

Gesunde Kinder - Gesundes Europa

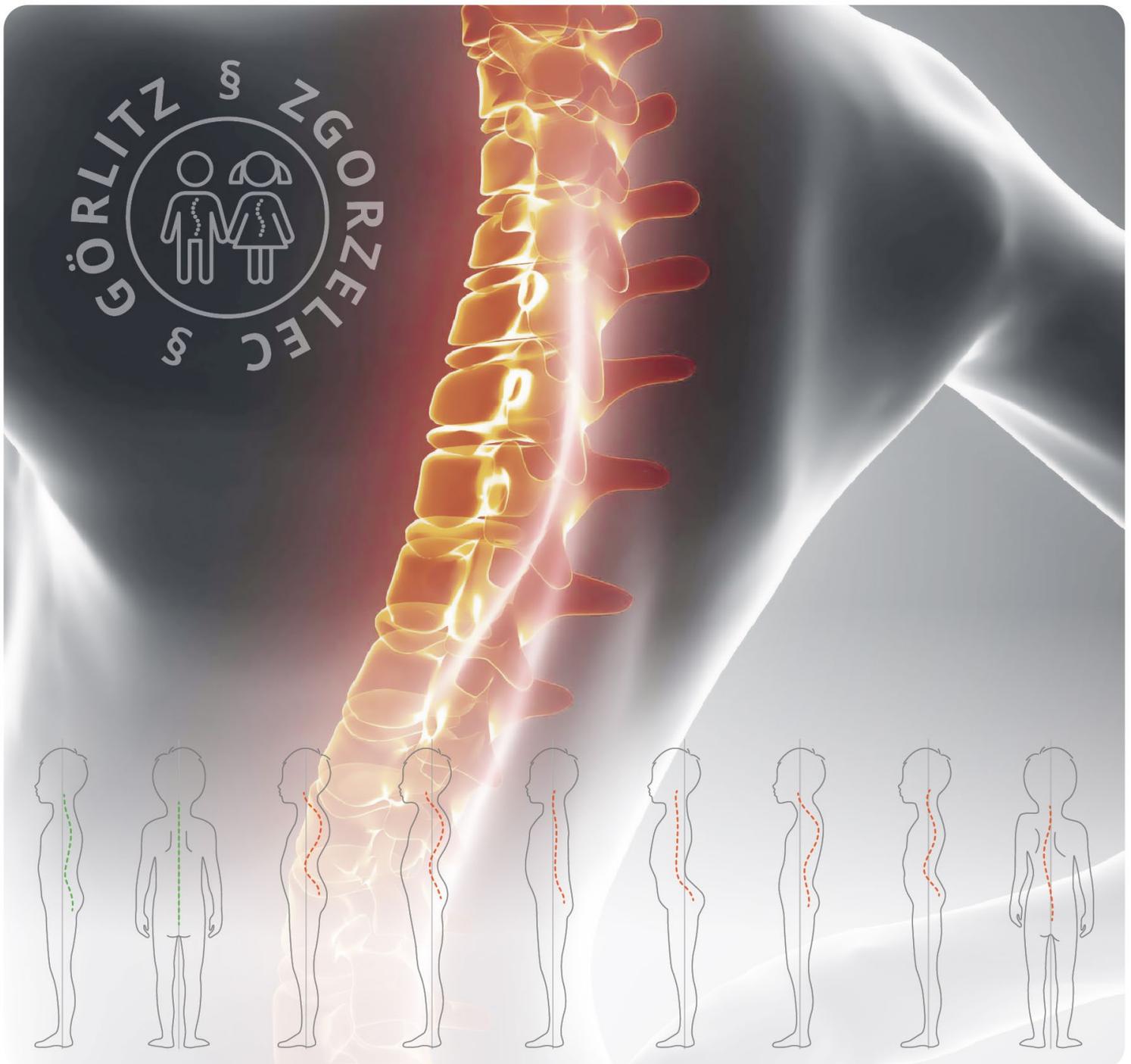
Große Wissenschaft für kleine Patienten - WiP

Gutachten

zu den rechtlichen Bestimmungen für die grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen am Beispiel von Screening-Untersuchungen bei Kindern in der Europastadt Görlitz/Zgorzelec

verfasst von Dr. Marcin Krzymuski LL.M.

herausgegeben von Dr.-Ing. Grzegorz Śliwiński



Dieser Beitrag entstand innerhalb des Projekts
„Gesunde Kinder – Gesundes Europa.
Große Wissenschaft für kleine Patienten - WiP“

