

TITELSEITE

Büro in Deutschland - Biuro w Niemczech

Euroregion Spree-Neiße-Bober e.V.

Berliner Straße 7, 03172 Guben

Tel.: +49 3561 3133

Fax: +49 3561 3171

info@euroregion-snb.de

www.euroregion-snb.de



Büro in Polen - Biuro w Polsce

Stowarzyszenie Gmin RP

Euroregion "Sprewa - Nysa - Bóbr"

ul. Piastowska 18, 66-620 Gubin

Tel./Fax: +48 68 455 80 50

info@euroregion-snb.pl

www.euroregion-snb.pl



Unia Europejska
Europejski Fundusz
Rozwoju Regionalnego
Europäische Union
Europäischer Fonds
für regionale Entwicklung



BB-PL
INTERREG V A
2014-2020

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

Inhalt

1. Einleitung	4
2. Hintergrund, Ausgangslage und Ziele	5
3. Rechtliche Rahmenbedingungen	6
3.1. Rechtslage für Behandlungen deutscher Bürger in Polen	7
3.2. Rechtslage für Behandlungen polnischer Bürger in Deutschland.....	8
4. Vergleich der Gesundheitssysteme Deutschlands und Polens sowie der jeweils damit befassten Akteure in den Mehrebenensystemen beider Länder	9
4.1. Gesundheitssystem in Deutschland.....	10
4.2. Gesundheitssystem in Polen	12
4.3. Grenzüberschreitende Zusammenarbeit der Krankenkassen/Ansprucherstattung	15
5. Medizinische Versorgung in der Euroregion Spree-Neiße-Bober	16
5.1. Medizinische Versorgung über euroregionale Krankenhausstandorte	17
5.2. Medizinische Versorgung auf der deutschen Seite der Euroregion	18
5.2.1. Cottbus/Chóśebuz	18
5.2.2. Landkreis Spree-Neiße/Wokrejs Sprjewja-Nysa	18
5.3. Medizinische Versorgung auf der polnischen Seite der Euroregion.....	18
5.4. Medizinische und soziale Ausbildungsstätten	19
5.4.1. Ausbildungsstätten auf der deutschen Seite der Euroregion.....	19
5.4.2. Ausbildungsstätten auf der polnischen Seite der Euroregion	20
5.5. Pflegeeinrichtungen.....	22
5.6. Medizinische Notfallversorgung in der Euroregion Spree-Neiße-Bober	24
5.6.1. Grundlagen in Deutschland	24
5.6.2. Grundlagen in Polen	24
5.6.3. Grenzüberschreitender Rettungsdienst	25
6. Prävention	28
7. Best Practice Beispiele	30
7.1. Euroregion Maas-Rhein (EMR)	31
7.2. Region Niederösterreich – Tschechien / Slowakei Projekt „Healthcare“ Gmünd	32
7.3. Ems Dollart Region (EDR).....	33
7.4. Studienreise Kehl / Straßburg, Wissembourg und Völklingen.....	33
7.5. Deutsch-schweizerische Grenzregion.....	34
7.6. Spanisch-französische Grenzregion	35
7.7. Studienreise Bozen (Südtirol)	35
8. Fazit	39
8.1. Überblick zu den Potentialen und Hemmnissen	39
8.2. Handlungsempfehlungen	40
9. Aktuelle Auswirkungen der Corona-Pandemie für den grenznahen Raum.....	41
9.1. Zusammenfassung für den Zeitraum 03 - 06/2020	41
9.2. Potenziale und Hemmnisse	42
9.3. Handlungsempfehlungen	43
10. Internetquellenverzeichnis	45
Anlage 1:	46
Anlage 2:	47

1. Einleitung

Die demografischen Gegebenheiten und Entwicklungen sowie die strukturellen Defizite in der Grenzregion beiderseits der Neiße sind ähnlich. Um die Region zukunftsfähig zu erhalten und zu gestalten, muss u.a. eine tragfähige Struktur für die medizinische Grundversorgung geschaffen werden.

Dabei sollten hochwertige, allgemeine und spezielle medizinische Leistungen durch eine grenzübergreifende Zusammenarbeit mit Partnern unmittelbar an der Grenze erreicht werden. Hierzu ist es erforderlich, dass die handelnden Personen und Institutionen in der Euroregion Spree-Neiße-Bober eine **Übersicht über die Versorgungsstrukturen**, über die **rechtlichen Grundlagen**, den **grundsätzlichen Aufbau der Gesundheitssysteme in Polen und Deutschland** sowie über die **Potentiale und Notwendigkeiten** erhalten.

Ein wesentlicher Aspekt findet sich dabei im Bereich des grenzüberschreitenden Rettungsdienstes. Hier zeigt sich ganz praktisch die Notwendigkeit gemeinsamen Handelns zum Wohle der Patientinnen und Patienten. Am 30.08.2021 wurde der Kooperationsvertrag zum grenzüberschreitenden Rettungsdienst unterzeichnet. Die praktische Umsetzung des Vertrages wird seitens der Euroregion Spree-Neiße-Bober inhaltlich begleitet und stellt einen dauerhaften Arbeitspunkt dar.

Die vorliegende Zustandsbeschreibung stellt ein konkretes Ergebnis des Projektes DIALOG dar, welches durch das Kooperationsprogramm INTERREG VA Brandenburg – Polen 2014 – 2020 gefördert und von den Euroregionen Pro Europa Viadrina und Spree-Neiße-Bober gemeinsam umgesetzt wurde. Entstanden ist so ein praktisches Kompendium für die tägliche Arbeit. Im Rahmen der Fortsetzung des Projektes DIALOG 2.0, welches im Zeitraum 2020-2023 durchgeführt wurde, kam es zur Ergänzung der Aspekte Prävention und altersgerechte Versorgung.

Es wird darauf hingewiesen, dass einige Faktoren im Rahmen dieser Zustandsbeschreibung aufgrund der Menge, Anzahl und Diversität nicht aufgenommen wurden. So findet keine Erhebung der Arztpraxen statt. Diese wird durch ein gesondertes Projekt des Naemi-Wilke-Stifts in Guben durchgeführt.¹ Ebenso werden die ambulanten Dienste und Apotheken nicht gesondert aufgeführt. Auch werden die Altenpflegeeinrichtungen nicht im Detail (Bettenanzahl, Spezialisierung etc.) aufgeführt. Auf deutscher Seite sind diese Daten tagesaktuell beim Pflegenavigator unter <https://www.pflege-navigator.de> einzusehen. Hier kann postleitzahlengenau gesucht werden.

Die Zustandsbeschreibung verzichtet darüber hinaus auf eine dem wissenschaftlichen Standard entsprechende Aufführung der Kliniken. Die Krankenhäuser werden in die Kategorie der Grund- und Regelversorgung, der Schwerpunktversorgung sowie der Fachkrankenhäuser eingeteilt. Hinzu kommen - nach eigenen Aussagen der Einrichtungen - die wichtigsten Versorgungsabteilungen.

¹ Konkret handelt es sich dabei um das Projekt „Gesundheit ohne Grenzen“. Weitergehende Informationen werden unter <http://www.naemi-wilke-stift.de/de/eu-projekte/gesundheit-ohne-grenzen/beschreibung.html> zur Verfügung gestellt.

2. Hintergrund, Ausgangslage und Ziele

Das INTERREG-geförderte Projekt DIALOG strebt „die Intensivierung des grenzübergreifenden DIALOGs zwischen Institutionen und Organisationen der deutsch-polnischen Zusammenarbeit im Grenzgebiet Brandenburg-Lubuskie sowie die Befähigung, Sensibilisierung und Weiterbildung deutscher und polnischer Personen an, die in der Praxis mit grenzüberschreitender Zusammenarbeit und davon betroffenen Themen befasst sind“ an.²

Der Bereich Gesundheit wurde als projektrelevantes Thema ausgewählt, weil Grenzregionen – wie die Euroregion Spree-Neiße-Bober – zumeist periphere Räume darstellen, in denen sich fehlende oder nicht komplett bestehende zwischenstaatliche Regelungen in bestimmten Politikfeldern verstärkt auswirken.

Zudem muss festgestellt werden, dass das jeweilige Wissen über die unterschiedlichen Strukturen und Möglichkeiten des Nachbarn im Gesundheitsbereich nicht allzu ausgeprägt ist. Des Weiteren gab und gibt es viele Hürden, die eine engere Kooperation behindern; sei es im Hinblick auf die Anerkennung von Bildungsabschlüssen von medizinischem Personal oder die Finanzierung von Leistungen; kurzum: die derzeitige Lage stellt sich relativ kompliziert dar.

Die bestehenden Mängel werden auch im aktuellen Entwicklungs- und Handlungskonzept 2014 – 2020 der Euroregion Spree-Neiße-Bober aufgegriffen. Die Sicherung der öffentlichen Daseinsvorsorge wird insbesondere beim Handlungsfeld „Gesundheitsversorgung“ als wichtiges Ziel herausgestellt.³

Um der Bedeutung des Themas Rechnung zu tragen, setzte die Euroregion Spree-Neiße-Bober im Jahr 2015 das durch den Kleinprojektfonds geförderte Projekt „Gemeinsame Bewältigung grenzüberschreitender Herausforderungen des demografischen Wandels in der Euroregion Spree-Neiße-Bober am Beispiel der Gesundheitsversorgung“ um. Durch dieses INTERREG IV A Vorhaben kam es zu einem ersten vertieften Gedankenaustausch von Akteuren aus dem Gesundheitsbereich und es wurden Ansatzpunkte für Kooperationen im Zuge von INTERREG V A gefunden. Die von allen Beteiligten zusammengetragenen Anregungen wurden in einer kurzen Projektstudie aufgenommen. Diese steht Interessierten unter dem folgenden Link zur Verfügung: <http://euroregion-snb.de/192/neisse/downloads>.

Ziel des DIALOG-Projekts bzw. des Fachthemas ist es, möglichst viele Akteure aus dem Gesundheitswesen zusammenzuführen und mit ihnen in einen regelmäßigen Austausch zu treten. Durch verschiedene Formate wie Arbeitsgruppensitzungen, Workshops, Konferenzen sowie Studienreisen werden die drängendsten Probleme und Fragestellungen durch einen umfassenden Erfahrungsaustausch aufgenommen. Zudem wurden von unterschiedlichen Experten Analysen eingeholt und ausgewertet.

Die Zustandsbeschreibung beinhaltet daher eine Zusammenfassung der durch die involvierten Akteure eingebrachten Informationen und festgestellten Notwendigkeiten.

Mit der engen Begleitung des Themas der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung möchte die Euroregion einen Beitrag leisten und - neben den o.g. Inhalten - zudem auch erste Lösungsvorschläge unterbreiten. Damit soll die Zustandsbeschreibung einerseits den Bürgerinnen und Bürgern und Institutionen vor Ort dienen, sich andererseits aber auch an die Verantwortlichen auf Regions-/

² Weiterführende Informationen zum Projekt DIALOG befinden sich unter <http://euroregion-snb.de/176/neisse/dialog> sowie www.euroregion-snb.pl.

³ Das Entwicklungs- und Handlungskonzept steht unter <http://euroregion-snb.de/files/15/entwicklungs-und-handlungskonzept.pdf> sowie www.euroregion-snb.pl zur Verfügung.

Landes- bzw. Bundes-/Staatsebene richten, um die involvierten Akteure zumindest mittelfristig für Fortschritte zu gewinnen, welche mögliche Kooperationen in diesem wichtigen Themenfeld erleichtern werden.

3. Rechtliche Rahmenbedingungen

Seit 1. Mai 2011 gilt die volle Arbeitnehmerfreizügigkeit für die EU-Mitgliedsstaaten wie Estland, Lettland, Litauen und Polen. Polnische Arbeitnehmer*innen haben damit freien Zugang zum deutschen Arbeitsmarkt. Damit unterliegen diese, bis auf wenige Ausnahmefälle, dem deutschen Sozialversicherungsrecht, auch bei einem Wohnort in Polen – die Abgaben werden in Deutschland abgeführt.

Problematisch ist in diesen Fällen häufig, dass Deutschkenntnisse fehlen, die Beschäftigung in unbeständigen Arbeitsverhältnissen mit Mindestlohn (bzw. darunter) erfolgt und die Arbeitskräfte häufig keine Kenntnisse des deutschen Sozialversicherungssystems haben.

Folgende **Regelungen der medizinischen Versorgung innerhalb der Europäischen Gemeinschaft für Grenzgänger** gibt es aktuell:

- Verordnung (EG) Nr. 883/04 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit,
- Verordnung (EG) Nr. 987/09 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/04 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit,
- EU-Patientenrichtlinie vom 25.10.2013.

Anspruch besteht für davon betroffene **Polen** auf alle Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Deutschland. Ein Versicherter aus **Deutschland** erhält gegen Vorlage der Europäischen Krankenversicherungskarte oder der provisorischen Ersatzbescheinigung kostenlose medizinische Grundleistungen in Polen, sofern diese bei einem Arzt in Anspruch genommen werden, der einen Vertrag mit dem NFZ abgeschlossen hat (siehe auch Punkt 3.1.) Seit dem Jahr 2004 gibt es folgende **Regelungen der gezielten Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen innerhalb der Europäischen Gemeinschaft** nach dem Sozialgesetzbuch (SGB):

- Erstattungsverfahren nach §13 Abs. 4-6 SGB V
- Verträge mit den Leistungserbringern nach §140e SGB V

Es besteht ein Anspruch auf alle Leistungen wie in Deutschland, ggf. mit der Ausnahme der Krankenhausbehandlung. Leistungsansprüche stehen im Einklang mit der EU-Patientenrichtlinie seit dem 25.10.2013.

Darüber hinaus gewährt die Richtlinie 2011/24/EU des europäischen Parlaments und des Rates vom 9. März 2011⁴ über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung eine gesundheitliche Versorgung in den einzelnen Mitgliedsstaaten. Die wesentliche Regelung findet sich in Art. 3 Buchstabe g.

⁴ Die Richtlinie 2011/24/EU - auch Patientenrichtlinie genannt - setzt im Wesentlichen die in zahlreichen Urteilen des Europäischen Gerichtshofs festgelegten Grundsätze für eine grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung innerhalb der Europäischen Union um. Die Richtlinie 2011/24/EU beinhaltet auch Regelungen zur grenzüberschreitenden Anerkennung der in einem anderen Mitgliedstaat ausgestellten Verschreibungen. Diese werden durch die Durchführungsrichtlinie 2012/52/EU noch weiter konkretisiert. Siehe auch <http://www.eu-patienten.de/de/rechtsquellen/rechtsquellen.jsp> (Zugriff am 14.02.2018).

Im Sinne dieser Richtlinie bezeichnet der Ausdruck:

g) „Gesundheitsdienstleister“ jede natürliche oder juristische Person oder sonstige Einrichtung, die im Hoheitsgebiet eines Mitgliedstaats rechtmäßig Gesundheitsdienstleistungen erbringt; Soweit die EU-Patientenrichtlinie im Sozialgesetzbuch (SGB) vollständig umgesetzt worden wäre, müsste die *Definition der für die Kostenerstattung zugelassenen Leistungserbringer auch auf Nicht-Vertragspartner der ausländischen Krankenversicherung erweitert werden. Eine nicht vollständig umgesetzte EU-Richtlinie entfaltet nach dem Umsetzungsstichtag (hier 25.10.2013) voll ihre Wirkung.*

Folgerichtig umfasst der §13 Abs. 4 Satz 2 SGB V eine breitere Leistungserbringerdefinition, was sich aus dem Gesetzeswortlaut auf den §140e SGB V überträgt.

3.1. Rechtslage für Behandlungen deutscher Bürger in Polen

Für deutsche Bürger, welche sich in Polen einer Behandlung unterziehen wollen, erfolgt das mögliche Erstattungsverfahren nach §13 Abs. 4-6 SGB V.

§13 Abs. 4 Sozialgesetzbuch V

Versicherte sind demnach berechtigt, auch Leistungserbringer in anderen Staaten im Geltungsbereich des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum anstelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung. Es dürfen nur solche Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, bei denen die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des Berufes Gegenstand einer Richtlinie der Europäischen Gemeinschaft sind oder die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind.

Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass der Anspruch auf Erstattung höchstens in Höhe der Vergütung besteht, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte. Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. Sie hat dabei ausreichende Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen vorzusehen sowie vorgesehene Zuzahlungen in Abzug zu bringen. Ist eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum möglich, kann die Krankenkasse die Kosten der erforderlichen Behandlung auch ganz übernehmen.

Anspruch besteht auf alle Leistungen wie in Deutschland, ggf. mit der Ausnahme der Krankenhausbehandlung. Leistungsansprüche stehen im Einklang mit der EU-Patientenrichtlinie 2011/24.

Verträge mit den Leistungserbringern nach §140e SGB V

Gegenstand des §140e SGB V sind Verträge mit Leistungserbringern im Geltungsbereich des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum.

Krankenkassen dürfen zur Versorgung ihrer Versicherten nach Maßgabe des Dritten Kapitels und des dazugehörigen untergesetzlichen Rechts Verträge mit Leistungserbringern nach §13 Abs. 4 Satz 2 im Geltungsbereich des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum abschließen.

Anspruch besteht auf alle Leistungen wie in Deutschland, ggf. mit der Ausnahme der Krankenhausbehandlung. Leistungsansprüche stehen im Einklang mit der EU-Patientenrichtlinie seit dem 25.10.2013.

3.2. Rechtslage für Behandlungen polnischer Bürger in Deutschland

Eine ähnliche rechtliche Situation ergibt sich für polnische Bürger, die sich in Deutschland einer Behandlung unterziehen.

Die bereits genannte Richtlinie 2011/24/EU des europäischen Parlaments und des Rates vom 9. März 2011 über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung wurde am 10. Oktober 2014 mit der Änderung des Gesetzes über Leistungen in der Gesundheitsversorgung (Dz. U. z 2014 r., poz. 1491) in das polnische Rechtssystem implementiert. Damit stehen auch polnischen Bürgern die oben genannten Leistungen entsprechend in Deutschland zu Verfügung.

Aufgrund dieser Richtlinie und deren Umsetzung hat der polnische Nationale Gesundheitsfonds (NFZ) zwei Handbücher über die Möglichkeiten der Behandlung polnischer Bürger im Ausland erstellt.

- Koordination und Direktive - Vergleich und Unterschiede in der Anwendung des Gesundheitsschutzes im grenzüberschreitenden Aspekt (Koordynacja a Dyrektywa – podobieństwa i różnice w korzystaniu z opieki zdrowotnej w aspekcie transgranicznym)⁵
- Handbuch für die planmäßige Behandlung im Ausland (Przewodnik po leczeniu planowanym za granicą)

Dabei wird im polnischen Recht unter dem Begriff der Koordination eine Sammlung von Vorschriften verstanden, welche der Realisierung und Umsetzung der europäischen Normen im Bereich des Gesundheitswesens dienen.

