dieser Kooperation wird es den Bewohnern der Euregio Maas Rhein ermöglicht, auf beiden Seiten der Grenze medizinische Versorgung in Anspruch zu nehmen. Es erfasst insb. den Zugang sowohl zur allgemeinen fachärztlichen Behandlung als auch zur stationären

²⁸ European Commission, Enhancing healthcare cooperation in cross-border regions, European Union, 2018, S. 5.

²⁹ European Commission, Enhancing healthcare cooperation in cross-border regions, European Union, 2018, S. 5.



Behandlungen aus dem Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung, d.h. allgemeine fachärztliche Behandlung in Diagnostik (Labor, Röntgen, Ultraschall) und in Therapie, Arzneimittelversorgung, die zu dieser Behandlung erforderlich sind sowie eventuell erforderliche anschließende Krankenhausbehandlungen.



Die Grundlage für das Projekt ist sog. **IZOM**-Abkommen. Mit dem Abkommen haben die Parteien ein vereinfachtes Verwaltungsverfahren für den Zugang zur Gesundheitsdienstleistungen im Ausland eingeführt. Danach beantragt der Versicherte bei der für ihn zuständigen Krankenkasse die Bescheinigung E112+ (verwendet nur in diesem Projekt). Die Bescheinigung wird für einen Zeitraum von drei bis zwölf Monaten gewährt. Sie wird der aushelfenden Krankenkasse im Behandlungsland vorgelegt. Diese aushelfende Krankenkasse stellt dem Patienten dann

<http://www.grenzgaengerinfos.org/soziales4.5.html>

einen Behandlungsschein zur Vorlage beim Facharzt aus. Der Patient aus dem Ausland wird daher behandelt, als ob er in dem Behandlungsstaat versichert wäre. Die Behandlungskosten fallen dem Patienten nicht an; sie werden von der Krankenkasse des Patienten der aushelfenden Leistungserbringer erstattet.

Weiterführende Informationen:
<http://www.grenzgaengerinfos.org/soziales4.5.html>

Das IZOM-Projekt ist mit Ende 2017 ausgelaufen. Geplant wird die Nutzung des ZOAST-Instruments für die Wiederherstellung der grenzüberschreitenden Gesundheitsvorsorge.³⁰



<https://brf.be/regional/563716/>

Im Jahr 2013 haben die Krankenkassen AOK Rheinland/Hamburg und die Mutualité Chrétienne in Verviers (Belgien) das **eIZOM**-Projekt gestartet, in dem die belgischen Patienten eine elektronische Karte erhalten können, mit der sie von den deutschen Spezialisten direkt behandelt werden können.

Parallel hat die AOK Rheinland/Hamburg mit der niederländischen CZ Kooperation aufgenommen (eGCI). Danach haben auch Versicherte der CZ die Möglichkeit mit der eGCI-Karte medizinische Leistungen in Deutschland in Anspruch zu nehmen. Die Karte eGCI gilt in der Grenzregion Maas-Rhein, Rhein-Maas-Nord und Rhein-Waal.³¹

3. Eignung des Modells in der Eurostadt Guben-Gubin

Dieses Modell soll für die Eurostadt Guben-Gubin empfohlen und weiterverfolgt werden. Dafür

³⁰ <https://www.csp-dg.be/single-post/2018/06/29/Ein-Jahr-ohne-IZOM-Abkommen---Lösung-„ZOAST“---CSP-kämpft-weiter-für-ostbelgische-Patienten>

³¹ Thorsten Krings, Stefanie Fischer, eIZOM, eGCI und EHIC – Tipps und Hinweise für die richtige Abrechnung bei Patienten aus der Grenzregion und dem Ausland, Präsentation vom 24.10.2015 (https://www.ukaachen.de/fileadmin/files/global/dokumente/eGCI_eIZOM_UKA_Vortrag_241015_.pdf).

spricht vor allem, dass es auf deutscher Seite einen Leistungserbringer gibt, der imstande ist komplexe Gesundheitsdienstleistungen für die Gubener und Gubiner Einwohner*innen zu erbringen.

