

Analyse der grenzüberschreitenden Daseinsvorsorge und Skizzierung von Zukunftspotenzialen

Studie zu Verflechtungen und Potenzialen in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung entlang der Bahnlinie Berlin-Stettin

Analiza usług transgranicznych świadczonych w interesie ogólnym i nakreślenie przyszłego potencjału

Badanie współzależności i potencjałów w transgranicznej opiece zdrowotnej wzdłuż linii kolejowej Berlin-Szczecin

vorgelegt der Brandenburgischen Technischen Universität Cottbus-Senftenberg
Fachgebiet Regionalplanung
przedłożony *Brandenburskiemu Uniwersytetowi Technicznemu Cottbus-Senftenberg*
Wydział Planowania Regionalnego

von INFRASTRUKTUR & UMWELT Professor Böhm und Partner
Darmstadt und Potsdam
przez *INFRASTRUKTUR & UMWELT Professor Böhm und Partner*
Darmstadt i Poczdamu

Potsdam und Cottbus, Juli 2024

Poczdam i Cottbus, lipiec 2024 r.

Die Studie zu Verflechtungen und Potenzialen in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung entlang der Bahnlinie Berlin-Stettin liegt in Deutsch und in Auszügen in Polnisch vor. Eine polnische Zusammenfassung ist ab Seite 3 zu finden, die übersetzten Zukunftspotenziale, Herausforderungen und Handlungsoptionen finden Sie in einer polnischen Übersetzung als Kapitel 6 ab Seite 45.

Badanie współzależności i potencjałów w transgranicznej opiece zdrowotnej wzdłuż linii kolejowej Berlin-Szczecin jest dostępne w języku niemieckim i częściowo w języku polskim. Streszczenie w języku polskim można znaleźć od strony 3, przetłumaczony rozdział 6 na temat przyszłego potencjału, wyzwań i opcji działania można znaleźć w polskim tłumaczeniu od strony 45.

Kontakt zum Projekt „Cross-InnoNet“

BTU Cottbus-Senftenberg, Fachgebiet Regionalplanung

Konrad-Wachsmann-Allee 4, 03046 Cottbus

Leonard Weiß, leonard.weiss@b-tu.de

www.b-tu.de/fg-regionalplanung

Kontakt w sprawie projektu Cross-InnoNet

Brandenburskiemu Uniwersytetowi Technicznemu Cottbus-Senftenberg

Wydział Planowania Regionalnego

Konrad-Wachsmann-Allee 4, 03046 Cottbus, Niemcy

Leonard Weiß, leonard.weiss@b-tu.de

Inhaltsverzeichnis | Spis treści

Abbildungsverzeichnis

Zusammenfassung	1
Podsumowanie	3
1. Gegenstand und methodische Vorgehensweise	5
2. Untere Oder: Grenzraum zwischen Metropolen	6
3. Rechtliche und organisatorische Rahmenbedingungen für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung	11
4. Versorgungsanalyse	15
4.1. Stationäre medizinische Versorgung	15
4.2. Ambulante medizinische Versorgung	19
4.3. Medizinische Notfallversorgung	23
4.4. Apothekenversorgung	27
5. Zukunftspotenziale	31
5.1. Gemeinsame Vision	31
5.2. Herausforderungen und Handlungsoptionen	32
5.2.1. Unterschiedlicher finanzieller Rahmen der öffentlichen Gesundheitsversorgung	33
5.2.2. Abschluss einer Kooperationsvereinbarung zum grenzüberschreitenden Rettungsdienst	34
5.2.3. Unterschiedliche Rechtsvorschriften	35
5.2.4. Grenzüberschreitender Austausch von Patient*innendaten	35
5.2.5. Grenzüberschreitende und transparente Informationen zu Gesundheitsdienstleistungen	36
5.2.6. Grenzüberschreitend unterschiedliche Abrechnungsmodalitäten	37
5.2.7. Grenzüberschreitende Planung der Gesundheitsversorgung	37
5.3. Zusammenfassung und Einordnung der Handlungsmöglichkeiten	39
5.4. Akteursübersicht	43
6. Przyszły potencjał	45
6.1. Wspólna wizja	45
6.2. Wyzwania i możliwości działania	46
6.2.1. Różne ramy finansowe dla publicznej opieki zdrowotnej	47
6.2.2. Zawarcie umowy o współpracy w zakresie transgranicznej służby ratowniczej	48
6.2.3. Różne przepisy prawne	49
6.2.4. Transgraniczna wymiana danych pacjentów	50
6.2.5. Transgraniczne i przejrzyste informacje na temat usług opieki zdrowotnej	50
6.2.6. Różne sposoby rozliczeń w różnych krajach	51
6.2.7. Planowanie transgranicznej opieki zdrowotnej	51
6.3. Podsumowanie i kategoryzacja opcji działania	53
7. Quellen & Literatur	58

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Karte des Untersuchungsgebiets	7
Abbildung 2:	Entwicklung der Anteile der Altersgruppen im polnischen und deutschen Teilraum des Untersuchungsgebiets zwischen 2010 und 2022.	9
Abbildung 3:	Veränderung der Anzahl der Einpendler aus Polen in die Landkreise Barnim, Märkisch-Oderland, Uckermark und Vorpommern-Greifswald 2015-2023 (AfA 2024)	10
Abbildung 4:	Einrichtungen der stationären Gesundheitsversorgung innerhalb bzw. in direkter Nachbarschaft des Untersuchungsgebiets	16
Abbildung 5:	Stationäre medizinische Versorgung im Untersuchungsgebiet	17
Abbildung 6:	Ambulante medizinische Versorgung im Untersuchungsgebiet	20
Abbildung 7:	Allgemeinmedizinische Versorgung im Untersuchungsgebiet	21
Abbildung 8:	Fachmedizinische Versorgung im Untersuchungsgebiet	22
Abbildung 9:	Lokalisierung von Rettungswachen im Untersuchungsgebiet	25
Abbildung 10:	Standorte von Apotheken im Untersuchungsgebiet	29
Abbildung 11:	Verteilung der Apothekenstandorte im Untersuchungsgebiet	30
Abbildung 12:	Vision einer grenzüberschreitenden, ganzheitlichen und sektorübergreifenden Gesundheitsversorgung	31

Zusammenfassung

Die Studie zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung im Verflechtungsraum zwischen Eberswalde / Stettin ist ein Bestandteil des Verbundvorhabens „Cross-InnoNet“. Das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderte Projekt untersucht und erprobt, wie grenzübergreifende Daseinsvorsorge in der ländlich geprägten Region entlang der bis 2025/26 erweiterten und modernisierten Bahnstrecke zwischen den Metropolregionen Berlin und Stettin – durch Vernetzung von Akteuren in den Bereichen Gesundheit und Mobilität und den synergetischen Einbezug von grenzüberschreitenden deutsch-polnischen Netzwerken – gestärkt werden kann.

Ziel der Studie ist es, die aktuelle Situation und Bedarfe einer engeren Verflechtung der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung im Untersuchungsgebiet zu erheben. Für die künftige Zusammenarbeit werden Empfehlungen abgeleitet. Es wurde eine räumliche Analyse der stationären und ambulanten Gesundheitsversorgung, der medizinischen Notfallversorgung und der Apothekenversorgung durchgeführt. Eine vertiefte Auswertung nach Fachgebieten bzw. zu erwartenden Versorgungsengpässen aufgrund der demografischen Entwicklung fand nicht statt.

Bedarfe, Herausforderungen und Zukunftsperspektiven der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung wurden im Rahmen einer am 31.1.2024 in Schwedt/Oder durchgeführten Zukunftswerkstatt sowie durch ergänzende Interviews erhoben.

Von einer verbesserten grenzüberschreitenden Zusammenarbeit profitiert insbesondere der Südwesten der Woiwodschaft Westpommern

Die räumliche Analyse zeigt, dass in der stationären Gesundheitsversorgung einzelne Standorte, wie das Asklepios-Klinikum Schwedt/Oder bzw. das Kreiskrankenhaus in Gryfino, die Kliniklandschaft in Stettin sowie das Krankenhaus Märkisch-Oderland in Wriezen potenziell die Gesundheitsversorgung angrenzender Bereiche im Nachbarland verbessern können. Dies ist insbesondere im Zusammenhang mit der Notfallversorgung von Bedeutung, da speziell das mit einer Schlaganfalleinheit ausgestattete Asklepios-Klinikum eine schnelle und hochwertige Versorgung von Herzinfarkt- und Schlaganfallpatient*innen auch auf der benachbarten polnischen Seite gewährleisten kann.

Das Potenzial der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung wird aufgrund rechtlich gesetzter Grenzen auf europäischer und regionaler Ebene sowie Unterschieden in

Finanzierung und Organisation der Gesundheitsversorgung in Deutschland und Polen nicht ausgeschöpft

Die Ergebnisse der Zukunftswerkstatt und der Interviews zeigen, dass im Untersuchungsgebiet derzeit eine grenzüberschreitende stationäre Behandlung praktisch nur im Notfall gewährt wird. Geplante, stationäre Behandlungen werden aufgrund des Genehmigungsvorbehalts nur in Ausnahmefällen durchgeführt. Zudem gibt es noch keine Vereinbarung zum grenzüberschreitenden Rettungsdienst zwischen den Landkreisen Uckermark, Barnim und den Woiwodschaften von Westpommern, was eine grenzüberschreitende Zusammenarbeit deutlich erschwert.

Als zentrale Ursachen für Hemmnisse in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung wurden identifiziert:

- Fehlende bzw. unterschiedliche rechtliche Regelungen,
- Unterschiedliche Finanzierung der nationalen Gesundheitssysteme,
- Inkompatibilitäten, z.B. bei Abrechnungssystemen sowie
- Fehlende personelle Ressourcen sowie Sprach- und Sachkenntnisse bzgl. des Gesundheitssystems im Nachbarland.

Zur Adressierung der Hemmnisse werden 13 Maßnahmenempfehlungen gegeben. Diese werden hinsichtlich ihres Zeitrahmens zur Umsetzung, einzubindender Akteure und erforderlicher Ressourcen eingeordnet.

Als besonders dringlich und kurzfristig lösbar wird die Verbesserung der Zusammenarbeit im grenzüberschreitenden Rettungsdienst erachtet. Außerdem wird im Aufbau gemeinsamer Kooperationsstrukturen und einer stärker koordinierten Planung eine Möglichkeit gesehen, die Gesundheitsversorgung besser auf die Bedarfe der lokalen Bevölkerung abzustimmen. Das Informationsangebot sollte verbessert werden. Die Autoren schlagen Modellvorhaben zur Abrechnungspraxis, zum digitalen Austausch von Patient*innendaten oder zum grenzüberschreitenden Rettungsdienst vor.

Podsumowanie

Badanie transgranicznej opieki zdrowotnej na obszarze między Eberswalde a Szczecinem jest częścią wspólnego projektu "Cross-InnoNet". Projekt, finansowany przez Federalne Ministerstwo Edukacji i Badań Naukowych (BMBF), bada i testuje, w jaki sposób można wzmocnić transgraniczną opiekę zdrowotną w regionie wiejskim wzdłuż linii kolejowej między regionami metropolitalnymi Berlina i Szczecina, która zostanie rozbudowana i zmodernizowana do 2025/26 r., poprzez tworzenie sieci zainteresowanych stron w obszarach opieki zdrowotnej i mobilności oraz synergiczne włączenie transgranicznych sieci polsko-niemieckich.

Celem badania jest analiza obecnej sytuacji i potrzeb w zakresie ściślejszej integracji transgranicznej opieki zdrowotnej na badanym obszarze. Opracowano zalecenia dotyczące przyszłej współpracy. Przeprowadzono analizę przestrzenną stacjonarnej i ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, ratownictwa medycznego i farmacji. Nie przeprowadzono dogłębnej analizy według specjalizacji lub spodziewanych wąskich gardeł w podaży ze względu na zmiany demograficzne.

Potrzeby, wyzwania i przyszłe perspektywy transgranicznej opieki zdrowotnej zostały zidentyfikowane w ramach warsztatów przyszłości, które odbyły się w Schwedt nad Odrą w dniu 31 stycznia 2024 r. oraz w drodze dodatkowych wywiadów.

Południowo-zachodnia część województwa zachodniopomorskiego skorzysta w szczególności na poprawie współpracy transgranicznej

Analiza przestrzenna pokazuje, że w przypadku stacjonarnej opieki zdrowotnej poszczególne lokalizacje, takie jak Klinikum Asklepios Schwedt/Oder i szpital powiatowy w Gryfinie, kliniki w Szczecinie i szpital Märkisch-Oderland we Wriezen, mogą potencjalnie poprawić opiekę zdrowotną w sąsiednich obszarach w sąsiednim kraju. Jest to szczególnie ważne w kontekście opieki w nagłych wypadkach, ponieważ Klinikum Asklepios, który jest wyposażony w oddział udarowy, może również zagwarantować szybką i wysokiej jakości opiekę nad pacjentami z zawałem serca i udarem mózgu po sąsiedniej stronie polskiej.

Potencjał transgranicznej opieki zdrowotnej nie jest wykorzystywany ze względu na granice prawne na poziomie europejskim i regionalnym oraz różnice w finansowaniu i organizacji opieki zdrowotnej w Niemczech i Polsce.

Wyniki warsztatów przyszłości i wywiadów pokazują, że transgraniczne leczenie szpitalne jest obecnie zapewniane tylko w nagłych przypadkach na badanym obszarze. Planowane leczenie szpitalne jest przeprowadzane tylko w wyjątkowych przypadkach ze względu na wymogi dotyczące zezwoleń. Ponadto nadal nie ma porozumienia w sprawie transgranicznych usług pogotowia ratunkowego między powiatami Uckermark, Barnim i województwem zachodniopomorskim, co znacznie utrudnia współpracę transgraniczną.

Zidentyfikowano główne przyczyny barier dla transgranicznej opieki zdrowotnej:

- Brakujące lub odmienne regulacje prawne,
- różnice w finansowaniu krajowych systemów opieki zdrowotnej,
- niezgodności, np. z systemami rozliczeniowymi, oraz
- brak zasobów ludzkich, umiejętności językowych i wiedzy na temat systemu opieki zdrowotnej w sąsiednim kraju.

Aby wyeliminować przeszkody, podano 13 zaleceń. Są one podzielone na kategorie pod względem ram czasowych ich wdrożenia, zainteresowanych stron, które należy zaangażować, oraz wymaganych zasobów.

Poprawa współpracy w zakresie transgranicznych służb ratunkowych jest postrzegana jako szczególnie pilna i możliwa do rozwiązania w perspektywie krótkoterminowej. Ponadto ustanowienie wspólnych struktur współpracy i bardziej skoordynowanego planowania jest postrzegane jako szansa na lepsze dostosowanie świadczenia opieki zdrowotnej do potrzeb lokalnej ludności. Dostępność do informacji na temat oferty opieki zdrowotnej powinna zostać ulepszona. Autorzy proponują projekty pilotażowe dotyczące praktyk rozliczeniowych, cyfrowej wymiany danych pacjentów i transgranicznych usług pogotowia ratunkowego.

1. Gegenstand und methodische Vorgehensweise

Die vorliegende Analyse der grenzüberschreitenden Daseinsvorsorge bewertet für den Teil des deutsch-polnischen Verflechtungsraums, der unmittelbar an das deutsche Einzugsgebiet der Bahnlinie Berlin-Stettin angrenzt, folgende Aspekte:

- Wie ist der Verflechtungsraum mit Leistungen der Gesundheitsversorgung ausgestattet?
- Wo kann durch eine grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung eine bessere Versorgungsqualität erreicht werden?
- Welche Handlungsbedarfe können identifiziert werden, um die Potenziale einer grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung möglichst umfassend nutzen zu können?
- Wie lassen sich diese Handlungserfordernisse adressieren?

Zur Beantwortung der aufgeführten Forschungsfragen wurde zunächst eine räumliche Analyse der Gesundheitsversorgung im Untersuchungsgebiet und dessen unmittelbarer Nachbarschaft durchgeführt. Im Einzelnen wurden:

- Einrichtungen der stationären und ambulanten Gesundheitsversorgung sowie die angebotenen Gesundheitsdienste nach Fachgebieten in einer Datenbank und einem Geografischen Informationssystem erfasst.
- Versorgungsgebiete mittels des 15-Kilometer-Radius um die identifizierten Gesundheitseinrichtungen ermittelt und bewertet, in welchen Teilräumen eine grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung eine qualitative Verbesserung der Gesundheitsversorgung erwarten lässt.
- Zielvorstellungen sowie Hemmnisse einer grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung erfasst.

Zur Erfassung der Zielvorstellungen und Hemmnisse einer grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung wurde am 31. Januar 2024 eine Zukunftswerkstatt „Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung“ in Schwedt/Oder organisiert. Außerdem wurden ergänzende Interviews mit dem Asklepios-Klinikum Uckermark in Schwedt/Oder und dem Naëmi-Wilke-Stift in Guben durchgeführt.

2. Untere Oder: Grenzraum zwischen Metropolen

Das Untersuchungsgebiet umfasst auf deutscher Seite sämtliche Gemeinden, die zwischen Eberswalde und Staatsgrenze entlang der Bahnlinie Berlin-Stettin liegen. Auf polnischer Seite wurden der gesamte Landkreis Gryfino, die kreisfreie Stadt Stettin und die an Stettin angrenzenden Gemeinden Dobra und Kołbaskowo im Landkreis Police einbezogen.

Deutscher Teilraum	Polnischer Teilraum
<p>Landkreis Märkisch-Oderland: Stadt Bad Freienwalde (Oder), Gemeinde Falkenberg</p> <p>Landkreis Barnim: Städte Eberswalde, Oderberg; Gemeinden Chorin, Hohenfinow, Niederfinow, Liepe, Lunow-Stolzenhagen, Ziethen, Parsteinsee</p> <p>Landkreis Uckermark: Städte Schwedt/Oder, Angermünde, Gartz (Oder); Gemeinden Mescherin, Hohenselchow – Groß Pinnow, Pinnow, Tantow, Casekow, Zichow</p> <p>Landkreis Vorpommern-Greifswald: Stadt Penkun; Gemeinden Krackow, Nadrensee, Grambow, Glasow, Ramin, Plöwen, Blankensee</p>	<p>Landkreis Gryfino: Alle Gemeinden</p> <p>Landkreis Police: Gemeinden Kołbaskowo, Dobra</p> <p>Stadt Stettin</p>

Tabelle 1: Landkreise, Städte und Gemeinden im Untersuchungsgebiet

Außerhalb der Metropole Stettin sind die Mittelzentren Schwedt/Oder, Angermünde und Eberswalde zentral für die räumliche Entwicklung

Im Norden des Untersuchungsgebiets liegt die Metropole Stettin und deren Umland, die Metropolregion Stettin (SOM), welcher die Gemeinden Kołbaskowo, Dobra, Gryfino und Stare Czarnowo angehören.

Außerhalb der Metropolregion Stettin ist der Raum ländlich geprägt. Zentrale Orte sind die Mittelzentren Schwedt/Oder, Angermünde, Eberswalde und Bad Freienwalde. Benachbarte Mittelzentren sind Prenzlau und Pasewalk. Als grundfunktionale Schwerpunkte sind im Regionalplan Uckermark-Barnim die Städte Gartz (Oder) und Oderberg ausgewiesen.