Erforderlich sind für die polnischen Bürger die Dokumente zum Erhalt von Gesundheitsleistungen nach den europäischen Vorschriften. Das sind im Wesentlichen:

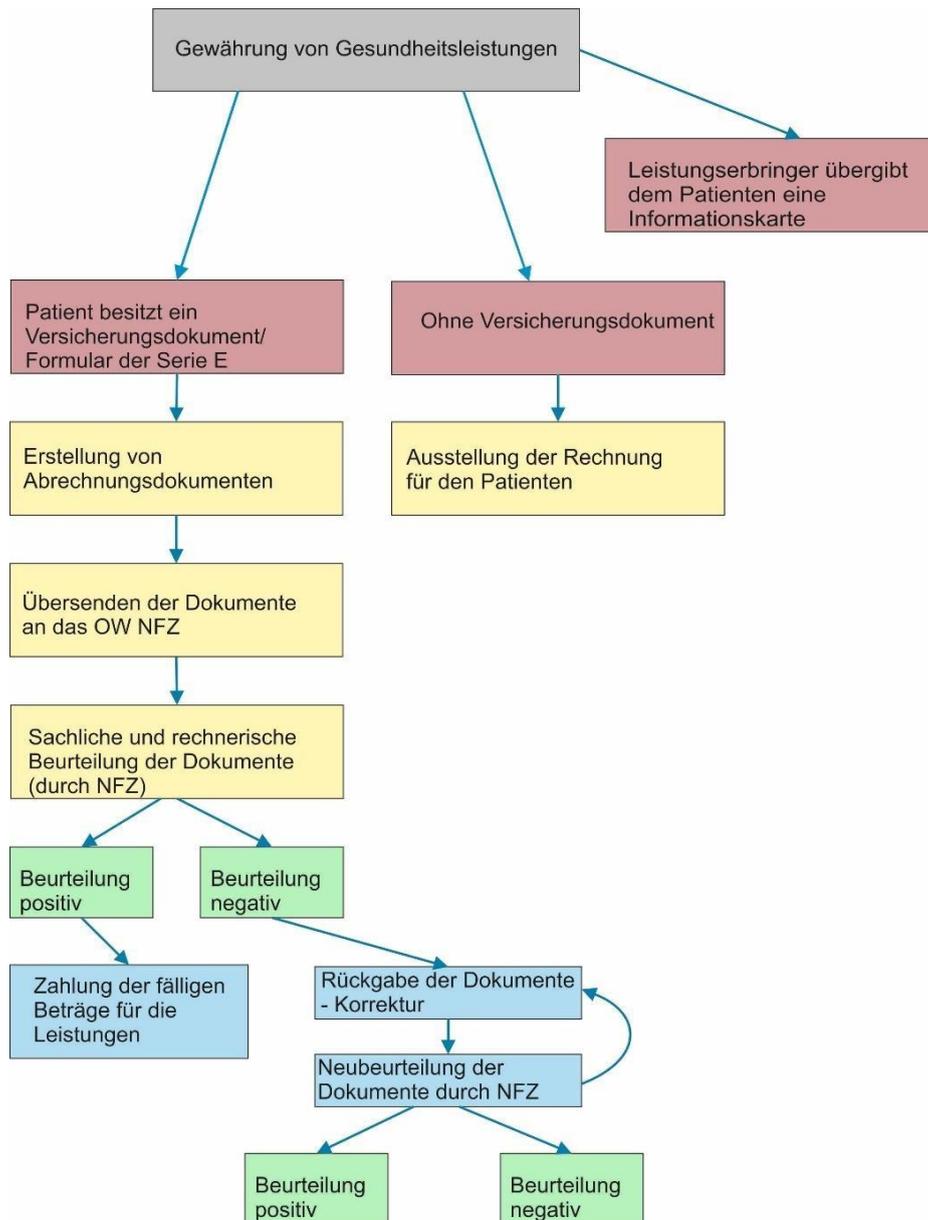
- S1 (E 106, E109, E120, E121): Dieses Dokument dient der grundsätzlichen Behandlung in einem anderen Land als dem Herkunftsland, insbesondere in Notfällen
- S2 (E112): Dieses Dokument ist erforderlich für eine geplante Behandlung in einem Mitgliedsland der EU
- S3: Dieses Dokument ist für die Personen, die im Ausland gearbeitet haben und am dortigen Ort eine Behandlung durchgeführt haben.

Allen gemeinsam ist, dass diese Formulare in Polen **vor** einem Auslandsaufenthalt bzw. einer Behandlung im Ausland beantragt und registriert werden müssen. Der Patient stellt einen entsprechenden Antrag beim NFZ seiner Wojewodschaft. Dort wird dann über den Antrag entschieden.⁶

⁵ http://akademia.nfz.gov.pl/wp-content/uploads/2016/03/Koordynacja-a-dyrektywa_net.pdf

⁶ Anträge können heruntergeladen werden auf folgender Seite: <http://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/nasze-zdrowie-w-ue/leczenie-planowane-wymagajace-uprzedniej-zgody>

Abbildung Nr. 1 - vereinfachte Darstellung des Genehmigungsverlaufs



4. Vergleich der Gesundheitssysteme Deutschlands und Polens sowie der jeweils damit befassten Akteure in den Mehrebenensystemen beider Länder

Bei aller Notwendigkeit der medizinischen Versorgung der Bevölkerung weisen die Gesundheitssysteme in Deutschland und Polen einige Gemeinsamkeiten, aber auch viele Unterschiede auf.

Sowohl in Deutschland als auch in Polen liegt der Krankenversicherung das so genannte "Bismarck"-System zu Grunde. Dabei wird die Versicherung aus den Sozialabgaben der Versicherten und ihrer Arbeitgeber finanziert. Hier gibt es verschiedene Grundrichtungen: regionale bzw. zentrale Einheitsversicherungen (z. B. in Frankreich, **Polen** und Tschechien), betriebliche bzw. berufliche und regionale Pflichtversicherungen (z. B. in Belgien, Japan, Österreich), ein gegliedertes System mit freier Kassenwahl und Kassenwettbewerb (in **Deutschland**, den Niederlanden und der Schweiz).

4.1. Gesundheitssystem in Deutschland

In Deutschland besteht ein duales System von privater (PKV) und gesetzlicher Krankenversicherung (GKV). Der Gesetzgeber hat der gemeinsamen Selbstverwaltung wichtige Aufgaben übertragen (unter anderem die Konkretisierung des Leistungskatalogs der GKV), die in anderen europäischen Ländern von Regierungsbehörden wahrgenommen werden.

Zwar beschließt der Staat die wesentlichen Rahmenbedingungen für die medizinische Versorgung. Die weitere konkrete Ausgestaltung, Organisation und Finanzierung der einzelnen medizinischen Leistungen, ist aber die Aufgabe der gesetzlich bestimmten Einrichtungen der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen. Sie wird von den Vertretern der Ärzte und Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser, Krankenkassen und Versicherten gemeinsam und eigenverantwortlich wahrgenommen. Das oberste Gremium der Selbstverwaltung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung ist der Gemeinsame Bundesausschuss.

Die gesetzliche Krankenversicherung ist ein Solidarsystem, in dem alle Versicherten unabhängig von Alter oder Gesundheitszustand unterschiedliche Beitragssätze zahlen (aktuell – d.h. Stand 08/2019 - 14,6 % + individueller Zusatzbeitrag der gewählten Krankenkasse), allerdings ungefähr zu 95% gleiche Leistungen erhalten. Dabei werden die Beiträge seit dem 01.01.2019 wieder paritätisch von Arbeitgebern und Arbeitnehmern getragen. In der privaten Krankenversicherung werden die Beiträge entsprechend des Gesundheitszustandes des Mitgliedes berechnet. Unabhängig vom Einkommen.

Auf **Bundesebene** gestaltet das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) die Gesundheitspolitik. Es bereitet unter anderem Gesetze vor und erarbeitet Verwaltungsvorschriften, die den Rahmen für die Aktivitäten der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen vorgeben.

Abbildung Nr. 2: Bundesebene



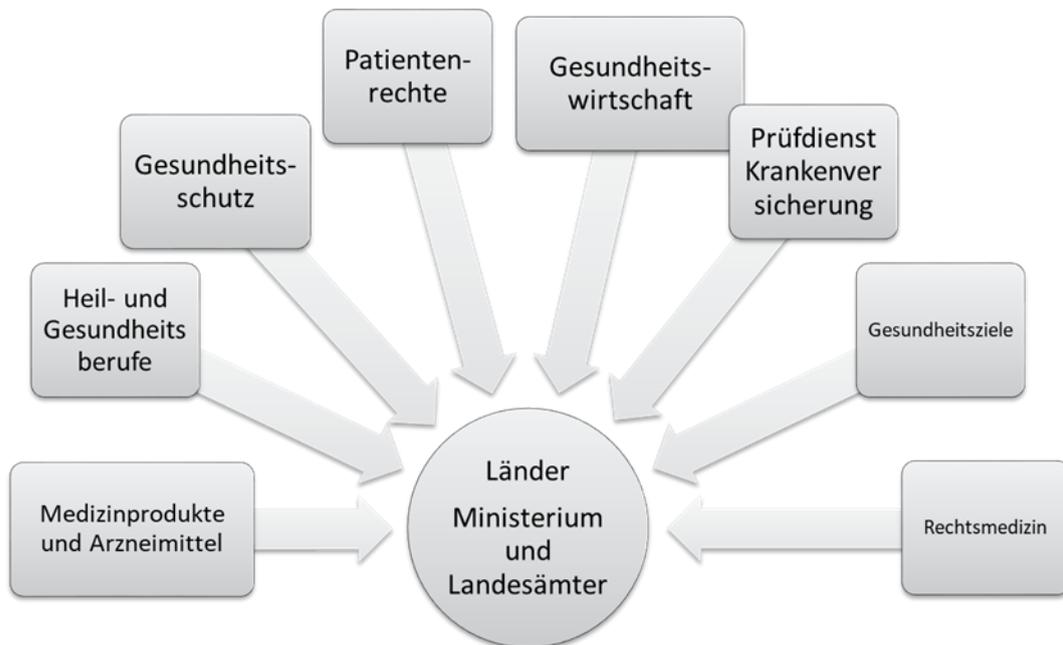
Eine wesentliche Rolle im Bereich des Gesundheitswesens spielen die Krankenkassen. Sie haben die Pflicht, Bürgerinnen und Bürger zu versichern und dafür zu sorgen, dass sie medizinische Leistungen erhalten. Dazu schließen sie Verträge mit einer Vielzahl von Institutionen und Organisationen ab, u.a. den Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sowie Verbänden der Ärzte, Krankenhäusern und Apotheken. Der Verband aller gesetzlichen Krankenkassen auf Bundesebene nennt sich „GKV-Spitzenverband“.

In Deutschland gibt es aktuell 96 gesetzliche Krankenkassen, in denen 71,9 Millionen Menschen versichert sind.

Landesebene

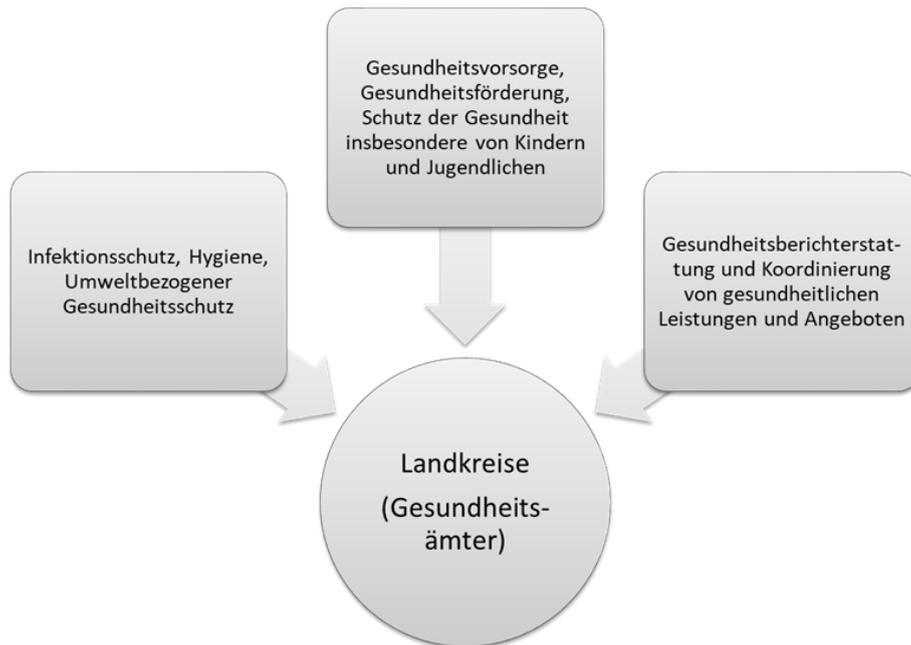
Die Länder sind dabei unter anderem zuständig für den Gesundheitsschutz, die Aufsicht über die Heil- und Gesundheitsberufe. Zudem ist das Land zuständig für den bereits erwähnten Landeskrankenhausplan.

Abbildung Nr. 3: Landesebene



Die Landkreise sind über die Gesundheitsämter und die Kommunen zuständig für den Infektionsschutz, die Gesundheitsvorsorge und die Koordinierung von gesundheitlichen Leistungen. Die Landkreise sind zudem (fast überall) Träger des Rettungsdienstes. Sie sind häufig an der Planung und Sicherung der ambulanten medizinischen Versorgung durch die dafür zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen beteiligt.

Abbildung Nr. 4: Landkreisebene



4.2. Gesundheitssystem in Polen

Auch in Polen besteht die Gliederung der Akteure in die Bereiche Staat, Region und Lokal (Kommunen).

Abbildung Nr. 5: allgemeine Gliederung



Das polnische Gesundheitsministerium hat dabei erheblich mehr Zuständigkeiten als das deutsche Pendant, das BMG.

Abbildung Nr. 6: polnisches Gesundheitsministerium



Als Institution, die für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung für die Leistungsempfänger zuständig ist, fungiert der **Nationale Gesundheitsfonds (NFZ)**. Der NFZ finanziert die Gesundheitsleistungen und die Erstattung der Arzneimittel im Rahmen der bereitgestellten Finanzmittel.

Der NFZ besteht aus:

- der Zentrale des NFZ
- den 16 Wojewodschafts-Zweigstellen des NFZ, entsprechend der territorialen Aufteilung des Landes.

Abbildung Nr. 7: nationaler Gesundheitsfonds



Abbildung Nr. 8: Landkreisebene

Die Landkreise sind im wesentlichen Träger der öffentlichen selbständigen Gesundheitsanstalten. Ihnen obliegt zudem die Aufgabe der Gesundheitsförderung.

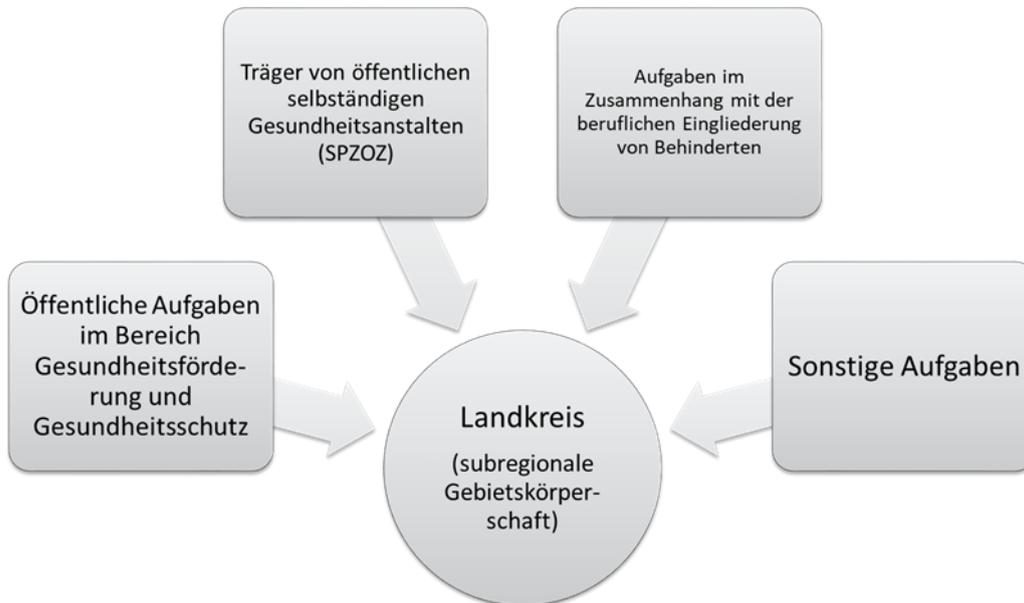
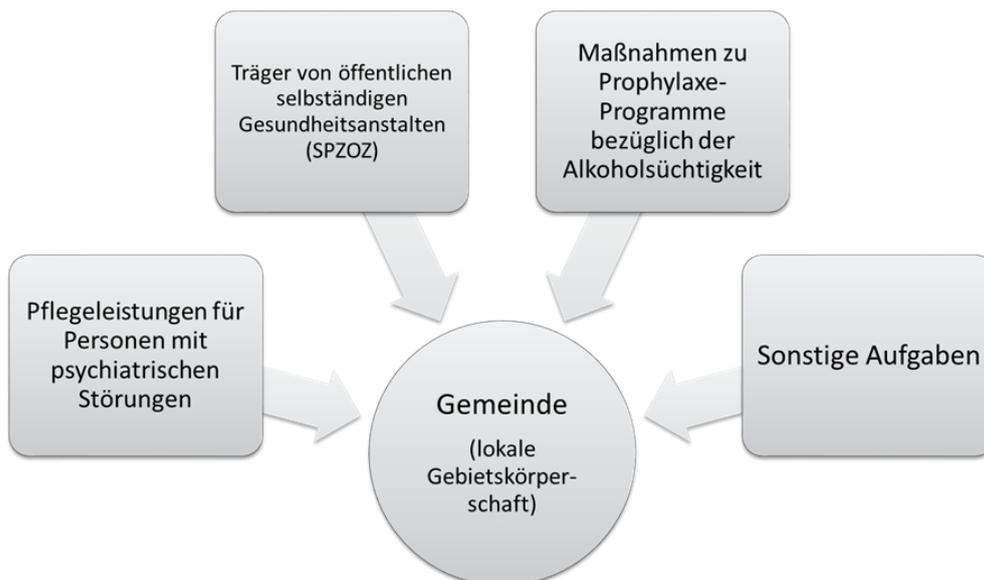


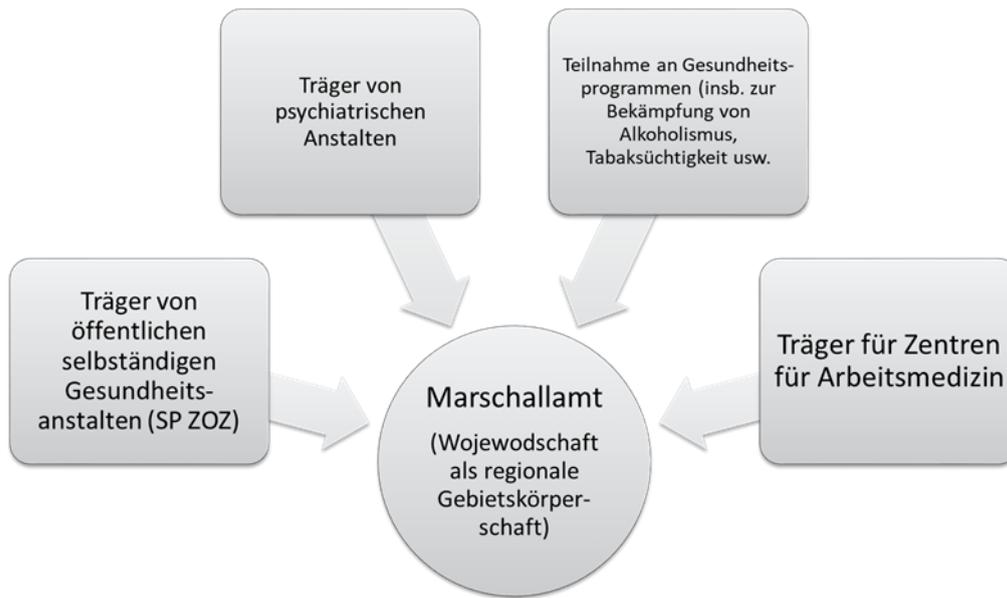
Abbildung Nr. 9: Gemeindeebene

Die Kommunen sind Träger von öffentlichen selbständigen Gesundheitsanstalten. Ihnen obliegt zudem die Aufgabe der Pflegeleistungen für Personen mit psychiatrischer Störung.



