



Zustandsbeschreibung zum Thema:

**„Potentiale und Hemmnisse
für die grenzüberschreitende Zusammenarbeit
im Gesundheitswesen innerhalb des INTERREG V A-
Programmraumes Brandenburg-Lubuskie
am Beispiel der Euroregion Spree-Neiße-Bober“**

im Rahmen des Projektes DIALOG

Enrico Triebel

Deutsch-Polnischer Gesundheits- und Sozialverband e.V.

&

die Mitarbeiter der Geschäftsstellen der Euroregion in Guben und Gubin



Unia Europejska
Europejski Fundusz
Regionalny
Europejska Unia
Europejskiej Współpracy
Regionalnej



BB-PL
INTERREG V A
2014-2020

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

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 "Spree - Nysa - Bóbr"

ul. Piastowska 18, 66-620 Gubin

Tel./Fax: +48 68 455 80 50

info@euroregion-snb.pl

www.euroregion-snb.pl



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

Inhaltsverzeichnis:

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 in Deutschland und Polen sowie der jeweils damit befassten Akteure in den Mehrebenensystemen beider Länder	9
4.1.	Gesundheitssystem in Deutschland	10
4.2.	Gesundheitssystem in Polen	12
5.	Medizinische Versorgung in der Euroregion Spree-Neiße-Bober	15
5.1	Medizinische Versorgung über euroregionale Krankenhausstandorte	16
5.2.	Medizinische Versorgung auf der deutschen Seite der Euroregion	18
5.2.1.	Cottbus	18
5.2.2.	Landkreis Spree-Neiße	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	21
5.6.	Medizinische Notfallversorgung in der Euroregion Spree-Neiße-Bober	22
5.6.1.	Grundlagen in Deutschland	22
5.6.2.	Grundlagen in Polen	23
5.6.3.	Grenzüberschreitender Rettungsdienst	23
6.	Best Practice Beispiele	25
6.1.	Euroregion Maas Rhein (EMR)	26
6.2.	Region Niederösterreich – Tschechien/Slowakei Projekt „Healthcare“ Gmünd	27
6.3.	Ems-Dollart-Region	28
6.4.	Studienreise Kehl / Straßburg, Wissembourg und Völklingen	28
6.5.	Deutsch-schweizerische Grenzregion	30
6.6.	Spanisch-französische Grenzregion	31
7.	Fazit	31
7.1	Überblick zu Potenzialen und Hemmnissen	31
7.2	Handlungsempfehlungen	33
8.	Aktuelle Auswirkungen der Corona-Pandemie für den grenznahen Raum	34
8.1	Zusammenfassung für den Zeitraum 03 - 06/2020	34
8.2	Potenziale und Hemmnisse	35
8.3.	Handlungsempfehlungen	36
9.	Internetquellenverzeichnis	37
	Anlage 1: Krankenhäuser und Fachkliniken in Deutschland und Polen	38
	Anlage 2: Pflegeeinrichtungen und Altenheime in Deutschland und Polen	39

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 erreicht werden.

Dabei sollten hochwertige 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 sehr praktisch die Notwendigkeit gemeinsamen Handelns zum Wohle der Patientinnen und Patienten.

Einen solchen ersten Überblick soll die vorliegende Zustandsbeschreibung bieten. Sie 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 wird.

Entstanden ist so ein praktisches Kompendium für die tägliche Arbeit.

Es wird darauf hingewiesen, dass bestimmte Faktoren im Rahmen dieser Zustandsbeschreibung aufgrund der Menge, Anzahl und Diversität nicht aufgenommen wurden. So findet keine Erhebung der niedergelassenen Ärzte 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 postleitzahlangemäß 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 konstatiert 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 vertiefte Kooperationsansätze 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 nunmehr, möglichst viele Akteure aus dem Gesundheitswesen zusammenzuführen und mit ihnen in einen regelmäßigen Austausch zu treten. Durch verschiedene Formate wie Arbeitsgruppensitzungen, Workshops, eine Konferenz sowie eine Studienreise wurden die drängendsten Probleme und Fragestellungen durch einen umfassenden Erfahrungsaustausch aufgenommen. Zudem wurden von unterschiedlichen Experten Analysen eingeholt und ausgewertet.

Die vorliegende 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 vorliegende Zustandsbeschreibung einerseits den Bürgern und Institutionen vor Ort dienen, sich andererseits jedoch 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, 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:

- 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 2011 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. Dieser lautet:

Im Sinne dieser Richtlinie bezeichnet der Ausdruck

g) „Gesundheitsdienstleister“ jede natürliche oder juristische Person oder sonstige Einrichtung, die im Hoheitsgebiet eines Mitgliedsstaats 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.Rechtsslage 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 ⁴Abzug 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.

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).

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.Rechtsslage 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) 2 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:

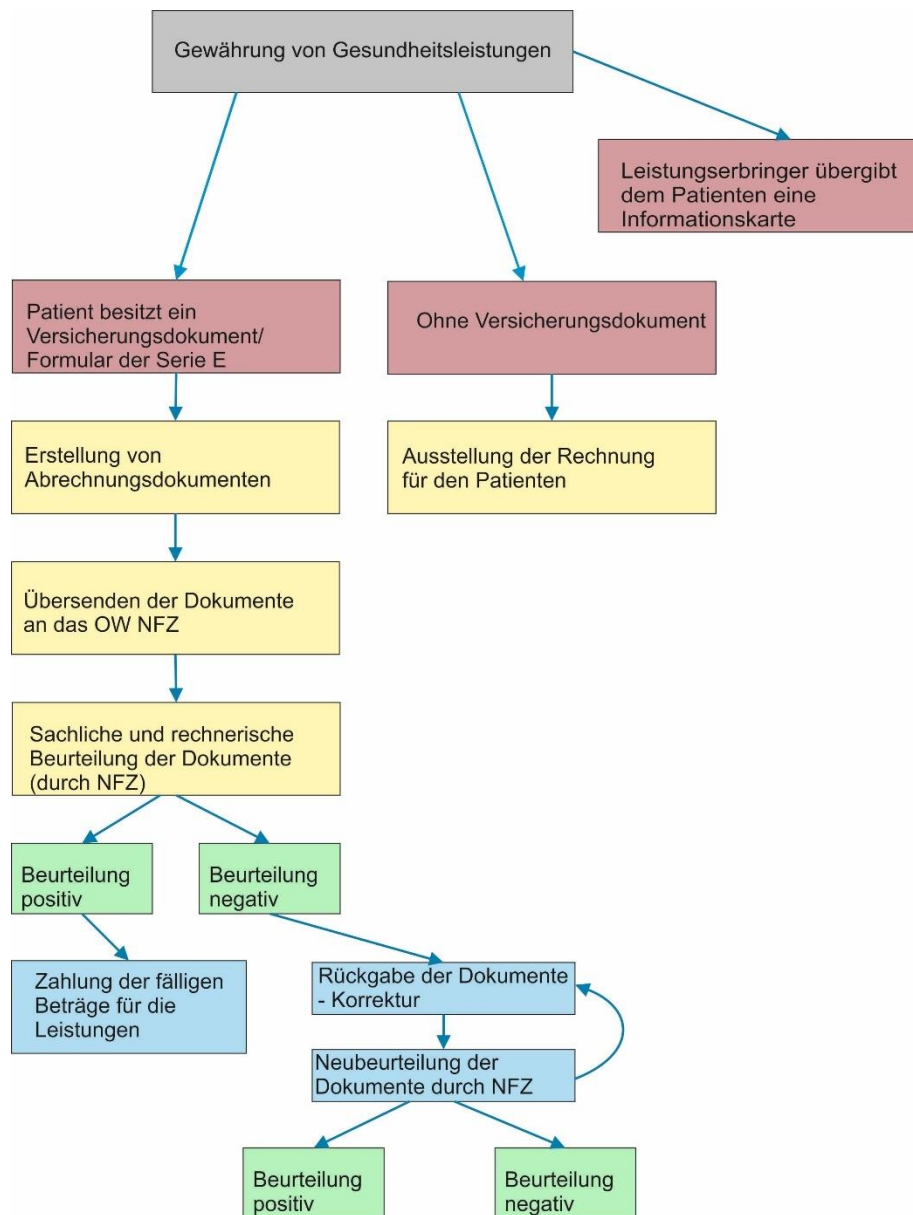
- S1 (E 106, E109, E120, E121): Dieses Dokument dient der grundsätzlichen Behandlung in einem anderen Land als dem Herkunftsland, insbesondere in Notfällen
- S2 (E112): Dieses Dokument ist erforderlich für eine geplante Behandlung in einem Mitgliedsland der EU
- S3: Dieses Dokument ist für die Personen, 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

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

entsprechenden Antrag beim NFZ seiner Wojewodschaft. Dort wird dann über den Antrag entschieden.⁶

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

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

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



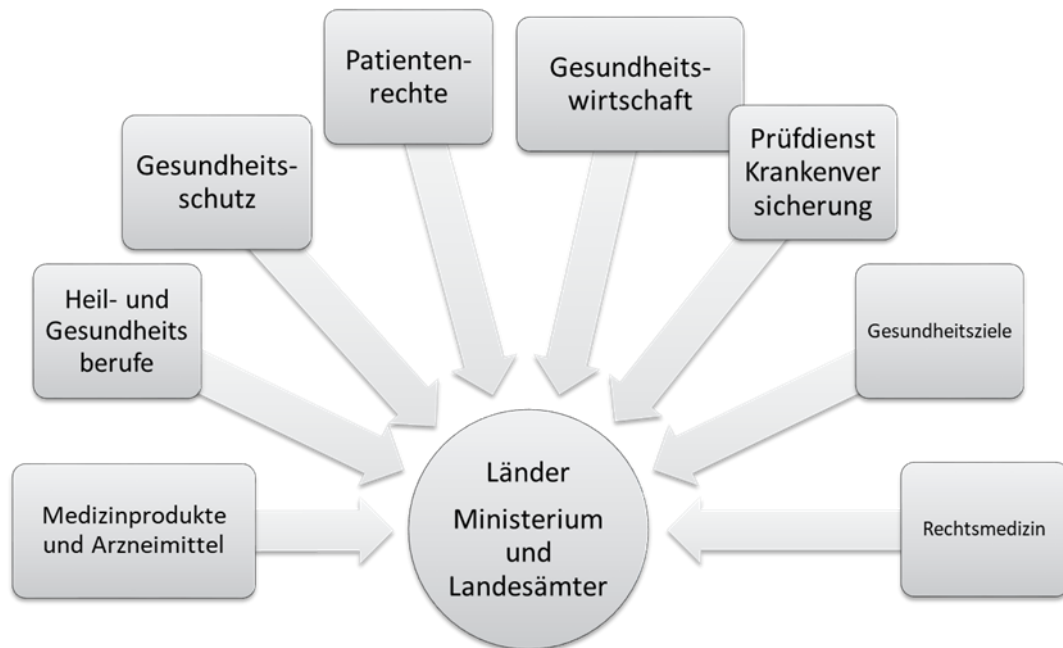
Eine wesentliche Rolle im Bereich des Gesundheitswesens spielen die Krankenkassen. Sie haben die Pflicht, Bürgerinnen und Bürger zu versichern und dafür zu sorgen, dass sie medizinische Leistungen erhalten. Dazu schließen sie Verträge mit einer Vielzahl von Institutionen und Organisationen ab, u.a. den 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 110 gesetzliche Krankenkassen, in denen 71,9 Millionen Menschen versichert sind.