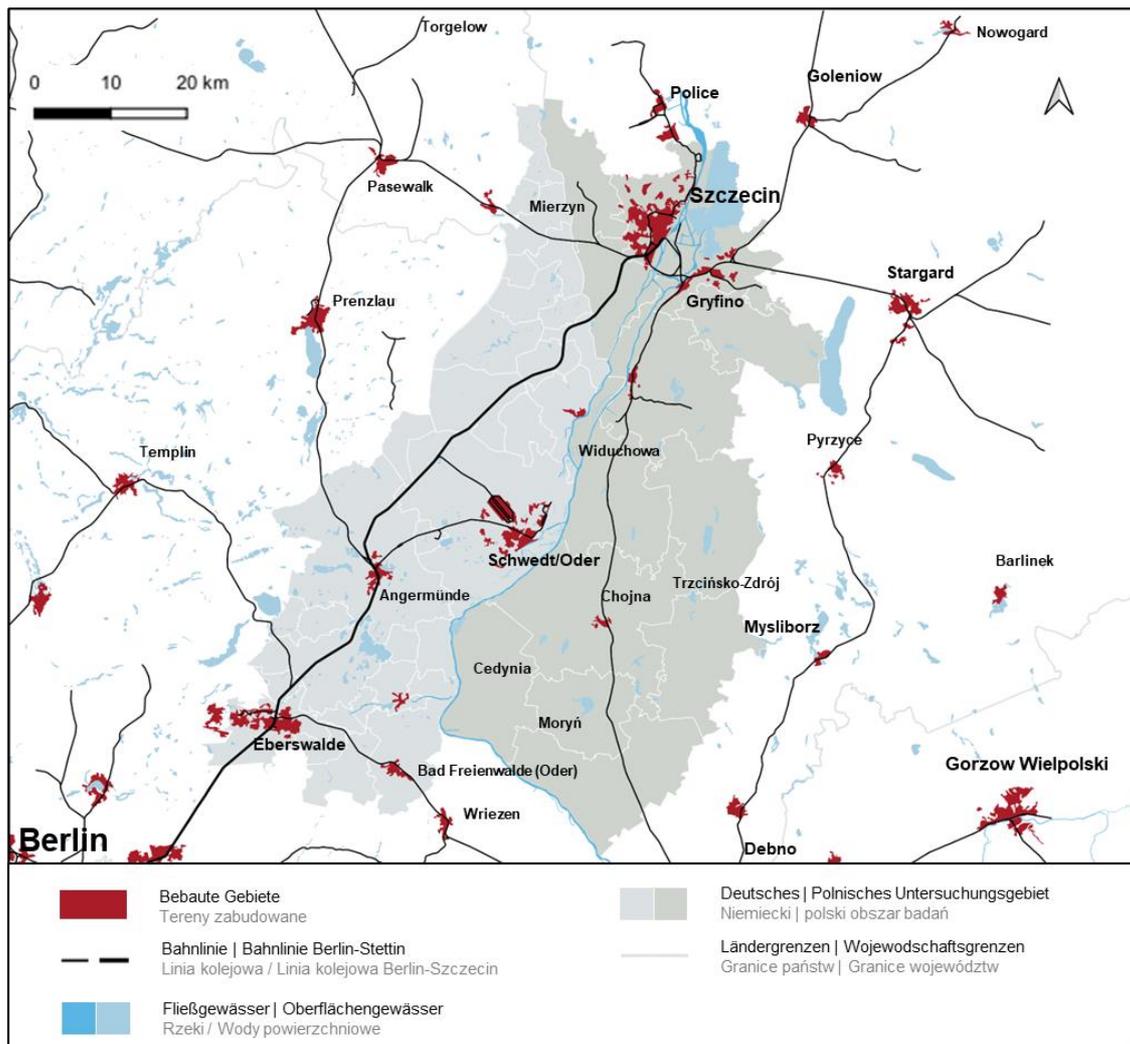


Abbildung 1: Karte des Untersuchungsgebiets

Auf polnischer Seite ist Gryfino als überörtliches Zentrum ausgewiesen. In unmittelbarer Nachbarschaft befinden sich das teilregionale Zentrum Stargard sowie die überörtlichen Zentren Police, Pyrzyce und Myślibórz. Chojna hat den Status eines lokalen Zentrums, Cedynia, Moryń und Trzcianko Zdrój sind städtische Grundzentren. Kołbaskowo, Dobra, Stare Czarnowo, Banie, Widuchowa stellen als Gemeindegrundzentren die Versorgung mit grundlegenden öffentlichen Dienstleistungen sicher ^{1,2}.

¹ Marszałek Województwa Zachodniopomorskiego: Plan Zagospodarowania Przestrzennego Województwa Zachodniopomorskiego 2020 (PZPWZ 2020). Szczecin, 2020

² Gemeinsame Landesplanungsabteilung Berlin-Brandenburg: Landesentwicklungsplan Hauptstadtregion Berlin-Brandenburg (LEP HR). Potsdam, 2019

Zentrum	Einwohnerzahl (31.12.2022)	Zentrenhierarchie
Eberswalde	41.103	MZ
Schwedt/Oder	33.525	MZ
Angermünde	13.696	MZ
Oderberg	2.117	GSP
Gartz (Oder)	2.442	GSP
Bad Freienwalde	12.231	MZ
Gryfino	30.813	ÜLZ
Chojna	13.171	LZ
Cedynia	4.009	SGZ
Moryn	4.136	SGZ
Trzcińsko-Zdrój	4.855	SGZ

Tabelle 2: Zentrale Orte im Untersuchungsgebiet und deren Einwohnerzahl (AfS BB 2023, GUS 2024); MZ: Mittelzentrum, GSP: Grundfunktionaler Schwerpunkt, ÜLZ: Überlokales Zentrum – Ośrodek ponadlokalny, Städtisches Grundzentrum – Miejski ośrodek podstawowy

Bevölkerung nimmt nur leicht ab und altert stark, vor allem auf polnischer Seite

Am 31.12.2022 lebten im Untersuchungsgebiet 643.786 Menschen, davon 513.261 im polnischen und 125.095 im deutschen Teilraum. In Stettin lebten zu diesem Zeitpunkt 391.566 Menschen. Seit 2010 hat die Bevölkerung nur wenig abgenommen. Im deutschen Teilraum nahm die Bevölkerungszahl nach längerem Rückgang im Jahr 2022 erstmals wieder zu. Im polnischen Teilraum nahm die Bevölkerungszahl seit 2015 kontinuierlich ab³.

Der Anteil der Bevölkerung über 65 Jahre ist zwischen 2010 und Ende 2022 im Untersuchungsgebiet stark angestiegen. 2010 waren gut 102.000 Personen, 2022 knapp 143.000 Personen über 65 Jahre alt. Während der Anstieg zwischen 2010 und 2022 im deutschen Teilraum 16% betrug, nahm sie im polnischen Teilraum um 51% zu^{4,5}.

³ Amt für Statistik Berlin-Brandenburg: Statistischer Bericht A I 4 / AV 2 - j / 22 "Bevölkerungsentwicklung und Flächen der kreisfreien Städte, Landkreise und Gemeinden im Land Brandenburg 2022". Potsdam, 2023 (AfS BB 2023)

⁴ Statistische Ämter des Bundes und der Länder Regionaldatenbank: Tabelle 12411-02-03-5 „Bevölkerung nach Geschlecht und Altersgruppen (17) - Stichtag 31.12. - regionale Tiefe: Gemeinden“. Düsseldorf, 2024 (RDB 2024)

⁵ Główny Urząd Statystyczny: Bank Danych Lokalnych. Ludność wg funkcjonalnych grup wieku i płci w podziale na miasto i wieś (P3447). Warschau, 2024 (GUS-BDL 2024)

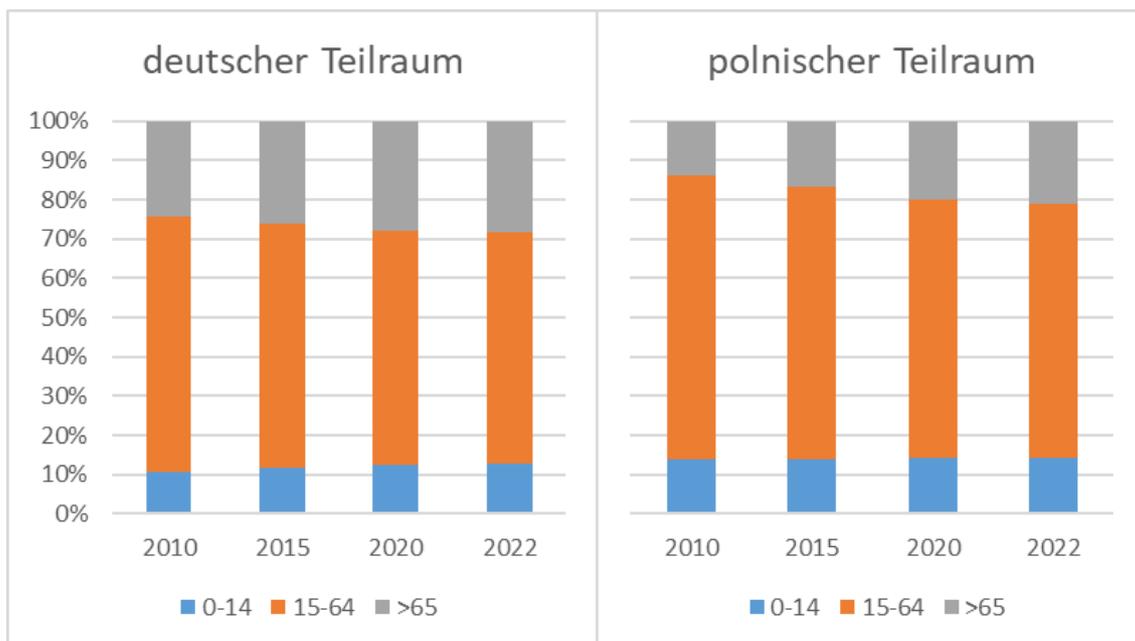


Abbildung 2: Entwicklung der Anteile der Altersgruppen im polnischen und deutschen Teilraum des Untersuchungsgebiets zwischen 2010 und 2022.

Verflechtungen haben seit 2010 deutlich zugenommen

Mit Gültigkeit der vollständigen Arbeitnehmerfreizügigkeit seit Januar 2014 hat die Zahl von Arbeitnehmer*innen mit Wohnsitz in Polen, die in den Landkreisen Vorpommern-Greifswald, Uckermark, Barnim und Märkisch-Oderland sozialversicherungspflichtig beschäftigt sind, stark zugenommen. Arbeiteten im Dezember 2015 noch weniger als 3.500 Arbeitnehmer*innen mit Wohnsitz in Polen in den vier bezeichneten Landkreisen, waren es im Juni 2023 mehr als 11.000 (vgl. Abbildung 3) ⁶.

⁶ Bundesagentur für Arbeit: Beschäftigte nach Staatsangehörigkeiten (Quartalszahlen). Deutschland, Länder, Kreise. Berichtsmonate: 31. Dezember 2015, 31. Dezember 2020, 31. Dezember 2022, 30. Juni 2023. Nürnberg, 2015-2023 (BfA 2025-2023)

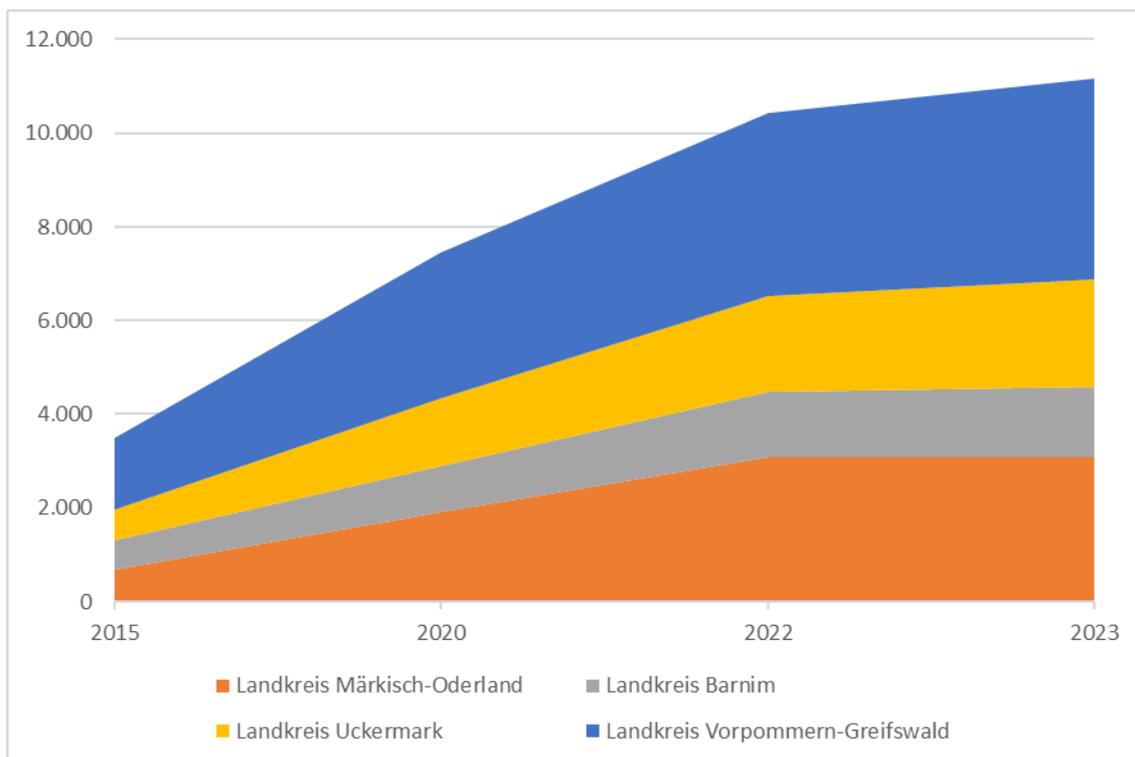


Abbildung 3: Veränderung der Anzahl der Einpendler aus Polen in die Landkreise Barnim, Märkisch-Oderland, Uckermark und Vorpommern-Greifswald 2015-2023 (AfA 2024)

Ebenfalls stark zugenommen hat im deutschen Teil des Untersuchungsgebiet die Wohnbevölkerung mit polnischer Staatsbürgerschaft. Von knapp 3.600 Personen im Jahr 2010 verdreifachte sie sich nahezu auf mehr als 10.000 Personen im Jahr 2022⁷.

Auch der grenzüberschreitende Tourismus hat zugenommen. Zwischen 2010 und 2022 stieg die Zahl der Übernachtungsgäste aus Deutschland im polnischen Teil des Untersuchungsgebiets um 30%, im gleichen Zeitraum stieg in Brandenburg die Zahl polnischer Gäste um ca. 35%^{8,9}.

⁷ Statistisches Bundesamt: Tabelle 12521-0041. Ausländer: Kreise, Stichtag, Geschlecht, Ländergruppierungen/Staatsangehörigkeit. Wiesbaden, 2024

⁸ Statistik Berlin-Brandenburg: Tourismus Berlin/Brandenburg. Region nach Jahr und Herkunftsländer der Gäste. Potsdam, 2024

⁹ Główny Urząd Statystyczny: Bank Danych Lokalnych. Noclegi udzielone turystom zagranicznym (nierezydentom) w turystycznych obiektach noclegowych według wybranych krajów (2759). Warszawa, 2024

3. Rechtliche und organisatorische Rahmenbedingungen für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung

EU-Patientenmobilitätsrichtlinie

Die Inanspruchnahme einer grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung ist auf europäischer Ebene in erster Linie durch die Patientenmobilitätsrichtlinie (Richtlinie 2011/24/EU)¹⁰ geregelt. Grundsätzlich gilt die Richtlinie „für jegliche Gesundheitsversorgung von Patienten“ ausgenommen „Dienstleistungen im Bereich der Langzeitpflege“, der „Zuteilung von und den Zugang zu Organen“ sowie „öffentliche Impfprogramme gegen Infektionskrankheiten“. Allerdings werden in Artikel 8 Leistungen der Gesundheitsversorgung definiert, die einem Genehmigungsvorbehalt durch den Versicherungsmitgliedstaat unterliegen können. Dies sind insbesondere geplante Behandlungen, die „i) eine Übernachtung des Patienten im Krankenhaus für mindestens eine Nacht erfordern oder ii) den Einsatz einer hoch spezialisierten und kostenintensiven medizinischen Infrastruktur oder medizinischen Ausrüstung erfordern“.

Europäische Koordinierungsverordnungen

Darüber hinaus haben in einem EU-Mitgliedsstaat Versicherte nach den Europäischen Koordinierungsverordnungen (VO (EG) 883/2004¹¹ und deren Durchführungsverordnung VO (EG) 987/2009)¹², Anspruch auf medizinisch notwendige Leistungen, wenn sie sich in einem anderen EU-Mitgliedsstaat aufhalten. Dazu müssen sie einen Sachleistungsanspruch im Versicherungsstaat nachweisen.

Europäische Krankenversicherungskarte

Unvorhergesehene Gesundheitsdienstleistungen im EU-Ausland sind durch die Europäische Krankenversicherungskarte (EKVK) abgedeckt. Diese wird von deutschen Krankenversicherern automatisch mit der Krankenversicherungskarte ausgegeben. In Polen ist die EKVK gesondert zu beantragen.

¹⁰ Richtlinie 2011/24/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 9. März 2011 über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, Strasbourg, 2011

¹¹ Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, Strasbourg, 2004

¹² Verordnung (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, Strasbourg, 2009

Grenzüberschreitender Rettungsdienst

In der Notfallmedizin wird die grenzüberschreitende Zusammenarbeit durch bilaterale Kooperationsvereinbarungen geregelt. Das Rahmenabkommen zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Republik Polen über die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Rettungsdienst aus dem Jahre 2011 ermächtigt die die Länder Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg und den Freistaat Sachsen sowie die Landkreise und kreisfreien Städte bzw. die Woiwoden von Niederschlesien; Lebuser Land und Westpommern, Kooperationsvereinbarungen abzuschließen (BGBl. II 2013 S. 998)¹³.

In diesen Kooperationsvereinbarungen können die Vertragsparteien die Durchführung von Rettungseinsätzen auf beiden Seiten der Grenze regeln.

Bislang wurden folgende Kooperationsvereinbarungen nach dem Rahmenabkommen zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Republik Polen über die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Rettungsdienst geschlossen:

- Zwischen dem Woiwoden von Westpommern und dem Landkreis Vorpommern-Greifswald,
- zwischen dem Woiwoden von Lebuser Land sowie den kreisfreien Städten Frankfurt (Oder) und Cottbus, dem Landkreis Märkisch-Oderland, dem Landkreis Oder-Spree, dem Landkreis Spree-Neiße, dem Landkreis Görlitz,
- zwischen dem Woiwoden von Niederschlesien und dem Landkreis Görlitz.

Die Kooperationsvereinbarung zwischen dem Woiwoden von Westpommern und den Landkreisen Uckermark und Barnim befindet sich derzeit noch in der Verhandlung.

Europäischer Gesundheitsdatenraum (EHDS)

Eine wichtige Rolle bei der Inanspruchnahme von grenzüberschreitenden Gesundheitsleistungen spielt der Austausch von Gesundheitsdaten, insbesondere von Patient*innendaten und elektronischen Rezepten.