Die regionalen Behörden (Wojewodschaften, Marschallämter) hingegen haben nur wenige Aufgaben, die sich im Wesentlichen auf die Trägerschaft von psychiatrischen Einrichtungen und Zentren der Arbeitsmedizin beziehen.

Abbildung Nr. 10: Regionale Ebene



4.3. Grenzüberschreitende Zusammenarbeit der Krankenkassen/Ansprucherstattung

Eine unmittelbare Zusammenarbeit zwischen den Krankenkassen in Deutschland und Polen existiert nicht. Etwaige Fragen der Abrechnung etc. werden in Deutschland über die Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (DKVA) abgewickelt. Im GKV-Spitzenverband bildet die DVKA die Schnittstelle als europäischer und weltweiter Partner der Träger der sozialen Sicherheit.⁶ Weitergehende Informationen hierzu sind auf der Website der nationalen Kontaktstelle für grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung beschrieben⁷.

Die in Brandenburg größte Krankenkasse AOK Nordost behandelt die meisten in Polen versicherten Bürgerinnen und Bürger. Es gibt aktuell zwei funktionierende Kooperationen mit der Firma Brandmed in Ślubice und MEDPOLSKA - Zahnheilkunde, Protetik und Implantologie, ebenfalls aus Ślubice. Weitergehende grenzüberschreitende Kooperationen gibt es im Moment nicht.

Wie beschrieben gibt es in Polen eine Einheitsversicherung, den Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ). Die entsprechende Kontaktstelle ist in Warschau angesiedelt⁸.

Für spezielle Fragen der Abrechnung von im EU-Ausland erbrachten Leistungen wurde in Gorzów Wielkopolski ein gemeinsames Dienstleistungszentrum (Centrum Usług Wspólnych, CUW) geschaffen.

Dort werden alle anfallenden Fälle bearbeitet und zur abschließenden Zahlung nach Warschau weitergeleitet. Zu den Aufgaben der CUW als zuständige Einrichtung gehört vor allem die Überprüfung der Ansprüche anderer EU/EFTA-Mitgliedstaaten bezüglich der Behandlung polnischer Staatsangehöriger außerhalb des Landes.

Die CUW ist die einzige Stelle in Polen, an welche die Anträge von Versicherungsunternehmen auf Erstattung der Kosten der Behandlung polnischer Patienten in einem anderen EU/EFTA-Mitgliedstaat geschickt werden können. Ungeachtet dessen bleibt der Abrechnungsempfänger die Verbindungsstelle des NFZ in Warschau.

⁶ <https://www.dvka.de>.

⁷ <https://www.eu-patienten.de>.

⁸ www.kpk.nfz.gov.

5. Medizinische Versorgung in der Euroregion Spree-Neiße-Bober

Im Hinblick auf die Versorgung im medizinischen Bereich geht die Zustandsbeschreibung von **4 Feldern** aus:

Zum einen die **medizinischen Einrichtungen** in den Kategorien der Grund- und Regelversorgung, der Schwerpunktversorgung sowie der Fachkrankenhäuser. Hinzu kommen nach eigenen Aussagen der Einrichtungen die wichtigsten Versorgungsabteilungen. Zum anderen die **medizinischen und sozialen Ausbildungsstätten** und zum Dritten die **Versorgung der älteren Menschen im Rahmen von Pflegeeinrichtungen**. Nicht betrachtet wird, wie bereits aufgeführt, die grundsätzliche Betreuung / Begleitung im Rahmen der ambulanten medizinischen Versorgung, wohingegen der Bereich der **(grenzüberschreitenden) Rettungsdienste** Berücksichtigung findet.

Krankenhäuser der Grundversorgung haben in jeder Region wohnortnah die Versorgung für die am häufigsten auftretenden Krankheiten abzusichern. Sie halten in der Regel die Fachabteilungen Innere Medizin und Chirurgie vor. In den meisten Krankenhäusern der Grundversorgung wird ein weiteres Fachgebiet geführt, welches das Leistungsangebot abrundet.

Regelversorgungskrankenhäuser verfügen über ein größeres Leistungsspektrum und dienen der spezialisierten Versorgung innerhalb einer Teilregion der Versorgungsgebiete.

Krankenhäuser der Schwerpunktversorgung bilden den größten Disziplinen-Spiegel in der Versorgungsregion ab und dienen neben der Grundversorgung für den regionalen Bereich der Versorgung in Fachgebieten mit geringerem Fallzahlaufkommen sowie der Versorgung von schweren und komplexen Krankheitsfällen, die in den Krankenhäusern der anderen Versorgungsstufen im Versorgungsgebiet nicht angemessen behandelt werden können.

Fachkrankenhäuser sind auf ein bis drei Fachgebiete spezialisiert und haben in der Regel einen das Versorgungsgebiet übergreifenden, teilweise landesweiten, Versorgungsauftrag.

Näheres für die deutschen Krankenhäuser findet sich im Krankenhausplan

(<https://bravors.brandenburg.de/verwaltungsvorschriften/krankenhausplan2013#10.1>)

Auf der polnischen Seite werden die Krankenhäuser in 3 verschiedene Referenzgrade eingeteilt. Krankenhäuser der **1. Referenzstufe** (Szpitale o I stopniu referencyjności) sind vergleichbar den deutschen Krankenhäusern der Grundversorgung. Krankenhäuser der **2. Referenzstufe** (Szpitale o II stopniu referencyjności) sind in der Regel Krankenhäuser auf der Wojewodschaftsebene, die den Krankenhäusern der Regelversorgung entsprechen. Krankenhäuser der **3. Referenzstufe** (Szpitale o III stopniu referencyjności) sind Krankenhäuser mit einer deutlichen Spezialisierung, Forschung und landesweiter Versorgung.

Inhaltlich wird daher nur spezifisch auf Besonderheiten eingegangen, soweit diese von den Krankenhäusern als besonderes Merkmal eingestuft werden.

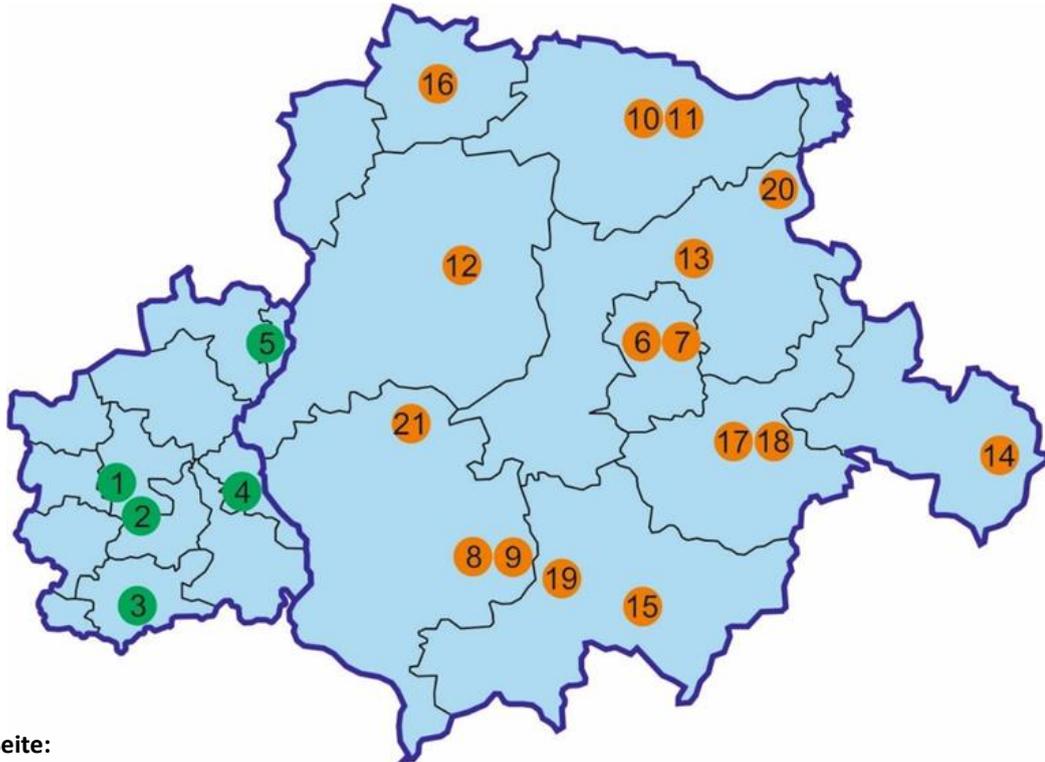
Eine zumindest kurze Übersicht – quantitativ wie qualitativ – zu den entsprechenden Möglichkeiten in beiden Euroregionsteilen ist jedoch notwendig. Denn auf Grundlage einer erstmals in diesem Umfang erstellten Datengrundlage lassen sich letztlich mögliche grenzüberschreitende Ansätze für eine Kooperation in der Gesundheitsversorgung ableiten.

Im Rahmen der medizinischen Versorgung wird zuerst die deutsche Seite der Euroregion, und dann die polnische Seite, betrachtet.

5.1. Medizinische Versorgung über euroregionale Krankenhausstandorte

Nördlich der Euroregion Spree-Neiße-Bober befindet sich die Euroregion Pro Europa Viadrina, welche ebenfalls über wichtige Einrichtungen der medizinischen Versorgung verfügt. Beide Euroregionen stellen zudem gemeinsam den INTERREG V A Programmraum Brandenburg – Polen (Wojewodschaft Lubuskie) 2014 – 2020 dar.⁹

Abbildung Nr. 11: Krankenhäuser und Kliniken in der Euroregion Spree-Neiße-Bober



Deutsche Seite:

1. Carl-Thiem-Klinikum Cottbus gGmbH
2. Sana-Herzzentrum Cottbus GmbH
3. Krankenhaus Spremberg
4. Lausitz Klinik Forst GmbH
5. Naemi-Wilke-Stift Guben

Polnische Seite:

6. Szpital Uniwersytecki im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze
7. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA w Zielonej Górze
8. 105. Kresowy Szpital Wojskowy z Przychodnią SPZOZ Żary
9. Szpital na Wyspie Sp. z o.o., Żary
10. Nowy Szpital w Świebodzinie Sp. z o.o.
11. Lubuskie Centrum Ortopedii im. dr Lecha Wierusza Sp. z o.o., Świebodzin
12. Zachodnie Centrum Medyczne Sp. z o.o., Krosno Odrzańskie
13. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sulechowie
14. Nowy Szpital we Wschowie Sp. z o.o.
15. Nowy Szpital w Szprotawie Sp. z o.o.
16. Lubuski Szpital Specjalistyczny Pulmonologiczno-Kardiologiczny w Torzymiu Sp. z o.o.
17. Wielospecjalistyczny Szpital SPZOZ w Nowej Soli
18. „MEDINET” Sp. z o.o., Nowa Sól
19. 105. Kresowy Szpital Wojskowy z Przychodnią SP ZOZ Filia Żagań
20. Gminy Ośrodek Zdrowia SPZOZ Babimost
21. Szpital na Wyspie Sp. z o.o. Filia Lubsko

⁹ Wichtige Krankenhausstandorte im deutschen Teil der Euroregion Pro Europa Viadrina sind u.a.: Städtisches Krankenhaus Eisenhüttenstadt GmbH, das Helios Klinikum Bad Saarow, das Klinikum Frankfurt (Oder) und das Oder-Spree-Krankenhaus in Beeskow.

5.2. Medizinische Versorgung auf der deutschen Seite der Euroregion

Auf der deutschen Seite der Euroregion Spree-Neiße-Bober e.V. finden wir eine gut ausgestattete Grundversorgung mit allen erforderlichen medizinischen Einrichtungen.¹¹

5.2.1. Cottbus/Chóšebuz

In Cottbus/Chóšebuz befinden sich die Carl-Thiem-Klinikum Cottbus gGmbH (CTK) und die Sana-Herzzentrum Cottbus GmbH. Das CTK ist ein Krankenhausstandort mit einer weitreichenden Grundversorgung. Die Sana-Herzzentrum GmbH weist ihrerseits eine klare Spezialisierung auf die Bereiche Herzchirurgie, Kardiologie, Anästhesiologie auf.

Damit gilt der Bereich im Einzugsbereich Cottbus/Chóšebuz als ausreichend versorgt in der medizinischen Grundversorgung.

5.2.2. Landkreis Spree-Neiße/Wokrejs Sprjewja-Nysa

Im Landkreis Spree-Neiße/Wokrejs Sprjewja-Nysa gibt es drei Krankenhäuser der Grundversorgung. Das Krankenhaus in Spremberg/Grodok, die Lausitz Klinik GmbH in Forst/Baršć und das Naemi-Wilke-Stift in Guben.

Diese drei Krankenhäuser sind ausweislich des Krankenhausplanes 2013 des Landes Brandenburg als Krankenhäuser der Grundversorgung vorgesehen. In der Region Spree-Neiße ist vor diesem Hintergrund von einer ausreichenden allgemeinen medizinischen Versorgung auszugehen.

5.3. Medizinische Versorgung auf der polnischen Seite der Euroregion

Die Aufnahme und Nennung der jeweiligen Daten zu den Krankenhäusern erfolgte u.a. im Rahmen der Regionsbereisung durch Herrn Enrico Triebel in der 2. Kalenderwoche 2018. In den nachfolgenden Darstellungen werden die Ausführungen zu einzelnen Spezialisierungen der Krankenhäuser nicht allumfassend dargestellt. Weiterführende Informationen für die polnischen Krankenhäuser befinden sich unter:

https://www.nfz-zielonagora.pl/system/obj/8973_Informator_NFZ_2020_v1.pdf
(Zugriff am 26.05.2023).

Im unmittelbaren Grenzbereich befinden sich auf polnischer Seite keine Krankenhäuser bzw. medizinischen Einrichtungen. Die nächsten medizinischen Einrichtungen befinden sich in Żary im Süden des polnischen Euroregionsteils und eine in Krosno Odrzańskie im nördlicheren Bereich.

Aktuelle statistische Untersuchungen belegen, dass die personelle und materielle Ausstattung medizinischer Einrichtungen im grenznahen Bereich derzeit nur unterdurchschnittlich ausgeprägt sind.¹²

In Żary befinden sich das „Krankenhaus auf der Insel“ das einen Schwerpunkt im Bereich Geriatrie und Frauenheilkunde hat sowie das 105. Armeekrankenhaus mit einer Grundversorgung und dem Schwerpunkt Dermatologie.

Ebenfalls im südlichen Teil befindet sich in Żagań die Filiale des 105. Armeekrankenhauses.

Ersichtlich ist, dass auf der deutschen Seite eine grundständige medizinische Versorgung vorhanden ist. Allerdings sind die Bewohner der unmittelbaren Grenzregion auf polnischer Seite darauf

¹¹ Wie bereits erwähnt wird nicht auf die Zahl niedergelassener Fachärzte (Augen, HNO etc.) abgestellt, da dies bereits im Projekt „Gesundheit ohne Grenzen“ unter Fußnote 1 beschrieben wird.

¹² Siehe auch http://zielonagora.stat.gov.pl/files/gfx/zielonagora/pl/defaultstronaopisowa/1030/1/1/swiatowy_dzien_zdrowia.pdf (Zugriff am 14.02.2018).

angewiesen, Wege von bis zu 60 km in Kauf zu nehmen, um auf polnischer Seite behandelt zu werden. Hier sind die Wege nach Forst/Barść und Guben jeweils deutlich kürzer. Insbesondere im Bereich der Notfallversorgung sollte dieser Aspekt Beachtung finden.

Im weiteren Bereich befindet sich das Universitätskrankehaus in Zielona Góra. Es liegt relativ zentral in der Wojewodschaft. Es ist ein Krankenhaus der 3. Referenzstufe und versorgt Patienten nicht nur im unmittelbaren Umfeld. Es ist universitäres Lehrkrankenhaus und das größte in der Wojewodschaft.

In Zielona Góra und im Umland kann die medizinische Versorgung als gesichert gelten. Im südöstlichen Bereich der Wojewodschaft findet sich das Krankenhaus in Nowa Sól mit einer umfassenden medizinischen Grundversorgung. In den Bereichen der gynäkologischen Versorgung erreicht das Krankenhaus die Referenzstufe 3. Im Bereich der Kardiologie ist es führend in der Wojewodschaft. Die Versorgung von Patienten erfolgt bis in den Bereich Glogau hinein.

Ganz im Süden der Wojewodschaft befindet sich das Neue Krankenhaus der Grundversorgung in Szprotawa. Darüber hinaus hat es einen Schwerpunkt in der Pädiatrie.

Ganz im Osten der Wojewodschaft befindet sich das Neue Krankenhaus in Wschowa. Es handelt sich dabei um ein Krankenhaus mit den Abteilungen Innere Medizin, Anästhesie und Intensivtherapie und Geburtshilfe, Gynäkologie und Neonatologie und stellt damit ein Krankenhaus der Grundversorgung dar.

Im nördlichen Bereich befinden sich mit den Einrichtungen in Sulechów, Babimost und Świebodzin ausreichende Versorgungsmöglichkeiten für die Bevölkerung.

Eine tabellarische Übersicht der Krankenhäuser mit Anschriften und weiteren Informationen befindet sich in der Anlage 1.

5.4. Medizinische und soziale Ausbildungsstätten

Sowohl auf deutscher als auch auf polnischer Seite finden sich Ausbildungsstätten im medizinischen und sozialen Bereich.

5.4.1. Ausbildungsstätten auf der deutschen Seite der Euroregion

Auf der deutschen Seite gibt es eine Vielzahl an Ausbildungsmöglichkeiten, vom schulischen bis hin zum universitären Bereich. In der Ausbildung gibt es einen praktischen Teil, der in den Kliniken der Euroregion absolviert wird. Daher wird darauf verzichtet, den einzelnen Kliniken einen speziellen Ausbildungsbereich zuzuweisen. Für den schulischen Teil der Ausbildung sind hier zu nennen: die LWGA Lausitzer Wirtschafts- und Gesundheitsakademie GmbH, die Brandenburgische Technische Universität Cottbus-Senftenberg, die Medizinische Schule am Carl-Thiem-Klinikum und die Schule für Gesundheits- und Krankenpflegehilfe im Naemi-Wilke-Stift

Im Hinblick auf den universitären Bereich ist festzuhalten, dass es, kurz nachdem der Bundestag den Ausstieg aus der Kohleenergie beschlossen hat, wichtige Signale für die Zeit danach gibt. So wird in Cottbus/Chóšebuz eine Medizinische Fakultät entstehen, an der künftig 1.800 junge Medizinerinnen und Mediziner ausgebildet werden. Das Wintersemester 2026/27 gilt als möglicher Starttermin für die ersten Studierenden in Cottbus

(<https://mwfk.brandenburg.de/mwfk/de/service/pressemitteilungen/ansicht/~03-08-2021-pk-universitaetsmedizin-cottbus>).

Die Einrichtung soll an das Carl-Thiem-Klinikum (CTK) angeschlossen werden und einen besonderen Fokus auf die Digitalisierung im Gesundheitswesen legen.¹³

Am Rand der Euroregion Spree-Neiße-Bober befindet sich eine der größten Ausbildungsstätten für Pflegeberufe im Land Brandenburg, die Schule für Gesundheits- und Pflegeberufe e.V. in Eisenhüttenstadt. Allerdings werden, wie auch in den anderen Schulen, nur bedingt Schülerinnen und Schüler aus Polen ausgebildet. Zum 01.01.2020 löste das Pflegeberufsgesetz das Altenpflegegesetz und das Krankenpflegegesetz ab. Damit ist auch hier die Ausbildung, ähnlich wie in Polen, dem europäischen Ausbildungsstandard angepasst worden.