Die Umsetzung dieses Modells ist auf zwei Art und Weise denkbar: zum einen kann auf die Nutzung der Europäischen Gesundheitskarte (EKVK) zurückgegriffen werden, ohne das ein Vertrag zwischen der Naemi-Wilke-Stift und der polnischen Krankenversicherung abgeschlossen wird. Zweite Möglichkeit setzt dagegen den Abschluss des Leistungserbringungsvertrages durch polnische Krankenversicherung (NFZ) mit dem ausländischen Leistungserbringer (Naemi-Wilke-Stift) voraus.

a) EKVK-Modell

Dieses Modell setzt voraus, dass die Gubiner Einwohner*innen mit den Europäischen Gesundheitskarten ausgestattet werden.

Die Europäische Krankenversicherungskarte wird kostenlos für bis zu drei Jahre ausgestellt. Personen, die bei der NFZ versichert sind, haben Anspruch auf die EHIC. Jede versicherte Person, auch Kinder, kann über eine eigene Karte verfügen. Um eine EKVK zu erhalten, müssen für jede Person einzeln ein Antrag gestellt. Dem Antrag sind die Unterlagen beizufügen, die die Versicherung in der NFZ bestätigen (eigene, Familien- und andere Versicherung).

Der Antrag ist zu richten an eine von den beiden Stellen:

Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ ul. Podgórna 9b 65-057 Zielona Góra	Delegatura Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ ul. Pionierów 8 66-400 Gorzów Wielkopolski
--	--

oder per E-Mail (die Dokumente müssen unterschrieben und eingescannt sein)

infoeuro@nfz-zielonagora.pl	delegatura-gorzow@nfz-zielonagora.pl
-----------------------------	--------------------------------------

Ferner ist zwischen den geplanten und ungeplanten Leistungen zu unterscheiden.

Im Falle der **ungeplanten** (ambulanten oder stationären) Leistungen erhält jede Person, die, die sich vorübergehend in Deutschland aufhält (z. B. zum Urlaub, zum Einkaufen, zum Studium oder auf der Durchreise in ein anderes Land usw.) medizinisch notwendige Behandlung. Notwendig sind die Leistungen, die aus der Sicht des behandelnden Arztes zur Gesundheitswiederherstellung oder Verhinderung der Gesundheitsverschlechterung unentbehrlich sind. Diese Personen erhalten von den deutschen Leistungserbringern (Ärzten, Krankenhäusern, Kliniken) die medizinischen Leistungen, die durch das öffentliche Gesundheitssystem in Deutschland erfasst werden (sog. gesetzlich gesicherte Leistungen).

Vorteil dieser Lösung ist, dass die Umsetzung ab sofort erfolgen kann und nur die Versorgung der Bevölkerung mit den EVKV voraussetzt. Der wesentliche Nachteil besteht aber darin, dass es nur für die Personen gilt, die sich vorübergehend in Deutschland aufhalten. Eine gezielte Reise nach Guben, um medizinische Leistungen zu erhalten, ist dann als geplante Leistung zu qualifizieren, die einer besonderen Behandlung unterliegt.

Eine Reise nach Deutschland für **ambulante** medizinische Leistungen (Zahnarzt, Augenarzt, Gynäkologe usw.) bedarf zwar in der Regel keiner vorherigen Genehmigung der polnischen Krankenversicherung (NFZ), aber bedarf einer ärztlichen Überweisung. Nach der Behandlung in Deutschland und der Bezahlung der Rechnung kann der Patient die Erstattung der Kosten für die Behandlung in Deutschland beantragen. Der NFZ erstattet die Behandlungskosten nach den in Polen geltenden Sätzen. Die Differenz zwischen den Kosten für die Behandlung in Deutschland und in Polen wird vom Patienten selbst getragen.