 Gesunde Kinder – Gesundes Europa
Zdrowe dzieci – zdrowa Europa

gefördert von der Europäischen Union im Rahmen
des Operationellen Programms Polen - Sachsen
2014 - 2020

Interreg
PL-SN
Europäischer Fonds für regionale Entwicklung



Inhaltsverzeichnis

Gutachten 1

Beispiele für grenzüberschreitende Kooperationen im Gesundheitssektor innerhalb der EU _____ - 1 -

I. Einleitung	_____	- 1 -
II. Institutionalisierte Kooperation	_____	- 2 -
1. Allgemeines	_____	- 2 -
2. Krankenhaus Cerdanya (FR-ES)	_____	- 2 -
3. Europaklinik Braunau-Simbach (DE-AT)	_____	- 3 -
III. Zwischenstaatliche Leistungserbringung	_____	- 3 -
1. Allgemeines	_____	- 3 -
2. Kooperationsprojekte „healthacross“ (AT-CZ)	_____	- 4 -
3. ZOAST (FR-BE)	_____	- 6 -
4. IZOM (NL-BE-DE), eIZOM (DE-BE) und eGCI (DE-NL)	_____	- 7 -
IV. Koordinationsprojekte	_____	- 8 -
1. Allgemeines	_____	- 8 -
2. Trisan (DE-FR-CH)	_____	- 8 -
3. Telemedizin Pomerania (DE-PL)	_____	- 9 -
V. Fazit Gutachten 1	_____	- 10 -

Gutachten 2

Die Untersuchung des Rechtsrahmens für die grenzüberschreitende, deutsch-polnische, Kooperation im Bereich Gesundheitsvorsorge _____ - 11 -

I. Einleitung	_____	- 11 -
----------------------	-------	---------------

Teil 1. Grundlagen der grenzüberschreitenden Kooperation im Gesundheitsbereich im Recht der Europäischen Union _____ - 12 -

I. EU-Primärrecht	_____	- 12 -
1. Allgemeine Anmerkungen zur Kompetenz der EU im Gesundheitswesen	_____	- 12 -
2. Dienstleistungsfreiheit (Art. 56 ff. AEUV)	_____	- 13 -
3. Freizügigkeit der Arbeitnehmer (Art. 45 ff. AEUV)	_____	- 14 -
4. Niederlassungsfreiheit (Art. 49 ff. AEUV)	_____	- 14 -
5. Grundrechtecharta der EU	_____	- 14 -
II. Offene Koordinierungsmethode (soft law)	_____	- 14 -
III. Koordinationsvorschriften	_____	- 15 -
1. Grundfall	_____	- 16 -
2. Aufenthalt im zuständigen Mitgliedstaat	_____	- 16 -
3. Aufenthalt außerhalb des zuständigen Mitgliedstaats	_____	- 16 -
4. Reisen zur Inanspruchnahme von Sachleistungen	_____	- 17 -
5. Zwischenergebnis	_____	- 18 -

IV. Patientenmobilitätsrichtlinie	- 18 -
1. Allgemeines	- 18 -
2. Bedeutung der Richtlinie für deutsche Patienten in Polen	- 18 -
3. Rechtsfolgen der Richtlinie für polnische Patienten in Deutschland	- 20 -
4. Verhältnis zwischen der Koordinationsverordnung und der Patientenmobilitätsrichtlinie	- 21 -
V. Zwischenfazit Gutachten 2	- 22 -

Teil 2. Direkte Kooperation von Krankenkassen mit ausländischen Leistungserbringern

I. Kooperationsmöglichkeiten nach deutschem Recht	- 23 -
II. Kooperation mit dem ausländischen Leistungserbringer nach polnischem Recht	- 24 -
III. Fazit Gutachten 2	- 25 -

Gutachten 3

Konsens für die Europastadt – Screening von Haltungsschäden bei Kindern

I. Einleitung	- 27 -
II. Screening-Untersuchungen in Deutschland, insb. Sachsen	- 27 -
1. Begriff des Screenings	- 27 -
2. Deutschland - Sachsen	- 27 -
3. Polen	- 33 -
III. Kooperationsmöglichkeiten	- 33 -
1. Anwendung des EU-Rechts	- 33 -
2. Kooperationsvereinbarung KK und Leistungserbringer	- 34 -
3. Vertrag zwischen dem Gesundheitsamt (Landkreis) und dem polnischen Leistungserbringer	- 34 -
4. Vertrag zwischen den Versicherungsträgern	- 35 -
IV. Flankierende Maßnahmen	- 35 -
V. Fazit Gutachten 3	- 36 -

Gutachten 1

Beispiele für grenzüberschreitende Kooperationen im Gesundheitssektor innerhalb der EU

I. Einleitung

Das Ziel der vorliegenden Expertise ist es, die Entwicklungen im Bereich der grenzüberschreitenden Kooperation im Gesundheitswesen in der Europäischen Union und an ihren Grenzen aufzuzeigen. Von den zahlreichen Beispielen werden die Kooperationsprojekte dargestellt, die unterschiedliche Ansätze in Bezug auf die Kooperationsintensität vertreten. Es wird daher zwischen folgenden Arten der Kooperation:

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

unterschieden.