Landesebene

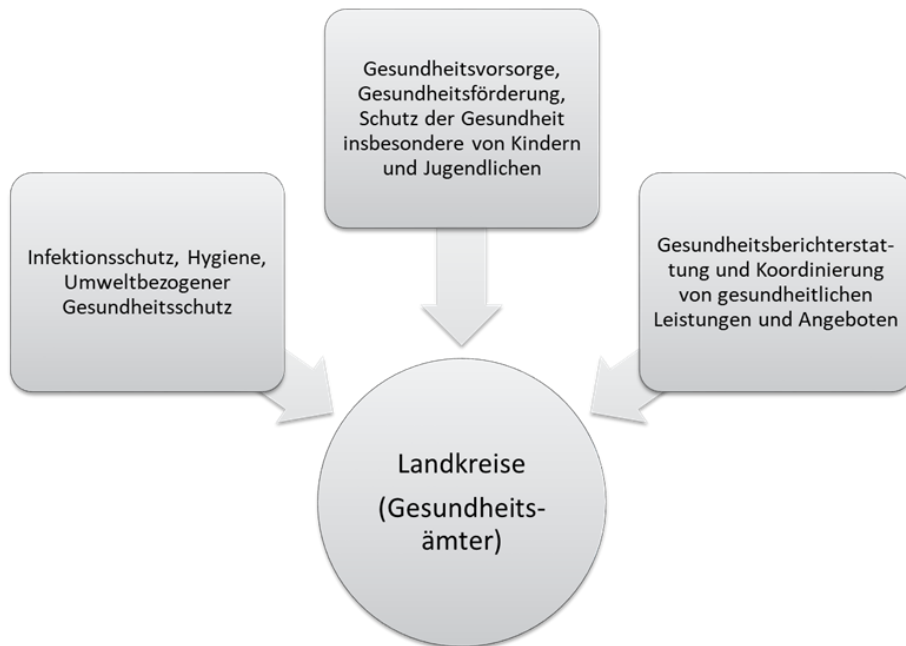
Die Länder sind dabei unter anderem zuständig für den Gesundheitsschutz, die Aufsicht über die Heil- und Gesundheitsberufe. Zudem ist das Land zuständig für den bereits erwähnten Landeskrankenhausplan.

Abbildung Nr. 3: Landesebene



Die Landkreise über die Gesundheitsämter und die Kommunen sind 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

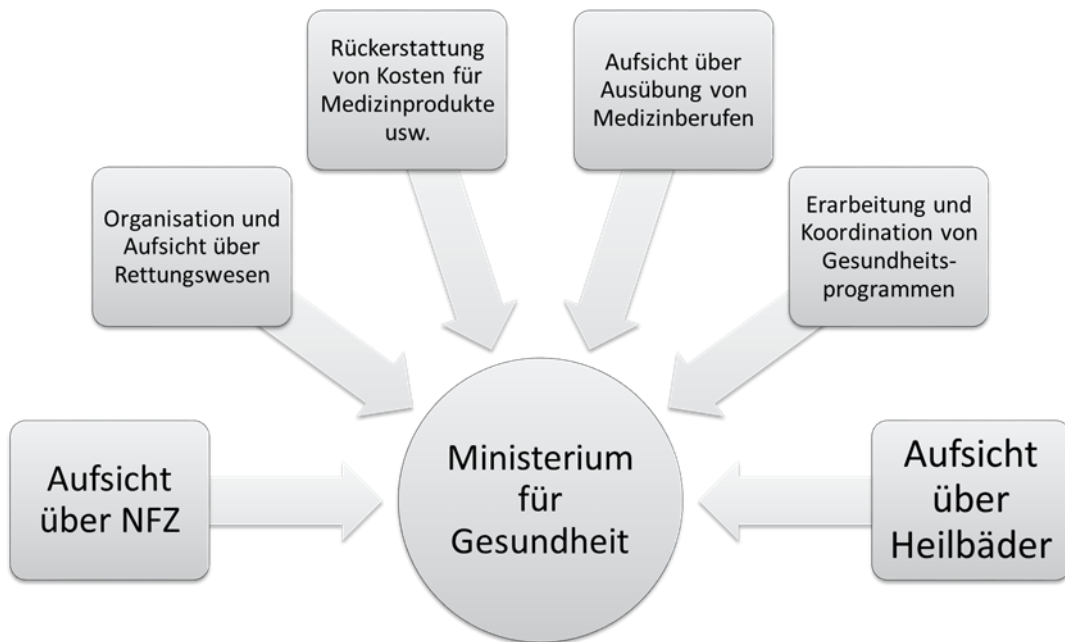
Auch in Polen besteht die Gliederung der Akteure in die Bereiche Staat, Region und Lokal (Kommunen).