Eine geplante **Krankenhausbehandlung** im Ausland kann in der Regel nur nach vorheriger Zustimmung des Leiters der zuständigen Woiwodschaftsagentur des NFZ erfolgen. Für Personen mit Wohnsitz in der Woiwodschaft Lubuskie ist der Direktor der Woiwodschaftsagentur Lubuskie der NFZ zuständig.

Der Patient hat zunächst zu prüfen, ob die geplante Behandlung auf der Liste der Leistungen steht, die der vorherigen Zustimmung bedürfen (Verordnung des Gesundheitsministers über die Liste der Gesundheitsdienstleistungen, die der vorherigen Zustimmung des Direktors der regionalen Niederlassung des NFZ bedürfen).

Ist für die Leistung eine vorherige Genehmigung erforderlich, muss beim Direktor der Woiwodschaftsagentur Lubuskie der NFZ ein Antrag auf Genehmigung der Inanspruchnahme der Gesundheitsdienstleistungen im Ausland gestellt werden.

Die Entscheidung über die Genehmigung der Inanspruchnahme der Gesundheitsdienstleistungen im Ausland eine gebundene Entscheidung. Sie kann nur dann verweigern, wenn

- die medizinische Leistung keine garantierte Leistung in Polen ist oder
- die medizinische Leistung in Polen innerhalb einer wegen des Gesundheitszustandes zumutbaren Frist von einem Gesundheitsdienstleister erbracht werden kann, der einen Leistungserbringungsvertrag mit dem NFZ abgeschlossen hat, oder
- die medizinische Leistung ein erhebliches Risiko für die Gesundheit des Patienten darstellt, oder
- die medizinische Leistung ein nicht unerhebliche Gefahr für die öffentliche Gesundheit darstellt, oder
- ernsthafte Zweifel daran bestehen, dass ein deutscher Gesundheitsdienstleister (Arzt, Krankenhaus usw.) die in Deutschland geltenden Qualitäts- und Sicherheitsstandards einhält.

Die Kostenerstattung hängt hier davon ab, ob der Antrag auf Inanspruchnahme der Gesundheitsdienstleistungen im Ausland auf Grundlage der Koordinationsverordnung 883/2004 oder der Patientenrechterichtlinie 2011/24/UE erteilt wird.

Im ersten Fall bekommt der polnische Patient die Behandlung im Krankenhaus im Ausland kostenlos. Die Abrechnung erfolgt direkt zwischen dem deutschen Krankenhaus (über die deutsche Krankenkasse) und dem nationalen Gesundheitsfonds. Das NFZ übernimmt auch die Kosten für den Transport zum Behandlungsort.

Wird die Genehmigung auf Grundlage der Patientenrechterichtlinie erteilt, ist der Patient verpflichtet, die Krankenhausbehandlung in Deutschland selbst und direkt im Krankenhaus zu bezahlen. Nach der Rückkehr nach Polen kann der Patient einen Antrag auf Erstattung der Kosten für die Gesundheitsdienstleistungen, die als garantierte Leistungen im Hoheitsgebiet eines anderen EU-

Mitgliedstaats erbracht werden. Wurde dem Patienten eine Vorabgenehmigung für eine Behandlung in Deutschland erteilt, erstattet das NFZ die Behandlungskosten in der gleichen Höhe wie dies bei einer Behandlung in Polen der Fall wäre. Die Differenz zwischen den Behandlungskosten in Polen und in Deutschland wird vom Patienten selbst getragen.

In beiden Fällen trägt der Patient die Krankenhauspauschale in Höhe von 10 EUR pro Tag, die keiner Rückerstattung unterliegt.

b) Modell mit dem Leistungserbringungsvertrag

In diesem Modell werden die Gesundheitsdienstleistungen für polnische Versicherte durch Naemi-Wilke-Stift aufgrund eines entsprechenden Vertrages mit der polnischen Krankenversicherung erbracht. Dieser Lösung liegt daher zugrunde, dass Naemi-Wilke-Stift wie andere polnische Leistungserbringer behandelt wird, obwohl der Sitz des Leistungserbringers und der Ort der Leistungserbringung in Deutschland liegen.