Diese Beispiele haben als Aufgabe, die Potenziale und denkbare Szenarien der grenzübergreifenden Kooperation im Gesundheitswesen zu veranschaulichen.

Im Allgemeinen bieten die Kooperationen für die beteiligten Partner und damit für die Grenzgebiete viele wirtschaftliche, politische, soziale und kulturelle Entwicklungsmöglichkeiten an.¹ Für das Projekt „Gesunde Kinder – gesundes Europa | Zdrowe dzieci – zdrowa Europa“ kommen insbesondere folgende Vorteile in den Vordergrund:

- 1) im Bereich Gesundheitsvorsorge:
 - a. optimaler Einsatz vorhandener Ressourcen,
 - b. bessere Auslastung von Einrichtungen durch koordinierte, abgestimmte und komplementäre Gesundheitsdienstleistungen,
 - c. die Nutzung von Synergien zur optimalen Gesundheitsversorgung in der Europastadt Görlitz-Zgorzelec,
 - d. Ausweitung des Einzugsgebietes von Gesundheitseinrichtungen für bestimmte Gesundheitsleistungen,
 - e. Modernisierung und Ausbau der vorhandenen Infrastruktur der Gesundheitsvorsorge,
- 2) im Bereich Forschung:
 - a. Kooperation in der Forschungs- und Innovationstätigkeit (Kooperation von Technischen Hochschulen, Gesundheitseinrichtungen, nationalen Akteuren der Gesundheitsvorsorge),
 - b. bessere Nutzung öffentlicher Ressourcen (insb. EU-Fördermittel) durch grenzüberschreitenden Einsatz von Projekt-Ergebnissen.

¹ R. Burger, M. Wieland (Hrsg.), Healthcross Report I. Handlungsleitfäden für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung, 2010, S. 84.

II. Institutionalisierte Kooperation

1. Allgemeines

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

2. Krankenhaus Cerdanya (FR-ES)

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



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

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

Geburtshilfe, Pädiatrie und Neonatologie, der inneren Medizin und psychischer Gesundheit. Das Krankenhaus verfügt über 64 Betten, 32 Zimmer, 3 Operationssäle und einen Geburtsraum und zusätzliche Mehrzweckanlagen.²



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

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



² <https://ec.europa.eu/futurium/en/blog/cerdanya-hospital>

Angestellte. Das Krankenhaus hat den Betrieb 2014 aufgenommen.

Grundsätzlich gilt im Krankenhaus das Recht des Sitzstaates also das spanische/katalonische Recht. Es gilt insbesondere für solche Fragestellungen wie Behandlungsverfahren, Dokumentationserstellung und -aufbewahrung, Datenschutz etc. Im Fall von EVTZ Cerdanya haben aber die Mitglieder für einige Fälle das "strengere" Recht vereinbart.³ Die Grundlage für die Rechtswahl bietet hier Art. 8 Abs. 2 lit. j) EVTZ-VO. Danach können die Mitglieder u.a. die anzuwendenden nationalen Rechtsvorschriften bestimmen, die direkten Bezug zu den Tätigkeiten des EVTZ haben, welche im Rahmen der in der Übereinkunft festgelegten Aufgaben ausgeführt werden. Nach der hier vertretenen Auffassung erlaubt die genannte Regelung die Rechtswahl in Bezug auf die dort genannten Aspekte.

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

Weitere Informationen: <http://www.hcerdanya.eu>

3. Europaklinik Braunau-Simbach (DE-AT)

Anvisiert war auch die Errichtung einer gemeinsamen Klinik für das deutsch-österreichische Grenzgebiet Braunau-Simbach.⁴ Das Projekt wurde aber eingestellt und wird zunächst nicht mehr verfolgt.⁵

III. Zwischenstaatliche Leistungserbringung

1. Allgemeines

Im vorliegenden Teil werden Projekte dargestellt, in denen die grenzüberschreitende Erbringung von medizinischen Leistungen im Vordergrund steht. Anders als im Falle der institutionalisierten Kooperation geht es hier um die Behandlung von Patienten aus dem Ausland in einer inländischen Gesundheitseinrichtung.