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

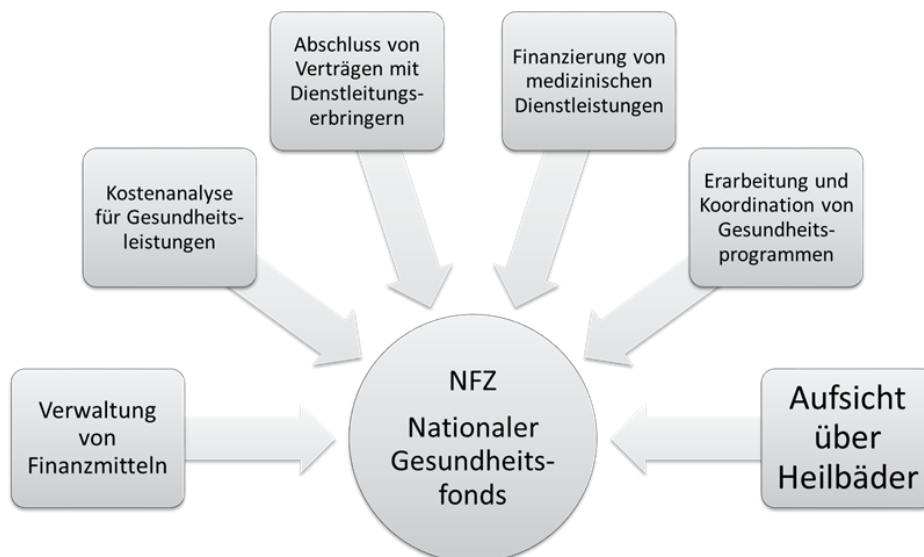


Abbildung Nr. 8: Landkreisebene

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

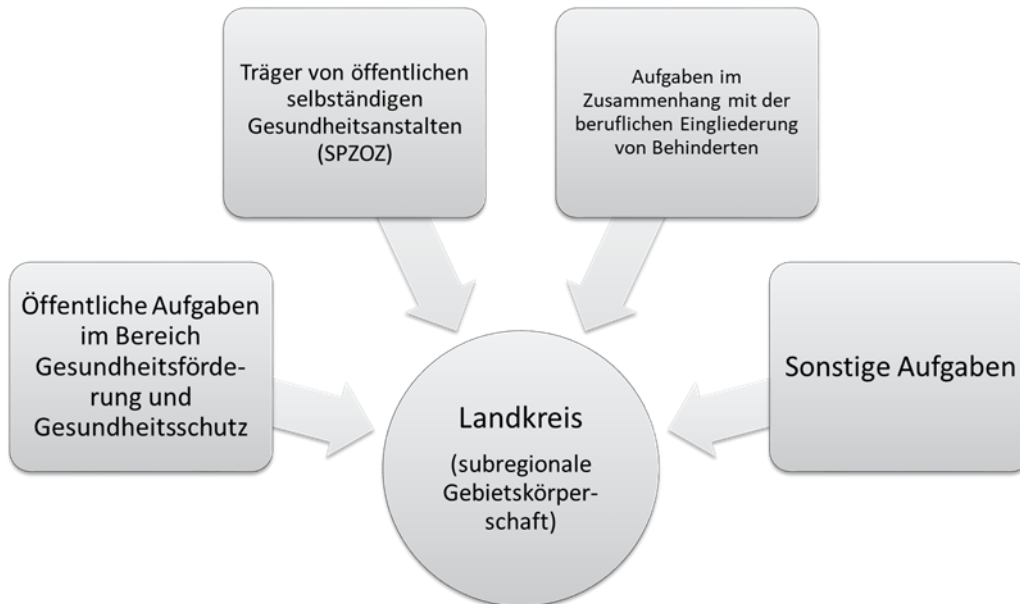
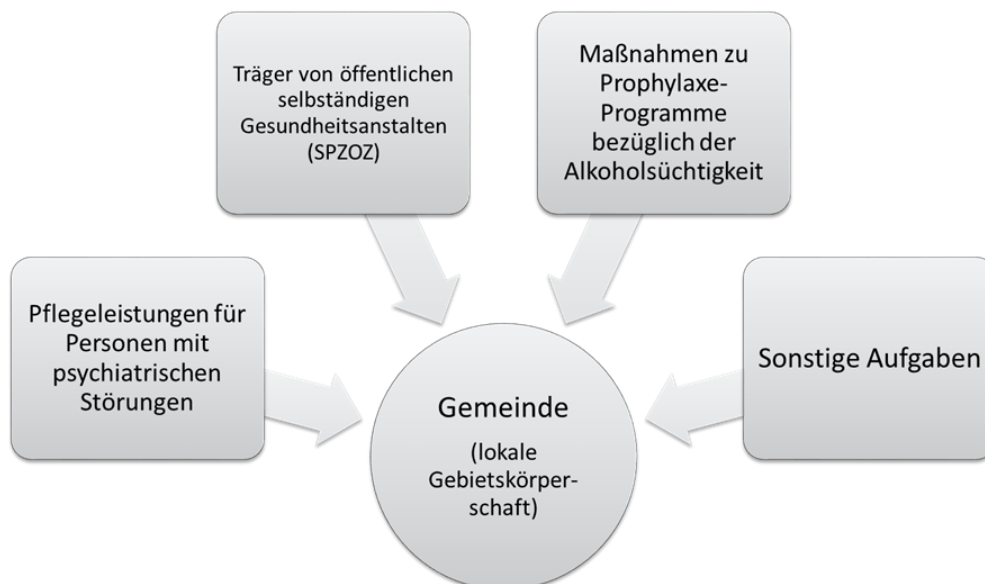