Die Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen, die vom NFZ aus öffentlichen Mitteln finanziert werden, erfolgt auf der Grundlage eines zwischen dem Gesundheitsdienstleister und dem NFZ geschlossenen Vertrags über die Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen (Art. 132 Gesetz über Leistungen der medizinischen Vorsorge³²).

Die Vertragsparteien sind NFZ und Einrichtungen, die medizinische Tätigkeiten ausüben (*podmioty wykonujące działalność leczniczą*). Nach Art. 2 Abs. 1 Nr. 5 in Verbindung mit Art. 4 Abs. 1 Nr. 5 des Gesetzes vom 15.4.2011 über die medizinische Tätigkeit³³ können die medizinischen Einrichtungen auch Stiftungen und Vereinigungen sein, deren satzungsmäßiger Zweck die Wahrnehmung von Aufgaben im Bereich des Gesundheitsschutzes ist und deren Satzung ihnen die Ausübung medizinischer Tätigkeiten gestattet. Naemi-Wilke-Stift ist Stiftung nach deutschem Recht, deren satzungsmäßiger Zweck der Unterhalt von einem Krankenhaus und anderer verschiedenen Einrichtungen der Gesundheitsfürsorge ist.³⁴

Problematisch ist nur, ob der ausländische Sitz der Naemi-Wilke-Stift dem Abschluss des Vertrages nach Art. 132 des Gesetzes über Leistungen der medizinischen Vorsorge entgegensteht. Zunächst ist zu betonen, dass das Gesetz vom 15.4.2011 über die medizinische Tätigkeit keine ausdrückliche Regelung zum Sitz der Einrichtungen, die die medizinischen Tätigkeiten erbringen enthält. Der Vorgänger des Gesetzes über die medizinische Tätigkeit bestimmte in Art. 8 ausdrücklich, dass medizinische Einrichtung „auch von einer Gewerkschaft, einer beruflichen Selbstverwaltung, einem Arbeitgeber, einer Gesellschaft ohne Rechtspersönlichkeit und einer anderen in- oder ausländischen juristischen oder natürlichen Person gegründet werden“ konnte.³⁵ Vor dem Hintergrund der Dienstleistungsfreiheit³⁶ ist davon auszugehen, dass auch ausländische Unternehmen, Stiftungen und Vereinigungen die Dienstleistungsverträge nach Art. 132 des Gesetzes über Leistungen der

³² Vom 27.08.2004 (in der Fassung der Bekanntmachung vom 14.7.2021 GBl. 2021 Nr. 1285).

³³ In der Fassung der Bekanntmachung vom 16.4.2021 (GBl. 2021 Nr. 711).

³⁴ <https://www.naemi-wilke-stift.de>

³⁵ Gesetz vom 30. August 1991 über die Einrichtungen des Gesundheitswesens (außer Kraft).

³⁶ Siehe oben Teil 1. I. 2. a) (S. 5).

Gesundheitsvorsorge erbringen können.

Der Vertrag ist erst nach der Durchführung des gesetzlich vorgeschriebenen Verfahrens abzuschließen. In der Rechtsprechung des Obersten Verwaltungsgerichts und der Verwaltungsgerichte wird davon ausgegangen, dass alle Verfahrensschritte, die dem Abschluss von Verträgen über die Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen mit dem NFZ vorausgehen, nach zivilrechtlichen Grundsätzen gestaltet sind und nicht den Vorschriften des Verwaltungsverfahrens unterliegen.³⁷ Auch diese zivilrechtliche Ausgestaltung des Verfahrens spricht für die Möglichkeit der Beteiligung ausländischer Einrichtungen am Verfahren, da das Zivilrecht im Gegensatz zum Verwaltungsrecht in der Regel abdingbare Regelungen (*ius dispositivum*) enthält. Die daraus resultierende Vertragsfreiheit bedarf einer ausdrücklichen Einschränkung in Bezug auf die Vertragspartner, die sich hier weder aus dem Gesetz über Leistungen der Gesundheitsvorsorge noch aus dem Gesetz über die medizinische Tätigkeit ergibt.