Damit erlaubt ein Mitgliedstaat die Nutzung seiner Ressourcen im Gesundheitswesen der Bevölkerung aus dem anderen Land.

³ José Miguel Sanjuán, Joan Gil in: Irene A. Glinos, Matthias Wismar (Hrsg.), Hospital and Borders. Seven case studies on cross-border collaboration and health system interactions, 2013, S. 155-179 (S. 171).

⁴ R. Burger, M. Wieland (Hrsg.), Healthacross Report I. Handlungsleitfäden für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung, 2010, S. 85-95.

⁵ <https://www.uns-in-simbach.de/news/grenzenlose-gesundheitsversorgung/>

2. Kooperationsprojekte „healthacross“ (AT-CZ)



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

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

Das healthacross Projekt hatte bisher drei Phasen:

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

Ferner wurden noch weitere Projekte durchgeführt:

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

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

a. "healthacross"[2008-2011]

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

Das erste Projekt mündete in zwei Berichten:

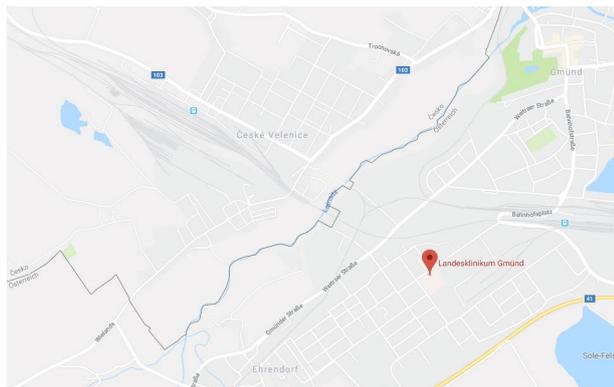
- 1) „Report I: Handlungsleitfäden für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung“ und
- 2) „Report II: Machbarkeitsstudie zur grenzüberschreitenden stationären und ambulanten Zusammenarbeit im Raum Gmünd und České Velenice“.

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

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

b. „healthacross in practice“ [2012 - 2014]

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



Dementsprechend erhielt von Februar bis Juni 2013 eine definierte Anzahl von tschechischen Patienten (insg. 133)

ambulante medizinische Behandlung im Landeskrankenhaus Gmünd. Bei Notfällen war auch ein stationärer Aufenthalt möglich. Für die ambulante Behandlung wurde in Kooperation mit Hausärzten aus Tschechien ein Leistungskatalog erarbeitet, in dem alle Leistungen enthalten sind, die das Landeskrankenhaus für tschechische Patienten durchführen konnte.⁶ Den Patienten mit den Krankheiten aus dem Leistungsbereich wurde die ambulante Behandlung im Landeskrankenhaus Gmünd automatisch ermöglicht. Diese wurde nach entsprechender Überweisung von einem tschechischen Arzt geleistet.

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

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

c. „healthacross for future“ [2017 - 2020]

Im Rahmen des laufenden (1.5.2017 – 30.9.2020) Projektes, bezeichnet als „healthacross for future“, wird die grenzüberschreitende Patientenversorgung mit Südböhmen im Landeskrankenhaus Gmünd weitergeführt und um die stationäre Behandlung erweitert. Im Rahmen des Projektes sollen vor allem die Möglichkeiten der Planung und des Baus eines grenzüberschreitenden Gesundheits-/Erstversorgungszentrums („Cross-border Health Cube“) untersucht werden. Geplant ist die Inbetriebnahme des Zentrums für das Jahr 2021.⁷

Das grenzüberschreitende Gesundheitszentrum soll zehn Fachbereiche abdecken: Allgemeinmedizin, Chirurgie, innere Medizin, Orthopädie, Pädiatrie, Gynäkologie, HNO, Dermatologie, Geriatrie und Komplementärmedizin. Dazu kommen ferner noch Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie. Von den Hilfsdienstleistungen werden noch Röntgen und Ultraschall