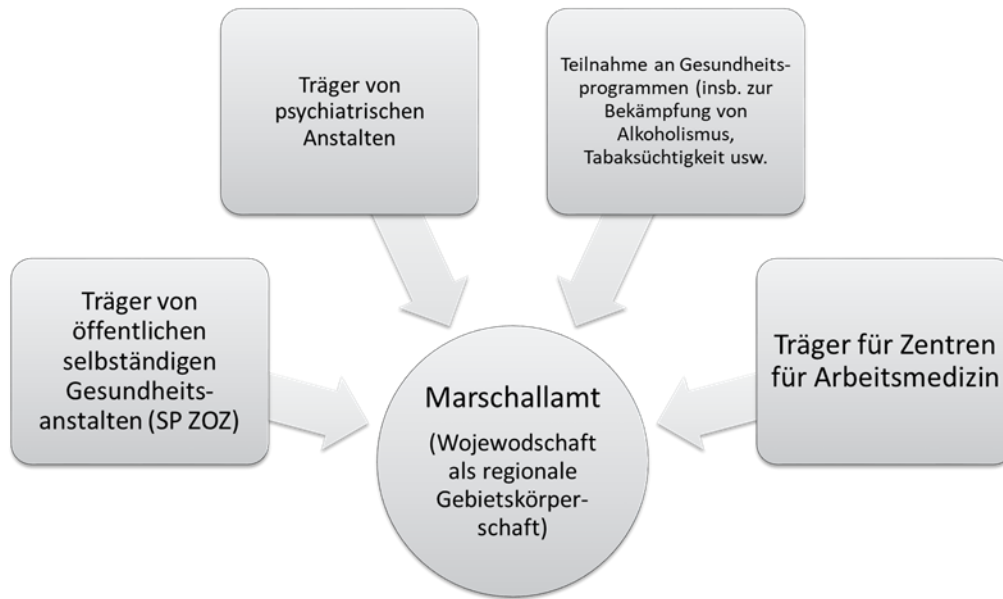
Abbildung Nr. 9: Gemeindeebene

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: Landesebene



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 Disziplinspiegel in der Versorgungsregion ab und dienen neben der Grundversorgung für den regionalen Bereich der Versorgung in Fachgebieten mit geringerem Fallzahlauflkommen 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.

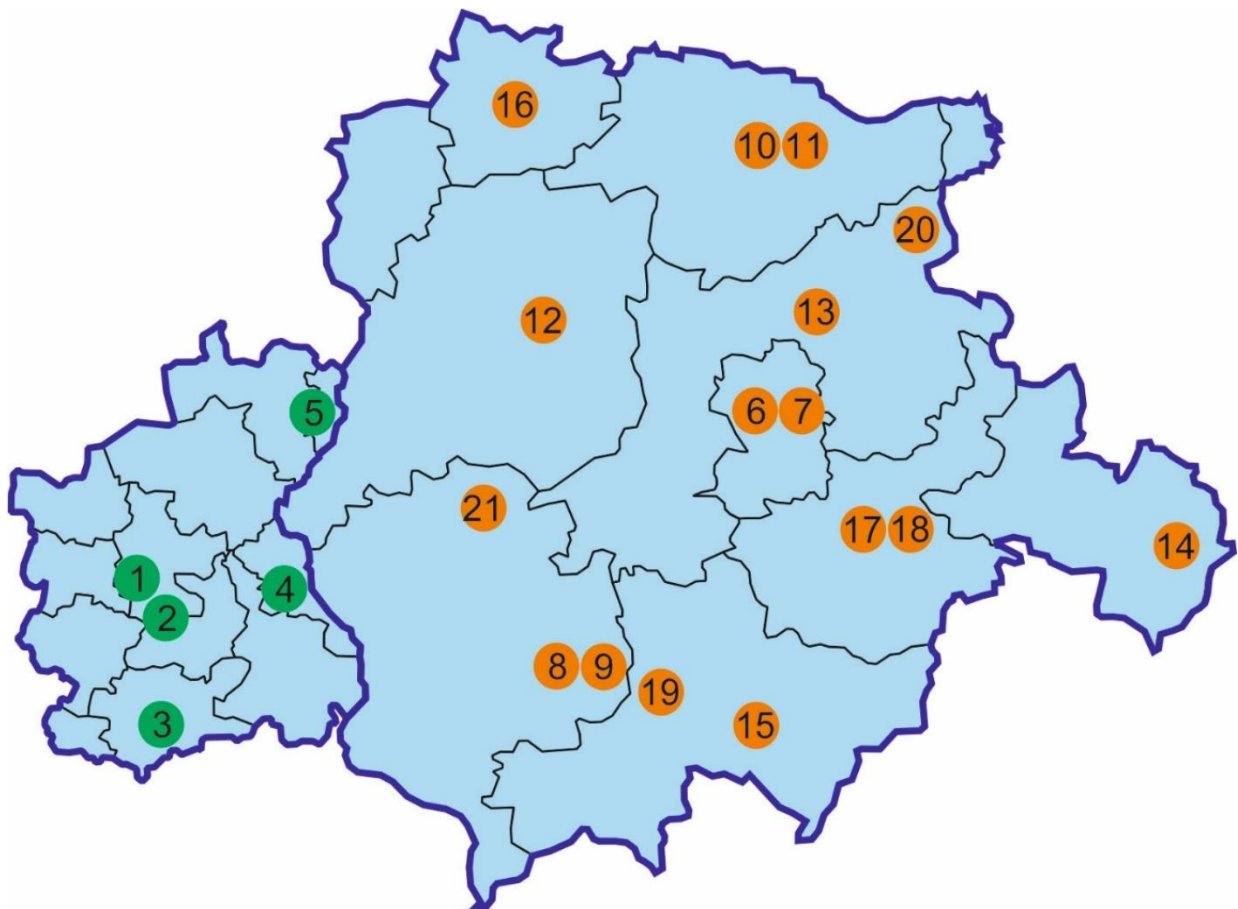
Im Rahmen der medizinischen Versorgung wird zuerst auf die deutsche Seite der Euroregion, und dann auf die polnische Seite, geschaut.

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.⁷

⁷ 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.

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. Gminny Ośrodek Zdrowia SPZOZ Babimost
21. Szpital na Wyspie Sp. z o.o. Filia Lubsko

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.⁸

5.2.1. Cottbus

In Cottbus 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 als ausreichend versorgt in der medizinischen Grundversorgung.

5.2.2. Landkreis Spree-Neiße

Im Landkreis Spree-Neiße gibt es drei Krankenhäuser der Grundversorgung. Das Krankenhaus in Spremberg, die Lausitz Klinik Forst GmbH 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 14.07.2020).