¹³ Bundesanzeiger Verlag GmbH: Bundesgesetzblatt Jahrgang 2013 Teil II Nr. 19, ausgegeben zu Bonn am 23. Juli 2013. Bekanntmachung des deutsch-polnischen Rahmenabkommens über die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Rettungsdienst vom 22. Mai 2013. Köln, 2013

Die Europäische Kommission hat 2022 einen Vorschlag zum Europäischen Raum für Gesundheitsdaten (European Health Data Space, EHDS) vorgelegt¹⁴. Mit dieser Verordnung soll der grenzüberschreitende Zugang zu Gesundheitsdaten vereinfacht werden, bspw. über elektronische Rezepte oder elektronische Patient*innenkurzakte. Am 15. März 2024 haben sich Europäisches Parlament und Europäischer Rat auf einen Kompromissvorschlag geeinigt. Dieser muss noch durch Rat und Parlament gebilligt und im Amtsblatt veröffentlicht werden. Es ist davon auszugehen, dass die Verordnung spätestens 2025 in Kraft tritt.

Nach Informationen der Europäischen Kommission ist es aktuell zwischen Deutschland und Polen noch nicht möglich, grenzüberschreitend auf Patient*innendaten zuzugreifen¹⁵. Das e-Rezept wurde in Deutschland zum 1. Januar 2024 eingeführt. In Polen wurde das e-Rezept bereits im Januar 2019 eingeführt. Aktuell empfiehlt die europäische Kommission die Ausstellung eines Ausdrucks, da die elektronischen Gesundheitsdienste grenzüberschreitend häufig nicht kompatibel sind.

Was bedeutet das in der Praxis für das Untersuchungsgebiet?

In der Praxis heißt das, dass Patient*innen, die im Untersuchungsgebiet beiderseits der Unteren Oder leben oder arbeiten:

- sich im Nachbarland ambulant behandeln lassen können.
Dabei müssen sie ohne vorherige Genehmigung durch die Krankenkasse der Versicherten ggf. in Vorleistung treten. Mehrkosten im Vergleich zu einer Behandlung im Versicherungsstaat müssen ggf. selbst getragen werden.
- die Kosten für geplante Behandlung, welche eine stationäre Versorgung beinhaltet, nur nach vorheriger Genehmigung durch die Krankenkasse des Versicherten übernommen werden oder privat getragen werden müssen.
Laut Angaben des Nationalen Gesundheitsfonds Westpommern wurden in den Jahren 2020-2023 insgesamt 11 Anträge auf geplante Behandlung in Deutschland genehmigt¹⁶.
- Im Falle eines Notfalles im Nachbarland behandelt werden können. Für eine Verbringung in das ggf. im Nachbarland gelegene Krankenhaus ist eine Übergabe an den

¹⁴ Europäische Kommission: Vorschlag für eine Verordnung des Europäischen Parlamentes und Rates über den europäischen Raum für Gesundheitsdaten. Strasbourg, 2022

¹⁵ Europäische Kommission: Electronic cross-border health services. https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/electronic-cross-border-health-services_en. Brussels, 2024

¹⁶ Zachodniopomorski Odział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia: Transgraniczna opieka zdrowotna. Vortrag auf der Zukunftswerkstatt Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung am 31. Januar 2024, Schwedt/Oder (unveröffentlicht)

Rettungsdienst des Nachbarlandes an der Staatsgrenze erforderlich, da bislang kein Kooperationsabkommen zwischen den Landkreisen Uckermark, Barnim und dem Woiwoden von Westpommern abgeschlossen wurde. In dem im Landkreis Vorpommern-Greifswald gelegenen Teil des Untersuchungsgebiets sind grenzüberschreitende Rettungseinsätze möglich.

4. Versorgungsanalyse

4.1. Stationäre medizinische Versorgung

Räumliche Versorgungssituation

Zur Analyse der räumlichen Versorgungssituation wurden die im Untersuchungsgebiet und dessen unmittelbarer Nachbarschaft gelegenen Einrichtungen der stationären Gesundheitsversorgung betrachtet. Dazu zählen sämtliche Einrichtungen der stationären öffentlichen Gesundheitsversorgung, die

- in den Krankenhausplanungen der Bundesländer Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg^{17,18} oder
- im Verzeichnis der Gesundheitsdienstleister des Basis-Krankenhaus-Gesundheitssystems in der Woiwodschaft Westpommern¹⁹

enthalten sind.

Der Einzugsbereich der Einrichtungen der stationären Gesundheitsversorgung wurde näherungsweise über einen 15-Kilometer-Radius ermittelt. Dies entspricht einer Fahrzeit von 15 Minuten bei einer Durchschnittsgeschwindigkeit von 60 km/h. Laut Deutschlandatlas beträgt die mittlere Erreichbarkeit von Krankenhäusern der Grundversorgung 16 Minuten²⁰

Im Untersuchungsgebiet mit i.d.R. kleinen Städten wird die Zeit von 15 Minuten auch innerorts nicht unterschritten. Eine Ausnahme bildet Stettin. Aufgrund des Fokus der Bearbeitung auf den ländlich geprägten Raum beiderseits der Oder und der hohen Einrichtungsdichte wurde für Stettin keine gesonderte Auswertung vorgenommen.

Im Untersuchungsgebiet bzw. in direkter Nachbarschaft befinden sich 18 Einrichtungen der stationären Gesundheitsversorgung, davon zehn in Polen und acht in Deutschland. Allein sieben Einrichtungen befinden sich in Stettin.

¹⁷ Ministerium für Soziales, Gesundheit und Sport des Landes Mecklenburg-Vorpommern: Krankenhausplan des Landes Mecklenburg-Vorpommern. Schwerin, 2023

¹⁸ Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg: Vierter Krankenhausplan des Landes Brandenburg. Potsdam, 2021

¹⁹ Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia: Wykaz świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów Systemu Podstawowego Szpitalnego Zabezpieczenia Świadczeń Opieki Zdrowotnej na terenie województwa zachodniopomorskiego. Szczecin, 2023

²⁰ Bundesministerium für Wohnen, Stadtentwicklung und Bauwesen: Deutschlandatlas. Erreichbarkeit von Krankenhäusern der Grundversorgung. Berlin, 2019 https://www.deutschlandatlas.bund.de/DE/Karten/Unsere-Gesundheitsversorgung/126-PKW-Krankenhaeuser-Grundversorgung.html#_csucp7y8p

Fünf Einrichtungen dienen der Grund- und Regelversorgung. Einrichtungen der Grundversorgung gibt es nur in Brandenburg und halten maximal drei nicht spezialisierte Fachabteilungen vor, i.d.R. für Innere Medizin, Chirurgie und Orthopädie. Sechs Einrichtungen können der Schwerpunktversorgung zugeordnet werden. Darüber hinaus gibt es fünf Fachkrankenhäuser für Neurologie / Psychiatrie, Onkologie und Kinderheilkunde.

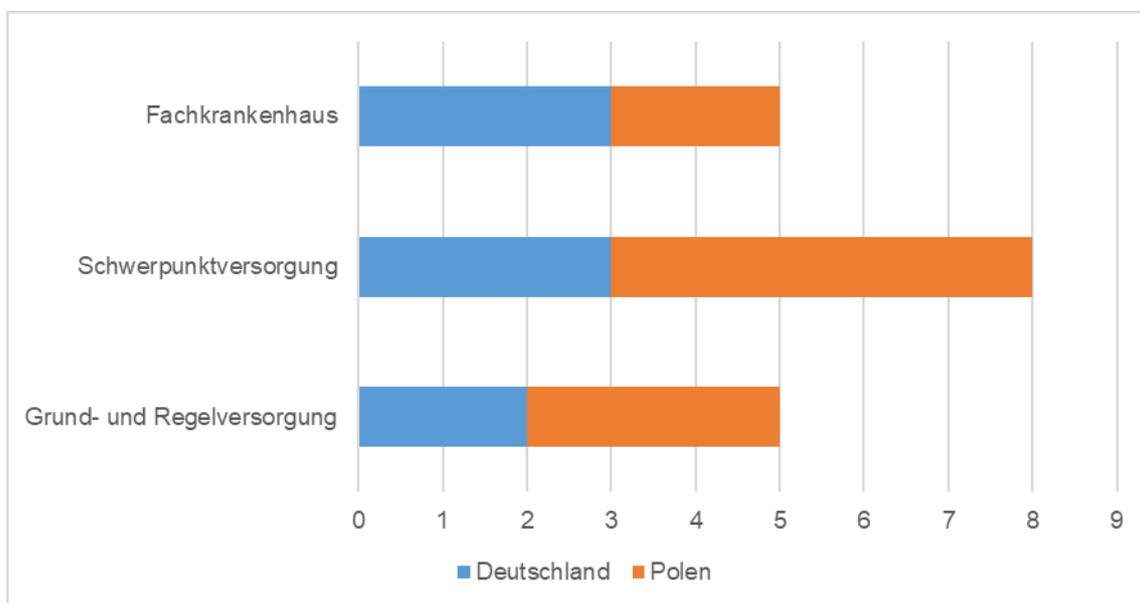


Abbildung 4: Einrichtungen der stationären Gesundheitsversorgung innerhalb bzw. in direkter Nachbarschaft des Untersuchungsgebiets

Die Auswertung der 15-Kilometer-Radien zeigt, dass insbesondere im nordwestlichen und im südöstlichen Teil des Untersuchungsgebietes die Krankenhausstandorte nicht innerhalb von 15 Minuten Fahrzeit mit dem PKW erreicht werden können. Gleichzeitig kann die Bevölkerung folgender Gemeinden Krankenhäuser im Nachbarland schneller erreichen als Krankenhäuser im Heimatland:

- Chojna, Widuchowa und Cedynia das Asklepios-Klinikum Uckermark in Schwedt/Oder,
- Gartz (Oder), Mescherin, Tantow und Nadrensee das Kreiskrankenhaus Gryfino,
- Ramin, Grambow, Blankensee und Nadrensee Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen in Stettin.

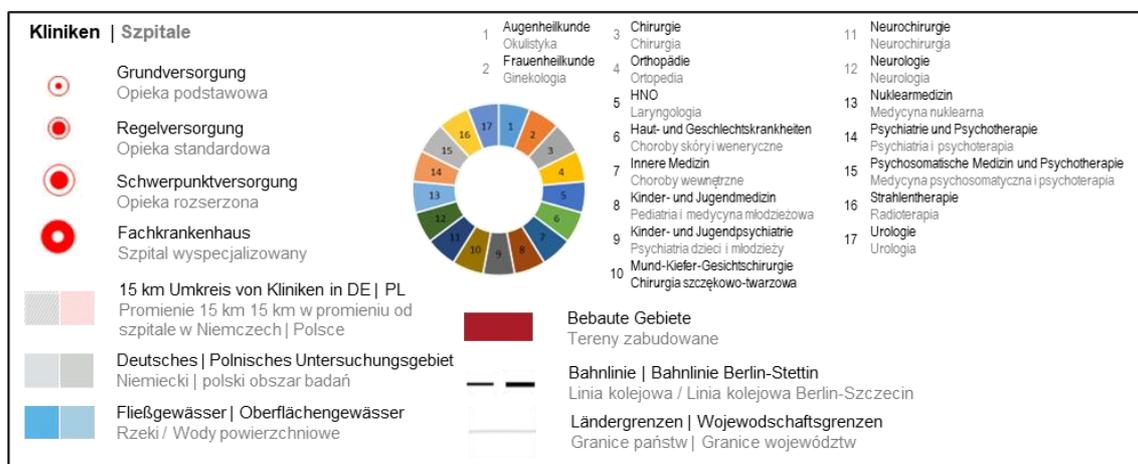
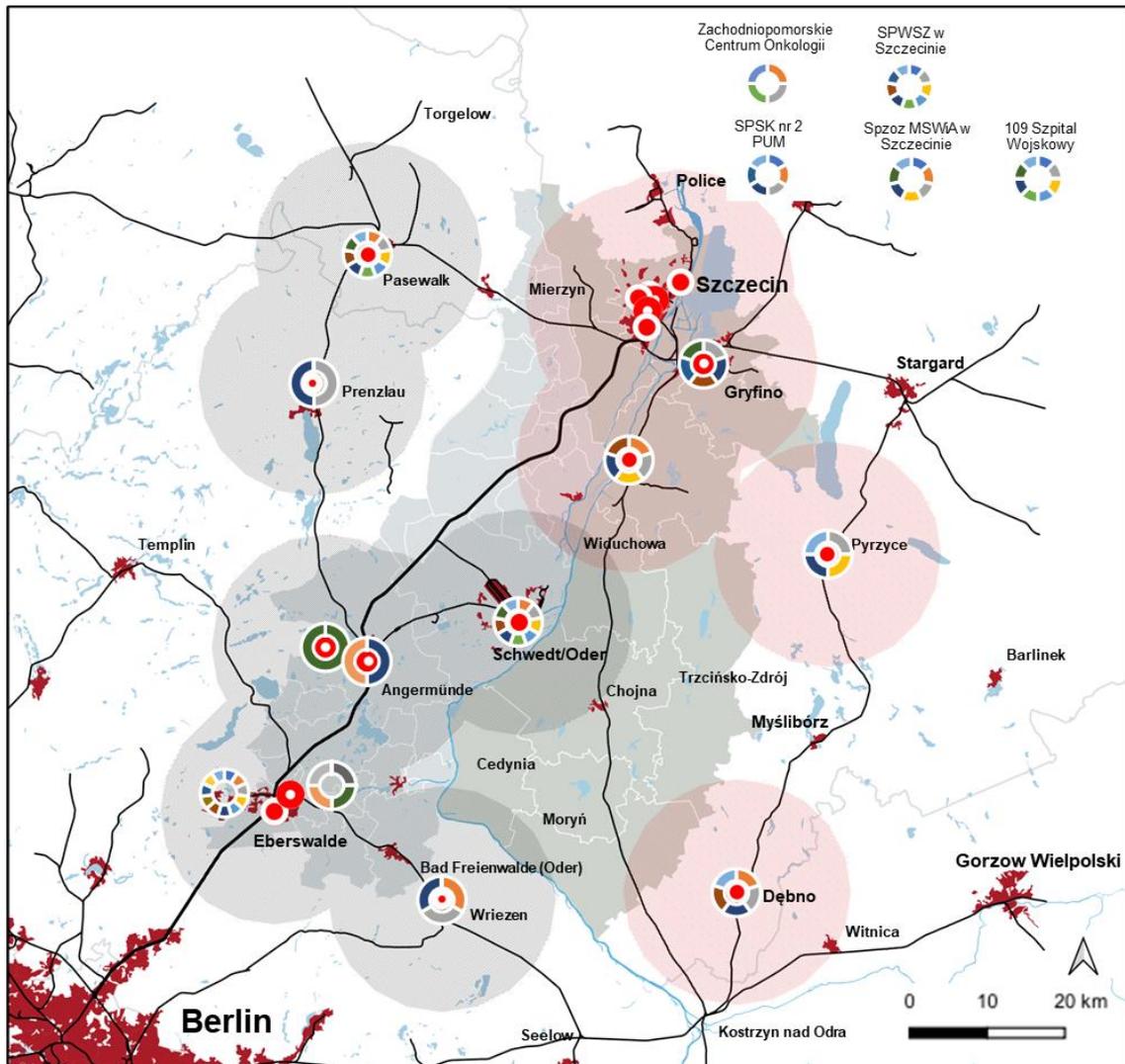


Abbildung 5: Stationäre medizinische Versorgung im Untersuchungsgebiet

Herausforderungen und Chancen einer grenzüberschreitenden Zusammenarbeit bei der stationären medizinischen Versorgung

Für die grenzüberschreitende stationäre medizinische Versorgung wurde in der Zukunftswerkstatt „Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung“ am 31. Januar 2024 in Schwedt/Oder die Vision einer grenzüberschreitenden stationären Versorgung entwickelt, bei der Patient*innen Wahlfreiheit bezüglich des Behandlungsortes haben, unabhängig davon, in welchem Staat sich die Einrichtung befindet. Über Behandlungsmöglichkeiten sollte vollständige Transparenz bestehen. Ärzte und Ärztinnen beider Seiten arbeiten eng, z.B. über telemedizinische Vernetzung zusammen.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer schätzten ein, dass dieser Zukunftsvision gegenwärtig zahlreiche Barrieren entgegenstehen:

- Sprachbarriere,
- rechtliche Zugangsbarrieren zu Leistungen im Nachbarland,
- mentale Barrieren,
- unterschiedliche fachliche Standards.

Als wesentliche Handlungsbedarfe wurden benannt:

- Ein gemeinsames Leitbild einer Gesundheitsversorgung mit Patient*innen im Mittelpunkt entwickeln und die Gesundheitsversorgung entsprechend des Leitbilds grenzüberschreitend strategisch abstimmen. Dabei von den Erfahrungen in anderen Grenzräumen lernen.
- Informationen zur grenzüberschreitenden Gesundheitslandschaft transparent bereitstellen, das Wissen über das Funktionieren der Gesundheitsversorgung im Nachbarland steigern und mentale Barrieren abbauen.
- Administrative und medizinische Standards und Prozeduren angleichen.
- Rechtliche Regelungen anpassen und über Experimentierklauseln Ausnahmen für Grenzräume zulassen (z.B. Datenschutz, Haftung und Versicherung, Berufsausübung).
- Finanzielle Ungleichgewichte in der Finanzierung einer grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung ausgleichen, z.B. durch einen Ausgleichsfonds.

4.2. Ambulante medizinische Versorgung

Rechtsgrundlagen und Organisation

Die ambulante medizinische Versorgung wird in Deutschland und Polen sowohl durch öffentlich als auch privat organisierte, niedergelassene Allgemein- und Fachärzte und -ärztinnen realisiert. In **Deutschland** erfolgt die öffentliche ambulante medizinische Versorgung durch Vertragsärzte und -ärztinnen, welche nach Sozialgesetzbuch²¹ in den Kassenärztlichen Vereinigungen der Bundesländer selbstorganisiert sind. In **Polen** wird die öffentliche ambulante medizinische Versorgung durch das Gesetz über aus öffentlichen Mitteln finanzierte Gesundheitsdienstleistungen²² geregelt. Gemäß Art. 57 können aus öffentlichen Mitteln finanzierte Gesundheitsdienstleistungen nur nach Überweisung durch einen Vertragsarzt in Anspruch genommen werden.

Im Jahr 2017 wurde mit dem Gesetz über die medizinische Grundversorgung²³ in Polen das System der grundlegenden Gesundheitsversorgung eingeführt, das eine ähnliche Funktion wie der Hausarzt in Deutschland hat: Als Erstkontakt des Versicherten soll dieser über die Notwendigkeit einer weiteren Behandlung durch einen Facharzt entscheiden. Alle öffentlich finanzierten Gesundheitsdienstleistungen werden durch Ärzte und Ärztinnen oder Therapeut*innen angeboten, die einen Vertrag mit dem Nationalen Gesundheitsfonds NFZ abgeschlossen haben.

Räumliche Versorgungssituation

Insgesamt sind im Untersuchungsgebiet 890 niedergelassene Arztpraxen öffentlich registriert, davon 275 in Deutschland^{24, 25} und 687 in Polen²⁶. In Stettin sind 487 Praxen zugelassen.