5.4.2. Ausbildungsstätten auf der polnischen Seite der Euroregion

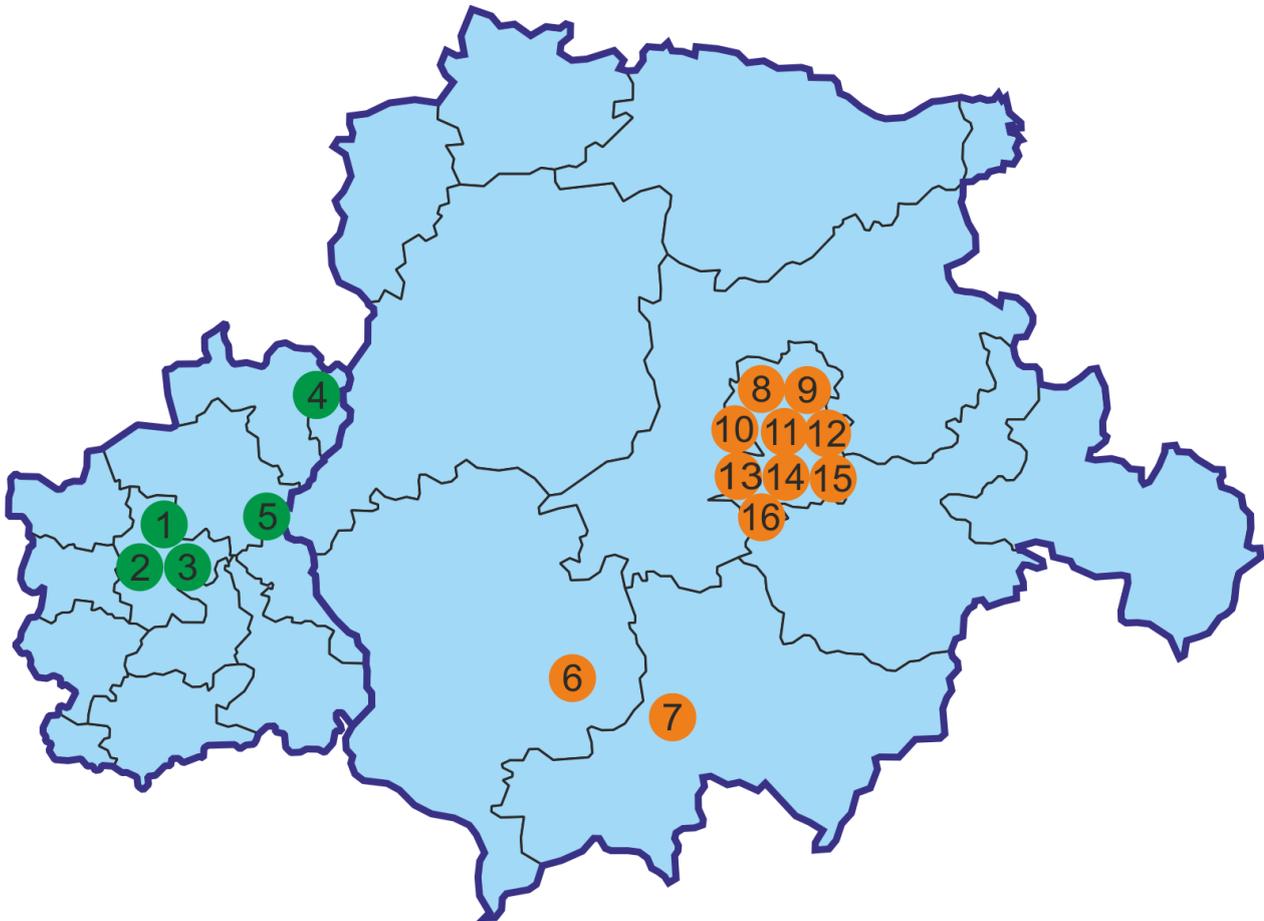
Auf der polnischen Seite befinden sich elf Ausbildungseinrichtungen. Hierbei ist in erster Linie die medizinische Fakultät „Collegium Medicum“ der Universität von Zielona Góra zu nennen. Überdies gibt es zehn Berufsschulen auf dem Gebiet der polnischen Euroregion (deren genaue Verteilung kann der Abbildung Nr. 12 entnommen werden). Zwei der o.g. Einrichtungen bilden Sanitäter sowie Krankenschwestern bzw. Krankenpfleger aus und acht Schulen zeichnen sich insbesondere für therapeutisches Personal zur Altenpflege und Physiotherapie verantwortlich.

Das Collegium Medicum in Zielona Góra ist derzeit der einzige euroregionale Standort, an dem Mediziner ausgebildet werden.¹⁴

¹³ Siehe auch <https://www.bundesregierung.de/breg-de/aktuelles/strukt Wandel-1768192> (Zugriff am 28.07.2020)

¹⁴ Für weiterführende Informationen zur Mediziner Ausbildung in Zielona Góra siehe <https://www.cm.uz.zgora.pl/> (Zugriff am 28.07.2020)

Abbildung Nr. 12: Ausbildungsstätten in der Euroregion Spree-Neiße-Bober



Deutsche Seite:

1. LWGA Lausitzer Wirtschafts- und Gesundheits Akademie GmbH
2. Brandenburgische Technische Universität Cottbus-Senftenberg
3. Medizinische Schule am Carl-Thiem-Klinikum
4. Schule für Gesundheits- und Krankenpflegehilfe im Naemi-Wilke-Stift
5. Pflegeschule Forst (Lausitz)

Polnische Seite:

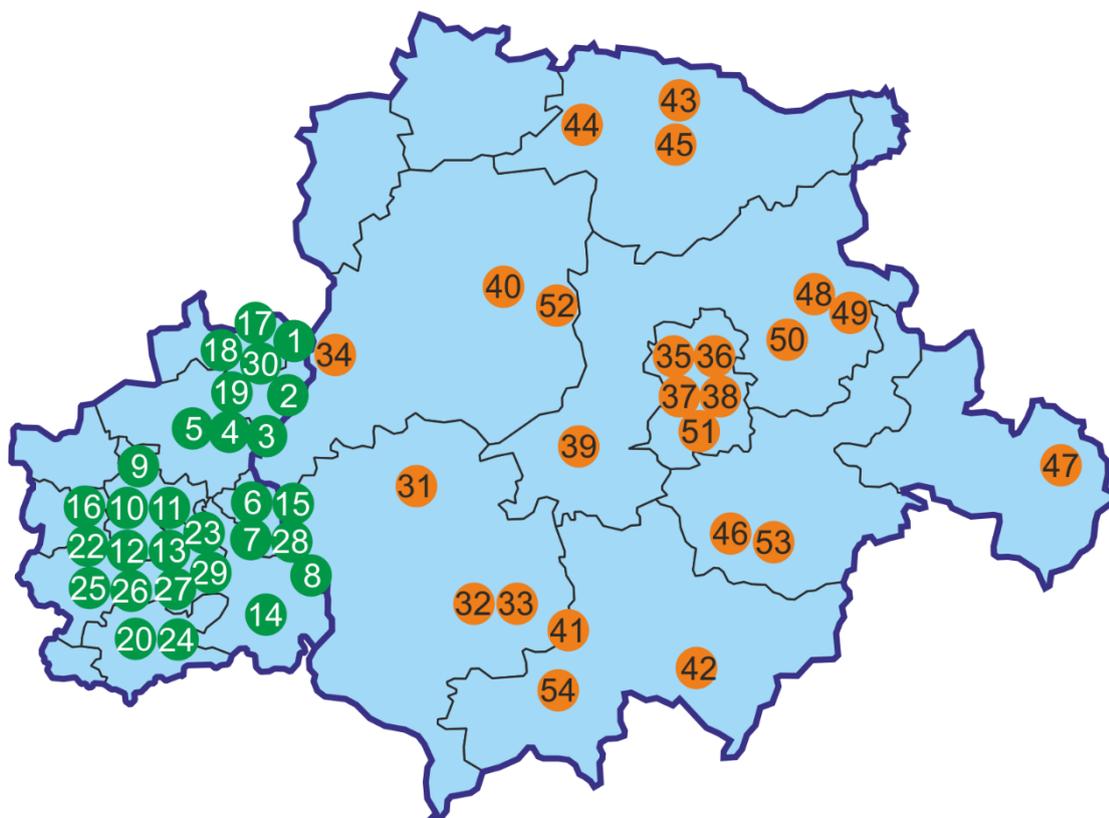
6. Policealna Szkoła Medyczna AWANGARDA Zary
7. Szkoła Policealna Żak Żagań
8. Collegium Medicum Zielona Góra
9. Policealna Szkoła Medyczna AWANGARDA Zielona Góra
10. Policealna Szkoła Medyczna NOVA Zielona Góra
11. Medyczna Szkoła Zawodowa Zielona Góra
12. CKZiU Medyk Zielona Góra
13. Policealna Szkoła Cosinus Zielona Góra
14. Szkoła Policealna Żak Zielona Góra
15. Centrum Kształcenia Ustawicznego i Praktycznego Zielona Góra
16. Centrum Kształcenia Plejada Zielona Góra

5.5. Pflegeeinrichtungen

Im Bereich der Pflegeeinrichtungen gibt es – rein quantitativ betrachtet - keine großen Unterschiede zwischen Deutschland und Polen. Gibt es im deutschen Teil der Euroregion 29 stationäre Einrichtungen, so sind es im polnischen Teil der Euroregion 25 Einrichtungen.

Qualitative Abweichungen treten aber bspw. bei den rechtlichen Regelungen zur Pflegeversicherung auf. In Deutschland wurde die Pflegeversicherung am 1. Januar 1995 als eigenständiger Zweig der Sozialversicherung eingeführt. Es gilt eine umfassende Versicherungspflicht für alle gesetzlich und privat Versicherten. Alle, die gesetzlich krankenversichert sind, sind automatisch in der sozialen Pflegeversicherung versichert. Private Krankenversicherte müssen eine private Pflegeversicherung abschließen. In Polen gibt es keine, separate Pflegeversicherung - sie ist Teil der allgemeinen Krankenversicherung, die nicht obligatorisch zu zahlen ist. Falls ein Patient eine Betreuung in einem Pflegeheim benötigt, muss er dafür bezahlen. Die Gebühren für staatliche Pflegeheime werden von den Kommunen festgelegt. Der Patient ist verpflichtet, etwa 70 % seines Einkommens an das Pflegeheim zu zahlen und die restlichen Kosten werden durch seine engste Familie beglichen. Soll der Patient keine Familie haben oder nicht versichert sein, werden die Kosten in voller Höhe von der Kommune übernommen.

Abbildung Nr. 13: Altenpflegeeinrichtungen in der Euroregion Spree-Neiße-Bober



Deutsche Seite:

1. Altenpflegeheim "Rosa Thälmann" Guben
2. Kursana Domizil Guben – Haus Zacharias Guben
3. Ev. Seniorenzentrum „Herberge zur Heimat“ Guben
4. Pro Seniore Residenz Deulowitz Guben
5. Diakonisches Seniorenzentrum Peitz
6. Ev. Seniorenzentrum „Friedenshaus“ Forst (Lausitz)
7. Residenz Rosenstadt Forst (Lausitz)
8. DRK-Pflegeheim Haus „Am Rosengarten“ Forst (Lausitz)
9. „Albert-Schweitzer-Haus“ Pflegeeinrichtung Cottbus
10. Malteserstift Mutter Teresa Cottbus
11. Senioren-Wohnpark Cottbus SWP GmbH Cottbus
12. Seniorenresidenz am Sanzeberg Cottbus
13. Pflegezentrum „Am Blechenpark“ Cottbus
14. Alten- und Pflegeheim St. Hedwig Döbern
15. DRK-Seniorenwohnanlage Haus Am Mühlengraben Forst (Lausitz)
16. DRK-Altenpflegeheim Kolkwitz
17. Seniorenheim Betreute Wohngruppe Guben
18. Seniorenheim St. Florian-Stiftung Guben
19. Seniorenresidenz Villa Cohn Guben
20. Lausitzperle – Seniorenzentrum Spremberg
21. Seniorenheime des Landkreises Oder-Spree GmbH Beeskow
22. Pflegeheim Cottbus
23. Altenpflegezentrum Cottbus-Sachsendorf
24. Altenpflegeheim Spremberg
25. M.E.D. Altenpflege GmbH Cottbus
26. Pflegezentrum Mühleninsel Cottbus
27. AWO-Wohnstätte für Senioren Cottbus
28. Altenpflegeheim Am Haag Forst (Lausitz)
29. BFR Senioren Services GmbH Cottbus
30. Pflegefachzentrum Guben

Polnische Seite:

31. Dom Pomocy Społecznej w Lubsku
32. Rodzinny Dom Seniora Leśne Zacisze Żary
33. Dom Pomocy Społecznej w Miłowicach Żary
34. Rodzinny Dom Seniora, Olive Garden Gubin
35. Dom Pomocy Społecznej dla Kombatantów im. Jana Lembasa Zielona Góra
36. Dom Pomocy Społecznej Zielona Góra
37. Dom Seniora Zielona Góra
38. Nursing Home ZNIMI Zielona Góra
39. Pensjonat Akacyjowa Zagroda, Dobroszów Wielki, Nowogród Bobrz.
40. Dom Pomocy Społecznej Szczawno, Krosno Odrzańskie
41. Dom Opieki Corda Szczepanów
42. Zakład Opiekuńczo - Leczniczy, Szprotawa
43. Dom Pomocy Społecznej Jordanowo
44. Dom Pomocy Społecznej Toporów
45. Dom Pomocy Społecznej Glińsk
46. Dom Pomocy Społecznej Koźuchów
47. Dom Pomocy Społecznej Wschowa
48. Dom Pomocy Społecznej Trzebiechów
49. Dom Pomocy Społecznej, Filia Bęczce
50. ZOL Zgrmadz. Sióstr Maryi Niepokalanej Klenica
51. Dom Seniora Atrium Jarogniewice
52. Dom Pomocy Społecznej, Szczawno, Dąbie Lubuskie
53. Dom Opieki "GeriaMed - Domowe Zacisze" – Koźuchów
54. Rodzinny Dom Seniora "Cichy Dom" Iłowa Zagańska

Eine detaillierte Auflistung aller Einrichtungen befindet sich in der Anlage 2.

In Polen verschärft sich in den letzten Jahren zunehmend die Versorgungssituation für ältere Menschen. Vor diesem Hintergrund eröffnete am 13.02.2023 in Torzym das einzige Zentrum in der Wojewodschaft, das speziell auf die Gesundheitsversorgung älterer Menschen spezialisiert ist.¹⁵

5.6. Medizinische Notfallversorgung in der Euroregion Spree-Neiße-Bober

5.6.1. Grundlagen in Deutschland

In Deutschland liegen die Kompetenzen für den Rettungsdienst bei den Bundesländern. Jedes Bundesland verfügt daher über ein eigenes Rettungsdienstgesetz.

Gesetzliche Grundlage für die Notfallversorgung in Brandenburg ist das Gesetz über den Rettungsdienst im Land Brandenburg (Brandenburgisches Rettungsdienstgesetz - BbgRettG vom 14. Juli 2008). Die Durchführung des Rettungsdienstes ist in der Verordnung über den Landesrettungsdienstplan (Landesrettungsdienstplanverordnung – LRDPV vom 24. Oktober 2011, zuletzt geändert durch die Verordnung vom 21. Juli 2015) näher geregelt.

Durch den zuständigen Träger wird die bedarfsgerechte und flächendeckende Versorgung der Bevölkerung mit den Leistungen der Notfallrettung einschließlich des Notarztdienstes und des qualifizierten Krankentransportes sichergestellt. Zuständig für den bodengebundenen Rettungsdienst sind die Landkreise.

Gesetzlich geregelt ist auch die sogenannte „Hilfsfrist“, also die Zeit zwischen der Alarmierung des Rettungsdienstes und seinem Eintreffen am Notfall bzw. Unfallort. Dazu sind die Rettungsmittel so zu stationieren, dass jeder an einer öffentlichen Straße gelegene Einsatzort in 95 Prozent aller Fälle in einem Jahr innerhalb von 15 Minuten erreicht wird (Hilfsfrist).

Beim **bodengebundenen Rettungsdienst** kommen unterschiedliche Fahrzeuge zum Einsatz. Der Krankentransportwagen (KTW) ist grundsätzlich zum Transport von Nichtnotfallpatienten bestimmt.

Der Rettungswagen (RTW) wird überwiegend zur Notfallrettung eingesetzt. Der Patientenraum wird nicht nur zum Transport genutzt, sondern ermöglicht aufgrund des guten Platzangebotes auch eine wirksame Patientenversorgung bei Zugänglichkeit des Patienten von allen Seiten. Die umfangreiche Notfallausrüstung ist mobil und wird auch außerhalb des Fahrzeuges eingesetzt.

Mit dem Notarzteinsatzfahrzeug (NEF) bringt der Rettungsassistent den Notarzt zum Patienten. Rettungswagen und Notarzt fahren unabhängig voneinander. Dieses flexible System wird als „Rendezvousystem“ bezeichnet. Der Notarzt ist flexibel und ggf. wieder bereit, zum nächsten Einsatz zu fahren. Die Ausstattung des NEF ist umfangreich und erlaubt die Anwendung aller notfallmedizinischen Maßnahmen, auch wenn noch kein Rettungswagen eingetroffen sein sollte.

Träger des **luftgebundenen Rettungsdienstes** ist das Land Brandenburg. Es existieren mit den Standorten Angermünde, Bad Saarow, Brandenburg an der Havel, Senftenberg und Perleberg fünf Luftrettungsstationen mit je einem Rettungshubschrauber sowie einem Verlegungshubschrauber, der für das gesamte Bundesland zuständig ist. In der Luftrettung sind der ADAC, die Deutsche Rettungsflugwacht e. V. (DRF) und die Bundespolizei tätig.

5.6.2. Grundlagen in Polen

In Polen ist der Rettungsdienst zentral organisiert (vgl. Abbildung 5). Rechtliche Grundlage für die Rettungsdienste in Polen ist das Gesetz vom 8. September 2006 über staatliche medizinische

¹⁵ <https://lubuskie.pl/wiadomosci/19979/to-bedzie-pierwszy-taki-osrodek-dla-seniorow-w-lubuskiem>
Notdienste in der Form der Änderung vom 10. Mai 2018 (Gesetzblatt 2017, Punkt 2195) und den entsprechenden Durchführungsbestimmungen.

Die Träger des Rettungsdienstes sind der für den Gesundheitsschutz zuständige Minister sowie die Wojewoden (Art. 18). Der Wojewode ist für die Planung, Organisation, Koordination und Aufsicht über das System des Rettungsdienstes auf dem Gebiet der Wojewodschaft zuständig (Art. 19 Abs. 2). Der Minister übt die Aufsicht über das gesamte Rettungssystem aus (Art. 19 Abs. 1).

Auf nationaler Ebene wird das PRM¹⁶-System vom Gesundheitsminister überwacht, der die Wojewodschaftspläne des Systems genehmigt und dessen Funktionsweise kontrolliert. Das Wojewodschaftsamt ist für die Planung, Organisation, Koordinierung und Überwachung des Rettungssystems innerhalb der Wojewodschaft verantwortlich.

Das System umfasst: Notrufzentralen, medizinische Notfallteams (ZRM): Krankenwagen vom Typ S – spezialisiert (früher „R“ – Reanimation) und P – grundlegend (früher Unfall „W“), die Luftrettung (HEMS – Helicopter Emergency Medical Service) und Notaufnahmen in Krankenhäusern (SOR).

Jede Notaufnahme des Krankenhauses muss seit dem 1. Januar 2017 über einen Landeplatz (oder Flughafen) gemäß § 3 Abs. 7, 8, 9, 10 nebst Anhang der Verordnung des Gesundheitsministers vom 3. November 2011 über die Notaufnahme des Krankenhauses verfügen.