⁶ Health across in practice, Landeskrankenhaus Gmünd öffnet für tschechische Patienten, 2013, S. 7: Krampfadernverödung, Infiltrationen (lokale Schmerztherapie am Bewegungsapparat), Entfernung kleiner Tumore, Diagnostik von Venenerkrankungen, Diagnostik von peripheren arteriellen Verschlusskrankheiten, Spirometrie = Lungenfunktion, Abklärung von Magenbeschwerden mittels Gastroskopie, Abklärung von Darmbeschwerden mittels Koloskopie, Versorgung kleiner Wunden, Verdacht einer Schilddrüsenunter- oder -überfunktion – Bestimmung der Schilddrüsenparameter, Chirurgische Versorgung eines eingewachsenen Zehennagels bzw. Fingernagels, Untersuchung von Rhythmusstörungen mittels Langzeit-EKG (Holter), Untersuchung des Blutdrucks mittels Langzeitblutdruckmessung, Weitere Abklärung bei Herzbeschwerden mittels Ergometrie = Belastungs-EKG, Diagnostik der Halsgefäße – Ausschluss einer Stenose, Versorgung von Frakturen mittels Gipsverband.

⁷ Robert Salzer, Baustart für einzigartiges Gesundheitszentrum (<https://noe.orf.at/news/stories/2982361/>).

sowie ein Labor zur Verfügung gestellt. Mit dem Zentrum werden die Leistungen im Einklang mit den Bedürfnissen der lokalen Bevölkerung erbracht. Damit wird ein kohärenter Zugang zu medizinischer Versorgung beiderseits der Grenze und die Versorgungsqualität in der Grenzregion sichergestellt.

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

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

3. ZOAST (FR-BE)

Die Kooperation „ZOAST“ (Zones Organisées d'Accès aux Soins Transfrontaliers) erfasst sieben Zonen entlang der französisch-belgischen Grenze, die in den Jahren 2008-2015 errichtet worden sind. Die Grundlage für die Kooperation zwischen den Zonen wurde mit einem Staatsvertrag vom 01.06.2005 zwischen Belgien und Frankreich geschaffen. Mit dem Staatsvertrag wurden die lokalen Gebietskörperschaften zum Abschluss von Kooperationsverträgen auf dem Gebiet der Planung, Organisation und Finanzierung des Gesundheitssystems beauftragt.

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



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

Zusätzlich zu den sieben ZOASTs wurde eine Vereinbarung getroffen, die es den französischen und belgischen Rettungsdiensten ermöglicht, die Grenze bei dringenden Fällen, die eine schnelle Reaktion erfordern, zu überschreiten (z.B. Service Mobile d'Urgence et de Réanimation).⁸ Ferner wurde durch die Kooperation der Zugang zu einer qualitativ hochwertigen Versorgung in der Nähe des Wohnortes des Patienten im Grenzgebiet ohne (zusätzliche) Investitionen in Infrastruktur, einfach durch die Organisation komplementärer Gesundheitsvorsorge in den Nachbarländern verbessert.⁹

Der Mehrwert dieses Vorhabens besteht vor allem darin, dass der sog. Grenzeffekt vollständig beseitigt wurde. Die Patienten können sich auf beiden Seiten der Grenze medizinisch versorgen lassen, ohne dass hierfür die Zustimmung der Sozialversicherung notwendig ist. Vor dem Beginn der Kooperation gab es Schwierigkeiten für Einwohner der Grenzregionen, an die Gesundheitsleistungen zu kommen.

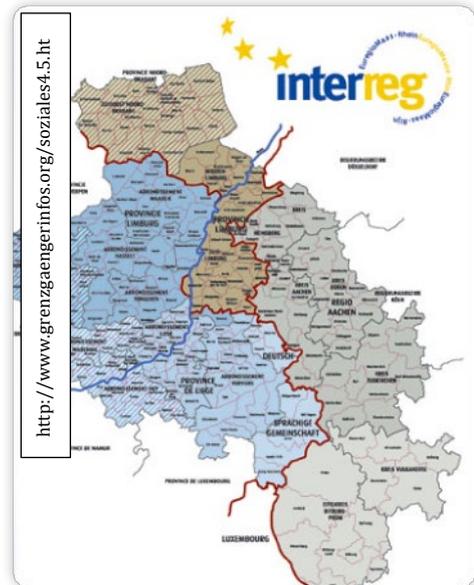
Weitere Informationen: <http://ofbs.dims.fr/accueil.html>

⁸ European Commission, Enhancing healthcare cooperation in cross-border regions, European Union, 2018, S. 5.

⁹ European Commission, Enhancing healthcare cooperation in cross-border regions, European Union, 2018, S. 5.