²¹ Bundesanzeiger Verlag GmbH: Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung, §§ 77ff. BGBl. I S. 2477. Berlin, 1988

²² Kancelaria Sejmu RP: Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz. U. poz. 2561. Warszawa, 2022

²³ Kancelaria Sejmu RP: Ustawa o podstawowej opiece zdrowotnej, Dz. U. poz. 2527. Warszawa, 2022

²⁴ Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg: Arztsuche. <https://arztsuche.kvbb.de/ases-kvbb>, abgerufen im April 2024

²⁵ Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern: Arzt- und Psychotherapeutensuche Mecklenburg-Vorpommern. <https://www.kvmv.de/service/arztsuche/>, abgerufen im April 2024

²⁶ Narodowy Fundusz Zdrowia: Gdzie sie leczyc? <https://gsl.nfz.gov.pl>, abgerufen im April 2024

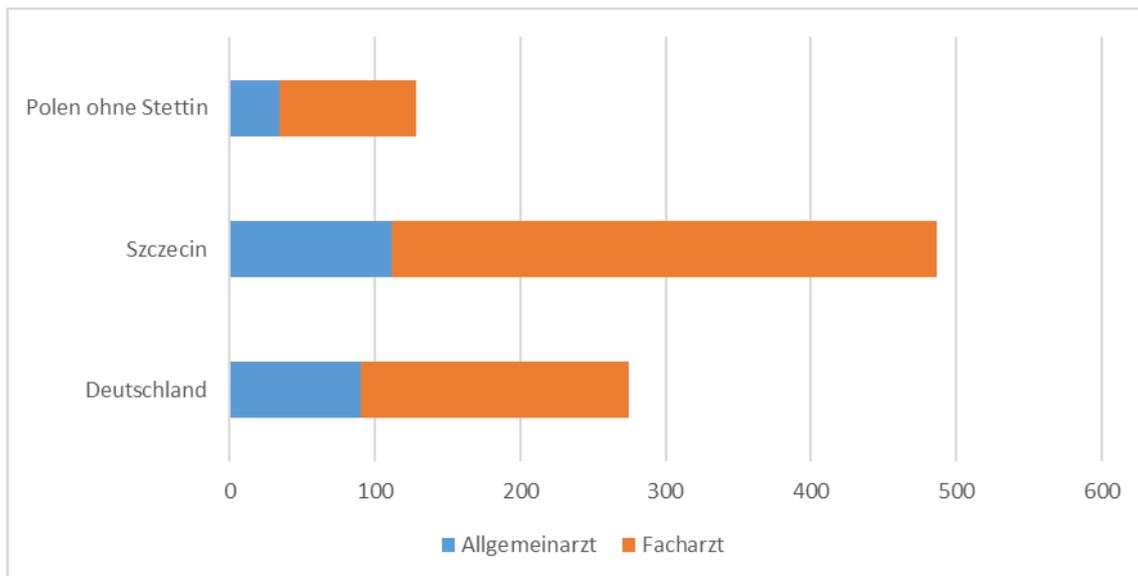


Abbildung 6: Ambulante medizinische Versorgung im Untersuchungsgebiet

Aus den nachfolgenden Darstellungen wird deutlich, dass eine allgemeinmedizinische Versorgung in einem 15-Kilometer-Umkreis der Allgemeinärzte und -ärztinnen flächendeckend gegeben ist. Auch die fachärztliche Versorgung ist grundlegend flächendeckend in einem 15-Kilometer-Umkreis um die Facharztpraxen gegeben. Es wurde nicht nach Fachgebieten differenziert. Dies bedeutet, dass eine lokale Unterversorgung in einzelnen Fachgebieten möglich ist.

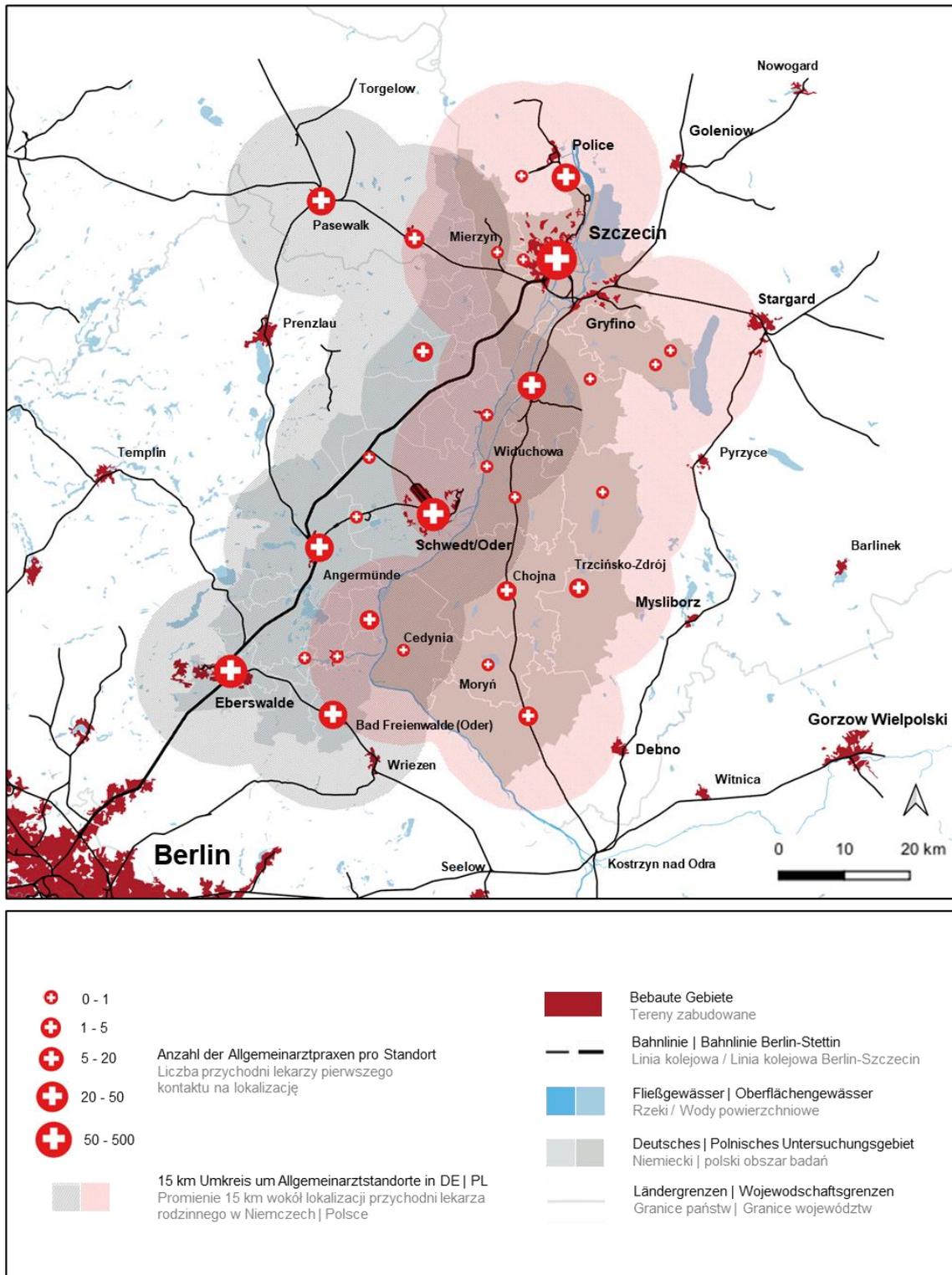


Abbildung 7: Allgemeinmedizinische Versorgung im Untersuchungsgebiet

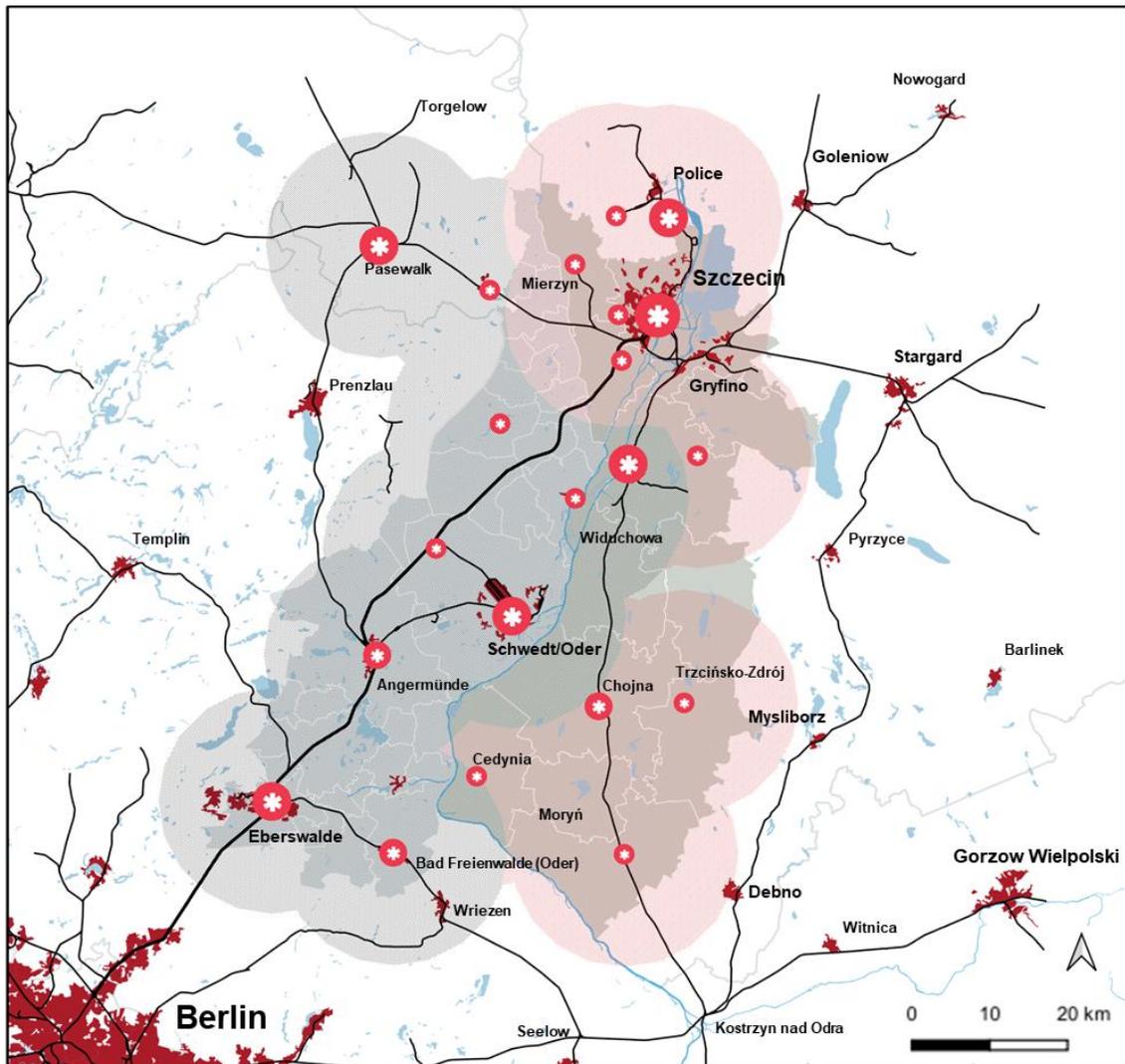


Abbildung 8: Fachmedizinische Versorgung im Untersuchungsgebiet

Herausforderungen und Chancen einer grenzüberschreitenden Zusammenarbeit bei der ambulanten medizinischen Versorgung

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Zukunftswerkstatt „Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung“ formulierten die Vision einer grenzüberschreitenden, sektorübergreifenden, auf Kooperation ausgerichteten Vernetzung der ambulanten Gesundheitsversorgung. Ein besonderer fachlicher Mehrwert wurde in einem verstärkten Erfahrungsaustausch, z.B. zu Prophylaxe, Diagnostik oder Therapien gesehen.

Folgende Handlungsbedarfe wurden in erster Linie identifiziert:

- Vereinfachter Zugang zu Informationen zum Gesundheitssystem im Nachbarland, vor allem zur Organisation und Finanzierung sowie zum Leistungsangebot.
- Verbesserter, grenzüberschreitender Austausch von Patient*innendaten durch Verknüpfung der e-Health-Dienste in Polen und Deutschland.
- Die Vereinfachung der grenzüberschreitenden Abrechnung von Leistungen.
- Eine stärkere grenzüberschreitende Zusammenarbeit in der ambulanten Pflegeversorgung. Trotz unterschiedlicher Rahmenbedingungen – in Polen erfolgt die Pflege viel stärker durch Familienangehörige als in Deutschland – wurde auch für Polen ein steigender Bedarf nach Pflegeleistungen prognostiziert.

4.3. Medizinische Notfallversorgung

Rechtsgrundlagen und Organisation

In Deutschland sind die Länder für die Organisation des Rettungsdienstes zuständig und haben dazu Ländergesetze erlassen, z.B. das Brandenburgische Rettungsdienstgesetz²⁷ oder das Rettungsdienstgesetz Mecklenburg-Vorpommern²⁸.

Träger des Rettungsdienstes sind die Länder für den Bereich der Luftrettung und die Landkreise für den bodengebundenen Rettungsdienst. Zentrale Einrichtungen des Rettungsdienstes sind die Rettungsleitstellen und die Rettungswachen. Rettungswachen können durch private Träger im Auftrag der Landkreise betrieben werden.

²⁷ Der Präsident des Landtages Brandenburg: Gesetz über den Rettungsdienst im Land Brandenburg (Brandenburgisches Rettungsdienstgesetz - BbgRettG). GVBl.I/08, [Nr. 10], S.186. Potsdam, 2008

²⁸ Justizministerium Mecklenburg-Vorpommern: Rettungsdienstgesetz Mecklenburg-Vorpommern (RDG M-V) vom 9. Februar 2015, GVBl. M-V 2015, 50. Schwerin, 2015

In Zuständigkeit der Krankenhausträger liegt die Organisation der klinischen Notfallversorgung. Landesgesetze regeln, dass Krankenhäuser die Versorgung von Notfällen zu gewährleisten haben. Krankenhäuser sind verpflichtet, mit Rettungsdiensten und Katastrophenschutzbehörden zusammenzuarbeiten.

In Polen ist der Rettungsdienst Aufgabe des Staates und wird durch zentralstaatliche Einrichtungen organisiert, die direkt dem polnischen Gesundheitsminister bzw. den Woiwoden unterstehen. Zentrale Rechtsgrundlage ist das Gesetz über den staatlichen Rettungsdienst²⁹, welches sowohl die Organisation des Rettungsdienstes als auch der klinischen Notfallversorgung regelt.

Zentrale Einrichtungen der medizinischen Notfallversorgung sind Notaufnahmen der Krankenhäuser (szpitalny oddział ratunkowy), die zentrale Rettungsleitstelle (dyspozytorna medyczna) und die medizinischen Notfallteams (zespoły ratownictwa medycznego). Rettungsleitstelle und medizinische Notfallteams sind im Woiwodschaftsrettungsdienst (Wojewódzkie Pogotowie Ratunkowe – WPR) organisiert.

Räumliche Versorgungssituation

Im Untersuchungsgebiet sind insgesamt 25 Rettungswachen bzw. medizinische Notfallteams lokalisiert. In den Gemeinden Cedynia, Trzcińsko-Zdrój, Widuchowa, Moryń und Banie sind keine Rettungswachen stationiert. Die notfallmedizinische Versorgung kann im Untersuchungsgebiet durch die Krankenhäuser in Eberswalde, Schwedt/Oder, Angermünde, Gryfino, Stettin geleistet werden. Zusätzlich wird die Notfallversorgung durch die Krankenhäuser Myślibórz, Stargard, Prenzlau und Pasewalk gewährleistet. Insbesondere die Bewohner der Gemeinden Cedynia, Chojna und Widuchowa würden von einer grenzüberschreitenden notfallmedizinischen Versorgung profitieren.

²⁹ Kancelaria Sejmu: Prawo o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Dz. U. 2006 Nr 191 poz. 1410. Warszawa, 2006

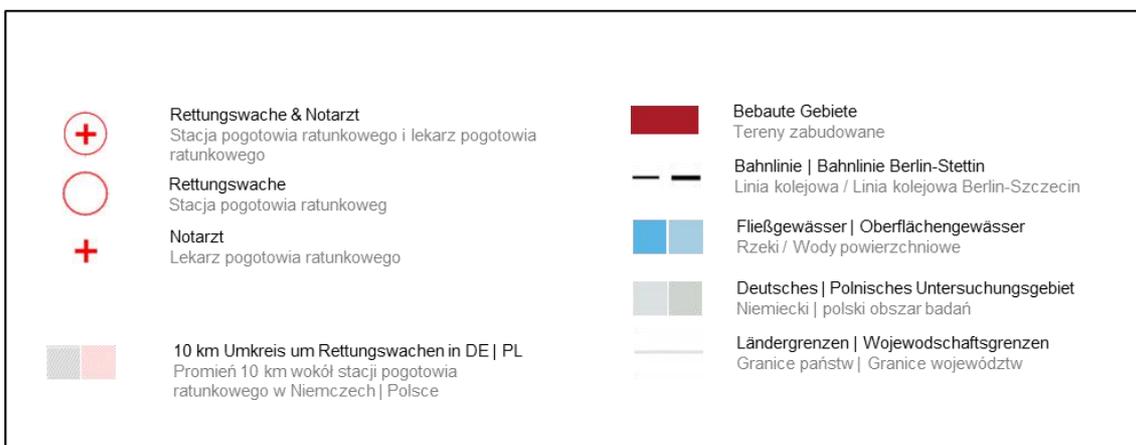
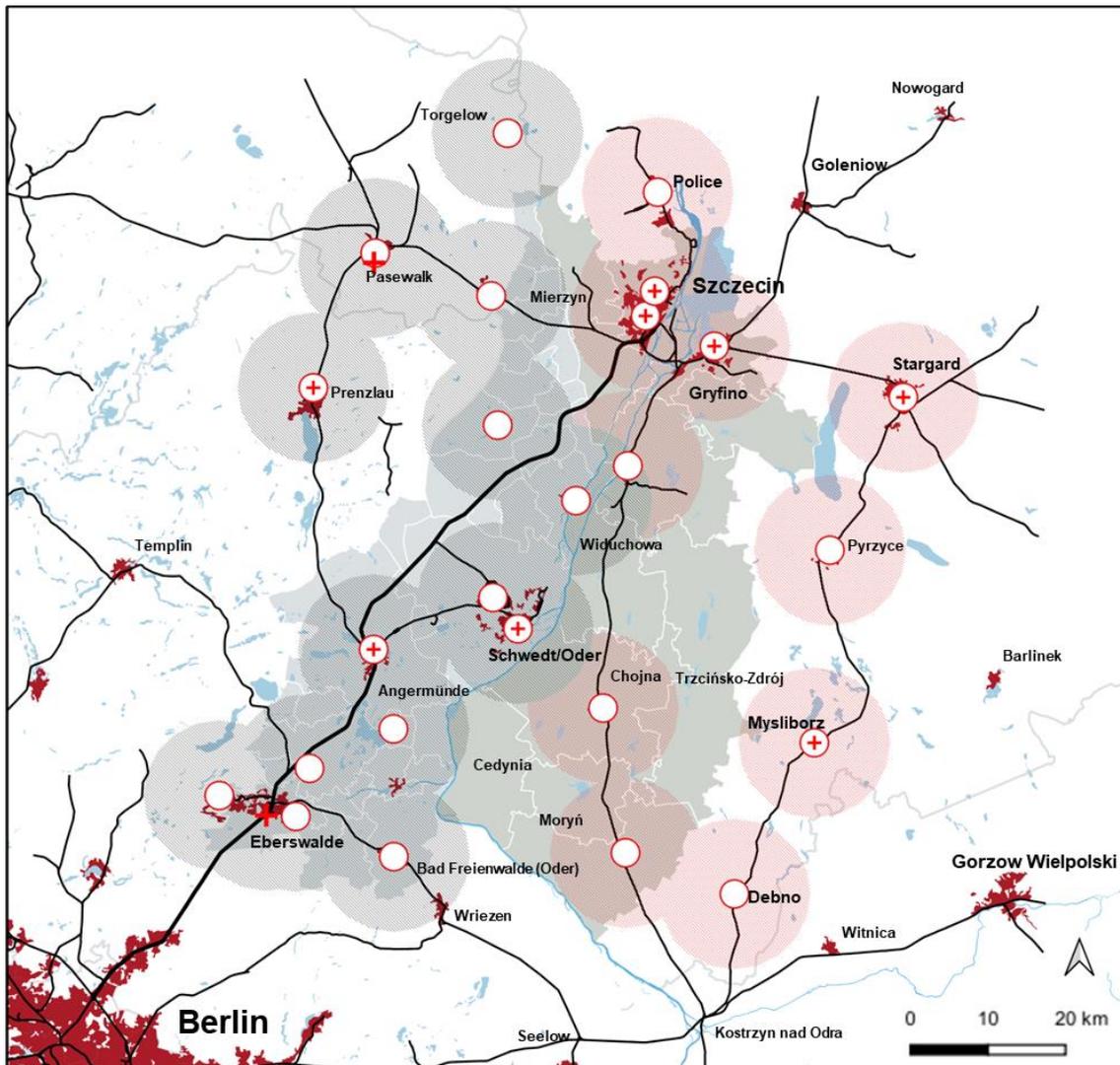


Abbildung 9: Lokalisierung von Rettungswachen im Untersuchungsgebiet

Herausforderungen und Chancen einer grenzüberschreitenden Zusammenarbeit bei der medizinischen Notfallversorgung

Von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Zukunftswerkstatt „Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung“ wurde eine grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Rettungsdienst nach der Next-best-Strategie gewünscht. Demnach sollten Patient*innen ins nächstgelegene Krankenhaus verbracht werden, unabhängig davon, auf welcher Seite der Grenze sich Rettungswachse, Notarzt oder Notaufnahme befinden, zuweisen.