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.⁹

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.

⁸ Wie bereits erwähnt wird nicht auf die Zahl niedergelassener Fachärzte (Augen, HNO, etc.) abgestellt, da dies bereits in dem Projekt unter FN 1 beschrieben wird.

⁹ Siehe auch http://zielonagora.stat.gov.pl/files/gfx/zielonagora/pl/defaultstronaopisowa/1030/1/1/swiatowy_dzien_zdrowia.pdf (Zugriff am 14.02.2018)

Ersichtlich ist, dass auf der deutschen Seite eine grundständige medizinische Versorgung vorhanden ist. Allerdings sind die Bewohner der unmittelbaren Grenzregion auf polnischer Seite darauf angewiesen, Wege von bis zu 60 km in Kauf zu nehmen, um auf polnischer Seite behandelt zu werden. Hier sind die Wege nach Forst und Guben jeweils deutlich kürzer. Insbesondere im Bereich der Notfallversorgung sollte dieser Aspekt Beachtung finden.

Im weiteren Bereich in westlicher Ausrichtung befindet sich das Universitätskrankenhaus 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 eine Medizinische Fakultät entstehen, an der künftig 1.800 junge Medizinerinnen und Mediziner ausgebildet werden. Bereits zum Wintersemester 2023 werden die ersten Studierenden

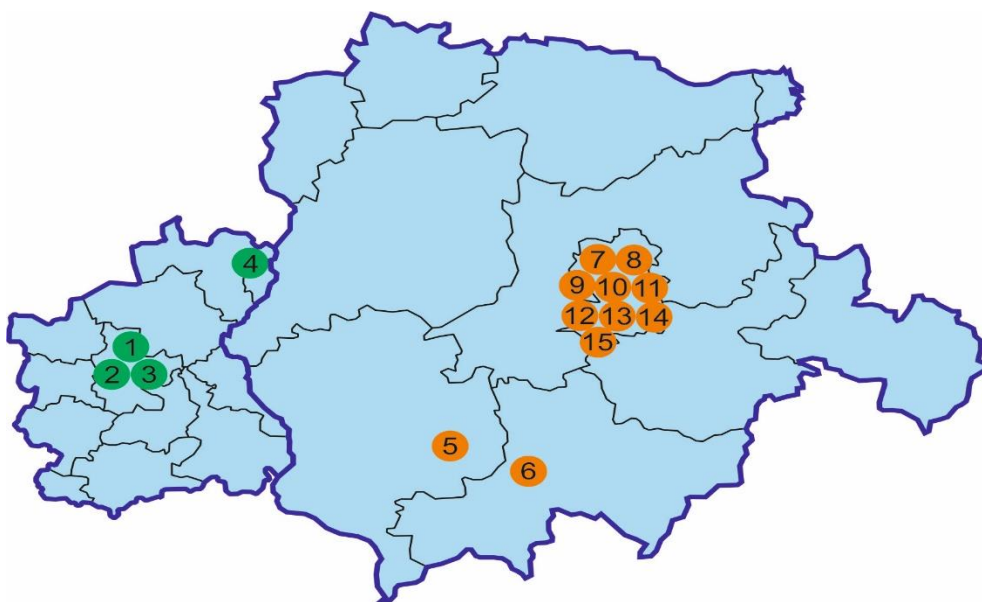
dort ihre Ausbildung beginnen. Die Einrichtung soll an das Carl-Thiem-Klinikum (CTK) angeschlossen werden und einen besonderen Fokus auf die Digitalisierung im Gesundheitswesen legen.¹⁰

5.4.2. Ausbildungsstätten auf der polnischen Seite der Euroregion

Auf der polnischen Seite befinden sich 11 Ausbildungseinrichtungen. Hierbei ist in erster Linie die medizinische Fakultät „Collegium Medicum“ der Universität von Zielona Góra zu nennen. Überdies gibt es 10 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.¹¹

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

Polnische Seite:

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

¹⁰ Siehe auch <https://www.bundesregierung.de/breg-de/aktuelles/strukt Wandel-1768192> (Zugriff am 28.07.2020)