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

In dem IZOM-Projekt („Integratie zorg op maat“ = „integrierte ärztliche Versorgung nach Maß“) arbeiten die AOK Rheinland, die niederländische CZ-Gruppe und die Christliche Krankenkasse zusammen. Auf Grund dieser Kooperation wird es den Bewohnern der Euregio Maas Rhein ermöglicht, auf beiden Seiten der Grenze medizinische Versorgung in Anspruch zu nehmen. Es erfasst insb. den Zugang sowohl zur allgemeinen fachärztlichen Behandlung als auch zu stationären Behandlungen aus dem Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung, d.h. allgemeine fachärztliche Behandlung im Bereich Diagnostik (Labor, Röntgen, Ultraschall) und Therapie, Arzneimittelversorgung, die für eine bestimmten Behandlung erforderlich ist, sowie eventuell erforderliche anschließende Krankenhausbehandlungen.



Die Grundlage für das Projekt ist das sog. IZOM-Abkommen. Mit dem Abkommen haben die Parteien ein vereinfachtes Verwaltungsverfahren für den Zugang zur Gesundheitsleistungen im Ausland eingeführt. Danach beantragt der Versicherte bei der für ihn zuständigen Krankenkasse die Bescheinigung E112+ (verwendet nur in diesem Projekt). Die Bescheinigung wird für einen Zeitraum von drei bis zwölf Monaten gewährt. Sie wird der aushelfenden Krankenkasse im Behandlungsland vorgelegt. Diese aushelfende Krankenkasse stellt dem Patienten dann einen Behandlungsschein zur Vorlage beim Facharzt aus. Der Patient aus dem Ausland wird daher behandelt, als ob er in dem Behandlungsstaat versichert wäre. Behandlungskosten fallen dem Patienten nicht an; sie werden von der Krankenkasse des Patienten des aushelfenden Leistungserbringers erstattet.

Das IZOM-Projekt ist mit Ende 2017 ausgelaufen. Geplant wird die Nutzung des ZOAST-Instruments für die Wiederherstellung der grenzüberschreitenden Gesundheitsvorsorge.¹⁰

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



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

¹⁰ <https://www.csp-dg.be/single-post/2018/06/29/Ein-Jahr-ohne-IZOM-Abkommen---Lösung-„ZOAST“---CSP-kämpft-weiter-für-ostbelgische-Patienten>

Parallel hat die AOK Rheinland/Hamburg mit der niederländischen CZ Kooperation aufgenommen (eGCI). Danach haben auch Versicherte der CZ die Möglichkeit mit der eGCI-Karte medizinische Leistungen in Deutschland in Anspruch zu nehmen. Die Karte eGCI gilt in der Grenzregion Maas-Rhein, Rhein-Maas-Nord und Rhein-Waal.¹¹



IV. Koordinationsprojekte

1. Allgemeines

Die Koordinationsprojekte zielen hauptsächlich auf die Vernetzung von gemeinsamen Aktivitäten. In diesen Projekten wird die Kooperation von mehreren Akteuren koordiniert und gefördert. Die Versorgung mit den Gesundheitsleistungen steht nicht im Vordergrund der Projektaktivitäten. Es geht mehr auf die Vorbereitung von Rahmenbedingungen (auch technisch) für den Austausch zwischen den beteiligten Akteuren der grenzüberschreitenden Kooperation. Auch hier sind unterschiedliche Grade der Kooperationsintensität zu sehen. Einige Projekte bauen auf einer Vereinbarung auf, ohne dass es zu einer Verstetigung der Zusammenarbeit kommt. In den anderen Projekten werden (nach gewisser Phase der Kooperation) gemeinsame Netzwerke und anschließend gemeinsame juristische Einrichtungen – insb. Vereine – gegründet, die Träger der Zusammenarbeit in organisatorischer Hinsicht sind.

2. Trisan (DE-FR-CH)



Als Beispiel für ein Koordinationsprojekt gilt das Projekt TRISAN (Frankreich-Deutschland-Schweiz). TRISAN ist ein multisektorales Projekt, das eine Reihe von Kompetenzen und Lösungen verbindet (Medizin, Management, Politik, Versicherung, Recht, etc.). Dieses Projekt unterstützt die Gesundheitsakteure aus dem gesamten Mandatsgebiet der Oberrheinkonferenz. Das Projekt umfasst Themen wie die Mobilität von Angehörigen des Gesundheitswesens, ambulante und stationäre Pflege, Notfalldienste und Pflege, Epidemiologie, Sucht und Prävention sowie die Berichterstattung zur Gesundheitsförderung.