Der Bedarf wurde anhand der aktuellen Situation demonstriert: Aufgrund der noch nicht abgeschlossenen Vereinbarung zum grenzüberschreitenden Rettungsdienst können Patient*innen derzeit nicht oder nur per Übergabe über die Staatsgrenze transportiert werden. Dies bedeutet in der Praxis, dass polnische Schlaganfall- oder Herzinfarktpatient*innen, die z.B. aus Chojna in das etwa 15 Kilometer bzw. 22 Fahrminuten entfernte, mit einer Stroke-Einheit ausgestattete Asklepios-Klinikum Uckermark in Schwedt/Oder transportiert werden könnten, in das mehr als 65 Kilometer bzw. 75 Fahrminuten entfernte Stettin oder in unzureichend ausgestattete Krankenhäuser transportiert werden müssen.

Als vordringlich wurden folgende Handlungsbedarfe identifiziert:

- Die Vereinbarung zum grenzüberschreitenden Rettungsdienst zwischen den Landkreisen Uckermark, Barnim und dem Woiwoden von Westpommern zügig abzuschließen.
- Die Zusammenarbeit praktisch zu erproben. So wurde die Einrichtung einer Modellregion zum grenzüberschreitenden Rettungswesen vorgeschlagen, welche u.a. gemeinsame Schulungen und Übungen der Rettungskräfte, die Erarbeitung eines an der Next-best-Strategie orientierten grenzüberschreitenden Einsatzkonzepts und den Aufbau gemeinsamer Governance-Strukturen sowie eine Evaluation der Zusammenarbeit umfassen könnte.
- Die Kommunikation zwischen den Beteiligten zu verbessern. Die Sprachbarriere stellt eine wichtige Herausforderung dar. Grundlegende Kenntnisse der Nachbarsprache helfen dabei, in Belastungssituationen Berührungspunkte abzubauen. Sprachmittlung durch künstliche Intelligenz kann die Kommunikation weiter vereinfachen.

4.4. Apothekenversorgung

Rechtsgrundlagen und Organisation

Die Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln und der Betrieb von Apotheken ist in Deutschland durch das Apothekengesetz (ApoG)³⁰ und das Arzneimittelgesetz³¹ bundesrechtlich geregelt.

Danach herrscht in Deutschland die Niederlassungsfreiheit für Apotheken sowie ein Fremd- und Mehrbesitzverbot, welches besagt, dass Apotheken durch einen Apotheker / eine Apothekerin betrieben werden müssen und nicht mehr als drei Filialapotheken durch einen Apotheker / eine Apothekerin betrieben werden dürfen. Apotheken haben nach ApoG die Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln sicherzustellen. Die Apotheken verwalten sich nach landesrechtlichen Vorschriften (z.B. Heilberufsgesetz Brandenburg³²) in Apothekerkammern selbst.

Für verschreibungspflichtige Arzneimittel sind i.d.R. Zuzahlungen von max. 10 EUR zu leisten.

In Polen wird die Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln durch das Arzneimittelgesetz³³ geregelt. Auch in Polen haben Apotheken den Auftrag der Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln. Apotheken dürfen nur durch Pharmazeuten geführt werden. Den Verwaltungen der Landkreise obliegt es, die Versorgung der Bevölkerung rund um die Uhr auch an Feiertagen bzw. nachts organisatorisch sicherzustellen.

In Polen werden in einem amtlichen Verzeichnis erstattungsfähiger Arzneimittel enthaltene Medikamente vergünstigt bzw. unentgeltlich an Jugendliche und Kinder unter 18 Jahren sowie Senioren über 65 Jahre abgegeben.

³⁰ Bundesministerium der Justiz: Gesetz über das Apothekenwesen (Apothekengesetz - ApoG). BGBl. I 1980 S. 1993, zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 19. Juli 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 197). Berlin, 2023

³¹ Bundesministerium der Justiz: Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln (Arzneimittelgesetz - AMG). BGBl. I S. 3394, zuletzt geändert durch Artikel 7 des Gesetzes vom 27. März 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 109). Berlin, 2024

³² Der Präsident des Landtages Brandenburg: Gesetz zur Neuregelung des Heilberufsrechts im Land Brandenburg (Heilberufsgesetz, HeilBerG). GVBl. I/03, [Nr. 07], S.126, zuletzt geändert durch Artikel 36 des Gesetzes vom 5. März 2024 (GVBl. I/24, [Nr. 9], S.16. Potsdam, 2024

³³ Kancelaria Sejmu: Prawo farmaceutyczne. Dz.U.2022.230. Warszawa, 2022

Räumliche Versorgungssituation

Im Untersuchungsgebiet wurden insgesamt 212 Apothekenstandorte^{34,35} ermittelt. Auf polnischer Seite sind nur Apotheken enthalten, welche vertraglich mit dem NFZ zusammenarbeiten und in denen erstattungsfähige Arzneimittel erhältlich sind. Auf das Stadtgebiet Stettin entfielen 152 Apotheken, auf den übrigen polnischen Teil des Untersuchungsgebiets 32, und auf den deutschen Teil des Untersuchungsgebiets 28 Apotheken.

Bei Betrachtung des 15-Kilometer-Umkreises ist eine flächendeckende Versorgung durch Apotheken gewährleistet.

³⁴ ABDA - Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e.V. : Apothekensuche. www.aponet.de/apotheke/apothekensuche, abgerufen im April 2024

³⁵ Narodowy Fundusz Zdrowia: Gdzie sie leczyc?., abgerufen im April 2024

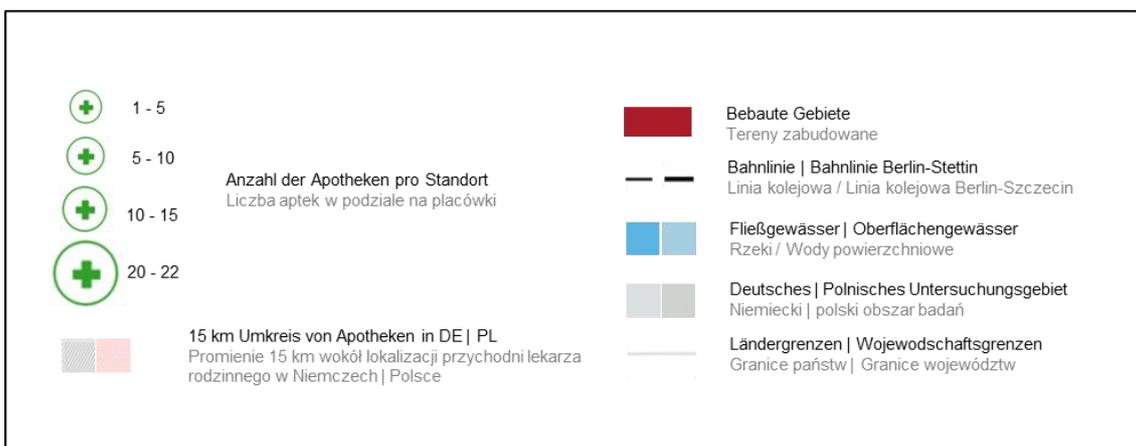
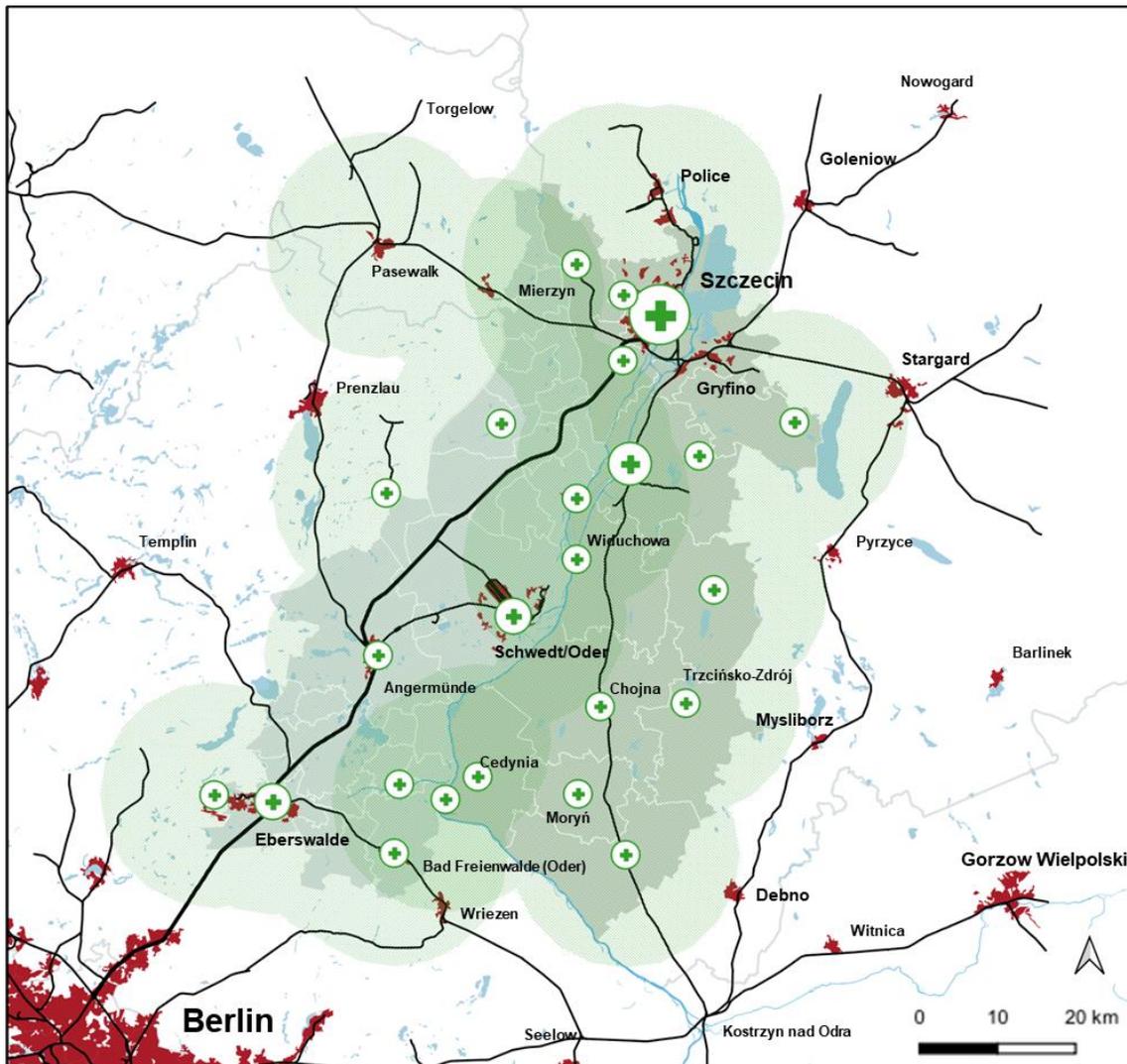


Abbildung 10: Standorte von Apotheken im Untersuchungsgebiet

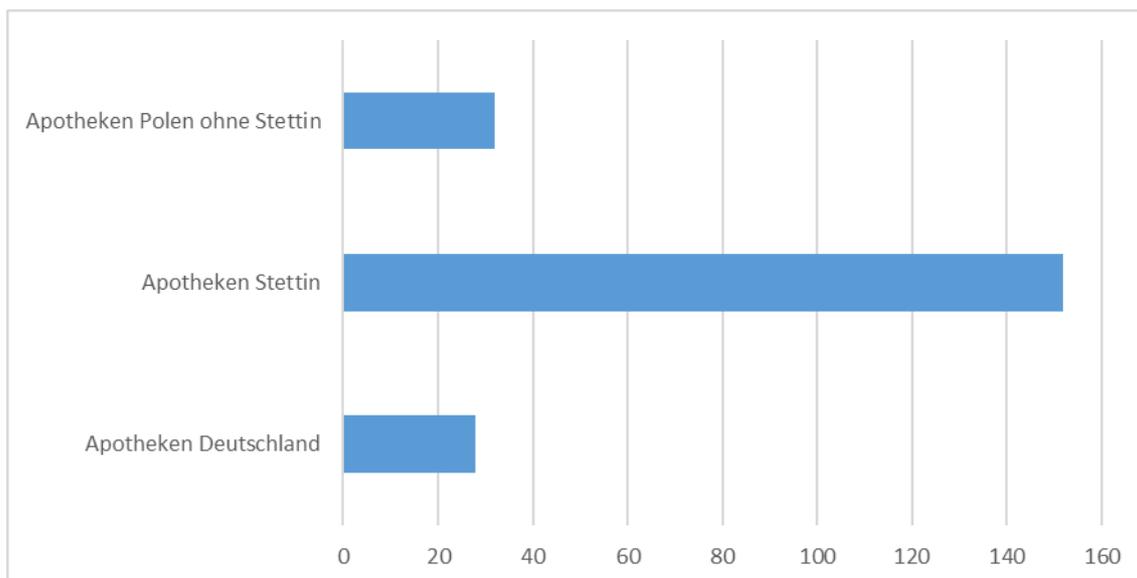


Abbildung 11: Verteilung der Apothekenstandorte im Untersuchungsgebiet

Herausforderungen und Chancen einer grenzüberschreitenden Zusammenarbeit bei der Apothekenversorgung

Die Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln erfolgt in Polen und Deutschland durch privatwirtschaftlich betriebene Apotheken und ist flächendeckend gewährleistet. Damit ist eine wohnortnahe Versorgung mit medizinisch erforderlichen und verordneten Arzneimitteln gegeben. Eine darüberhinausgehende Versorgung mit Arzneimitteln für den Privatgebrauch (ohne Rezept) kann auch grenzüberschreitend erfolgen. Eine Zusammenarbeit im Bereich des Verbraucherschutzes erscheint in diesem Zusammenhang sinnvoll.

Zudem sollte das grenzüberschreitende Einlösen von im Nachbarland ausgestellten Rezepten, insbesondere auch von e-Rezepten möglich sein. Der Aufbau der dazu erforderlichen Infrastruktur befindet sich in Deutschland derzeit im Aufbau. Handlungsbedarf dürfte im Bereich der e-Rezepte z.B. bei der technischen Kompatibilität der verwendeten Systeme der Datenverarbeitung liegen.

Die grenzüberschreitende Apotheken- und Arzneimittelversorgung wurde auf der Zukunftswerkstatt „Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung“ nicht gesondert diskutiert. Aufgrund der hohen Anzahl von Apotheken auf der polnischen Seite (und insbesondere in Stettin) und ggfs. vorhandener Preisunterschiede kann aber davon ausgegangen werden, dass der Standort Stettin für die Versorgung mit Arzneimitteln aus Sicht deutscher Patient*innen überregional attraktiv ist.

5. Zukunftspotenziale

5.1. Gemeinsame Vision

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Zukunftswerkstatt „Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung“ waren sich einig: den Bewohnerinnen und Bewohnern des grenzüberschreitenden Verflechtungsraums an der Unteren Oder sollten Gesundheitsdienstleistungen grenzüberschreitend, ganzheitlich und sektorübergreifend zur Verfügung stehen.

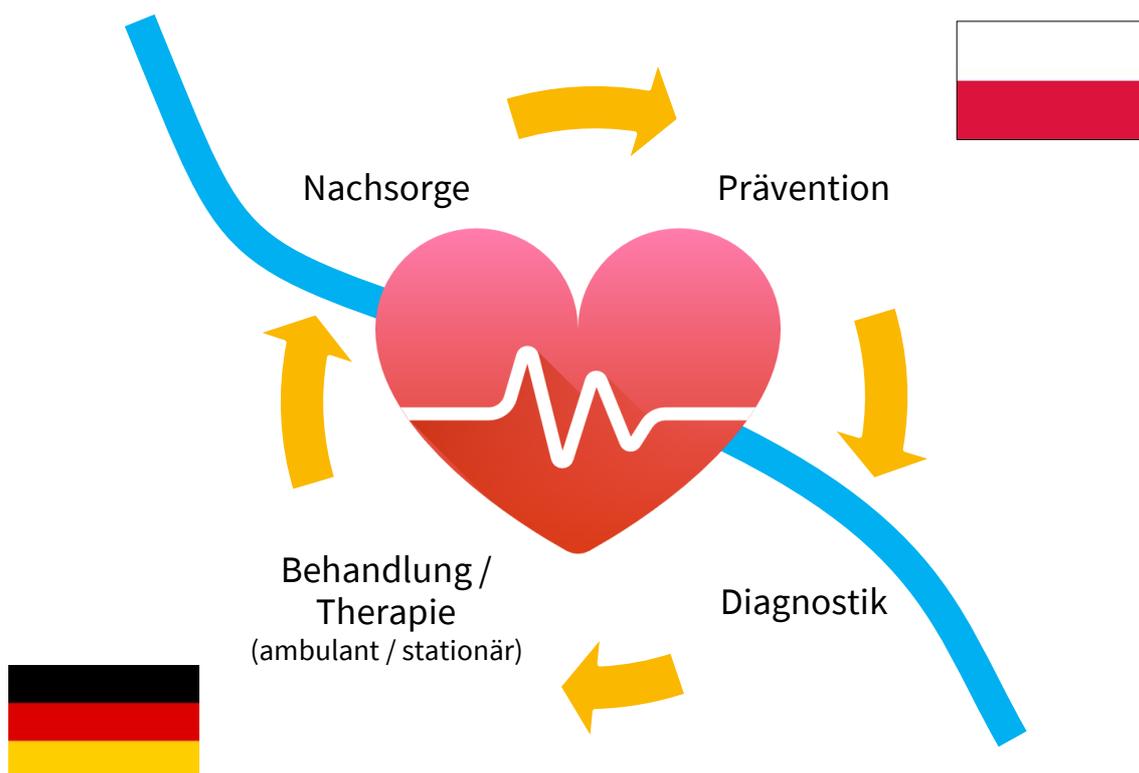


Abbildung 12: Vision einer grenzüberschreitenden, ganzheitlichen und sektorübergreifenden Gesundheitsversorgung

Dies bedeutet, dass Patient*innen unabhängig von Versicherungsland und Sitz der Gesundheitseinrichtung den Erbringer von Gesundheitsdienstleistungen frei wählen können. Dies ist derzeit nur bedingt möglich. Es bedeutet ebenfalls, dass der gesamte Behandlungszyklus an dem Ort stattfinden kann, welcher aus Sicht der Patient*innen die beste Option darstellt – im Sinne einer Next-best-Strategie.