5.6.3. Grenzüberschreitender Rettungsdienst

Im deutsch-polnischen Verhältnis gilt das Rahmenabkommen zwischen der Republik Polen und der Bundesrepublik Deutschland über die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Rettungsdienst, das am 21. Dezember 2011 in Warschau unterzeichnet wurde. Das o.g. Abkommen trat am 28. Mai 2013 in Deutschland (Bundesgesetzblatt Jahrgang 2013 Teil II Nr. 19) und am 14. Juni 2013 in Polen in Kraft (Dz.U. 2013 poz. 678). Gemäß Artikel 3 erstreckt sich dieses räumlich auf die Länder Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und den Freistaat Sachsen sowie auf die Wojewodschaften Niederschlesien, Lebus Land und Westpommern.

Da die Zuständigkeit für das Rettungswesen in Deutschland zweigeteilt ist, d.h. das Land Brandenburg für die Aufsicht und den Luftrettungsdienst zuständig ist, kann es hier lediglich flankierend und unterstützend tätig werden, da die Landkreise für den bodengebundenen Rettungsdienst zuständig sind. Zudem enthält das Gesetz über das Rettungswesen im Land Brandenburg keinerlei Bestimmungen zur grenzüberschreitenden Zusammenarbeit.

Nach vielen Jahren der Unsicherheit hat mit Schreiben vom 23. November 2017 die Wojewodschaft Lubuskie mitgeteilt, dass eine Vertrags-Zeichnung durch das Land nach Einschätzung der Regierung in Warschau nunmehr nicht mehr erforderlich wäre.

Konsequenterweise besteht daher gemäß Art. 4 des Abkommens die Möglichkeit, dass die Träger des Rettungsdienstes (also die Kreise und die Wojewodschaften) aus beiden Ländern direkte Kooperationsvereinbarungen zu den im Abkommen festgelegten Inhalten abschließen. Der Landkreis Greifswald-Vorpommern hat bereits eine entsprechende Vereinbarung mit der Wojewodschaft Westpommern abgeschlossen.

Das bedeutet, dass eine solche Kooperationsvereinbarung unmittelbar zwischen dem Landkreis bzw. der kreisfreien Stadt und der Wojewodschaft abzuschließen ist.

¹⁶ PRM: Państwowe Ratownictwo Medyczne (staatliches medizinisches Rettungswesen).

Da es systemimmanent ist, dass es im Land Brandenburg nicht verschiedene Kooperationsvereinbarungen gibt, sondern dass diese in allen Landkreisen und kreisfreien Städten abgestimmt und identisch sind, ist das Land Brandenburg begleitend aktiv.

Seit dem 24. November 2017 liegt der Entwurf einer Kooperationsvereinbarung zur Umsetzung des Rahmenabkommens vor. In der Sitzung der Arbeitsgruppe „Gesundheit“ der Euroregion Spree-Neiße-Bober am 20. März 2018, an der das Innenministerium Brandenburg, das Ministerium für Justiz, Europa und Verbraucherschutz, der Landrat des Landkreises Spree-Neiße/Wokrejs Sprjewja-Nysa und Vertreter der polnischen Wojewodschaft Lubuskie teilnahmen, wurde intensiv über das Thema diskutiert.

Während des vom 20.02.-21.02.2019 in Guben durchgeführten 1. deutsch-polnischen Rettungssymposiums „Regelungen, Vereinbarungen und Projekte der Bundesländer im Bereich Rettungswesen an der Außengrenze Deutschlands“ wurden die insgesamt drei Versionen der Kooperationsvereinbarungen noch einmal intensiv gemeinsam bearbeitet. Zudem lagen zu diesem Zeitpunkt bereits die entsprechenden Anlagen (u.a. zur technischen Umsetzung, sprachlichen Regelungen etc.) vor.

Das 2. Rettungssymposium, welches am 20.04.2023 stattfand, befasste sich mit dem Erfahrungsaustausch der Leitstellen von Mecklenburg-Vorpommern/Westpommern bis nach Sachsen/Niederschlesien.

Arbeitsgrundlage für den grenzüberschreitenden Rettungsdienst in Mecklenburg-Vorpommern ist die Kooperationsvereinbarung zur Umsetzung des Rahmenabkommens zwischen der Republik Polen und der Bundesrepublik Deutschland über die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Rettungsdienst im grenznahen Gebiet zwischen der Wojewodschaft Westpommern und dem Landkreis Vorpommern-Greifswald. Vor der Unterzeichnung der Kooperationsvereinbarung stand auch hier, wie im Landkreis Märkisch-Oderland, die Analyse der Rechtsgrundlagen und Bedingungen zur Annäherung der boden- und luftgebundenen Rettungssysteme im Fokus.

Ein sehr wichtiges Werkzeug zur langfristigen Umsetzung der Kooperationsvereinbarung und der Zusammenarbeit ist die dauerhafte Einrichtung einer deutsch-polnischen Arbeitsgruppe. In der Arbeitsgruppe finden regelmäßige Absprachen, Austausch und Gespräche statt.

Im Landkreis Märkisch-Oderland wurde das Sprachprojekt „Gemeinsames Wissen, gemeinsame Sprache, gemeinsames Ziel“ zwischen Auszubildenden und Studierenden erfolgreich abgeschlossen. Leider konnte der Bau einer grenzüberschreitenden Rettungswache bisher nicht in die zuständigen Verantwortungsbereiche des Wojewodschaftsamt Westpommern transportiert werden. Hier geht es ohne den politischen Willen zur Umsetzung nicht weiter.

Am 05.10.2022 fand in Gorzów Wielkopolski eine Sitzung zur Zusammenarbeit der Leitstellen statt. Im Ergebnis wurde das Formular Anlage 4 neu gefasst. Ferner wurde ein wöchentlicher Austausch von Pro-Forma Anforderungen auf der Grundlage des Vordrucks gem. Anlage 4 der Kooperationsvereinbarung vereinbart.

Auch im Bereich der Wojewodschaft Lubuskie fanden am 05.07.2022 und 05.12.2022 Treffen der zuständigen Stellen statt. Allerdings standen bei diesen Zusammenkünften allgemeinere Fragen zum Rettungsabkommen im Mittelpunkt, weniger unmittelbare Fragen zur technischen Umsetzung.

Am 08.12.2021 kam es im Zentrum der Doppelstadt Guben-Gubin, an der Neiße-Brücke, zu einem schweren Verkehrsunfall. Dabei wurde die Unterschiedlichkeit in den Abläufen auf polnischer und deutscher Seite sichtbar, da sowohl deutsche als auch polnische Einsatzkräfte unmittelbar vor Ort

waren. Praktische Fragen waren dabei:

- Gemeinsame Kommunikation der Leitstellen in Gorzów und Frankfurt (Oder) > Zuordnung der Einsatzmittel,
- Patientenversorgung demzufolge von einem polnischen oder deutschen Rettungsteam (Zusammenarbeit der beiden Teams musste sich finden),
- Transport eines Notfallpatienten zum Krankenhaus, das am schnellsten erreichbar und für den Zustand des Patienten geeignet ist und sich auf dem Gebiet des Staates befindet, in dem der Einsatzort liegt,
- Kooperation regelt nicht den Einsatz von Hubschraubern,
- Kommunikationsprobleme > Sprachkurse im Rettungsdienst schwierig aufgrund der Dauer.

Ungeachtet des Abschlusses einer Kooperationsvereinbarung auf politischer Ebene sind folgende Faktoren zu berücksichtigen:

- Einrichtung einer Koordinierungsstelle (mindestens Stabsstelle) ohne Entscheidungsbefugnis zu den polnischen Behörden (Begleitung, „Fäden in der Hand halten“),
- Ständiger persönlicher Austausch der mittleren und oberen Entscheidungsebene, die in taktischen Lagen Verantwortung tragen, mit dem polnischen Pendant,
- Aktuelle Rettungskarte / Ressourcenübersicht in der Euroregion,
- Gemeinsame Weiterbildung im Bereich der Luftrettung. Die Bereitschaft aus Cottbus/Chóśebuz, dies federführend zu organisieren, liegt bereits vor,
- Sprachförderung bei Sanitätern und Fachkräften vor Ort sowie gemeinsame Übungen und Schulungen,
- Die Finanzierung der Einsatzmittel als auch der Bereitstellung müssen im Vorfeld geklärt werden,
- Es ist unabdingbar, dass die Einsatzkräfte zumindest rudimentär die jeweilige Sprache sprechen, um sich untereinander und mit den Patienten verständigen zu können,
- Ohne politische Unterstützung auf deutscher und polnischer Seite wird es eine intensive Zusammenarbeit nicht geben können,
- Die Kommunikation / der Datenschutz sind wichtige Faktoren, die ausgebaut bzw. angepasst werden müssen,
- Das Schnittstellenmanagement (wer veranlasst was wann in welcher Sprache) muss geklärt werden.

Hierfür gab es eine Einladung der polnischen Seite an die Leitstelle Cottbus, sich über die vorgenannten Punkte intensiv gemeinsam auszutauschen. Die Leitstelle nahm dies dankend an. Ähnlich wie in Mecklenburg-Vorpommern und in anderen Regionen gilt es, die persönlichen Kontakte zu intensivieren, auszubauen und Gesprächskanäle zu öffnen. Ebenso sollte es in Zukunft häufiger gemeinsame Übungen geben, um gemeinsame Standards zu erarbeiten. Im Rahmen dessen werden sich die geltenden Kooperationsvereinbarungen auch weiter entwickeln.

Insbesondere das o.g. Schnittstellenmanagement wurde als Problem benannt. Es gibt, ähnlich der Polizei, keine gemeinsame Anlaufstelle, wo sich die Feuerwehren / Leitstellen / Rettungsdienste austauschen können. Ein solches Einsatzzentrum wäre eine klare Bereicherung. Hierzu herrschte Einigkeit. Die Idee, eine gemeinsame Rettungswache für die Doppelstadt Guben-Gubin in Guben zu errichten stieß daher auf große Zustimmung.

Insgesamt war das Land Brandenburg an dieser Stelle in den 1990er Jahren bis hinein in die Jahre 2002-2005 schon besser aufgestellt. Insbesondere der Wegfall von Sprachförderprogrammen und koordinierenden Stellen bedeutete einen spürbaren Rückschritt im deutsch-polnischen Kontext des grenzüberschreitenden Rettungswesens.

Im Rahmen einer zweitägigen Luftrettungskonferenz vom 27.-28.03.2019 haben Vertreter des polnischen Luftrettungsdienstes (LPR) und der DRF Stiftung Luftrettung gemeinnützigen AG (DRF

Luftrettung) in Stettin/Szczecin zusammen mit Rechtsexperten, Vertretern der Ministerien, Landkreise und der Kostenträger über eine zukunftsfähige und nachhaltige, grenzüberschreitende Luftrettung im deutsch-polnischen Grenzgebiet beraten.

Während das Rahmenabkommen, welches im Mai 2013 zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Republik Polen geschlossen wurde, die Bedingungen für den Abschluss von bilateralen Kooperationsverträgen und damit der Organisation eines gemeinsamen bodengebundenen Rettungsdienstes auf Landesebene regelt, gibt es für die luftgebundene Rettung noch keinen entsprechenden zwischenstaatlichen Vertrag.

Einigkeit herrschte darüber, dass eine neue Vereinbarung für die grenzüberschreitende Luftrettung, unabhängig vom DE-PL Rahmenabkommen, entstehen sollte. Dabei müssen u.a. folgende Aspekte bearbeitet werden:

- Nach der VO (EU) 965-2012 dürfen Hubschrauber nur für den HEMS-Flugbetrieb eingesetzt werden, wenn der Betreiber hierzu von der zuständigen Behörde die Genehmigung erhalten hat. Fraglich ist, ob eine solche Genehmigung durch polnische Behörden erteilt wird.
- Gemäß § 25 LuftVG dürfen Starts und Landungen außerhalb von Flugplätzen nur mit Genehmigung (Allgemeinerlaubnis) erfolgen. Diese gilt allerdings nur für die Bundesrepublik Deutschland.
- Gemäß § 55 TKG (Telekommunikationsgesetz) haben die Besatzungen der Helikopter bei einem Aufenthalt in fremdem Hoheitsgebiet die dort geltenden Vorschriften über den Funkdienst zu befolgen. Fraglich ist, wie die Leitstellen in Polen mit den Luftrettungsmitteln kommunizieren und wie dies von der deutschen Besatzung angewandt werden kann.

Am 30.08.2021 konnte die Kooperationsvereinbarung unterzeichnet werden. Offene praktische Fragen sind das Reichen von Betäubungsmitteln, Behandlung psychisch kranker Notfallpatienten, sowie die Feststellung des Todes nur durch den Heimarzt usw.

Die Rettungswache des Landkreises MOL plant den Bau einer grenzüberschreitenden Rettungswache. Hierzu wurde mit öffentlichen Mitteln ein Rechtsgutachten erstellt.¹⁷ Dies erläutert in grundsätzlicher Art und Weise die Probleme, die beim grenzüberschreitenden Rettungsdienst zu beachten sind.

6. Prävention

Im Bereich der Prävention gibt es erhebliche Unterschiede in Deutschland und in Polen. Die betriebliche Gesundheitsvorsorge ist in Deutschland recht gut entwickelt und wird seit vielen Jahren steuerlich gefördert.

Zwei Steuerfreibeträge können von Unternehmen genutzt werden: § 3 Nr. 34 EStG - Steuerfreibetrag bis 600 Euro/Jahr für bestimmte Präventionsmaßnahmen, ausschließlich Kurse. Und § 8 Abs. 2 EStG – steuerfreier Sachbezug bis 44 Euro/Monat für alle anderen Leistungen wie Massagen, Fitnessstudio, Vereinssport, Schwimmen, Aus- und Weiterbildungen, Angebote zur Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf etc.

Kommunen und Landkreise erhalten Unterstützung bei der Entwicklung gesundheitsfördernder Strukturen und Lebenswelten durch diverse EU- / Bundes- und Landesförderprogramme, durch die BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) und durch die Koordinierungsstellen des GKV-Bündnisses für Gesundheit in den Ländern

In Deutschland ist dies im Präventionsgesetz und im Sozialgesetzbuch u.a. in §20 a SGB V verankert.

¹⁷ <https://rettungsdienst-mol.de/interreg-va/klein-projekte-fonds-kpf/gutachten-zum-bau-betrieb-einer-deutsch-polnischen-rettungswache>

Themen sind u.a. psychische Gesundheit, Adipositas und Diabetes-Prävention, gesundheitliche Chancengleichheit, Armut und Gesundheit, Migration und Gesundheit und grenzüberschreitende Rettungsdienste.

Die Gesundheitsvorsorge in Polen wird durch den NFZ (Nationale Gesundheitsfond) finanziert. Durch begrenzte finanzielle Mittel des NFZ ist das volle Leistungsspektrum den Patienten nicht vollständig zugänglich; deshalb hat sich ein großer Markt an privaten Anbietern und Angeboten entwickelt; die privaten Gesundheitsausgaben polnischer Bürger steigen deshalb jährlich. Private Krankenversicherungen und „Gesundheits-Abos“ spielen eine große Rolle in der arbeitgeberfinanzierten Gesundheitsvorsorge.

Bei der Ausgestaltung und Konzeption von Health-Benefits-Strategien ist das überwiegende Ziel die „Gewinnung und Bindung von Fachkräften“ mit Angeboten wie Gesundheitsprogramme und Gesundheitschecks, Organisation von Facharztterminen, flexible Arbeitszeiten und Urlaubstage, Kindergartenplätze und Unterstützung bei der Pflege von Angehörigen.

Das betriebliche Gesundheitsmanagement ist nicht stark entwickelt, vom Arbeitgeber unterstützte Mitgliedschaften in Fitnessstudios sind üblich.

Gerade im Bereich der Kinder, Jugendlichen und jungen Menschen gibt es (leider) viele Gemeinsamkeiten in Polen und Deutschland. So ist in den „Nach-Corona-Zeiten“ eine signifikante Steigerung der Fettleibigkeit bei Kindern festzustellen. Auch eine deutliche Verschlechterung der mentalen Gesundheit wird beobachtet.

Ein gelungenes Beispiel für einen Präventionsansatz bietet die „Grenzüberschreitende Akademie der Bildung für Gesundheitsprävention und Rehabilitation“ im Wojewodschaftssportzentrum in Drzonków an. Dabei geht es um die Erweiterung des Weiterbildungsangebots im Sport durch die Schaffung eines polnisch-deutschen Trainingsprogramms unter dem Namen „Sport in der Gesundheitsprävention und Rehabilitation“ zusammen mit der Entwicklung von Materialien in beiden Sprachen und Durchführung von Schulungen mit integriertem Modul zum Erlernen der Sprache des Nachbarlandes.

Das Programm beinhaltet die Durchführung von zwei kostenlosen polnisch-deutschen Schulungen im Bereich der Gesundheitsprävention und Rehabilitation im Sport. Das o.g. Angebot entspricht dem EU HEALTH COACH. Es werden zwei 14-köpfige Gruppen trainiert, jeweils 230 Stunden. Teilnehmende sind: Trainer, Sportlehrer, Absolventen und Studenten des letzten Jahres der Sportwissenschaften, Physiotherapie oder Rehabilitation, Studenten der Sekundarschulen und Gymnasien mit Schwerpunkt Physiotherapie oder Rehabilitation.

Auch im Bereich der Gesundheitsämter nimmt Prävention einen breiten Raum ein. Es stehen sich traditionelle „behördliche“ Interventionsformen und der Ansatz der Gesundheitsförderung oft unvermittelt gegenüber. Den Gesundheitsämtern wird somit im präventiven Bereich eine Arbeit in „doppelter Kompetenz“ auf mehreren Ebenen abgefordert:

- Erstens hinsichtlich einer pathogenetischen wie auch salutogenetischen Sichtweise (Salutogenese).
- Zweitens hinsichtlich hoheitlicher Kontroll- und Überwachungsaufgaben wie auch einer partnerschaftlichen und partizipativen Arbeitsweise mit dem Ziel der Unterstützung, Befähigung (Empowerment/Befähigung) und Ressourcenstärkung der Bürgerinnen und Bürger.
- Drittens hinsichtlich einer Mischung der Steuerungsmethoden von hoheitlichem „Government“ und beteiligender „Governance“, d. h. moderierenden Vorgehensweisen.

Die Probleme in Polen sind ähnlich gelagert.

Bereits 1974 haben Experten der WHO-Adipositas als Zivilisationskrankheit eingestuft. Übergewicht

und Fettleibigkeit bei Kindern und Jugendlichen entwickeln sich heute zu einer weltweiten Pandemie. Dabei ist feststellbar, dass das Problem des erhöhten Körpergewichts Mädchen häufiger betrifft als Jungen.

In Polen sind die insbesondere die Wojewodschaften in West- und Zentralpolen stärker betroffen.

In Polen sind 10% der Kleinkinder (1-3) betroffen, 30% der Kinder im frühen Schulalter und 22 % der Jugendlichen bis zum Alter von 15 Jahren. Festzustellen ist, dass eines von fünf polnischen Kindern fettleibig und übergewichtig ist.

Ergänzend hierzu hat das Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit (LAVG) ähnliche Daten für die brandenburgische Seite entwickelt. Daten über die Gesundheitsberichtserstattung können über <https://lavg.brandenburg.de> eingesehen werden.

Praktischer Beitrag der Euroregion: „Bildung für Gesundheit – Aktion „Gesunde Brotbüchse“ in der Euroregion Spree-Neiße-Bober.

Das durch die AG Gesundheit behandelte Themenfeld Prävention wurde im Verwaltungsprojekt DIALOG 2.0 zusätzlich mit konkreten Aktionen an insgesamt sechs Grundschulen auf beiden Seiten der Euroregion im Frühjahr 2022 umgesetzt.