Dieser Auslegung stehen nicht die Vorschriften über die Erbringung von Leistungen der Gesundheitsfürsorge außerhalb des Landes entgegen (Art. 42a ff. des Gesetzes über Leistungen der Gesundheitsvorsorge). Diese Vorschriften gelten für Patienten, die die Leistungen von den Dienstleistungserbringern erhalten, die keinen Vertrag mit der polnischen Krankenversicherung abgeschlossen haben.

Zu beachten ist aber, dass der Vertrag zu den Kostensätzen geschlossen wird, die in Polen für die Leistungen gelten.

c) Notfälle

Werden medizinische Notleistungen von einem Leistungserbringer erbracht, der keinen Vertrag über die Gesundheitsversorgung abgeschlossen hat, hat der Patient Anspruch auf diese Leistungen im erforderlichen Umfang (Art. 19 Abs. 2 des Gesetzes über Leistungen der Gesundheitsvorsorge). Der Leistungserbringer, der keinen Vertrag über die Gesundheitsversorgung abgeschlossen hat, hat Anspruch auf eine Vergütung für Gesundheitsdienstleistungen, die einem Patienten in einem Notfall erbracht werden (Art. 19 Abs. 4 des Gesetzes über Leistungen der Gesundheitsvorsorge).

Damit kann die Naemi-Wilke-Stift die Rückerstattungsansprüche gegen die polnische Krankenversicherung wegen der erbrachten Leistungen in Notfällen geltend machen.

Voraussetzung für die Rückerstattung ist, dass der Patient aufgrund medizinischer Lage nicht zu dem Gesundheitsdienstleister, der einen solchen Vertrag hat, gefördert werden kann.

Die Höhe der Kosten beschränkt sich auf die Höhe von Kosten, die der BFZ an die Leistungserbringer zahlt, mit denen er die Dienstleistungsverträge abgeschlossen hat.

d) Empfehlung

Diese Lösung sollte auch weiterverfolgt werden, weil sie den Zweck der Sicherstellung des Angebotes für die Eurostadt Gubin-Guben verfolgt. Darüber hinaus werden die besten Synergieeffekte erreicht, da bei einem Dienstleistungserbringer alle Leistungen angedockt werden. Ferner können damit die Kosten erspart werden, da nur ein Krankenhaus für die Eurostadt unterhalten werden muss.

³⁷ A. Pietraszewska-Macheta [in:] E. Fryźlewicz-Chrapisińska, I. Kowalska-Mańkowska, A. Sidorko, K. Urban, A. Pietraszewska-Macheta (Hrsg.), Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Komentarz, Warszawa 2018, art. 132.

III. Institutionalisierte Kooperation

1. Allgemeine Informationen

Institutionalisierte Kooperation zeichnet sich durch die Errichtung einer grenzüberschreitenden Einrichtung aus, die im Auftrag von zuständigen Stellen aus mindestens zwei Mitgliedstaaten die Gesundheitsdienstleistungen für die Bevölkerung des Grenzgebietes erbringt und sich direkt mit den Auftraggebern abrechnet. Es handelt sich daher um eine gemeinsame Einrichtung, die Patienten aus mehreren Staaten behandelt, als ob sie in einem Mitgliedstaat (in der Regel im Sitzstaat der Einrichtung) versichert wären.

2. Beispiele

a. Krankenhaus Cerdanya (FR-ES)

Zu den bekanntesten Beispielen für eine verstetigte Zusammenarbeit gehört das Krankenhaus in Cerdanya in Spanien (Katalonien), an der Grenze zu Frankreich.