Die Gesundheitseinrichtungen sind so miteinander vernetzt, dass für die Weiterbehandlung erforderliche Gesundheitsdaten und -informationen direkt ausgetauscht werden können. Die Abrechnung von Leistungen erfolgt zwischen den beteiligten Leistungserbringern und

Krankenkassen zügig und nach vereinbarten Leistungskatalogen, welche eine einfache Zuordnung der erbrachten Leistungen ermöglichen. Im Ergebnis können Patient*innen Leistungen im Nachbarland in Anspruch nehmen, so als wären sie dort versichert.

Informationen zu Gesundheitsdienstleistungen sind transparent über einschlägige Informationsportale zweisprachig abrufbar. Nicht zuletzt reduzieren zweisprachiges Personal und KI-gestützte Sprachmittlung Sprachbarrieren auf ein Minimum und schaffen ein hohes Maß an Vertrauen.

5.2. Herausforderungen und Handlungsoptionen

Die Zukunftswerkstatt „Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung“ und die vertieften Interviews haben gezeigt, dass trotz großer Fortschritte durch die Patientenmobilitätsrichtlinie³⁶ und die Koordinierungsrichtlinie³⁷, der beschriebenen Vision einer grenzüberschreitenden, ganzheitlichen und sektorübergreifenden Gesundheitsversorgung in der Praxis noch viele Grenzen gesetzt sind. Nachfolgend werden die identifizierten Herausforderungen beschrieben und Handlungsmöglichkeiten aufgezeigt.

Sektor	Bewertung der Versorgungssituation	Erläuterung
Ambulante Versorgung		Eine ambulante Versorgung ist gemäß Art. 7 VO 2011/24/EU „bis zu den Höchstbeträgen, die er [der Versicherungsstaat, Anm.d.A.] übernommen hätte, wenn die betreffende Gesundheitsdienstleistung in seinem Hoheitsgebiet erbracht worden wäre“ möglich. Aufgrund niedrigerer Vergütungen für in Deutschland erbrachte Leistungen durch den polnischen Gesundheitsfonds als durch deutsche Krankenversicherer, sind durch polnische Versicherte i.d.R. Zuzahlungen zu leisten.
Stationäre Versorgung		Gemäß Art. 8 VO 2011/24/EU unterliegt die stationäre Behandlung dem Genehmigungsvorbehalt – bis auf wenige Einzelfälle findet eine grenzüberschreitende, geplante stationäre Behandlung praktisch nicht statt.

³⁶ Europäische Union: Richtlinie 2011/24/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 9. März 2011 über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung. ABL. L 088, 4.4.2011, p.45, zuletzt geändert durch ABL. L 353 vom 28.12.2013, p. 8–12. Brüssel, 2013

³⁷ Europäische Union: Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit. ABL. L 166 vom 30.4.2004, p. 1–123, zuletzt geändert durch ABL. L 186 vom 11.7.2019, p. 21–56

Sektor	Bewertung der Versorgungssituation	Erläuterung
Notfall- medizin	 	<p>Im Untersuchungsgebiet besteht lediglich zwischen dem Landkreis Vorpommern-Greifswald und der Woiwodschaft Westpommern eine Kooperationsvereinbarung zum grenzüberschreitenden Rettungsdienst</p> <p>Eine solche Vereinbarung gibt es zwischen den Landkreisen Uckermark, Barnim und der Woiwodschaft Westpommern nicht. Ohne eine entsprechende Vereinbarung können Rettungsdienste Patient*innen nicht über die Grenze befördern.</p> <p>Die Versorgung von Patient*innen aus dem Nachbarland infolge eines Unfalls ist aber uneingeschränkt möglich.</p>

Tabelle 3: Aktuelle Situation der grenzüberschreitenden Versorgung in den bezeichneten Gesundheitssektoren im Untersuchungsraum

5.2.1. Unterschiedlicher finanzieller Rahmen der öffentlichen Gesundheitsversorgung

Die öffentlichen Gesundheitsausgaben pro Kopf in Deutschland gehören EU-weit zu den höchsten: 2022 lagen diese bei 5.839,81 EUR pro Einwohner. In Polen lagen die öffentliche Gesundheitsausgaben im gleichen Zeitraum demgegenüber nur bei 1.191,30 EUR pro Einwohner³⁸.

In der Konsequenz hat in Polen die private Gesundheitsversorgung eine höhere Bedeutung. Polnische Patient*innen sind eher bereit, Behandlungen privat zu bezahlen bzw. Zuzahlungen zu leisten. Familien, welche die Behandlungskosten nicht aufbringen können, haben einen sehr eingeschränkten Zugang zu grenzüberschreitend erbrachten Gesundheitsdienstleistungen.

Empfehlungen und Handlungsmöglichkeiten

- Es wäre denkbar, die Machbarkeit einer fondsgebundenen Finanzierung der Behandlungskostendifferenz für im Grenzraum geleistete grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung zu prüfen. Dabei könnten Leistungen aus dem Fonds finanziert werden, welche durch Einrichtungen aus dem Grenzraum (z.B. in den unmittelbar an die

³⁸ Europäische Kommission, Eurostat: Eurostat, Gesundheitsausgaben - ausgewählte Funktionen der Gesundheitsversorgung nach Finanzierungssystemen. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_sha11_hchf_custom_10971952, abgerufen im April 2024. Brüssel, 2024

Staatsgrenzen angrenzenden Landkreisen / Powiats) für Personen aus dem Nachbarland erbracht werden, und die höhere Kosten als eine Behandlung im eigenen Land verursachen.

- Ebenso könnte eine zielgenau angelegte Kooperationsvereinbarung zur grenzüberschreitenden medizinischen Versorgung in ausgewählten Fachbereichen in Anlehnung an das MOSAR-Abkommen in der deutsch-französischen Grenzregion SaarMoselle³⁹ in Betracht gezogen werden (Next-best-Prinzip bei den der Vereinbarung beigetretenen Gesundheitseinrichtungen für Bewohnerinnen und Bewohner einer definierten Grenzregion).

5.2.2. Abschluss einer Kooperationsvereinbarung zum grenzüberschreitenden Rettungsdienst

Das Fehlen einer Kooperationsvereinbarung zum grenzüberschreitenden Rettungsdienst zwischen den Landkreisen Uckermark, Barnim und der Woiwodschaft Westpommern verhindert die Beförderung von Notfallpatient*innen über die Grenze. Insbesondere für Schlaganfall- und Herzinfarktpatient*innen aus dem polnischen Teil des Untersuchungsgebietes bedeutet dies, dass eine angemessene Versorgung in dafür besonders ausgestatteten Gesundheitseinrichtungen nur in Stettin erfolgen kann. Dies kann Fahrzeiten von mehr als einer Stunde bedeuten, Zugleich könnte eine geeignete Versorgungseinrichtung auf deutscher Seite aber in weniger als einer halben Stunde erreicht werden.

Empfehlungen und Handlungsmöglichkeiten:

- Die in Verhandlung befindliche Kooperationsvereinbarung zum grenzüberschreitenden Rettungsdienst zwischen den Landkreisen Uckermark, Barnim und der Woiwodschaft Westpommern sollte analog der zwischen den kreisfreien Städten Frankfurt (Oder) und Cottbus, den Landkreisen Märkisch-Oderland, Oder-Spree, Spree-Neiße und Görlitz mit dem Woiwoden von Lebus Land bzw. zwischen dem Landkreis Vorpommern-Greifswald und dem Woiwoden von Westpommern abgeschlossenen Vereinbarungen zügig abgeschlossen werden.
- Zur Einübung reibungsloser Abläufe und zum Abbau mentaler Barrieren sollten regelmäßige Schulungen und Übungen für das Rettungspersonal durchgeführt

³⁹ Eurodistrict SaarMoselle: MOSAR Abkommen. www.saarmoselle.org/de/mosar-abkommen.html, abgerufen im April 2024. Saarbrücken, 2024

werden. Darin sollten Nachbarsprachkurse zum Erlernen eines Grundwortschatzes in der Alltagssprache und der Fachsprache inbegriffen sein.

- Die mittelfristige Planung des Rettungsdienstes (Rettungsdienstbereichspläne der Landkreise bzw. Aktionsplan für das System des staatlichen Rettungsdienstes in der Woiwodschaft Westpommern) sollten regelmäßig abgestimmt und die Praxis des grenzüberschreitenden Rettungsdienstes regelmäßig ausgewertet werden.
- Der Ansatz einer Modellregion für den grenzüberschreitenden Rettungsdienst könnte dabei helfen, die Zusammenarbeit durch Entwicklung gemeinsamer Arbeitsabläufe, gemeinsame mittelfristige Planung und die gezielte Schulung des Personals pro-aktiv zu intensivieren.

5.2.3. Unterschiedliche Rechtsvorschriften

Die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung wird durch zahlreiche, inkompatible nationale Detailregelungen bspw. zu Versicherungs- und Haftungsfragen, zu Fragen der Berufsausübung, zu technischen Vorschriften für einzusetzende Geräte oder Fahrzeuge erschwert. Eine umfassende, detaillierte Ausarbeitung zu diesen Detailregelungen gibt es für den deutsch-polnischen Grenzraum bislang nicht.

Empfehlungen und Handlungsmöglichkeiten:

- Rechtliche und technische Regelungen, welche die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung erschweren, könnten in enger Abstimmung mit grenzüberschreitend agierenden Gesundheitseinrichtungen in einem Gutachten für den gesamten deutsch-polnischen Verflechtungsraum erhoben werden. Im Ergebnis sollten Empfehlungen zur Beseitigung der Hemmnisse identifiziert werden.
- Zur Beseitigung der identifizierten Hemmnisse könnten Facharbeitsgruppen, z.B. als Arbeitsgruppen des Ausschusses für regionale und grenznahe Zusammenarbeit der deutsch-polnischen Regierungskommission eingesetzt und mit einem entsprechenden Verhandlungsmandat ausgestattet werden.

5.2.4. Grenzüberschreitender Austausch von Patient*innendaten

Der grenzüberschreitende Austausch von Patient*innendaten wurde auf der Zukunftswerkstatt „Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung“ mehrfach als Herausforderung angesehen. Insbesondere wurde darauf hingewiesen, dass digitale Gesundheitsdienste in Polen bereits Standard sind, während sie in Deutschland nur schleppend eingeführt werden. So

hat der Deutsche Bundestag am 14. Dezember 2023 die Einführung der elektronischen Patient*innenakte ePA zum 1. Januar 2025 beschlossen⁴⁰. Gesundheitsdienstleister in Polen sind bereits seit dem 1. Januar 2012 dazu verpflichtet, Patient*innendaten digital im Medizinischen Informationssystem zu hinterlegen. Zugleich entsteht mit dem Europäischen Raum für Gesundheitsdaten (European Health Data Space, EHDS)⁴¹ ein europäischer Rahmen, der den Datenaustausch zukünftig erleichtern soll.

Empfehlungen und Handlungsmöglichkeiten:

- Bereits vor Inkrafttreten könnten die Regelungen zum EHDS in deutsch-polnischen Modellvorhaben praktisch erprobt werden.

5.2.5. Grenzüberschreitende und transparente Informationen zu Gesundheitsdienstleistungen

Auf der Zukunftswerkstatt „Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung“ wurde festgestellt, dass Informationen zum Gesundheitssystem des Nachbarlandes und zu Behandlungsmöglichkeiten nur lückenhaft vorliegen. So werden Informationen zu verschiedenen Aspekten der Gesundheitsversorgung von verschiedenen Einrichtungen angeboten: der AOK Nordost, der deutsch-polnischen Verbraucherberatung oder dem Nationalen Gesundheitsfonds NFZ. Eine einheitliche Anlaufstelle gibt es im deutsch-polnischen Verflechtungsraum bislang nicht.

In anderen Grenzregionen an der deutsch-französischen und der deutsch-französisch-schweizerischen Grenze wurden Strukturen aufgebaut, welche Informationen zu Gesundheitssystem und -angeboten bereitstellen^{42,43}.

Im Dezember 2023 wurde das Projekt „Informations- und Beratungsnetzwerk“ in der Euroregion Pomerania für den Zeitraum 2024-2026 bewilligt. Dieses Beratungsnetzwerk soll Ratsuchende bei konkreten Anfragen unterstützen. Unter anderem ist vorgesehen, Beratungstage mit Vertretern von Krankenkassen zu organisieren.

⁴⁰ Bundesministerium für Gesundheit: Die elektronische Patientenakte (ePA). www.bundesgesundheitsministerium.de/elektronische-patientenakte, abgerufen im April 2024. Berlin, 2024

⁴¹ European Commission, Directorate-General for Health and Food Safety: European Health Data Space. https://health.ec.europa.eu/health-digital-health-and-care/european-health-data-space_en, abgerufen im April 2024. Brüssel, 2024

⁴² Trinationales Kompetenzzentrum: Trinationales Kompetenzzentrum für Ihre Gesundheitsprojekte. www.trisan.org, abgerufen im April 2024. Kehl, 2024

⁴³ EVTZ Eurodistrict SaarMoselle: Kontaktstelle Gesundheit SaarMoselle. www.saarmoselle.org, abgerufen im April 2024. Saarbrücken, 2024

Empfehlungen und Handlungsmöglichkeiten:

- Es bietet sich an, das Informationsangebot zu Gesundheitssystem und Behandlungsmöglichkeiten in enger Zusammenarbeit mit dem Informations- und Beratungsnetzwerk der Euroregion Pomerania auszubauen.
- Im Ergebnis sollte die Verstetigung des Informationsangebots durch eine institutionalisierte Anlaufstelle angestrebt werden.

5.2.6. Grenzüberschreitend unterschiedliche Abrechnungsmodalitäten

Auf dem Zukunftsworkshop „Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung“ verdeutlichten Vertreter*innen deutscher Krankenkassen den hohen Aufwand für die Abrechnung von Leistungen, welche durch Einrichtungen im Nachbarland erbracht wurden. Eine Ursache dafür ist die aufwendige Zuordnung von Leistungen gemäß der unterschiedlichen Leistungskataloge des NFZ und der deutschen Krankenkassen, da die Gesundheitseinrichtungen die Leistungen nicht gemäß der Leistungskataloge der Krankenkassen im Nachbarland abrechnen können.

Empfehlungen und Handlungsmöglichkeiten:

- In einem Modellprojekt zur harmonisierten Abrechnung grenzüberschreitender Versicherungsleistungen könnten die Leistungskataloge ggf. über einen zwischengeschalteten Transferkatalog oder eine entsprechende Zuordnungstabelle übersetzt werden.
- Zugleich könnte der Aufbau von grenzüberschreitenden Gesundheitszentren geprüft werden. Die grenzüberschreitenden Gesundheitszentren könnten ihre Leistungen durch Verträge mit Krankenkassen aus Deutschland und Polen direkt und unkompliziert grenzüberschreitend abrechnen.

5.2.7. Grenzüberschreitende Planung der Gesundheitsversorgung

Während des Zukunftsworkshops „Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung“ wurde der Wunsch nach einer grenzüberschreitend abgestimmten Planung der Gesundheitsversorgung geäußert. Zugleich wurde darauf hingewiesen, dass entsprechende Planungsprozesse bereits auf nationaler Ebene sehr aufwendig sind, und insoweit nur begrenzte Ressourcen für weitere Prozesse zur Verfügung stehen.

Empfehlungen und Handlungsmöglichkeiten:

- In einem Pilotvorhaben könnte eine Rahmenkonzeption der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung entwickelt werden. Diese sollte – auf Grundlage eines ziel-führenden räumlichen Zuschnitts – folgende Aspekte beinhalten:
 - Analyse der Versorgungssituation,
 - Darstellung der Versorgungsplanung in den Teilräumen,
 - Ableitung grenzüberschreitender Versorgungsangebote für definierte Fach-bereiche, in denen die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung eine im Landesdurchschnitt gleichwertige Versorgung gewährleisten kann.
- Die Rahmenkonzeption sollte regelmäßig aktualisiert und durch eine grenzüber-schreitende Arbeitsgruppe bzw. ein grenzüberschreitendes Expertengremium beglei-tet werden. Ggf. bietet sich auch eine Anbindung an den Ausschuss für regionale und grenznahe Zusammenarbeit der deutsch-polnischen Regierungskommission an (vgl. 5.2.3).

5.3. Zusammenfassung und Einordnung der Handlungsmöglichkeiten

Die untenstehende Übersicht der zu den identifizierten Handlungsbedarfe vorgeschlagenen Handlungsoptionen ordnet diese hinsichtlich des angenommenen Zeithorizontes der Maßnahmenumsetzung, einzubindenden, maßgeblichen Akteuren und voraussichtlich sicherzustellender Ressourcen ein.