Die Idee für das TRISAN-Projekt entstand aus den Schwierigkeiten bei der Durchführung grenzüberschreitender Gesundheitsprojekte.¹²

Das Projekt stellt den kooperationswilligen Akteuren praktische Werkzeuge zur Verfügung, mit denen ein grenzüberschreitendes Projekt erfolgreich umgesetzt werden kann. Es werden mithilfe von Checklisten und Methoden zu den einzelnen Projektphasen: Projektdefinition, Planung, Realisierung und Evaluation angeboten. Ferner bietet das Projekt die Beratung zu den Problemstellungen, die typischerweise in grenzüberschreitenden Gesundheitsprojekten auftreten. Die Gesundheitsakteure können daher Informationen zur Bewältigung von interkulturellen Herausforderungen und zur Öffentlichkeitsarbeit erhalten.

¹¹ Thorsten Krings, Stefanie Fischer, eIZOM, eGCI und EHIC – Tipps und Hinweise für die richtige Abrechnung bei Patienten aus der Grenzregion und dem Ausland, Präsentation vom 24.10.2015 (https://www.ukaachen.de/fileadmin/files/global/dokumente/eGCI_eIZOM_UKA_Vortrag_241015_.pdf).

¹² Eric Delecousse, Fabienne Leloup, Henri Lewalle: European Cross-Border Cooperation on Health: Theory and Practice, European Union, 2017, S. 41.

TRISAN leistet damit einen wichtigen Beitrag zur Analyse von grenzüberschreitenden Barrieren für die Gesundheitsdienste am Oberrhein.

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

3. Telemedizin Pomerania (DE-PL)

Von der deutsch-polnischen Grenze ist auf das Projekt „Telemedizin Pomerania“ hinzuweisen. In diesem Projekt wurden die Fragestellungen der grenzüberschreitenden Telemedizin behandelt. Das Projekt umfasste insgesamt ein Netzwerk von 20 Krankenhäusern in Deutschland und 15 in Polen. Es wurde 2002 gestartet. 2007 wurde die Kooperation durch die Gründung eines Vereins (Telemedizin in der Euroregion POMERANIA e. V.) verstetigt.¹³

TELEMEDIZIN IN DER EUROREGION POMERANIA

Lasst Daten wandern,
nicht Patienten und Ärzte.

Posen gegründet.¹⁴

Aus dem Projekts sind auch Netzwerke entstanden. Das erste Netzwerk: „Telemedizinisches Netzwerk zur Unterstützung der Tumorversorgung in der Euroregion POMERANIA“ haben zehn Krankenhäuser in Vorpommern, sechs Krankenhäuser aus Nordbrandenburg, die Pommersche Medizinische Universität in Stettin, das Wojewodschaftskrankenhaus Köslin und die Universität

Ziel des Projektes war es, einerseits kleine Krankenhäuser auf dem Land mit den größeren Krankenhäusern in Städten wie Greifswald, Neubrandenburg und Eberswalde zu vernetzen. Die telemedizinischen Möglichkeiten erlauben daher, die Versorgungsqualität im ländlichen Raum und in den dünn besiedelten Gebieten zu verbessern. Darüber hinaus sollte eine bessere Ausnutzung von Arztkapazitäten und Geräten durch grenzüberschreitende Kooperationen mit Polen unterstützt werden. Geplant war die Schaffung von effizienten und nachhaltigen Kommunikationsstrukturen für die Prävention und Diagnose von Erkrankungen.

Das Projekt strebt auch die Weiterbildung an: es wurden Tele- und Videokonferenzen veranstaltet, z.B. Lehrkonferenzen in der Teleradiologie zwischen dem Knochtumorzentrum in Stettin und der Greifswalder Universitätsklinik oder Konferenzen zwischen Internisten, Strahlentherapeuten und Urologen aus den Kliniken in Stettin, Greifswald und Schwedt.¹⁵ Mit dem Projekt wurden schnelle und effiziente Datentransfersysteme eingeführt, welche es den Spezialisten aus Deutschland und Polen ermöglichen, medizinische Daten zu analysieren und eine zweite Meinung zu den gestellten Diagnosen via Internet einzuholen. Es wurde ferner ein Videokonferenznetzwerk eingerichtet, das erlaubt, die Befunde der Patienten im Rahmen von Video-Gesprächen in deutschen und polnischen Kliniken zu besprechen.¹⁶ Insgesamt gibt es acht Netzwerke zu bestimmten Medizingebieten, die über die Grenzen hinaus über Internet kooperieren: Tele-Pathologie, Tele-Stroke, Tele-Radiologie, Tele-HNO, Tele-Ophthalmologie, Tele-Tumorboard, Tele-Kardiologie. Dazu wurde ein System für Tele-Videokonferenzen erbaut: es wurden 52 Videokonferenzsysteme an 14 Klinikstandorten installiert. Sie verteilen sich auf 16 große und zwölf

¹³ Netzwerk Pomerania Telemedizin, S. 7 (<https://www.dfcsystems.de/wp-content/uploads/2016/10/pomerania-broschuere-dfc-systems.pdf>).