In verschiedenen Klassenstufen fanden unterrichtsergänzende, deutsch-polnische Lehrstunden zum Thema „Gesunde Ernährung“ statt. Spielerisch konnten die Schüler/-innen so u.a. erfahren und erlernen, was in eine gesunde Brotbüchse gehört, was es mit der Ernährungspyramide auf sich hat und wie viele Zuckerbestandteile Erfrischungsgetränke beinhalten. Gekoppelt wurde diese Wissensvermittlung an eine einfache deutsch-polnische Sprachanimation, Bewegungsspiele und Quizeinheiten. Kurzweilig und mit Spaß konnte die Aktion „Gesunde Brotbüchse“ so mit grenzübergreifenden Elementen gekoppelt werden.



Unterstützt wurde das Team der Euroregion auf der deutschen Seite von der Verbraucherzentrale Brandenburg e.V., die verschiedene Präventionsprogramme für Kinder in ihrem Portfolio vereint. Auf der polnischen Seite wurden die Kinder von der Akademia Zdrowej Rodziny angeleitet.

Im Herbst 2022, pünktlich zum Schuljahresbeginn, wurde ergänzend zu den o.g. spielerischen Lehrstunden eine Frühstückspause an den Grundschulen für die Ausgabe von gesunden Brotbüchsen genutzt.

7. Best Practice Beispiele

Im betrieblichen Bereich stellen Benchmarks (Benchmarking) Orientierungs- oder Zielgrößen dar, die eine objektive Bewertung der eigenen Leistung im Vergleich zu anderen Unternehmen ermöglichen. Im Rahmen des Benchmarkings werden jedoch nicht nur Kennzahlen miteinander verglichen und Leistungslücken quantifiziert, sondern die zugrunde liegende Vorgehensweise zur Erreichung der

Benchmarks ergründet.

Dabei sollen herausragende, exzellente Praktiken entdeckt und im eigenen Unternehmen umgesetzt werden, um dadurch nachhaltige Verbesserungen zu erlangen. Im Kern beinhaltet Benchmarking damit das Streben, zum „Besten der Besten“ zu werden.¹⁸

Best-Practice-Beispiele sind daher eine Möglichkeit, um die eigenen Handlungen und Sichtweisen in der Euroregion Spree-Neiße-Bober mit anderen in ähnlicher Situation befindlichen Projekten zu vergleichen. Und dabei zu analysieren, auf welche Art und Weise eine bessere Vernetzung und Bearbeitung des Themas möglich ist.

In der Arbeitsgruppe „Gesundheit“ wurden am 11. Juni 2018 in Gubin Ansätze aus der Euroregion Maas Rhein, der Region Niederösterreich – Tschechien und der Ems Dollart Region (EDR) vorgestellt.

Darüber hinaus diente die Studienreise vom 7. - 9. November 2018 der Vorstellung des grenzüberschreitenden Rettungsdienstes und der Versorgung im Bereich Kehl/Straßburg/Wissembourg und Völklingen.

Überdies wurden im Rahmen der Abschlusskonferenz am 11. September 2019 in Gubin zwei weitere Projekte vorgestellt. Einerseits der Bereich der Gesundheitsversorgung im Kanton Basel-Stadt durch Herrn Dr. med. Peter Indra MPH, den Leiter Gesundheitsversorgung im Gesundheitsdepartement des dortigen Kantons sowie andererseits die Arbeitsweise des spanisch-französischen Krankenhauses AECT-Hospital de Cerdanya / GECT-Hôpital de Cerdagne durch Herrn Dr. med. Francesc Bonet, den Generaldirektor der o.g. Einrichtung.

7.1. Euroregion Maas-Rhein (EMR)

Dr. med. Karl-Heinz-Feldhoff von der Stiftung euPrevent stellte das Gesundheitsprojekt in der Euroregion Maas Rhein vor. In dieser Region leben vier Millionen Menschen, es gibt drei Grenzen sowie drei Sprachen in fünf Regionen:

- Region Aachen (GE, DE-sprachig)
- Provinz Limburg (NL, NL-sprachig)
- Ost Belgien (BE, DE-sprachig)
- Provinz Lüttich (BE, FR-sprachig)
- Provinz Limburg (BE, NL-sprachig)

Der Gesundheitssektor ist durch große gesetzgeberische Unterschiede gekennzeichnet, obzwar die demographische Entwicklung und der Gesundheitsbereich eine Homogenität aufweisen.

Seit 1990 gibt es in der EMR bereits eine Kooperation, die allerdings sehr niederschwellig begann. Bis 2001 handelte es sich dabei im Wesentlichen um Bezüge zum Rettungswesen und eine Krankenhaus-Kooperation. Seit 2001 liegt ein weiterer Fokus auf der Vorsorge – Prävention, öffentlicher Gesundheit und der grenzüberschreitenden Kooperation.

Als hemmende Faktoren für eine grenzüberschreitende Kooperation wurden folgende markante Punkte gesehen:

- Unterschiedliche Versorgungssektoren,
- Unkenntnis über Arbeits- und Entwicklungspotentiale der Stakeholder in den Nachbarländern,
- Mangelnde Einbindung der Bürger/Patienten,
- Begrenzttes Budget,
- Unterschiede in den Versorgungsstrukturen,
- Sprache, Kulturunterschiede.

¹⁸ Gabler, Wirtschaftslexikon, 15. Auflage, S. 424.

Als fördernde Faktoren wurden angesehen:

- Alle Regionen der EMR haben gleichlautende inhaltliche Herausforderungen (Demographie, Krankheitsbilder usw.),
- Begegnung auf „Augenhöhe“ – ausgehend von den Inhalten nicht von den Strukturen,
- Frühzeitige Beteiligung der Politik,
- Nutzung der jeweiligen Stärken und Kreieren von Synergien,
- Mobilität der Bürger in der EMR ist hoch.

Die Kooperation zwischen den Krankenhäusern kann als gelungen gelten. Dazu beigetragen haben u.a. folgende Bedingungen:

- Kooperation Krankenkassen: IZOM¹⁹, Regulation 883/2004, Directive 2011/24/EU. IZOM gekündigt zum 31.12.17,
- Seit 1.7.18 Mini – IZOM BE/DE, BE/NL in Planung,
- MRE (Multiresistente Erreger) Infektionen – Krankenhaussiegel,
- Mitarbeiter – z.B. Fachärzte arbeiten in mehreren Krankenhäusern in der EMR (bspw. im Uniklinikum Maastricht und im Uniklinikum Aachen),
- gegenseitige Weiterbildungsanerkennungen.

Darüber hinaus gibt es in der EMR eine Vielzahl von Projekten, an denen sich die Gesundheitseinrichtungen, Schulen und andere Träger mittels Befragungen beteiligen. Dazu gehören:

- euPrevent Infektionsschutz,
- euPrevent Sucht,
- euPrevent Seelische Gesundheit,
- euPrevent Übergewicht,
- euPrevent Data (sammeln und auswerten vergleichbarer Daten in der EMR).

Partner und assoziierte Mitglieder euPrevent EMR sind dabei Provinzen, regionale Behörden, Ministerien, Krankenhäuser und Pflegeheime, Vereine von Hausärzten, Universitäten, öffentliche Gesundheitsdienste, nationale Institute, Patientenorganisationen. Insgesamt kooperieren über 40 verschiedene Partner.

7.2. Region Niederösterreich – Tschechien / Slowakei Projekt „Healthcare“ Gmünd

Herr Manfred Mayer stellte das Projekt „Healthacross in practice“ aus Gmünd vor. Das EU-Projekt „Healthacross in practice“ – Grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen zwischen Südböhmen und Gmünd – avancierte inzwischen zum „best practice project“ Europas.

Im Grenzgebiet macht die „geteilte“ Stadt Gmünd / České Velenice den Bedarf an Kooperation besonders deutlich: Auf tschechischer Seite ist die Versorgungslage in Grenznähe derzeit - insbesondere die Notfallversorgung betreffend - problematisch. Der nächste Notarztwagen ist im 35 km entfernten Třeboň, das nächste Krankenhaus im 60 km entfernten České Budějovice – was zu beträchtlichen Zeitspannen führen kann, bis ein Patient/eine Patientin versorgt wird.

Nur wenige hundert Meter von der Grenze entfernt liegt das Landeskrankenhaus Waldviertel-Gmünd (LK Gmünd).

Auch für PatientInnen auf österreichischer Seite ist die Möglichkeit einer grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen von Interesse. Jindřichův Hradec etwa verfügt über eine moderne Dialysestation, die für PatientInnen aus dem Raum Gmünd leicht erreichbar ist. Außerdem gibt es im Bereich der Rehabilitation umfangreiche Angebote in Tschechien, die PatientInnen aus Niederösterreich nutzen könnten.

¹⁹ IZOM steht für „Integratie zorg op maat“, was so viel bedeutet wie „integrierte ärztliche Versorgung nach Maß“, ein Projekt, das durch die vorbildliche Zusammenarbeit der AOK Rheinland, der niederländischen CZ-Gruppe und der Christlichen Krankenkasse entstanden und mittlerweile als europäisches Interreg-Projekt auf Dauer anerkannt ist.

Projektgegenstand von Healthacross ist die Erarbeitung von Grundlagen für eine grenzüberschreitende Zusammenarbeit sowie die Lösung konkreter Fragestellungen zu ausgewählten Themenbereichen:

- Erstellung eines Strukturvergleichs und Leistungsindex für die Projektregion,
- Erarbeitung konkreter Handlungsleitfäden,
- Durchführung einer Machbarkeitsstudie für ein grenzüberschreitendes Gesundheitszentrum.

Ausgangsbasis für das Projekt bildet die Erstellung eines Leistungs- und Strukturindex für die Region. Handlungsleitfäden zu spezifischen Fragestellungen (juristische, zollrechtliche, abrechnungstechnische Fragen etc.) schaffen die Basis für den Abschluss **bilateraler** Verträge zur Regelung einer grenzüberschreitenden Zusammenarbeit. Als Zukunftsvision wird ein gemeinsames Gesundheitszentrum angestrebt, dass durch eine Machbarkeitsstudie vorbereitet und wissenschaftlich begleitet wird.

Trotz aller Schwierigkeiten wird zurecht auf die Erfolge verwiesen. Wichtig bei diesem Vorhaben war es, die Politik von Anfang an mit einzubinden. Einzukalkulieren sind ca. 10 Jahre, um ein solches Projekt zu realisieren.

7.3. Ems Dollart Region (EDR)

„In der Grenzregion kann nur durch die Zusammenarbeit zwischen den Nachbarländern eine optimale Patientenversorgung, Innovation und Forschung sowie eine umfangreiche Aus- und Weiterbildung des Personals gewährleistet werden“, so Professor Dr. Alex Friedrich, Leiter der Mikrobiologie an dem Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) beim Symposium „Deutschland-Niederlande: Grenzübergreifendes Gesundheitswesen“.

Auch in dieser Region gibt es eine Vielzahl von grenzüberschreitenden Projekten. Unter anderem sind dies:

- „Common Care“ eine Kooperationsinitiative zwischen niederländischen und deutschen Gesundheitseinrichtungen. Zum einen soll eine nachhaltige grenzübergreifende Infrastruktur im Bereich Pflege und Gesundheit aufgebaut werden. Zum anderen soll das Gesundheitsangebot generell verbessert werden,
- Food 2020 (Phase 2), Grenzübergreifende Ökologische Verbindung und Kontaktlo(o)s Laden,
- Grenzübergreifender Austausch zur Betreuung und Pflege von Menschen mit Behinderungen am 5.12.2018.

Die Hemmnisse in der EDR sind ähnlich gelagert wie in anderen Regionen. Oftmals stellen die Sprachbarrieren, zu geringe Budgets und unterschiedliche politische Interessen wichtige Hürden da, die es zu überwinden gilt.

7.4. Studienreise Kehl / Straßburg, Wissembourg und Völklingen

Vom 7.-9. November 2018 fand die Studienreise zum Euro-Institut für grenzüberschreitende Zusammenarbeit in Kehl statt. Dort ist auch ein Teil von TRISAN – des trinationalen Kompetenzzentrums für Gesundheitsprojekte angesiedelt.

Das Euro-Institut in Kehl hat im Rahmen des Projektes TRISAN im Mai 2018 eine grenzüberschreitende Analyse des Versorgungsangebotes und der Kooperationspotentiale im Gesundheitsbereich in den Grenzstreifen des PAMINA-Raums vorgestellt. Allein der Bearbeitungsgruppe gehörten 40 Personen aus Krankenhäusern, Ministerien, Regierungspräsidien, Universitäten und der Euroregion an.

Mit Beginn des Projektes im Jahr 2016 ist eine erste Übersicht und Analyse des Versorgungsangebotes

und der Kooperationspotentiale entstanden. Als Ergebnisse von Untergruppen sind Broschüren zur Pflege älterer Personen sowie zur Lage der medizinischen Notfallversorgung in Deutschland, Frankreich und der Schweiz entstanden.



Dabei handelt es sich jedoch ausschließlich um Zusammenfassungen der aktuellen Situation in der Region, welche eine sehr gute Grundlage für das weitere Erarbeiten von Lösungen bieten.

In Wissembourg wurde dargestellt, wie die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Rettungsdienst erfolgt. Wichtig ist vor allem, dass die eingesetzten Mitarbeitenden alle zweisprachig ausgebildet sind, so dass insbesondere die Sprachbarriere beim Patienten keine Rolle mehr spielt.

Im Herzzentrum in Völklingen konnte unmittelbar erlebt werden, wie die grenzüberschreitende Zusammenarbeit funktionieren kann. Aber auch, welche Probleme, welche Zeiträume und wie viel Geduld und persönlicher Einsatz hierfür erforderlich sind.

Deutlich zu Tage trat auch hier, dass das Erlernen der Sprache eine grundlegende Voraussetzung in Deutschland und Frankreich ist sowie der Umstand, dass die gegenseitige Anerkennung der beruflichen Ausbildungen eine Basis für Kooperationen darstellt. Darüber hinaus bedarf es in jedem Fall einer tragfähigen Vereinbarung der Krankenkassen. Gerade letzteres war ein jahrelanger Prozess und auch nur durch die Unterstützung politischer Entscheidungsträger erfolgreich.

7.5. Deutsch-schweizerische Grenzregion

Herr Dr. med. Peter Indra MPH schilderte die Möglichkeiten der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im deutsch-schweizerischen Grenzraum. Die Rahmenbedingungen stellen sich wie folgt dar:

- Rahmenabkommen der Länder CH-DE, CH-FR, DE-FR
- Projekt grenzüberschreitende Zusammenarbeit „GRÜZ“
- Studie Lörrach-Basel zur Pflege und Pflegebedürftigkeit
- Selbständige Aktivitäten von Leistungserbringern
- AG Gesundheit im Rahmen der Oberrheinkonferenz ORK

Informationen über das Projekt GRÜZ sind unter www.gruez.ch bzw. www.gruez.de zu finden. Akteure sind dabei die Kantone Basel-Stadt und Basel-Land, der Landkreis Lörrach, die Schweizer Krankenkassen und teilnehmende Krankenhäuser. Das Ziel ist eine kostengünstigere Versorgung sowie die Evaluierung der Konsequenzen der grenzüberschreitenden Versorgung zwischen der Schweiz und Deutschland.

Die Arbeitsgruppe Gesundheit soll sowohl einen Expertenaustausch im Bereich der Gesundheitsversorgung, der Prävention und der Gesundheitsförderung als auch im Bereich

Gesundheitsbeobachtung ermöglichen.

Die Präsentation verschiedener grenzüberschreitender Projekte zeigte:

- die Herausforderungen im Umgang mit den verschiedenen politischen Systemen,
- die Herausforderungen im Umgang mit den verschiedenen Gesundheitssystemen sowie
- die Herausforderungen im Umgang mit den verschiedenen Sozial- und Finanzierungssystemen.

Auch die Identifikation von hemmenden Faktoren legte bestimmte Dinge offen, wie

- den Mangel an grenzüberschreitenden Datengrundlagen,
- isoliert agierende Akteure mit bemerkenswerten Leistungen sowie
- den oftmals nicht umfassend wahrgenommenen Nutzen.

Lösungsansätze könnten folgende Punkte sein:

- die Klärung des perspektivischen Ansatzes (Fläche vs. Spezialisierung und das Vorantreiben der Wissensgenerierung),
- weitere Professionalisierung anstreben; professionell getragene und gemanagte Vernetzungsstrategien,
- die Flexibilisierung des Rechtes; Experimentierklauseln schaffen,
- gegenseitige Anerkennung fachlich-rechtlicher Standards,
- die Information der Zielgruppen verstärken und
- grenzüberschreitende Shared-Services andenken.

7.6. Spanisch-französische Grenzregion

Herr Dr. med. Francesc Bonet, Generaldirektor des AECT-Hospital de Cerdanya / GECT-Hôpital de Cerdagne, erläuterte sehr eindrucksvoll, wie in einer Grenzregion mit einer Fläche von 1.300 km² und 33.000 Einwohnern, die ansonsten keinerlei medizinische Versorgung aufweist, mit öffentlichen Mitteln und viel politischer Verantwortung ein Krankenhaus mitten auf der Grenze errichtet wurde.

Von der ersten Idee bis zur Eröffnung dauerte es fünf Jahre (von 2005 bis 2010). 60 % der Kosten zur Errichtung in Höhe von 18,6 Mio EUR kam von der EU. Die restlichen 40% teilten sich die spanische Region Katalonien und Frankreich. Die jährlichen Betriebskosten belaufen sich auf ca. 20 Mio EUR. Davon übernimmt Katalonien 60% und Frankreich 40%.

70% des Personals kommt aus Katalonien, die übrigen 30% aus Frankreich.

Auch entlang dieser Grenze bestehen Probleme, die aus unterschiedlichen Gesundheitssystemen resultieren, aber auch in unterschiedlichen Niveaus der Administration und der Dezentralisierung der Verwaltung. Grundvoraussetzung für das Tätigwerden des Personals ist die Zweisprachigkeit. Auch das ärztliche Personal ist in der Regel mindestens zweisprachig.

Probleme bestehen insbesondere im Rettungsdienst. Im Krankenhaus sind 2 Notfallsysteme (spanisch / französisch) existent. Jedoch können diese nicht jeweils aus dem anderen Land heraus aktiviert werden. Überdies dürfen sie nicht im jeweils anderen Land als Unterstützung eingesetzt werden. Der französische Rettungsdienst fährt nach Frankreich, der spanische Rettungsdienst nach Spanien.

7.7. Studienreise Bozen (Südtirol)

Vom 04.10.-07.10.2021 fand die Studienreise nach Bozen (Südtirol) in die Europaregion Tirol-Südtirol-Trentino statt. Trentino-Südtirol (bis 1972 Trentino-Tiroler Etschland), ist eine autonome Region im Norden Italiens. Im Jahr 2011 machten das Land Tirol und die beiden autonomen Provinzen Bozen-Südtirol und Trient von der Möglichkeit der Gründung eines EVTZ gebrauch und wandelten die bestehende Kooperation - die drei Länder arbeiteten schon in der Vergangenheit zusammen, jedoch

ohne Institutionalisierung - in die Rechtsform des EVTZ mit Sitz in Bozen um.

Am ersten Tag der Reise stand ein Besuch im Generalsekretariat des EVTZ „Europaregion Tirol – Südtirol – Trentino“ auf dem Programm. Das Haus inmitten der Altstadt Bozens wurde auf 3 Etagen für das ETVZ hergerichtet. Neben der Vorstellung der Euroregion Spree-Neiße-Bober stand den gesamten Tag des Kennenlernens verschiedener Institutionen, Gesundheitskooperationen in Südtirol und des Gesundheitssystems im ETVZ im Mittelpunkt.