Kurzfristig (in 1-2 Jahren)



Mittelfristig (in 2-5 Jahren)



Langfristig (in mehr als 5 Jahren)

Handlungsmöglichkeiten	Zeithorizont	Akteure	Ressourcen
Finanzieller Rahmen der öffentlichen Gesundheitsversorgung			
1. Fondsgebundene Finanzierung Behandlungskostendifferenz		<ul style="list-style-type: none"> • Bundesministerium für Gesundheit • Gesundheitsministerium der Republik Polen • MSGIV Brandenburg • Woiwodschaftsamt Westpommern • Marschallamt Westpommern • NFZ Stettin • Gesetzliche Krankenversicherungen • Kliniken 	<ul style="list-style-type: none"> • Bereitstellung von Mitteln für die gegenüber einer Behandlung in Polen teureren Behandlung polnischer Patient*innen in Deutschland

Handlungsmöglichkeiten	Zeithorizont	Akteure	Ressourcen
2. Kooperationsvereinbarung zur grenzüberschreitenden medizinischen Versorgung in ausgewählten Fachbereichen		<ul style="list-style-type: none"> • Kliniken • NFZ Stettin • Gesetzliche Krankenversicherungen • Bundesministerium für Gesundheit • Gesundheitsministerium der Republik Polen 	<ul style="list-style-type: none"> • Übernahme der Behandlungsmehrkosten in Deutschland für den vereinbarten Behandlungsumfang
Kooperationsvereinbarung zum grenzüberschreitenden Rettungsdienst			
3. Kooperationsvereinbarung zum grenzüberschreitenden Rettungsdienst		<ul style="list-style-type: none"> • Landkreise Uckermark und Barnim • Woiwodschaftsamt Westpommern 	<ul style="list-style-type: none"> • Personelle Ressourcen der beteiligten Vertragspartner
4. Schulungen und Übungen für das Rettungspersonal		<ul style="list-style-type: none"> • Träger der Rettungsdienste 	<ul style="list-style-type: none"> • Ressourcen für Schulungen (ggf. Unterstützung aus INTERREG A möglich)
5. Modellregion für den grenzüberschreitenden Rettungsdienst		<ul style="list-style-type: none"> • Träger der Rettungsdienste • Landkreise 	<ul style="list-style-type: none"> • Ressourcen für Gutachten und Prozess (ggf. Unterstützung aus INTERREG A möglich)

Handlungsmöglichkeiten	Zeithorizont	Akteure	Ressourcen
Unterschiedliche Rechtsvorschriften			
6. Gutachten für den gesamten deutsch-polnischen Verflechtungsraum		<ul style="list-style-type: none"> Landesministerien (z.B. MSGIV, MdFE Brandenburg) Gesundheitsministerium Polen / Ministerium für Fonds und Regionalpolitik Polen Marschallamt der Woiwodschaft Westpommern Woiwodschaftsamt Westpommern 	<ul style="list-style-type: none"> Ressourcen für Gutachten und Prozess (ggf. Unterstützung aus INTERREG A (Kleinprojektfonds) möglich)
7. Einrichtung Facharbeitsgruppe(n)		<ul style="list-style-type: none"> Ausschuss für regionale und grenznahe Zusammenarbeit der Deutsch-Polnischen Regierungskommission 	<ul style="list-style-type: none"> Personelle Ressourcen der Mitglieder der Facharbeitsgruppe(n)
Grenzüberschreitender Austausch von Patient*innendaten			
8. Modellvorhaben EHDS		<ul style="list-style-type: none"> Deutsche und polnische Apotheken, ambulante und stationäre Gesundheitseinrichtungen Krankenkassen 	<ul style="list-style-type: none"> Personelle Ressourcen für Koordination und Teilnahme ggf. Ressourcen zur Beschaffung benötigter Hard- und Software

Handlungsmöglichkeiten	Zeithorizont	Akteure	Ressourcen
Grenzüberschreitende und transparente Informationen zu Gesundheitsdienstleistungen			
9. Informationsangebot zu Gesundheitssystem und Behandlungsmöglichkeiten		<ul style="list-style-type: none"> • Krankenkassen • Kassenärztliche Vereinigungen • Informations- und Beratungsnetzwerk in der Euroregion Pomerania 	<ul style="list-style-type: none"> • Personelle Ressourcen sowie externe Dienstleistungen zum Aufbau und zur Pflege des Informationsangebots
10. Institutionalisierte Anlaufstelle		<ul style="list-style-type: none"> • Euroregion Pomerania (EVTZ)? • Krankenkassen / Kassenärztliche Vereinigungen? • Kliniken? 	<ul style="list-style-type: none"> • Personelle Ressourcen zur Beratung von Patient*innen und zur Netzwerkarbeit
Grenzüberschreitend unterschiedliche Abrechnungsmodalitäten			
11. Modellprojekt zur harmonisierten Abrechnung		<ul style="list-style-type: none"> • Krankenkassen • NFZ Stettin 	<ul style="list-style-type: none"> • Personelle Ressourcen • ggf. externe Beratung
12. Aufbau von grenzüberschreitenden Gesundheitszentren		<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitszentren • Krankenkassen • NFZ Stettin 	<ul style="list-style-type: none"> • Personelle Ressourcen • ggf. externe juristische Beratung zum Vertragsschluss

Handlungsmöglichkeiten	Zeithorizont	Akteure	Ressourcen
Grenzüberschreitende Planung der Gesundheitsversorgung			
13. Rahmenkonzeption der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung		<ul style="list-style-type: none"> • MSGIV Brandenburg • Woiwodschaftsamt Westpommern • Marschallamt Westpommern 	<ul style="list-style-type: none"> • Personelle Ressourcen der beteiligten Einrichtungen • Externe Beratungskapazitäten

5.4. Akteursübersicht

Nachfolgend sind die auf den unterschiedlichen Zuständigkeitsebenen relevanten Akteure dargestellt.

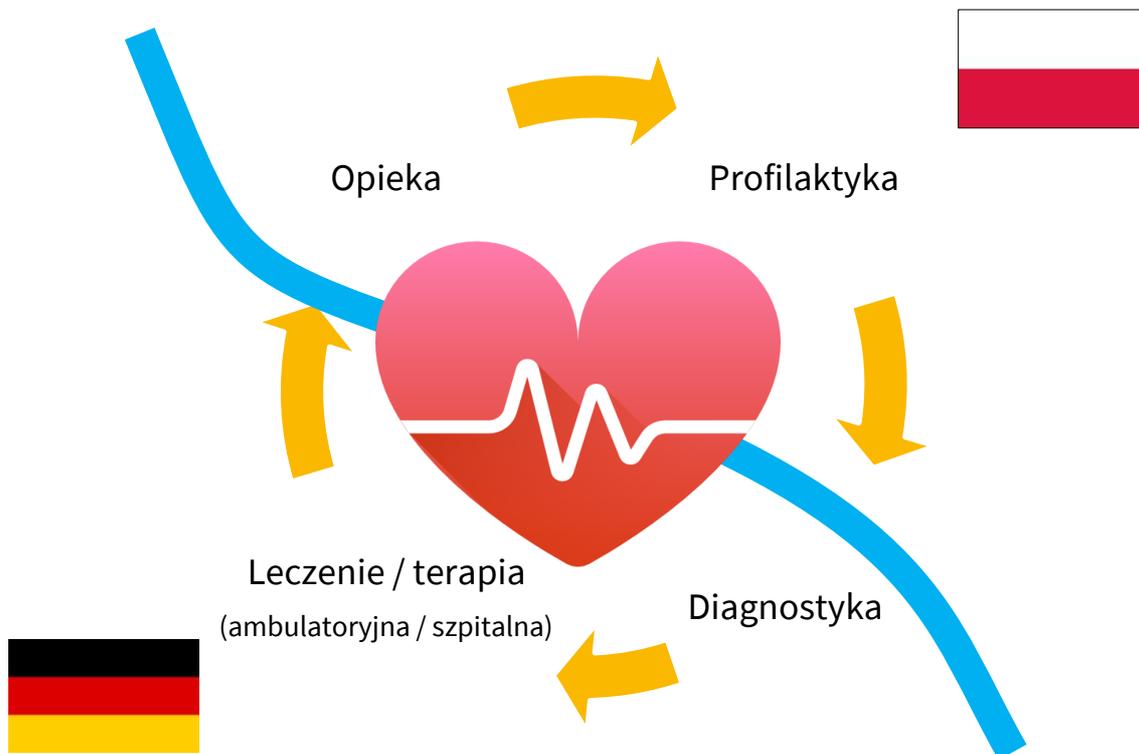
Ebene	Deutschland	Polen
Bundes- bzw. Zentralregierung	<ul style="list-style-type: none"> • Bundesministerium für Gesundheit (BMG) 	<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitsministerium (MZ) • Ministerium für Fonds und Regionalpolitik (MFiPR)
Land bzw. Woiwodschaft	<ul style="list-style-type: none"> • Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg (MSGIV) • Ministerium der Finanzen und für Europa des Landes Brandenburg (MdFE) 	<ul style="list-style-type: none"> • Woiwodschaftsamt Westpommern, Abteilung für Gesundheit und Soziales (dem MZ nachgeordnet) • Marschallamt der Woiwodschaft Westpommern, Abteilung für Gesundheit

Ebene	Deutschland	Polen
Kreise und Kommunen	<ul style="list-style-type: none"> Landkreis Uckermark Landkreis Barnim 	<ul style="list-style-type: none"> Powiat Gryfiński
Krankenkassen	<ul style="list-style-type: none"> AOK Nordost Verband der Ersatzkassen Berlin/Brandenburg BKK Landesverband Mitte 	<ul style="list-style-type: none"> Narodowy Fundusz Zdrowia – ZOW Szczecin
Niedergelassene Ärzte	<ul style="list-style-type: none"> Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg 	<ul style="list-style-type: none"> Narodowy Fundusz Zdrowia – ZOW Szczecin
Gesundheitseinrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> Asklepios Klinikum Uckermark Schwedt / Oder GLG Krankenhaus Angermünde GLG Werner Forßmann Klinikum Eberswalde GLG Wolletzsee Krankenhaus Märkisch-Oderland 	<ul style="list-style-type: none"> Szpital Powiatowy w Gryfinie SPWSZ w Szczecinie Zachodniopomorskie Centrum Onkologii SPWSZOZ "ZDROJE" SPSK nr1 Szczecin SPSK nr 2 PUM SPZOZ 109 Szpital Wojskowy SPZOZ MSWiA w Szczecinie

6. Przyszły potencjał

6.1. Wspólna wizja

Uczestnicy warsztatów przyszłości "Transgraniczna opieka zdrowotna" zgodzili się, że usługi opieki zdrowotnej powinny być dostępne dla mieszkańców transgranicznego obszaru integracji na Dolnej Odrze w sposób transgraniczny, holistyczny i międzysektorowy.



Rysunek 12: Wizja transgranicznej, holistycznej i międzysektorowej opieki zdrowotnej

Oznacza to, że pacjenci mają swobodę wyboru dostawcy usług opieki zdrowotnej, niezależnie od kraju ubezpieczenia i lokalizacji placówki opieki zdrowotnej. Obecnie jest to możliwe tylko w ograniczonym zakresie. Oznacza to również, że cały cykl leczenia może odbywać się w miejscu, które stanowi najlepszą opcję z perspektywy pacjenta - w sensie strategii next-best.

Placówki opieki zdrowotnej są połączone w sieć w taki sposób, że dane zdrowotne i informacje wymagane do dalszego leczenia mogą być wymieniane bezpośrednio. Rozliczanie usług odbywa się pomiędzy uczestniczącymi usługodawcami. W ten sposób

pacjenci mogą szybko i zgodnie z uzgodnionymi katalogami usług korzystać z usług świadczonych przez towarzystwa ubezpieczeń zdrowotnych, co umożliwi łatwe przydzielanie świadczonych usług. W rezultacie pacjenci mogą korzystać z usług w sąsiednim kraju, tak jakby byli tam ubezpieczeni.

Informacje na temat usług opieki zdrowotnej są w przejrzysty sposób dostępne w dwóch językach za pośrednictwem odpowiednich portali informacyjnych. Wreszcie, dwujęzyczny personel i mediacja językowa wspierana przez sztuczną inteligencję minimalizują bariery językowe i tworzą wysoki poziom zaufania.

6.2. Wyzwania i możliwości działania

Warsztaty przyszłości "Transgraniczna opieka zdrowotna" oraz dodatkowe wywiady wykazały, że pomimo ogromnych postępów poczynionych dzięki dyrektywie w sprawie mobilności pacjentów⁴⁴ i dyrektywie koordynacyjnej⁴⁵, opisana powyżej wizja transgranicznej, holistycznej i międzysektorowej opieki zdrowotnej nadal ma wiele ograniczeń w praktyce. Poniżej opisano zidentyfikowane wyzwania i możliwe kierunki działań.

Sektor	Ocena sytuacji w zakresie dostaw	Wyjaśnienie
Opieka ambulatoryjna		Zgodnie z art. 7 Rozporządzenia 2011/24/UE, opieka ambulatoryjna jest możliwa "do maksymalnych kwot, które [państwo ubezpieczeniowe - przyp. red.] pokryłoby, gdyby dana usługa opieki zdrowotnej byłaby świadczona na jego terytorium. Ze względu na niższe zwroty za usługi świadczone w Niemczech przez polską kasę chorych niż przez niemieckich ubezpieczycieli, polscy ubezpieczeni z reguły muszą dopłacić.

⁴⁴ Unia Europejska: Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej. U. L 088 z 4.4.2011, s. 45, ostatnio zmieniona Dz.U. L 353 z 28.12.2013, s. 8-12. Bruksela, 2013 r.

⁴⁵ Unia Europejska: Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego. U. L 166 z 30.4.2004, s. 1-123, ostatnio zmienione przez Dz.U. L 186 z 11.7.2019, s. 21-56.

Sektor	Ocena sytuacji w zakresie dostaw	Wyjaśnienie
Opieka szpitalna		Zgodnie z art. 8 Rozporządzenia 2011/24/UE, leczenie szpitalne wymaga zezwolenia - poza kilkoma indywidualnymi przypadkami, planowane transgraniczne leczenie szpitalne praktycznie nie ma miejsca.
Medycyna ratunkowa	 	Na badanym obszarze istnieje tylko umowa o współpracy w zakresie transgranicznych usług ratowniczych między powiatem Vorpommern-Greifswald a województwem zachodniopomorskim. Nie ma takiego porozumienia między powiatami Uckermark, Barnim i województwem zachodniopomorskim. Bez odpowiedniej umowy służby ratunkowe nie mogą przewozić pacjentów przez granicę. Opieka nad pacjentami z krajów sąsiadujących po wypadku jest jednak możliwa bez ograniczeń.

Tabela 3: Obecna sytuacja opieki transgranicznej w wyznaczonych sektorach opieki zdrowotnej na badanym obszarze

6.2.1. Różne ramy finansowe dla publicznej opieki zdrowotnej

Wydatki publiczne na opiekę zdrowotną per capita w Niemczech należą do najwyższych w UE: w 2022 r. wyniosły 5 839,81 EUR na mieszkańca. Z kolei w Polsce publiczne wydatki na opiekę zdrowotną w tym samym okresie wyniosły zaledwie 1 191,30 EUR na mieszkańca⁴⁶.

W rezultacie prywatna opieka zdrowotna ma w Polsce większe znaczenie. Polscy pacjenci są bardziej skłonni do płacenia za leczenie prywatnie lub do dopłacenia. Rodziny, których nie stać na pokrycie kosztów leczenia, mają bardzo ograniczony dostęp do transgranicznych usług opieki zdrowotnej.

Zalecenia i opcje działania

- Możliwe byłoby zbadanie wykonalności powiązanej z funduszem finansowania różnicy w kosztach leczenia w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej

⁴⁶ Komisja Europejska, Eurostat: Eurostat, Wydatki na zdrowie - wybrane funkcje opieki zdrowotnej według systemu finansowania. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_sha11_hchf_custom_10971952, pobrane w kwietniu 2024 r. Bruksela, 2024 r.

świadczonej w regionie przygranicznym. Fundusz mógłby być wykorzystywany do finansowania usług świadczonych przez placówki w regionie przygranicznym (np. w powiatach bezpośrednio graniczących z granicami państwowymi) dla osób z sąsiedniego kraju, które ponoszą wyższe koszty niż leczenie w ich własnym kraju.

- Można również rozważyć precyzyjnie ukierunkowaną umowę o współpracy w zakresie transgranicznej opieki medycznej w wybranych obszarach specjalistycznych, w oparciu o umowę MOSAR w niemiecko-francuskim regionie przygranicznym Saar-Moselle⁴⁷ (zasada next-best dla placówek opieki zdrowotnej, które przystąpiły do umowy dla mieszkańców określonego regionu przygranicznego).

6.2.2. Zawarcie umowy o współpracy w zakresie transgranicznej służby ratowniczej

Brak umowy o współpracy w zakresie transgranicznych usług ratownictwa medycznego pomiędzy powiatami Uckermark, Barnim i województwem zachodniopomorskim uniemożliwia transport pacjentów w nagłych wypadkach przez granicę. W szczególności dla pacjentów z udarem mózgu i zawałem serca z polskiej części badanego obszaru oznacza to, że odpowiednia opieka w specjalnie wyposażonych placówkach opieki zdrowotnej może być zapewniona tylko w Szczecinie. Może to oznaczać ponad godzinną podróż, ale jednocześnie do odpowiedniej placówki po stronie niemieckiej można dotrzeć w mniej niż pół godziny.

Zalecenia i opcje działania:

- Negocjowana obecnie umowa o współpracy w zakresie transgranicznych usług ratowniczych między powiatami Uckermark, Barnim i województwem zachodniopomorskim powinna zostać zawarta jak najszybciej, analogicznie do umowy zawartej między miastami na prawach powiatu Frankfurt nad Odrą i Cottbus, powiatami Märkisch-Oderland, Oder-Spree, Spree-Neiße i Görlitz z wojewodą lubuskim oraz powiatem Vorpommern-Greifswald a wojewodą

⁴⁷ Eurodistrict SaarMoselle: MOSAR agreement. www.saarmoselle.org/de/mosar-abkommen.html, dostęp w kwietniu 2024 r. Saarbrücken, 2024 r.

zachodniopomorskim.

- Należy organizować regularne szkolenia i ćwiczenia dla personelu ratowniczego, aby ćwiczyć płynne procesy współpracy i przełamywać bariery mentalne. Powinno to obejmować kursy języka sąsiada, aby nauczyć się podstawowego słownictwa w języku codziennym i technicznym.
- Średniookresowe planowanie służb ratowniczych (plany obszarów służb ratowniczych okręgów oraz plan działania dla systemu państwowych służb ratowniczych w regionie województwa zachodniopomorskiego) powinny być regularnie koordynowane, a praktyka transgranicznych służb ratowniczych regularnie oceniana.
- Podejście modelowego regionu dla transgranicznych służb ratowniczych mogłoby pomóc w proaktywnej intensyfikacji współpracy poprzez opracowanie wspólnych procesów pracy, wspólnego planowania średnioterminowego i ukierunkowanego szkolenia personelu.

6.2.3. Różne przepisy prawne

Transgraniczną opiekę zdrowotną komplikują liczne, niezgodne ze sobą szczegółowe przepisy krajowe, na przykład dotyczące kwestii ubezpieczenia i odpowiedzialności prawnej, praktyki zawodowej, przepisów technicznych dotyczących używanego sprzętu lub pojazdów. Do tej pory nie opracowano kompleksowego, szczegółowego opracowania tych szczegółowych przepisów dla polsko-niemieckiego regionu przygranicznego.

Zalecenia i opcje działania:

- Regulacje prawne i techniczne utrudniające transgraniczną opiekę zdrowotną mogłyby zostać przeanalizowane w ekspertyzie dla całego polsko-niemieckiego obszaru powiązań w ścisłej współpracy z transgranicznymi placówkami opieki zdrowotnej. W rezultacie należy określić zalecenia dotyczące eliminacji przeszkód.
- W celu usunięcia zidentyfikowanych przeszkód można by utworzyć wyspecjalizowane grupy robocze, np. jako grupy robocze Komitetu ds. Współpracy Regionalnej i Przygranicznej Polsko-Niemieckiej Komisji Międzyrządowej, i przyznać im odpowiedni mandat negocjacyjny.

6.2.4. Transgraniczna wymiana danych pacjentów

Transgraniczna wymiana danych pacjentów była wielokrotnie postrzegana jako wyzwanie podczas warsztatów "Transgraniczna opieka zdrowotna". W szczególności zwrócono uwagę, że cyfrowe usługi opieki zdrowotnej są już standardem w Polsce, podczas gdy w Niemczech są one wprowadzane powoli. Na przykład 14 grudnia 2023 r. niemiecki Bundestag zatwierdził wprowadzenie elektronicznej dokumentacji medycznej pacjentów do dnia 1 stycznia 2025 r.⁴⁸. Świadczeniodawcy w Polsce są zobowiązani do cyfrowego przechowywania danych pacjentów w Systemie Informacji Medycznej już od 1 stycznia 2012 roku. Jednocześnie European Health Data Space (EHDS)⁴⁹ tworzy europejskie ramy ułatwiające wymianę danych w przyszłości.

Zalecenia i opcje działania:

- Przepisy dotyczące EHDS mogłyby zostać przetestowane w praktyce w polsko-niemieckich projektach pilotażowych jeszcze przed ich wejściem w życie.