Das Krankenhaus behandelt Patienten aus drei Provinzen in Pyrenäen mit insgesamt 1.340 km² und 33.000 Einwohnern an der spanisch-französischen Grenze (Karte: Google maps).

Das Leistungsspektrum umfasst Leistungen im Bereich der Notfallmedizin, Anästhesiologie, der allgemeinen Chirurgie, Orthopädie- und Traumatologie-Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Pädiatrie und

Neonatalogie, der inneren Medizin und psychischer Gesundheit an. Das Krankenhaus verfügt über 64 Betten, 32 Zimmer, 3 Operationssäle und einen Geburtsraum und zusätzliche Mehrzweckanlagen.³⁸



Träger des Krankenhauses Cerdanya ist der Europäische Verbund für territoriale Zusammenarbeit (EVTZ) Cerdanya. Die Mitglieder des Verbundes sind Ministerium für Gesundheit und Solidarität und Regionale Krankenhausagentur Languedoc Roussillon (F) sowie Rat von Puigcerdà, Kreisrat von Cerdanya, Gesundheitsministerium von Katalonien, Katalanische Gesundheitsvorsorge Service und Spanisches Gesundheitsministerium (ES). Die rechtlichen Grundlagen sind im Vertrag vom 26.4.2010 über die Errichtung des EVTZ Krankenhaus Cerdanya sowie in der EVTZ-Übereinkunft und EVTZ-Satzung enthalten.

³⁸ <https://ec.europa.eu/futurium/en/blog/cerdanya-hospital>

Die Baukosten (31 Mio. EUR) stammten zu 60% aus den EFRE-Mitteln des ETZ-Programmes Spain-France-Andorra (POCTEFA) 2007-2013 und zu 40% aus den nationalen Haushalten, wobei hier die Aufteilung gilt, dass 60% von Katalonien und 40% von Frankreich getragen werden. Der EVTZ verfügt über den jährlichen Haushalt in Höhe von 20 Mio. EUR und hat ca. 200 Eingestellte. Das Krankenhaus hat den Betrieb 2014 aufgenommen.



Grundsätzlich gilt im Krankenhaus das Recht des Sitzstaates also das spanische/katalonische Recht. Es gilt insbesondere für solche Fragestellungen wie Behandlungsverfahren, Dokumentationserstellung und -aufbewahrung, Datenschutz etc. Im Fall von EVTZ Cerdanya haben aber die Mitglieder für einige Fälle das "strengere" Recht vereinbart.³⁹

https://fr.wikipedia.org/wiki/GECT_Hôpital_de_Cerdagne#/media/File:Hospital_transfrontier_de_la_Cerdanya.jpg

Die Grundlage für die Rechtswahl bietet hier Art.

8 Abs. 2 lit. j) EVTZ-VO. Danach können die Mitglieder u.a. die anzuwendenden nationalen Rechtsvorschriften bestimmen, die direkten Bezug zu den Tätigkeiten des EVTZ haben, welche im Rahmen der in der Übereinkunft festgelegten Aufgaben ausgeführt werden. Nach der hier vertretenen Auffassung erlaubt die genannte Regelung die Rechtswahl in Bezug auf die dort genannten Aspekte.

Der unmittelbare Mehrwert des Krankenhauses besteht darin, dass es der französischen Bevölkerung den Zugang zu spezialisierter Gesundheitsversorgung bietet. Vor der Errichtung des Krankenhauses war eine Reise nach Perpignan (105 km) notwendig, um Zugang zu spezialisierter Versorgung erhalten zu können. Die Existenz des grenzüberschreitenden Krankenhauses fördert ferner die Kooperation in den Bereichen Forschung und Innovation, Beschäftigung und Mobilität sowie soziale Integration. Des Weiteren hat das Krankenhaus wesentlich zur Beschäftigungsentwicklung in der Grenzregion beigetragen, indem es junge Fachkräfte, insbesondere in den Bereichen Pflege und Gesundheitswesen, in der Grenzregion anhielt bzw. anzog.