Das Gesundheitssystem ist ein öffentlich steuerfinanziertes Gesundheitssystem. Das bedeutet, nach der Verfassung der Republik Italien (Art. 32) hütet die Republik die Gesundheit als Grundrecht des Einzelnen und als Interesse der Gemeinschaft und gewährleistet den Bedürftigen kostenlose Behandlung. Daher erübrigt sich auch eine Unterscheidung in verschiedene Krankenkassen, da die Einwohner nur eine Versichertenkarte vom Amt bekommen, mit der Sie überall eine Behandlung erhalten. In den Gesundheitsdienst eingetragen (versichert) sind alle italienischen Staatsbürger mit meldeamtlichem Wohnsitz oder Domizil in Italien/Südtirol.

Aufgrund der Autonomie wird das öffentliche Gesundheitswesen in Südtirol ausschließlich über den Landeshaushalt finanziert.

Abbildung Nr. 14

Finanzierung Gesundheitswesen Südtiroler

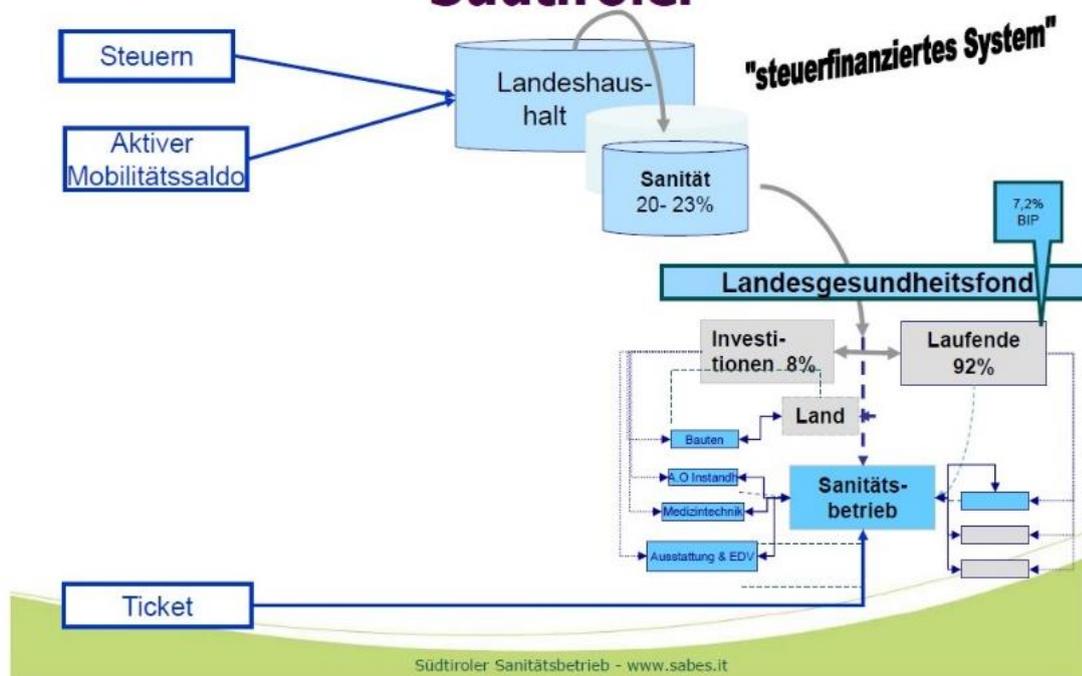
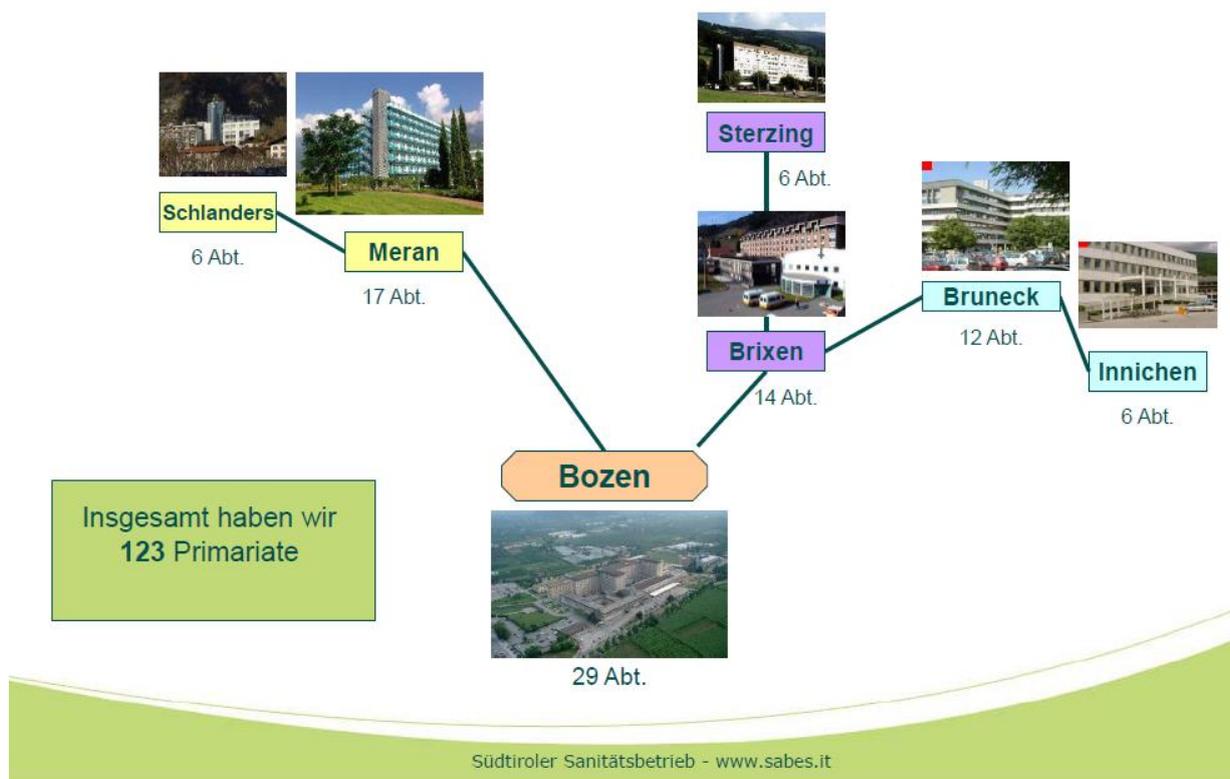


Abbildung Nr. 15

Die 7 öffentlichen Krankenhäuser

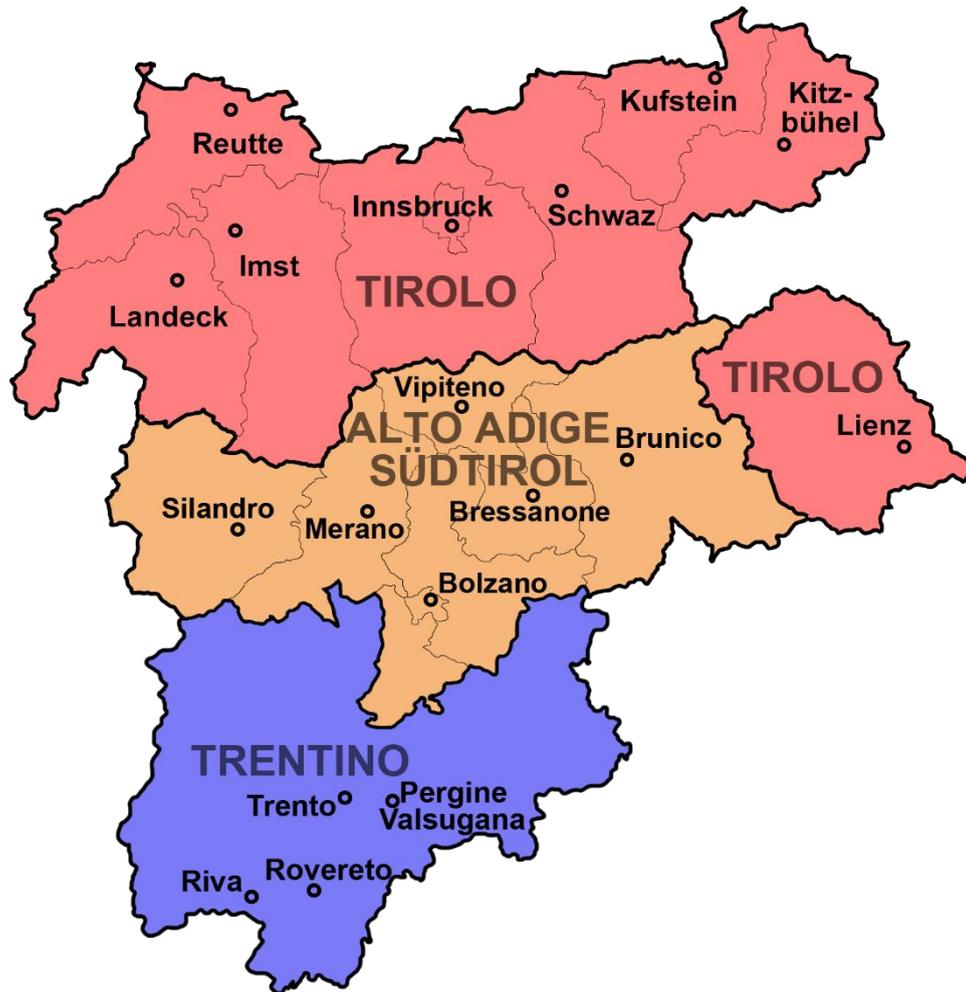


Eine grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung findet nur bedingt statt. Es gibt keine gemeinsame Einrichtung, die grenzüberschreitend tätig ist. Vielmehr gibt es eine Vielzahl von Einzelverträgen mit Kliniken in Österreich, z.B. Tirol Kliniken Uniklinik Innsbruck, LKH-Hall, LKH Natters und LKH Hochzirl, Rehabilitationszentrum Bad Häring (Tirol), Reha für Patienten mit Querschnittslähmungen oder Amputation; SALK Behandlung Lippen,- Kiefer, Gaumenspalten und interdisziplinäre, rekonstruktive bzw. mikrochirurgische Leistungen.

Ungeachtet dieser Einzelfälle findet die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung klassisch mittels dem EHIC (Europäischer Patientenausweis) und den entsprechenden Antragsunterlagen (S2) statt.

Auch der folgende Vortrag zum Thema: „Kooperation im Gesundheitsbereich und der Daseinsvorsorge an der österreichisch-italienischen Grenze“ brachte eine stückweise Ernüchterung. Bereits der Titel lässt es erahnen: An der Grenze, nicht über die Grenze hinweg. Auch im Bereich der Seniorenbetreuung bzw. der Daseinsvorsorge im Alter geht der Blick im Wesentlichen in die eigene Region.

Abbildung Nr. 16: Karte der Europaregion Tirol-Südtirol-Trentino



Bildquelle: wikipedia.de

Gemeinsam wird in der Region des ETVZ einmal jährlich ein Symposium veranstaltet, um Themen zu besprechen, die auf beiden Seiten der Grenze von Relevanz sind. Dazu gehören z.B. Fachkräftemangel, Umgang in Corona-Zeiten etc.

Wenngleich „nur“ ehrenamtlich organisiert, beeindruckt die Station in Bozen durch die Vielzahl an technischer Ausrüstung vom Helikopter, LKW, Rettungsfahrzeuge bis hin zur Bergrettung. Aber auch hier muss festgestellt werden, dass das technische Rüstzeug im Wesentlichen ausschließlich im eigenen Land zum Einsatz kommt.

Hier enden die Zuständigkeiten an der Landesgrenze. Ungeachtet des ETVZ gibt es keine Einsatzmöglichkeiten in Österreich. Der nächste Besuch galt dem Landesrettungsverein Weißes Kreuz in Bozen. Hier werden alle Noteinsätze des Landes koordiniert. Das Weiße Kreuz hat sich bewusst als eigenständige Institution neben dem kaum vorhandenen roten Kreuz gegründet und etabliert. De facto werden sämtliche Einsätze im Land durch das weiße Kreuz organisiert und durchgeführt. Ein wesentlicher Fakt dabei ist, dass 95% der Mitarbeitenden rein ehrenamtlich aktiv sind. Es gibt keine hauptamtliche Struktur.

Auch der Besuch der Leitzentrale des Zivil- und Bevölkerungsschutzes muss, im Hinblick auf grenzüberschreitende Tätigkeiten, als ernüchternd festgestellt werden. Hier finden keine gemeinsamen Aktivitäten bzw. geplante Austausche statt. Hin und wieder, und eher dem Zufall geschuldet, gibt es gemeinsame Testeinsätze und Manöver. Von einer gemeinsamen Idee bzw.

Strategie kann keine Rede sein.

Als Fazit bleibt, dass die Region das EVTZ als politisches Gremium nutzt, um auf politischer Ebene eine Institutionalisierung zu erreichen. Diese ist in der Praxis jedoch nur rudimentär sichtbar. Im direkten Vergleich mit der Euroregion Spree-Neiße-Bober muss klar benannt werden, dass die deutsch-polnischen Kooperationen, Absprachen und Zusammenarbeiten ein sehr viel tieferes Niveau erreicht haben. Das hier gegründete EVTZ in Südtirol hat, hinsichtlich der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit, noch sehr viel Potential.

8. Fazit

8.1. Überblick zu den Potentialen und Hemmnissen

Im Rahmen des bisherigen deutsch-polnischen Austauschs wurde erstmalig eine vergleichende Zusammenstellung für das Gesundheitswesen im Hinblick auf die jeweilige Rechtslage, die relevanten Strukturen sowie die vorhandenen Krankenhausstandorte, Ausbildungsstätten und Pflegeeinrichtungen erarbeitet. Die vom DPGSV e.V. im Jahr 2016 erstellte erste und rudimentäre Erhebung über die grenzüberschreitende medizinische Versorgung dient hier als Ausgangspunkt und Grundlage. Folgende Potentiale und Hemmnisse können benannt werden:

Die **grundlegende medizinische Versorgung** im deutschen Bereich der Euroregion Spree-Neiße-Bober kann als gesichert gelten. Auf der polnischen Seite befinden sich, insbesondere im grenznahen Bereich, nur wenige Versorgungsmöglichkeiten. Daher bietet sich hier eine Versorgung polnischer Bürger auf der deutschen Seite an.

Im **Bereich der Spezialisierungen** (Herz, Psychiatrie, Pulmologie) gibt es wenige Schnittmengen. Zudem verfügt die Euroregion nur über wenige Kliniken, die sich spezialisiert haben. Nichtsdestotrotz könnten sich in jedem Fall Kooperationsmöglichkeiten, auch im Hinblick auf die Ausbildung von medizinischem Fachpersonal, ergeben.

Der **Bereich der Geriatrie** ist in Polen unterentwickelt, sowohl im klinischen Bereich als auch im Bereich der Nachversorgung in Pflegeeinrichtungen. Hier bietet sich eine breite Basis der Zusammenarbeit nicht nur zwischen Kliniken, sondern auch zwischen den Trägern der Altenhilfe an. Schwierigkeiten bereiten hier die unterschiedlichen Finanzierungssysteme. Bei ausreichender Planung und einer Beteiligung durch die Politik könnte dieses Problem jedoch behoben werden, welches bspw. in der Wojewodschaft Lubuskie v.a. durch die Seniorenbeiräte regelmäßig intensiv thematisiert wird.²⁰

Bisher gibt es nur einen punktuellen **Austausch im Gesundheitswesen** zwischen Deutschland und Polen. So kooperiert das Universitätskrankenhaus in Zielona Góra mit dem Ernst-von-Bergmann Klinikum in Potsdam, um den Austausch von Studierenden mittels Berufspraktika zu stärken sowie um die direkten Kontakte sowie die grenzüberschreitende wissenschaftliche Forschungsarbeit auszubauen.²¹

Darüber hinaus gibt es aktuell keine weiteren aktiven Kooperationen zwischen deutschen und polnischen Kliniken bzw. Krankenhäusern, die über einen sporadischen fachlichen Austausch hinausgehen.

Rechtlich bestehen, wie dargestellt, Möglichkeiten der gegenseitigen medizinischen Versorgung und eine (zumindest teilweise) Erstattung der entstandenen Kosten. Hier kann im Wege von direkten

²⁰ <https://www.zielonej.pl/informacje/region/gdzie-ma-sie-leczyc-senior-dzialaczki-nowoczesnej-apeluja-o-poradnie-geriatryczna/> (siehe Artikel vom 02.04.2019)

²¹ <http://www.klinikumevb.de/presse/pressemitteilungen-detail/news/klinikum-ernst-von-bergmann-potsdam-schliesst-kooperation-mit-polnischem-krankenhaus-1.html>

Verträgen mit den Krankenkassen in Deutschland eine Versorgung sichergestellt werden.

Im Rahmen der **grenzüberschreitenden Ausbildung** gibt es noch sehr viel Potential, da nur bedingt, wie oben beschrieben, eine Zusammenarbeit stattfindet. Dies liegt auch darin begründet, dass die polnischen Einrichtungen auch für die polnischen Kliniken und den polnischen Markt ausbilden.

Im Bereich der **Altenhilfe** gibt es große Hemmnisse. Diese liegen in den unterschiedlichen Systemen begründet. So ist es bisher für deutsche Träger aufgrund der fehlenden Refinanzierung nicht attraktiv, eine Einrichtung in Polen zu eröffnen bzw. eine Kooperation zu suchen. Nichtsdestotrotz plant die Lausitz Klinik Forst auf der polnischen Seite die Errichtung einer solchen Einrichtung.

Zu differenzieren ist hierbei jedoch zwischen den Begriffen der Geriatrie und der Altenhilfe. Geriatrie, auch bekannt als Altersmedizin, ist die Lehre von den Krankheiten des alternden Menschen. Daher gibt es in Krankenhäusern geriatrische Abteilungen. Im Bereich der Altenhilfe wird im Wesentlichen von der ambulanten wie auch stationären Versorgung älterer Menschen gesprochen. Eben diese findet nicht in Krankenhäusern statt.

Gleichsam ist festzuhalten, dass auch der Bereich der Prävention beiderseits der Neiße ein drängendes Thema ist, welches entlang der deutsch-polnischen Grenze bisher noch nicht gemeinsam bearbeitet wurde. Krankhaftes Übergewicht ist sowohl im deutschen Euroregionsteil als auch in der Wojewodschaft Lubuskie stark ausgeprägt und betrifft insbesondere Kinder und Jugendliche.^{22 23}

Im Wesentlichen haben sich folgende Hemmnisse herauskristallisiert:

- Sprachbarrieren,
- unzureichende Kenntnis der gegenseitigen gesetzlichen Grundlagen,
- fehlende große und langfristige Strategie (mind. über 10 Jahre),
- fehlende bzw. endende persönliche Kontakte,
- wenig politische Unterstützung über eine Wahlperiode hinaus.

8.2. Handlungsempfehlungen

Insofern die medizinische Grundversorgung einige Lücken aufweist, können diese in Form von Kooperationen geschlossen werden. So arbeiten die Lausitz Klinik Forst und die Spremberger Krankenhausgesellschaft im Bereich der Tageskliniken und der Geriatrie zusammen. In Spremberg/Grodtk soll eine Tagesklinik für Geriatrie und in Forst/Baršć eine Tagesklinik für Psychiatrie entstehen. Dadurch kann die Versorgungslücke im Bereich Spremberg/Grodtk in der Versorgung älterer Menschen geschlossen werden.²⁴

Eine Kooperation in der Geriatrie besteht zudem zwischen der Städtischen Krankenhaus Eisenhüttenstadt GmbH und dem Naemi-Wilke-Stift. Dieses Vorgehen ist von großer Bedeutung, da der demografische Wandel Auswirkungen auf die gesamte Euroregion haben wird. Grenzüberschreitende Kooperationen können somit auch einen entscheidenden Beitrag für die Stabilisierung der deutschen und polnischen Krankenhausstandorte leisten.