6.2.5. Transgraniczne i przejrzyste informacje na temat usług opieki zdrowotnej

Podczas warsztatów "Transgraniczna opieka zdrowotna" zauważono, że informacje na temat systemu opieki zdrowotnej i możliwości leczenia w sąsiednim kraju są niekompletne. Na przykład informacje na temat różnych aspektów opieki zdrowotnej są oferowane przez różne organizacje: AOK Nordost, Polsko-Niemieckie Centrum Doradztwa Konsumentckiego lub Narodowy Fundusz Zdrowia NFZ. Do tej pory nie ma jednego punktu kontaktowego w polsko-niemieckim obszarze powiązań.

W innych regionach przygranicznych na granicy niemiecko-francuskiej i niemiecko-francusko-szwajcarskiej utworzono struktury zapewniające informacje na temat systemu opieki zdrowotnej i usług^{50,51}.

⁴⁸ Federalne Ministerstwo Zdrowia: Elektroniczna kartoteka pacjentów (ePA). www.bundesgesundheitsministerium.de/elektronische-patientenakte, dostęp: kwiecień 2024 r. Berlin, 2024 r.

⁴⁹ Komisja Europejska, Dyrekcja Generalna ds. Zdrowia i Bezpieczeństwa Żywności: Europejska przestrzeń danych dotyczących zdrowia. https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/european-health-data-space_en, dostęp: kwiecień 2024 r. Bruksela, 2024 r.

⁵⁰ Trinationales Kompetenzzentrum: Trójnarodowe centrum kompetencji dla projektów opieki zdrowotnej. www.trisan.org, zamknięte w kwietniu 2024 r. Kehl, 2024 r.

⁵¹ EUWT Eurodistrict SaarMoselle: SaarMoselle Health Contact Centre. www.saarmoselle.org, dostęp: kwiecień 2024 r. Saarbrücken, 2024 r.

W grudniu 2023 r. projekt "Sieć informacyjno-doradcza" w Euroregionie Pomerania został zatwierdzony na lata 2024-2026. Ta sieć doradcza ma na celu wspieranie obywateli w konkretnych zapytaniach. Planowane jest m.in. organizowanie dni poradnictwa z przedstawicielami kas chorych.

Zalecenia i opcje działania:

- Zasadne jest rozszerzenie zakresu informacji o systemie opieki zdrowotnej i możliwościach leczenia w ścisłej współpracy z siecią informacyjno-doradczą Euroregionu Pomerania.
- W rezultacie celem powinno być skonsolidowanie oferowanych informacji za pośrednictwem zinstytucjonalizowanego punktu kontaktowego.

6.2.6. Różne sposoby rozliczeń w różnych krajach

Podczas warsztatów "Transgraniczna opieka zdrowotna" przedstawiciele niemieckich kas chorych zwrócili uwagę na wysoki nakład administracyjny przy rozliczaniu usług świadczonych przez placówki w sąsiednim kraju. Jednym z powodów jest czasochłonne przydzielanie usług zgodnie z różnymi katalogami usług NFZ i niemieckich kas chorych, ponieważ placówki opieki zdrowotnej nie mogą rozliczać usług zgodnie z katalogami usług kas chorych w sąsiednim kraju.

Zalecenia i opcje działania:

- W modelowym projekcie zharmonizowanego rozliczania transgranicznych świadczeń ubezpieczeniowych katalogi świadczeń mogłyby być tłumaczone za pomocą pośredniego katalogu transferowego lub odpowiedniej tabeli alokacji.
- Jednocześnie można rozważyć utworzenie transgranicznych ośrodków (placówek) zdrowia. Transgraniczne ośrodki zdrowia mogłyby rozliczać swoje usługi bezpośrednio i łatwo ponad granicami poprzez umowy z kasami chorych z Niemiec i Polski.

6.2.7. Planowanie transgranicznej opieki zdrowotnej

Podczas warsztatów "Transgraniczna opieka zdrowotna" wyrażono potrzebę skoordynowanego planowania transgranicznej opieki zdrowotnej. Jednocześnie wskazano, że odpowiednie procesy planowania są już bardzo złożone na poziomie krajowym i że na dalsze procesy dostępne są jedynie ograniczone zasoby.

Zalecenia i opcje działania:

- W ramach projektu pilotażowego można opracować ramową koncepcję transgranicznej opieki zdrowotnej. Powinna ona obejmować następujące aspekty - na podstawie odpowiedniego układu przestrzennego:
 - Analiza sytuacji w zakresie dostaw,
 - prezentacja planowania dostaw w podobszarach,
 - wyznaczenie usług transgranicznej opieki zdrowotnej dla określonych obszarów specjalistycznych, w których transgraniczna opieka zdrowotna może zagwarantować opiekę równoważną ze średnią krajową.
- Koncepcja ramowa powinna być regularnie aktualizowana i wspierana przez transgraniczną grupę roboczą lub transgraniczny komitet ekspertów. Możliwe jest również połączenie z Komitetem ds. Współpracy Regionalnej i Przygranicznej Polsko-Niemieckiej Komisji Międzyrządowej (por. 5.2.3).

6.3. Podsumowanie i kategoryzacja opcji działania

Poniższy przegląd wariantów działań zaproponowanych w odniesieniu do zidentyfikowanych potrzeb w zakresie działań kategoryzuje je pod względem zakładanego horyzontu czasowego wdrażania środków, kluczowych podmiotów, które mają być zaangażowane oraz zasobów, które prawdopodobnie zostaną zabezpieczone.



Krótkoterminowo
(w ciągu 1-2 lat)



Średnioterminowe
(w ciągu 2-5 lat)



Długoterminowe
(za ponad 5 lat)

Opcje działania	Horyzont czasowy	Aktorzy	Zasoby
Ramy finansowe publicznej opieki zdrowotnej			
<p>1. Finansowanie różnic kosztów leczenia na podstawie funduszu celowego</p>		<ul style="list-style-type: none"> Federalne Ministerstwo Zdrowia Ministerstwo Zdrowia Rzeczypospolitej Polskiej MSGIV Brandenburg Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego NFZ Szczecin Ustawowe kasy chorych Kliniki 	<ul style="list-style-type: none"> Zapewnienie środków na leczenie polskich pacjentów w Niemczech, które jest droższe niż leczenie w Polsce

Opcje działania	Horyzont czasowy	Aktorzy	Zasoby
<p>2. Umowa o współpracy w zakresie transgranicznej opieki medycznej w wybranych dziedzinach specjalistycznych usług</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Kliniki • NFZ Szczecin • Ustawowe ubezpieczenie zdrowotne • Federalne Ministerstwo Zdrowia • Ministerstwo Zdrowia Rzeczypospolitej Polskiej 	<ul style="list-style-type: none"> • Założenie dodatkowych kosztów leczenia w Niemczech dla uzgodnionego zakresu leczenia
<p>Umowa o współpracy w zakresie transgranicznych usług ratowniczych</p>			
<p>3. Umowa o współpracy w zakresie transgranicznych działań ratowniczych usługa</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Powiaty Uckermark i Barnim • Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki 	<ul style="list-style-type: none"> • Zasoby ludzkie zaangażowanych partnerów umownych
<p>4. Szkolenia i ćwiczenia dla personelu ratunkowego</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Organizatorzy służb ratowniczych 	<ul style="list-style-type: none"> • Zasoby szkoleniowe (możliwe wsparcie z INTERREG A)
<p>5. Modelowy region dla transgranicznej służby ratowniczej</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Organizatorzy służb ratowniczych • Powiaty 	<ul style="list-style-type: none"> • Zasoby dla ekspertyz i procesu (możliwe wsparcie z INTERREG A)

Opcje działania	Horyzont czasowy	Aktorzy	Zasoby
Różne przepisy prawne			
6. Ekspertyza dla całego polsko-niemieckiego obszaru powiązań		<ul style="list-style-type: none"> • Ministerstwa krajów federalnych (np. MSGIV, MdFE Brandenburg) • Ministerstwo Zdrowia / Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej Rzeczypospolitej Polskiej • Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego • Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki 	<ul style="list-style-type: none"> • Zasoby dla ekspertyz i procesu (możliwe wsparcie z INTERREG A (fundusz małych projektów))
7. Ustanowienie wyspecjalizowanych grup roboczych		<ul style="list-style-type: none"> • Komitet ds. Współpracy Regionalnej i Przygranicznej Polsko-Niemieckiej Komisji Międzyrządowej 	<ul style="list-style-type: none"> • Zasoby ludzkie członków wyspecjalizowanych grup roboczych
Transgraniczna wymiana danych pacjentów			
8. Projekt pilotażowy EHDS		<ul style="list-style-type: none"> • Niemieckie i polskie apteki, ambulatoryjne i stacjonarne ośrodki opieki zdrowotnej • Kasy chorych 	<ul style="list-style-type: none"> • Zasoby ludzkie na potrzeby koordynacji i uczestnictwa • Zasoby dla zaopatrzenia w sprzęt i oprogramowania

Opcje działania	Horyzont czasowy	Aktorzy	Zasoby
Transgraniczne i przejrzyste informacje na temat usług opieki zdrowotnej			
9. Informacje na temat systemu opieki zdrowotnej i możliwości leczenia możliwości		<ul style="list-style-type: none"> • Kasy chorych • Stowarzyszenia lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego • Sieć informacyjno-doradcza w Euroregionie Pomerania 	<ul style="list-style-type: none"> • Zasoby ludzkie i usługi zewnętrzne w zakresie rozwoju i utrzymania oferty informacyjnej
10. Zinstytucjonalizowany punkt kontaktowy		<ul style="list-style-type: none"> • Euroregion Pomerania (EUWT)? • Kasy chorych / stowarzyszenia lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego? • Kliniki? 	<ul style="list-style-type: none"> • Zasoby ludzkie na potrzeby doradztwa dla pacjentów i tworzenia sieci kontaktów
Różne sposoby rozliczeń w różnych krajach			
11. Modelowy projekt zharmonizowanych rozliczeń		<ul style="list-style-type: none"> • Kasy chorych • NFZ Szczecin 	<ul style="list-style-type: none"> • Zasoby ludzkie • Ew. zewnętrzne doradztwo

Opcje działania	Horyzont czasowy	Aktorzy	Zasoby
12. Ustanowienie transgranicznych ośrodków zdrowia		<ul style="list-style-type: none"> • Ośrodki zdrowia • Kasy chorych • NFZ Szczecin 	<ul style="list-style-type: none"> • Zasoby ludzkie • Ew. zewnętrzne doradztwo prawne przy zawieraniu umowy
Planowanie transgranicznej opieki zdrowotnej			
13. Koncepcja ramowa świadczenia transgranicznej opieki zdrowotnej		<ul style="list-style-type: none"> • MSGIV Brandenburg • Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki • Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego 	<ul style="list-style-type: none"> • Zasoby ludzkie organizacji uczestniczących • Zewnętrzne doradztwo

7. Quellen & Literatur

ABDA - Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e.V.	Apothekensuche. www.aponet.de/apotheke/apothekensuche , abgerufen im April 2024
Amt für Statistik Berlin-Brandenburg	Statistischer Bericht A I 4 / A V 2 – j / 22 "Bevölkerungsentwicklung und Flächen der kreisfreien Städte, Landkreise und Gemeinden im Land Brandenburg 2022". Potsdam, 2023 (AFS BB 2023)
Bundesagentur für Arbeit	Beschäftigte nach Staatsangehörigkeiten (Quartalszahlen). Deutschland, Länder, Kreise. Berichtsmonate: 31. Dezember 2015, 31. Dezember 2020, 31. Dezember 2022, 30. Juni 2023. Nürnberg, 2015-2023 (BfA 2025-2023)
Bundesministerium der Justiz	Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung, §§ 77ff. BGBl. I S. 2477, zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 30. Mai 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 173). Berlin, 2024
Bundesministerium der Justiz	Gesetz über das Apothekenwesen (Apothekengesetz - ApoG). BGBl. I 1980 S. 1993, zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 19. Juli 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 197). Berlin, 2023
Bundesministerium der Justiz	Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln (Arzneimittelgesetz - AMG). BGBl. I S. 3394, zuletzt geändert durch Artikel 7 des Gesetzes vom 27. März 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 109). Berlin, 2024
Bundesministerium für Gesundheit	Bundesgesetzblatt Jahrgang 2013 Teil II Nr. 19, ausgegeben zu Bonn am 23. Juli 2013. Bekanntmachung des deutsch-polnischen Rahmenabkommens über die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Rettungsdienst vom 22. Mai 2013. Köln, 2013
Bundesministerium für Gesundheit	Die elektronische Patientenakte (ePA). www.bundesgesundheitsministerium.de/elektronische-patientenakte , abgerufen im April 2024. Berlin, 2024
Bundesministerium für Wohnen, Stadtentwicklung und Bauwesen	Deutschlandatlas. Erreichbarkeit von Krankenhäusern der Grundversorgung. https://www.deutschlandatlas.bund.de/DE/Karten/Unsere-Gesundheitsversorgung/126-PKW-Krankenhaeuser-Grundversorgung.html#_csucp7y8p , abgerufen im April 2024. Berlin, 2019
Der Präsident des Landtages Brandenburg	Gesetz über den Rettungsdienst im Land Brandenburg (Brandenburgisches Rettungsdienstgesetz - BbgRettG). GVBl.I/08, [Nr. 10], S.186, zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 5. März 2024 (GVBl.I/24, [Nr. 11], S.8). Potsdam, 2008

Der Präsident des Landtages Brandenburg	Gesetz zur Neuregelung des Heilberufsrechts im Land Brandenburg (Heilberufsgesetz, HeilBerG). GVBl.I/03, [Nr. 07], S.126, zuletzt geändert durch Artikel 36 des Gesetzes vom 5. März 2024 (GVBl.I/24, [Nr. 9], S.16. Potsdam, 2024
Europäische Kommission	Vorschlag für eine Verordnung des Europäischen Parlamentes und Rates über den europäischen Raum für Gesundheitsdaten. Strasbourg, 2022
Europäische Kommission	Electronic cross-border health services. https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/electronic-cross-border-health-services_en , abgerufen im April 2024. Brussels, 2024
Europäische Kommission, Eurostat	Eurostat, Gesundheitsausgaben - ausgewählte Funktionen der Gesundheitsversorgung nach Finanzierungssystemen. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_sha11_hchf_custom_10971952 , abgerufen im April 2024. Brüssel, 2024
Europäische Union	Richtlinie 2011/24/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 9. März 2011 über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung. Strasbourg, 2011
Europäische Union	Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit. Strasbourg, 2004
Europäische Union	Verordnung (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit. Strasbourg, 2009
Europäische Union	Richtlinie 2011/24/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 9. März 2011 über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung. ABl. L 088, 4.4.2011, p.45, zuletzt geändert durch ABl. L 353 vom 28.12.2013, p. 8–12. Brüssel, 2013
Europäische Union	Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit. ABl. L 166 vom 30.4.2004, p. 1–123, zuletzt geändert durch ABl. L 186 vom 11.7.2019, p. 21–56
European Commission, Directorate-General for Health and Food Safety	European Health Data Space. https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/european-health-data-space_en , abgerufen im April 2024. Brüssel, 2024
EVTZ Eurodistrict SaarMoselle	MOSAR Abkommen. www.saarmoselle.org/de/mosar-abkommen.html , abgerufen im April 2024. Saarbrücken, 2024

EVTZ Eurodistrict SaarMoselle	Kontaktstelle Gesundheit SaarMoselle. www.saarmoselle.org , abgerufen im April 2024. Saarbrücken, 2024
Gemeinsame Landesplanungsabteilung Berlin-Brandenburg	Landesentwicklungsplan Hauptstadtregion Berlin-Brandenburg (LEP HR). Potsdam, 2019
Główny Urząd Statystyczny	Bank Danych Lokalnych. Ludność wg funkcjonalnych grup wieku i płci w podziale na miasto i wieś (P3447). Warschau, 2024 (GUS-BDL 2024)
Główny Urząd Statystyczny	Bank Danych Lokalnych. Noclegi udzielone turystom zagranicznym (nierezydentom) w turystycznych obiektach noclegowych według wybranych krajów (2759). Warschau, 2024
Justizministerium Mecklenburg-Vorpommern	Rettungsdienstgesetz Mecklenburg-Vorpommern (RDG M-V) vom 9. Februar 2015, GVOBl. M-V 2015, 50 zuletzt geändert durch Artikel 7 des Gesetzes vom 16. Mai 2018 (GVOBl. M-V S. 183, 188). Schwerin, 2018
Kancelaria Sejmu	Prawo o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Dz.U. 2024 poz. 652. Warszawa, 2024
Kancelaria Sejmu	Prawo farmaceutyczne. Dz.U.2022.230. Warszawa, 2022
Kancelaria Sejmu RP	Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz.U. 2024 poz. 146. Warszawa, 2024
Kancelaria Sejmu RP	Ustawa o podstawowej opiece zdrowotnej, Dz. U. poz. 2527. Warszawa, 2022
Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg	Arztsuche. https://arztsuche.kvbb.de/ases-kvbb , abgerufen im April 2024
Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern:	Arzt- und Psychotherapeutensuche Mecklenburg-Vorpommern. https://www.kvmv.de/service/arztsuche , abgerufen im April 2024
Marszałek Województwa Zachodniopomorskiego	Plan Zagospodarowania Przestrzennego Województwa Zachodniopomorskiego 2020 (PZPWZ 2020). Szczecin, 2020
Ministerium für Soziales, Gesundheit und Sport des Landes Mecklenburg-Vorpommern	Krankenhausplan des Landes Mecklenburg-Vorpommern. Schwerin, 2023
Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg	Vierter Krankenhausplan des Landes Brandenburg. Potsdam, 2021
Narodowy Fundusz	Zdrowia: Gdzie sie leczyc? https://gsl.nfz.gov.pl , abgerufen im April 2024
Narodowy Fundusz Zdrowia	Gdzie sie leczyc?. https://gsl.nfz.gov.pl , abgerufen im April 2024

Statistik Berlin-Brandenburg	Tourismus Berlin/Brandenburg. Region nach Jahr und Herkunftsländer der Gäste. Potsdam, 2024
Statistische Ämter des Bundes und der Länder	Regionaldatenbank. Tabelle 12411-02-03-5 „Bevölkerung nach Geschlecht und Altersgruppen (17) - Stichtag 31.12. - regionale Tiefe: Gemeinden“. Düsseldorf, 2024 (RDB 2024)
Statistisches Bundesamt	Tabelle 12521-0041. Ausländer: Kreise, Stichtag, Geschlecht, Ländergruppierungen/Staatsangehörigkeit. Wiesbaden, 2024
Trinationales Kompetenzzentrum	Trinationales Kompetenzzentrum für Ihre Gesundheitsprojekte. www.trisan.org , abge-rufen im April 2024. Kehl, 2024
Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia	Wykaz świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów Systemu Podstawowego Szpitalnego Zabezpieczenia Świadczeń Opieki Zdrowotnej na terenie województwa zachodniopomorskiego. Szczecin, 2023
Zachodniopomorski Odział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia	Transgraniczna opieka zdrowotna. Vortrag auf der Zukunftswerkstatt Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung am 31. Januar 2024, Schwedt/Oder (unveröffentlicht)

Autor Sven Friedrich

Unter Mitarbeit von Martin Reents, Leonard Weiß, Wojciech Labecki, Daria Wienen
Przy współpracy z

Potsdam und Cottbus, Juli 2024

Poczdami Cottbus, lipiec 2024 r.



Niederlassung Potsdam