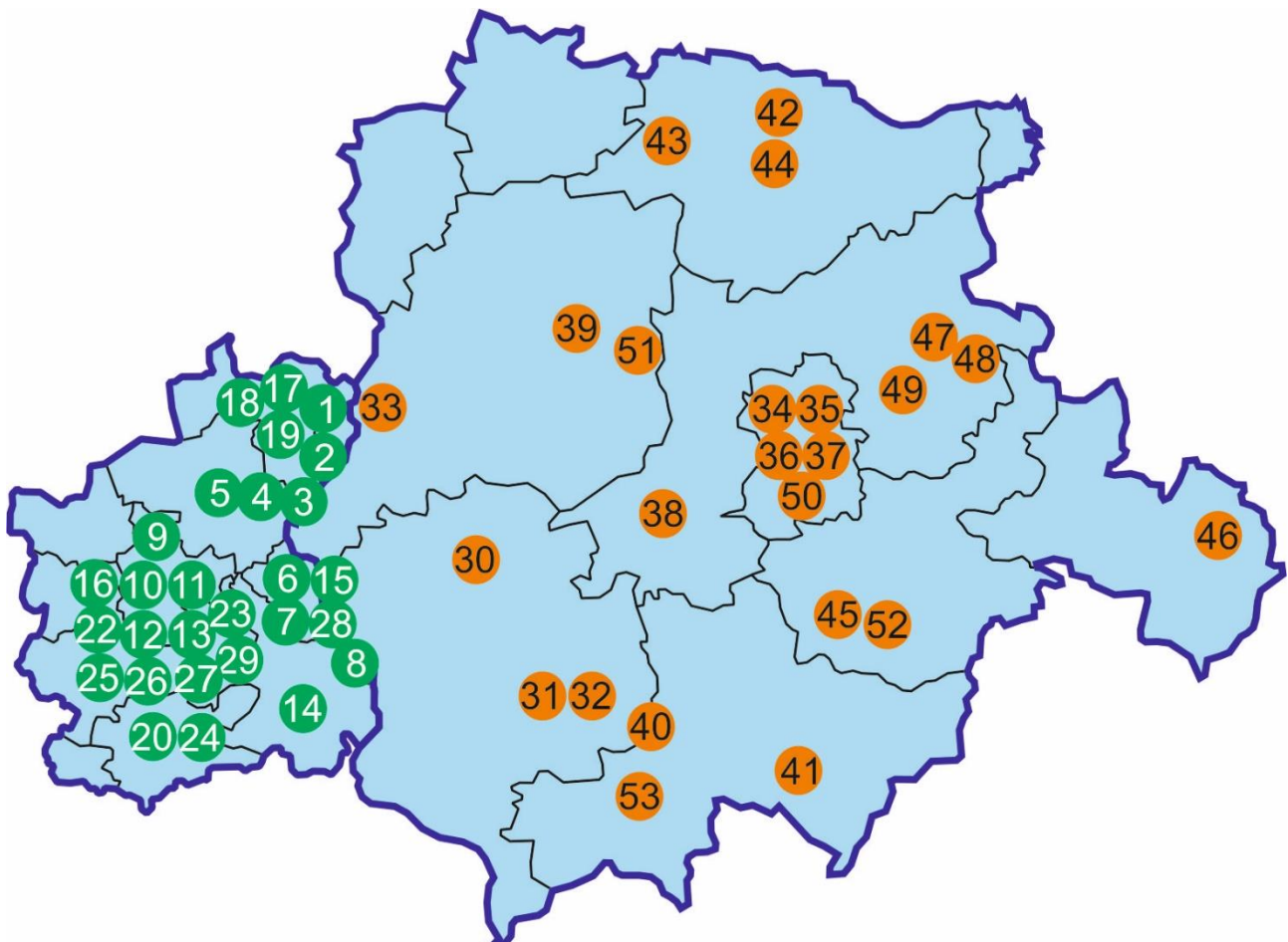
¹¹ Für weiterführende Informationen zur Mediziner Ausbildung in Zielona Góra siehe <https://www.cm.uz.zgora.pl/> (Zugriff am 28.07.2020)

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. Privat Krankenversicherten 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
7. Residenz Rosenstadt Forst
8. DRK-Pflegeheim Haus „Am Rosengarten“ Forst
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

Polnische Seite:

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

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

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 Notarzteinsetzfahrzeug (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 ggfs. 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 6). Rechtliche Grundlage für die Rettungsdienste in Polen ist das Gesetz vom 8. September 2006 über staatliche medizinische Notdienste in der Form der Änderung vom 10. Mai 2018 (Gesetzblatt, 2017 Punkt 2195) und den entsprechenden Durchführungsbestimmungen.

Die Träger des Rettungsdienstes sind daher 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 PRM¹²-System vom Gesundheitsminister überwacht, der die Provinzpläne 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.

¹² PRM: Państwowe Ratownictwo Medyczne (staatliches medizinisches Rettungswesen).

Da – wie beschrieben - 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.

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 und Vertreter der polnischen Wojewodschaft Lubuskie teilnahmen, wurde intensiv über das Thema diskutiert.

Während des vom 20.02.-21.02.2019 in Guben durchgeführten deutsch-polnischen Rettungssymposium „Regelungen, Vereinbarungen und Projekte der Bundesländer im Bereich Rettungswesen an der Außengrenze Deutschlands“ wurden die insgesamt 3 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.

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

- Einrichtung einer Koordinierungsstelle (mindestens Stabsstelle) ohne Entscheidungsbefugnis zu den polnischen Behörden (Koordinierung, 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 der Euroregion,
- gemeinsame Weiterbildung im Bereich der Luftrettung. Die Bereitschaft aus Cottbus, dies federführend zu organisieren, liegt bereits vor.
- Sprachförderung bei Sanitätern und Fachkräften vor Ort sowie gemeinsame Übungen und Schulungen.

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 dürfen 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 erstellt 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.

6. 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.¹³

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.

¹³ Gabler, Wirtschaftslexikon, 15. Auflage, S. 424.

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 07. - 09. November 2018 der Vorstellung des grenzüberschreitenden Rettungsdienstes und der Versorgung im Bereich Kehl / Straßburg 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.

6.1. 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 4 Millionen Menschen, es gibt 3 Grenzen ≠ 3 Sprachen in 5 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,
- begrenztes Budget,
- Unterschiede in den Versorgungsstrukturen,
- Sprache, Kulturunterschiede.

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: IZOM¹⁴, Regulation 883/2004, Directive 2011/24/EU. IZOM gekündigt zum 31.12.17
- Seit 1.7.18 Mini – IZOM B/D, B/NL in Planung
- MRE (Multiresistente Erreger) Infektionen- Krankenhaussiegel
- Mitarbeiter – z.B. Fachärzte arbeiten in mehreren Krankenhäusern in der EMR (bspw. das Uniklinikum Maastricht und das 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.

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

Herr Manfred Mayer stellte das Projekt „health across 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 Landesklinikum 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.

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, abrechnungs-

¹⁴ 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.

technische Fragen, etc.) schaffen die Basis für den Abschluss **bilateraler** Verträge zur Regelung einer grenzüberschreitenden Zusammenarbeit. Als Zukunftsvision wird ein gemeinsames Gesundheitszentrum angestrebt, das 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.

6.3. 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 der 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.

6.4. 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.