b. Europaklinik Braunau-Simbach (DE-AT)

Im deutschsprachigen Raum war auch die Errichtung einer gemeinsamen Klinik für das deutsch-österreichische Grenzgebiet Braunau-Simbach.⁴⁰ Das Projekt wurde aber eingestellt und wird aktuell nicht mehr verfolgt.⁴¹

3. Eignung der Institutionalisierung für die Europastadt Guben-Gubin

Diese Lösung könnte auch zur Herstellung eines Angebotes für die gesamte Bevölkerung der Eurostadt Guben-Gubin beitragen. Es sind hier folgende Alternativen denkbar:

³⁹ José Miguel Sanjuán, Joan Gil in: Irene A. Glinos, Matthias Wismar (Hrsg.), Hospital and Borders. Seven case studies on cross-border collaboration and health system interactions, 2013, S. 155-179 (S. 171).

⁴⁰ R. Burger, M. Wieland (Hrsg.), Healthacross Report I. Handlungsleitfäden für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung, 2010, S. 85-95.

⁴¹ <https://www.uns-in-simbach.de/news/grenzenlose-gesundheitsversorgung/>

- 1) Gründung eines EVTZ als gemeinsamer Träger für eine Gesundheitseinrichtung für die Eurostadt Guben-Gubin oder
- 2) Gründung durch Naemi-Wilke-Stift einer GmbH/AG in Polen zum Betrieb einer Gesundheitseinrichtung auf polnischer Seite.

a. EVTZ

Mitglied des EVTZ dürfen nur die Einrichtungen sein, welche in Art. 3 EVTZ-VO abschließend genannt worden sind. Daraus folgt, dass die Gründung eines EVTZ durch private Einrichtungen nicht zulässig ist. Als Mitglieder einer gemeinsamen Gesundheitseinrichtung in Form des EVTZ kommen daher die Stellen, die nach nationalem Recht für die Angelegenheiten der (stationären) Gesundheitsfürsorge zuständig sind. Nach polnischem Recht sind dies: der Fiskus, lokale und regionale Gebietskörperschaften (Wojewodschaften, Landkreise und Gemeinden) sowie medizinische Hochschulen (vgl. Art. 6).

In Brandenburg ist die Sicherstellung der Krankenversorgung in Krankenhäusern eine öffentliche Aufgabe des Landes, der Landkreise und der kreisfreien Städte (§ 1 Abs. 2 Brandenburgisches Krankenhausentwicklungsgesetz) Diese Aufgaben erfüllen die Landkreise und kreisfreien Städte als Aufgabe der Selbstverwaltung, indem sie eigene Krankenhäuser errichten und betreiben (§ 1 Abs. 3 Brandenburgisches Krankenhausentwicklungsgesetz).

Das Krankenhaus in Guben befindet sich aber in der Trägerschaft der Kirchlichen Stiftung in der Selbstständigen Ev.-Luth. Kirche. Damit kann sie kein Mitglied eines EVTZ sein.

Somit scheidet der EVTZ als Träger der gemeinsamen Einrichtung für die Gesundheitsvorsorge in der Eurostadt Guben-Gubin aus.

b. Gründung einer Gesellschaft zum Betrieb einer Gesundheitseinrichtung in Gubin

Eine alternative Lösung könnte darin bestehen, dass die Naemi-Wilke-Stift in Gubin eine eigene Einrichtung gründet, die als Dienstleistungserbringer den Vertrag zur Dienstleistungserbringung mit der polnischen Krankenversicherung abschließt und die Dienstleistungen für polnische Versicherte in Gubin leistet.