Darüber hinaus sind in einzelnen und vorbereitenden Projekten folgende Maßnahmen zu ergreifen:

- Sprachausbildung an Schulen,

²² siehe auch https://www.lr-online.de/nachrichten/brandenburg/dickstes-problem-in-brandenburg-und-sachsen_aid-35545259 (Lausitzer Rundschau vom 09.01.2019) sowie https://www.lubuskie.uw.gov.pl/wydzial_zdrowia/Aktualnosci/Swiatowy_Dzien_Walki_z_Otyloscia/idn:12364.html und auch ²³ <http://www.dlahandlu.pl/detal-hurt/wiadomosci/izz-co-piaty-uczen-zmaga-sie-z-otyloscia-lub-nadwaga,76635.html>.

²⁴ Siehe auch Lausitzer Rundschau vom 08.12.2017, Seite 13.

- Sprachförderung in Unternehmen, vom Land bezahlte Kurse,
- Einbindung der Politik,
- Schaffen einer ganzheitlichen und vernetzten Strategie,
- Schaffung von Plattformen zum persönlichen Kontakt (Symposien, Werkstätten etc.),
- statt Wettbewerb um das Personal gewinnt die Region als Ganzes,
- dauerhafte Schaffung von Ansprechstrukturen,
- Wissenstransfermanagement.

Die grenzüberschreitende Zusammenarbeit ist ein dauerhaftes Projekt, das sich nicht an Förderperioden und einzelnen Fördermaßnahmen orientiert. Die angestoßenen Projekte funktionieren im Wesentlichen auf der persönlichen Kontaktebene. Dazu ist es unabdingbar, dass eine politische Begleitung erfolgt. Und sei es, dass Mitarbeitende für den Besuch in einer polnischen / deutschen Einrichtung freigestellt werden. Auch hier können Land und Landkreise helfend unterstützen.

Zudem sollten bereits im niedrighschwelligem Bereich Möglichkeiten der Begegnung und der Zusammenarbeit geschaffen werden (u.a. über den Kleinprojektfonds).

Schlussendlich sollten im Rahmen zukünftiger Projekte bzw. der weiteren Arbeitsgruppentätigkeit die nachstehenden Fachthemen als Schwerpunktbereiche behandelt werden:

- Prävention,
- altersgerechte Versorgung,
- Krankenhauskooperationen und
- grenzüberschreitender Rettungsdienst – Erfahrungen im Praxischeck nach der Unterzeichnung der Kooperationsvereinbarungen.

Wesentliche Aspekte sind die geriatrische / gerontologische Versorgung. Zu klären sind die unterschiedlichen Begrifflichkeiten in Deutschland und Polen, die Ausbildungskapazitäten und die Möglichkeit des Wissenstransfers auf Augenhöhe. Denn der demografische Wandel ist, wie bereits zu Beginn beschrieben, ähnlich stark ausgeprägt und stellt die Handlungsträger vor identische Herausforderungen.

9. Aktuelle Auswirkungen der Corona-Pandemie für den grenznahen Raum

9.1. Zusammenfassung für den Zeitraum 03 - 06/2020

Die Corona-Pandemie hat Deutschland und Polen zu Beginn des Jahres 2020 überraschend und unvorbereitet getroffen. Vom Lock-Down (Quarantänemaßnahmen, Schließungen von öffentlichen Einrichtungen und dem zum Erliegen kommenden Alltagsleben) war die Grenzregion besonders betroffen, obwohl die Zahl der Erkrankungen erfreulicherweise (bisher) sehr gering ausfiel.²⁵



Durch das Schließen der Grenzen am 15.03.2020 wurden kurzfristig nicht nur Familien getrennt,

²⁵ So gab es am Stichtag 30.06.2020 im Landkreis Spree-Neiße/Wokrejs Sprjewja-Nysa 66 bestätigte Fälle (davon 65 geheilt), in Cottbus/Chóśebuz 39 bestätigte Fälle (davon geheilt 39) und in der gesamten Wojewodschaft Lubuskie 151 Fälle. Bis Ende Juni gab es zudem keinen nachgewiesenen Todesfall im Zusammenhang mit einer Covid-19-Erkrankung. Siehe auch <https://www.facebook.com/LandkreisSpreeNeisse/>, https://www.cottbus.de/verwaltung/gb_iii/gesundheit/corona/index.html und <http://lubuskie.pl/koronawirus/> (Zugriff am 06.07.2020)

sondern auch Arbeitnehmer und Azubis von ihren Arbeitsplätzen bzw. Lehrbetrieben. Gerade im Bereich des Gesundheitswesens hatte diese Entwicklung auf beiden Seiten erhebliche Konsequenzen.

Polnische Ärztinnen und Ärzte, Pflegefachkräfte und viele andere im medizinischen und sozialen Bereich Arbeitende mussten sich entscheiden, ob sie weiter in Deutschland tätig sind, um ihr Einkommen zu sichern oder nach Polen zu den Familien zurückkehren. Bei der Einreise nach Deutschland bzw. Polen mussten sie zwingend für 14 Tage in Quarantäne. Das bedeutete de facto eine 4-wöchige Quarantäne.

Diese Quarantäneregelung wurde in Deutschland am 09.04.2020 mit der Verordnung über befristete Maßnahmen zum Infektionsschutz aufgrund des SARS-CoV-2-Virus und COVID-19 im Land Brandenburg (SARS-CoV-2-Infektionsschutzverordnung) auch für das medizinische Personal wieder aufgehoben. Somit konnten die Polen zumindest wieder nach Deutschland einreisen. Bei der Ausreise nach Polen mussten sie jedoch weiterhin in Quarantäne. Eine gemeinsame Verordnung zwischen Deutschland und Polen gab es nicht.

Erst zum 04.05.2020, also sieben Wochen nach Schließung der Grenzen, wurden diese nach langen Verhandlungen der brandenburgischen Landesregierung mit der polnischen Regierung wieder für Berufspendler geöffnet. Diese Lockerung galt allerdings **nicht** für das medizinische Personal. Für dieses war auch weiterhin die 14-tägige Quarantäneverpflichtung in Polen verbindlich.

Förderlich war sicherlich, dass Brandenburg allen im Land verbleibenden polnischen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer unkompliziert finanziell mit einer Aufwandsentschädigung von 65 EUR pro Tag und 20 EUR pro Tag für ein Familienmitglied, das sich in Brandenburg aufhält, unter die Arme griff.

Erst am 16.05.2020 entfiel die Quarantänepflicht für das medizinische Personal endgültig.

Im Gesundheitsbereich sind bei einer Schließung der Grenzen Krankenhäuser, Altersheime, Arztpraxen und Pflegeeinrichtungen sowie Apotheken betroffen. Insgesamt arbeiten allein im Land Brandenburg mehrere Tausend Grenzpendler in den o.g. Einrichtungen, so dass auf deutscher Seite die Arbeitskräfte wegbrechen und auf polnischer Seite das damit einhergehende Arbeitseinkommen.

9.2. Potenziale und Hemmnisse

Die Situation in der Corona-Krise zeigte vor allem eines: an welchen Stellen die gemeinsame Arbeit und das gemeinsame Leben im deutsch-polnischen Verflechtungsraum zerbrechlich sind. Und dass das, was als Normalität empfunden wird, jeden Tag aufs Neue hart erarbeitet werden muss. Dazu werden tragfähige Strukturen und Netzwerke benötigt, ebenso wie persönliche Ansprechpartner und „kurze Wege“ bei den zuständigen Behörden. Dabei haben sich die bisher geschaffenen „Kanäle“ als belastbar bewährt.



So lässt sich der damalige Polenkoordinator der Bundesrepublik und Ministerpräsident des Landes Brandenburgs, Dr. Dietmar Woidke, anlässlich des Endes der Quarantänepflicht, wie folgt zitieren:

„Und es ist eine überaus gute Botschaft an die vielen Gesundheits- und Pflege-Einrichtungen bei uns, die auf das polnische Fachpersonal dringend angewiesen sind. Die Arbeit der polnischen Kolleginnen und Kollegen in den deutschen Gesundheitseinrichtungen wird hochgeschätzt. (...) Ich danke der Regierung in Warschau für ihre Entscheidung. Sie ist ein Zeichen für

Das darf jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass man insbesondere für solche Fälle besser vorbereitet sein muss. Denn die grenzüberschreitende Tätigkeit ist schon lange nicht mehr die Ausnahme, sondern die Regel. Es geht dabei nicht nur um die Berufspendlerinnen und Berufspendler. Viele polnische Bürgerinnen und Bürger haben sich in Deutschland niedergelassen und ihre Kinder besuchen die Kitas und Schulen. Gleichsam wandern durchschnittlich jedes Jahr etwa 8.000 Deutsche nach Polen aus, darunter auch in den grenznahen Raum.

9.3. Handlungsempfehlungen

Diese belastbaren Verflechtungen müssen spätestens nach dem Ende der Corona-Pandemie einer neuen Bewertung unterzogen werden. Es ist deutlich sichtbar geworden, dass es sich in der Grenzregion - nach 30 Jahren der Zusammenarbeit - um einen Wirtschaftsraum handelt, der nicht einfach kurzfristig geschlossen werden kann. Es müssen Strukturen geschaffen werden, die in solchen Fällen eine gemeinsame Kommunikation erlauben, die Sprachkanäle öffnen bzw. offenhalten und Lösungen anbieten für diejenigen, die, egal auf welcher Seite von Oder und Neiße, arbeiten.

Hier bieten sich verschiedene Möglichkeiten an, so muss der Bereich Gesundheit und Soziales ein ständiges Thema in den Gremien werden:

- der Oder-Partnerschaft,
- der Deutsch-Polnischen Regierungskommission (DPRK) und
- bei den regelmäßigen Treffen zwischen den brandenburgischen Ministerien und den polnischen Marschallämtern.

Es sollte zudem eine **grenzüberschreitende (deutsch-polnische) Pandemie-Strategie** entwickelt werden, um anschließend eine einheitliche rechtliche Grundlage zu schaffen.

Während einer Pandemie müssen entsprechende Maßnahmen mit Augenmaß durchgeführt werden. Differenzierte und der Situation angemessene Lösungen lassen sich allerdings nur im Dialog und im gegenseitigen Verständnis finden.

Dabei sind die unterschiedlichen Systeme in Polen und Deutschland zu beachten. In Polen ist primär das Gesundheitsministerium in Warschau zuständig und erlässt entsprechende Rechtsverordnungen, an die sich die Wojewodschaften zu halten haben.

Der Föderalismus in Deutschland hingegen sorgt dafür, dass der Bund für die Außengrenzen zuständig ist. Die Umsetzung der entsprechenden Rechtsvorschriften obliegt in aller Regel den Ländern, welche dies ihrerseits an die Landkreise und die Gesundheitsämter delegieren.

In einzelnen Projekten könnten zumindest folgende Maßnahmen ergriffen werden, um Grundlagen für eine gemeinsame Pandemie-Strategie für den deutsch-polnischen Grenzraum zu entwickeln:

- eine statistische Aufbereitung der Fallzahlen im Jahr 2020 (Kranke, Quarantänefälle, Intensivbehandlungen, Todesfälle, Genesene etc.),
- Erfassung deutsch-polnischer Pendlerströme (insbesondere für die Bereiche Medizin und Pflege),
- komparatistische Gegenüberstellung der gegenwärtigen Rahmenbedingungen in Deutschland und Polen (Infektionsschutzgesetze, Impfstoffkonzepte, Infektionshygienische Maßnahmen u.v.m.),
- Entwicklung von zweisprachigen Informations-Merkblättern als Print & digital (Ansprechpartner, Begriffsbestimmungen, praktische Hinweise zu den gültigen Regeln der jeweils anderen Seite u.v.m.)

²⁶ <https://www.auswaertiges-amt.de/de/aamt/koordinatoren/deutsch-polnische-zusammenarbeit-node/-/2342720>

Eine Pandemie macht vor staatlichen Grenzen nicht halt. Die Krise hat eindeutig gezeigt, dass „mehr Europa“ im Bereich der innereuropäischen Kooperation (d.h. für die Steigerung der Kapazitäten bei der Pandemie-Bewältigung), eine Stärkung des öffentlichen Gesundheitswesens in den einzelnen Mitgliedsstaaten sowie mehr Autonomie bei strategischem medizinischem Material benötigt werden, um solche Gefahrenlagen richtig zu antizipieren.

10. Internetquellenverzeichnis

www.dlahandlu.pl – Portal „Für den Handel“

www.eu-patienten.de – Nationale Kontaktstelle für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung

<https://www.lr-online.de/> - Lausitzer Rundschau

www.naemi-wilke-stift.de – Naemi-Wilke-Stift Guben

www.nfz.gov.pl – Nationaler Gesundheitsfonds (NFZ)

<https://www.pflege-navigator.de/> - AOK Die Gesundheitskasse

<http://zielonagora.stat.gov.pl> – Amt für Statistik in Zielona Góra

<http://euroregion-snb.pl> – Euroregion Sprewa-Nysa-Bóbr

www.klinikumevb.de – Ernst von Bergmann Klinikum in Potsdam

www.euroregion-snb.de – Euroregion Spree-Neiße-Bober e.V.

<https://www.dvka.de> – deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung Ausland des GKV-Spitzenverbandes

www.Lubuskie.pl – Website der Wojewodschaft Lebusser Land

www.rettungsdienst-mol.de

<https://www.facebook.com/LandkreisSpreeNeisse/>

https://www.cottbus.de/verwaltung/gb_iii/gesundheit/corona/index.html

<http://lubuskie.pl/koronawirus>

<https://www.auswaertiges-amt.de/de/aamt/koordinatoren/deutsch-polnische-zusammenarbeit-node/-/2342720>

Anlage 1:

Deutschland - Krankenhäuser und Fachkliniken

Carl-Thiem-Klinikum Cottbus gGmbH

Sana-Herzzentrum Cottbus GmbH

Krankenhaus Spremberg

Lausitz Klinik Forst GmbH

Naemi-Wilke-Stift Guben

Polen - Krankenhäuser und Fachkliniken

Szpital Uniwersytecki im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Zielonej Górze

105. Kresowy Szpital Wojskowy z przychodnią SPZOZ, Żary

Szpital Na Wyspie Sp. z o.o., Żary

Nowy Szpital w Świebodzinie Sp. z o.o.

Lubuskie Centrum Ortopedii im. dr. Lecha Wierusza Sp. z o.o., Świebodzin

Zachodnie Centrum Medyczne Sp. z o.o., Krosno Odrzańskie

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sulechowie

Nowy Szpital we Wschowie Sp. z o.o.

Nowy Szpital w Szprotawie Sp. z o.o.

Lubuski Szpital Specjalistyczny Pulmonologiczno-Kardiologiczny w Torzymiu Sp. z o.o.

Wielospecjalistyczny Szpital SPZOZ w Nowej Soli

"MEDINET" Sp. z o.o., Nowa Sól

Anlage 2:

Deutschland - Pflegeeinrichtungen und Altenheime

Altenpflegeheim "Rosa Thälmann" Guben

Kursana Domizil Guben – Haus Zacharias Guben

Ev. Seniorenzentrum „Herberge zur Heimat“ Guben

Pro Seniore Residenz Deulowitz Guben

Seniorenzentrum Peitz

Ev. Seniorenzentrum „Friedenshaus“ Forst (Lausitz)

Residenz Rosenstadt Forst (Lausitz)

Haus „Am Rosengarten“ Forst (Lausitz)

„Albert Schweitzer Haus“ Pflegeeinrichtung Cottbus

Malteserstift Mutter Teresa Cottbus

Senioren-Wohnpark Cottbus SWP GmbH Cottbus

Seniorenresidenz am Sanzeberg Cottbus

Pflegezentrum „Am Blechenpark“ Cottbus

Alten- und Pflegeheim St. Hedwig Döbern

DRK-Seniorenwohnanlage Haus Am Mühlengraben Forst (Lausitz)

DRK-Altenpflegeheim Kolkwitz

Seniorenheim Betreute Wohngruppe Guben

Seniorenheim St. Florian-Stiftung Guben

Seniorenresidenz Villa Cohn Guben

Lausitzperle - Seniorenzentrum Spremberg

Seniorenheime des Landkreises Oder-Spree GmbH Beeskow

Pflegeheim Cottbus

Altenpflegezentrum Cottbus-Sachsendorf

Altenpflegeheim Spremberg

M.E.D. Altenpflege GmbH Cottbus

Pflegezentrum Mühleninsel

AWO Wohnstätte für Senioren Cottbus

Altenpflegeheim Am Haag Forst (Lausitz)

BFR Senioren Services GmbH Cottbus

Pflegefachzentrum Guben

Polen - Pflegeeinrichtungen und Altenheime

Dom Pomocy Społecznej Lubsko

Rodzinny Dom Seniora Leśne Zacisze Żary

Dom Pomocy Społecznej w Miłowicach Żary

Rodzinny Dom Seniora Olive Garden Gubin

Dom Pomocy Społecznej dla Kombatantów im. Jana Lembasa Zielona Góra

Dom Pomocy Społecznej Zielona Góra

Dom Seniora Zielona Góra

Noursing Home ZNIMI Zielona Góra

Pensjonat Akacyjowa Zagroda Dobroszów Wielki, Nowogród Bobrzański

Dom Pomocy Społecznej SzczawnoKrosno Odrzańskie

Dom Opieki Corda Szczepanów

Zakład Opiekuńczo-Lecznicy Szprotawa

Dom Pomocy Społecznej Jordanowo

Dom Pomocy Społecznej Toporów

Dom Pomocy Społecznej Glińsk

Dom Pomocy Społecznej Kozuchów

Dom Pomocy Społecznej Wschowa

Dom Pomocy Społecznej Trzebiechów

Dom Pomocy Społecznej Trzebiechów, filia Bełcze

ZOL Zgromadzenie Sióstr Maryi Niepokalanej Klenica

Dom Seniora Atrium Jarogniewice

Dom Pomocy Społecznej Szczawno, Dąbie Lubuskie

Dom Dom Opieki „GeriaMed-Domowe Zacisze” Kożuchów

Rodzinny Dom Seniora Cichy Dom Iłowa Żagańska



Zweisprachige Öffentlichkeitsarbeit der Euroregion Spree-Neisse-Bober über unterschiedliche Kanäle

Sämtliche Neuigkeiten über Fördermittelangebote, relevante deutsch-polnische Veranstaltungstipps sowie alle weiteren wichtigen Informationen rund um die Euroregion Spree-Neiße-Bober finden Sie auf der Internetseite www.euroregion-snb.de, den drei Social-Media-Auftritten bei Facebook, Youtube und Instagram sowie in regelmäßigen Veröffentlichungen in der lokalen und regionalen Presse. Alle neuen Mitteilungen stehen selbstverständlich zweisprachig, d.h. in Deutsch und Polnisch, zur Verfügung.



Dwujęzyczna promocja Euroregionu Sprewa-Nysa-Bóbr za pomocą różnorodnych kanałów informacyjnych

Wszelkie aktualne wiadomości o dostępnych formach dofinansowania, wskazówki dotyczące ważnych polsko-niemieckich wydarzeń, a także inne istotne informacje z życia Euroregionu Sprewa-Nysa-Bóbr można znaleźć na stronie internetowej www.euroregion-snb.de, na trzech profilach w mediach społecznościowych na Facebooku, Youtube oraz Instagramie jak również w regularnie publikowanych artykułach w prasie lokalnej i regionalnej. Oczywiście każda wiadomość ukazuje się w wersji dwujęzycznej, tzn. w języku polskim i niemieckim.



Unia Europejska
Europejski Fundusz
Rozwoju Regionalnego
Europäische Union
Europäischer Fonds
für regionale Entwicklung



BB-PL
INTERREG V A
2014-2020

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