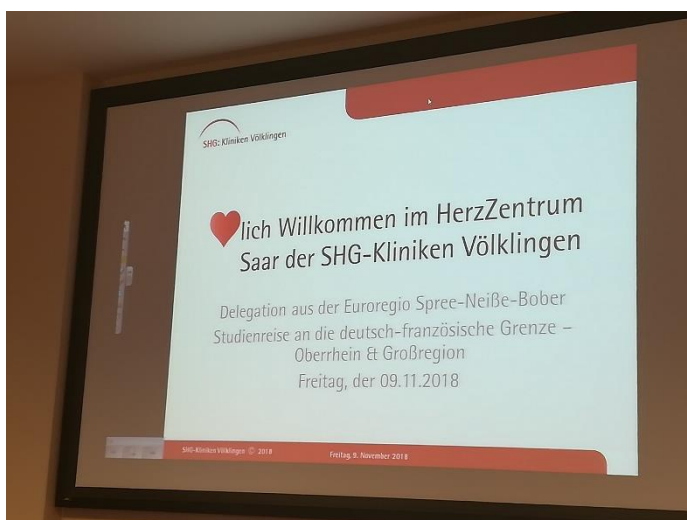
Allein der Bearbeitungsgruppe gehörten 40 Personen aus Krankenhäusern, Ministerien, Regierungspräsidien, Universitäten und der Euroregion an.

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.

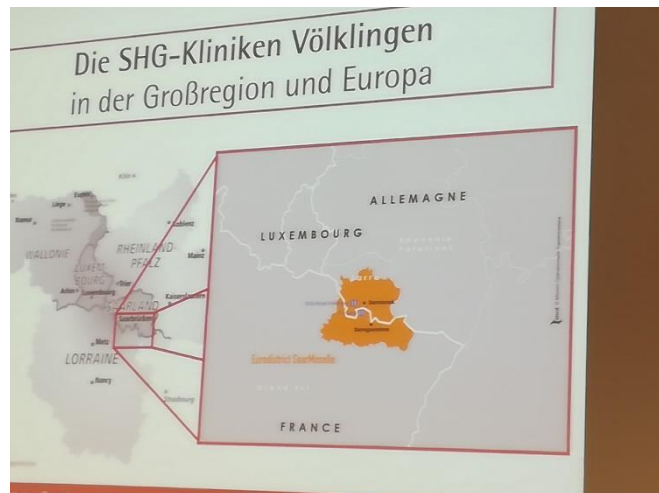
Dabei handelt es sich jedoch ausschließlich um Zusammenfassungen der aktuellen Situation in der Region, welche eine sehr gute Grundlage für das weitere Erarbeiten von Lösungen bieten.

In Wissembourg wurde dargestellt, wie die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Rettungsdienst erfolgt. Wichtig 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.

6.5. 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 der Kanton 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 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.

6.6. 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 5 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 kommen 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 nach Spanien.

7. Fazit

7.1. 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 und 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 wird¹⁵.

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 auszubauen¹⁶.

Darüber hinaus gibt es aktuell keine aktiven weiteren 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 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.

¹⁵ <https://www.zielonej.pl/informacje/region/gdzie-ma-sie-leczyc-senior-dzialaczki-nowoczesnej-apeluja-o-poradnie-geriatryczna/> (siehe Artikel vom 02.04.2019)

¹⁶ <http://www.klinikumebv.de/presse/pressemitteilungen-detail/news/klinikum-ernst-von-bergmann-potsdam-schliesst-kooperation-mit-polnischem-krankenhaus-1.html>

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 Jugendliche¹⁷.

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

7.2. 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 soll eine Tagesklinik für Geriatrie und in Forst eine Tagesklinik für Psychiatrie entstehen. Dadurch kann die Versorgungslücke im Bereich Spremberg in der Versorgung älterer Menschen geschlossen werden.¹⁸

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
- 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.

¹⁷ https://www.lr-online.de/nachrichten/brandenburg/dickstes-problem-in-brandenburg-und-sachsen_aid-35545259 (siehe Lausitzer Rundschau vom 09.01.2019) sowie https://www.lubuskie.uw.gov.pl/wydzial_zdrowia/Aktualnosci/Swiatowy_Dzien_Walki_z_Otyloscia/idn:12364.html bzw. <http://www.dlahandlu.pl/detal-hurt/wiadomosci/izz-co-piaty-uczen-zmaga-sie-z-otyloscia-lub-nadwaga.76635.html>

¹⁸ Siehe Lausitzer Rundschau vom 08.12.2017, Seite 13.

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

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.

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

8.1. 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.¹⁹

Durch das Schließen der Grenzen am 15.03.2020 wurden kurzfristig nicht nur Familien getrennt, 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 für die Grenzpendler (Rozporządzenie w sprawie kwarantanny dla osób wjeżdżających i powracających w celu zwalczania w Brandenburgii nowego koronawirusa SARS-CoV-2 i COVID-19) auch für das medizinische



¹⁹ So gab es am Stichtag 30.06.2020 im Landkreis Spree-Neiße 66 bestätigte Fälle (davon 65 geheilt), in Cottbus 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)

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 7 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.

8.2. 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 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 gutes deutsch-polnisches Miteinander auch in schwieriger Zeit.“²⁰

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.

²⁰ <https://www.auswaertiges-amt.de/de/aamt/koordinatoren/deutsch-polnische-zusammenarbeit-node/-/2342720>

8.3. 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 & Soziales ein ständiges Thema in den Gremien:**

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

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.)

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 medizinischen Material benötigt werden, um solche Gefahrenlagen richtig zu antizipieren.

9. Internetquellenverzeichnis

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

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

Residenz Rosenstadt Forst

Haus „Am Rosengarten“ Forst

„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

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

Nursing 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” Kozuchów

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.