Nach den bereits oben Gesagten steht es nichts dem entgegen, dass eine ausländische Stiftung in Polen eine Gesundheitseinrichtung gründet, die anschließend in Polen die Leistungen der Gesundheitsvorsorge erbringt.⁴²

Zu prüfen wäre, inwieweit die Naemi-Wilke-Stift als Kirchliche Stiftung in der Selbstständigen Ev.-Luth. Kirche nach ihren internen Vorschriften sowie nach deutschem Recht berechtigt ist, im Ausland die Einrichtungen (wie Gesellschaften, Stiftungen etc.) zu gründen.

IV. Fazit

Insgesamt ist festzustellen, dass es in der EU zahlreiche Beispiele für die erfolgreiche grenzüberschreitende Gesundheitsprojekte gibt. Es gibt aber auch Versuche, die an den nicht überwindbaren Hindernissen gescheitert sind.

Die Intensivität der Kooperation erreicht unterschiedlichen Grad: von der Koordination der

⁴² Siehe oben Teil 2. II. 3. b) (S. 25).

Zusammenarbeit, über die Leistungserbringung für Patienten aus dem Ausland bis zur Errichtung von gemeinsam getragenen Gesundheitseinrichtungen.

Die Projekte haben das Ziel der Sicherstellung eines bedarfsgerechten und gleichwertigen Zugangs zu Gesundheitseinrichtungen für die Bevölkerung von jenseits der Grenze. Sie schließen damit die Lücken, die für die Bevölkerung in den Grenzgebieten als peripheren Regionen des jeweiligen Staates bestehen. Da die Gesundheitseinrichtungen in der Regel nur auf einer Seite der Grenze verfügbar sind, kann ein verbesserter Zugang für die Bevölkerung aus dem Nachbarland sowohl die Erreichbarkeit der Gesundheitsvorsorge nur durch Kooperation über die Grenzen hinaus gesichert werden.

Aus der gemeinsamen Nutzung von Angeboten der Gesundheitsvorsorge ergeben sich auch die win-win-Situationen für die Einrichtungen selbst, indem entsprechende Auslastung einer Einrichtung und damit die Finanzierung gesichert werden.

Im Allgemeinen bieten die Kooperationen für die beteiligten Partner und damit für die Grenzgebiete viele wirtschaftliche, politische, soziale und kulturelle Entwicklungsmöglichkeiten an.⁴³

Ferner rücken solche Vorteile in den Vordergrund wie:

- a. optimaler Einsatz vorhandener Ressourcen,
- b. bessere Auslastung von Einrichtungen durch koordinierte, abgestimmte und komplementäre Gesundheitsdienstleistungen,
- c. die Nutzung von Synergien zur optimalen Gesundheitsversorgung in der Eurostadt Guben-Gubin,
- d. Modernisierung und Ausbau der vorhandenen Infrastruktur der Gesundheitsvorsorge.

Teil 3. Handlungsempfehlungen

Aus den zwei Teilen der vorliegenden Expertise ergeben sich folgende Schlussfolgerungen:

1. Aus dem Unionsrecht ergeben sich keine direkten Regelungen, die die grenzüberschreitende Zusammenarbeit von Gesundheitseinrichtungen aus Deutschland und Polen regeln;
2. Die nationalen Regelungen aus Deutschland und Polen erlauben die grenzüberschreitende Kooperation nur beschränktem Maß.
3. Aus den oben untersuchten Konstellationen zu empfehlen sind
 - a. der Abschluss eines direkten Vertrages zwischen der Naemi-Wilke-Stift und polnischer Krankenversicherung (NFZ) über die Erbringung von Gesundheitsleistungen für polnische Versicherte aus Gubin oder
 - b. Gründung durch die Naemi-Wilke-Stift in Gubin einer Gesundheitseinrichtung, die mit dem NFZ einen Vertrag über die Erbringung von Gesundheitsleistungen abschließt und ausschließlich polnische Versicherte in Gubin versorgt.

⁴³ R. Burger, M. Wieland (Hrsg.), Healthacross Report I. Handlungsleitfäden für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung, 2010, S. 84.