¹⁴ Von Zanthier, Broschüre Grenzüberschreitende Telemedizin zwischen Polen und Deutschland, 2013, S. 26.

¹⁵ Von Zanthier, Broschüre Grenzüberschreitende Telemedizin zwischen Polen und Deutschland, 2013, S. 26.

¹⁶ Europäische Kommission, Telemedizin Pomerania verbessert die medizinische Versorgung in dünn besiedelten Regionen, 4.1.2016 (https://ec.europa.eu/regional_policy/de/projects/germany/telemedicine-pomerania-improves-healthcare-in-sparsely-populated-regions).

kleine Besprechungsräume, 23 Stationen und Arztzimmer sowie einen mobilen Videowagen. Für Bereitschaftsdienste verfügen die Ärzte über 75 Videolizenzen für Notebooks.¹⁷

Weitere Informationen: <https://www.telepom.eu> (noch nicht aktiv)

V. Fazit Gutachten 1

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

Die Intensivität der Kooperation erreicht unterschiedlichen Grad: von der Koordination der Zusammenarbeit über die Leistungserbringung für Patienten aus dem Ausland bis zur Errichtung von gemeinsam getragenen Gesundheitseinrichtungen.

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

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

¹⁷ Netzwerk Pomerania Telemedizin, S. 11 (<https://www.dfcsystems.de/wp-content/uploads/2016/10/pomerania-broschuere-dfc-systems.pdf>).

Gutachten 2

Die Untersuchung des Rechtsrahmens für die grenzüberschreitende, deutsch-polnische, Kooperation im Bereich Gesundheitsvorsorge

I. Einleitung

Der Hintergrund für die vorliegende Analyse, ist die Feststellung von rechtlichen Rahmenbedingungen für die grenzüberschreitende Kooperation im Gesundheitswesen.

Ausgegangen wird von den **Regelungen auf der EU-Ebene**, die den Rahmen für eine grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen bilden, d.h. die KoordinationsVO (883/2004¹⁸) und Patientenrechterichtlinie (2011/24/EU¹⁹).

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

Im geplanten Bereich, d.h. wenn sich der Patient zur Inanspruchnahme von Sachleistungen in einen anderen Mitgliedstaat begibt, besteht die Konkurrenz zwischen der KoordinationsVO und der Patientenrechterichtlinie. Hier hat der Patient den für ihn günstigeren Weg zu wählen. Gemeinsam ist, dass die Nutzung der Gesundheitsleistungen im Ausland grundsätzlich mit einer entsprechenden Genehmigung des zuständigen Trägers verbunden ist.

Vor dem Hintergrund der aktuellen Entwicklung auf dem Gebiet des Rechts der grenzüberschreitenden Kooperation soll noch die geplante Verordnung²⁰ angesprochen werden. Diese soll den Mitgliedstaaten erleichtern, u.a. die Einigung hinsichtlich des anzuwendenden Rechts für ein grenzüberschreitendes Projekt zu erzielen.

Auf der **nationalen** Ebene werden vor allem die Kompetenzen im Gesundheitsbereich in beiden Ländern zusammengestellt. Es soll im Grundriss auch die Zuständigkeit für die Durchführung und Finanzierung von Präventionsuntersuchungen in Bezug auf Haltungsschäden bei Kindern aus Görlitz und Zgorzelec vorgestellt werden.

Ferner wird geprüft, ob ein völkerrechtlicher Vertrag zwischen Polen und Deutschland (Sachsen) die Inanspruchnahme von Sachleistungen im Ausland erleichtern könnte und welche die Voraussetzungen für einen solchen Staatsvertrag wären. Abschließend wird untersucht, welche die

¹⁸ Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (ABl. L 166 vom 30.4.2004, S. 1-123).

¹⁹ Richtlinie 2011/24/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 9. März 2011 über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung (ABl. L 88 vom 4.4.2011, S. 45-65).

²⁰ Vorschlag für eine Verordnung des Europäischen Parlaments und des Rates über einen Mechanismus zur Überwindung rechtlicher und administrativer Hindernisse in einem grenzübergreifenden Kontext (COM/2018/373 final - 2018/0198 (COD))

Möglichkeiten für eine **direkte Kooperation** zwischen den nationalen Versicherungsträgern (den deutschen Krankenkassen und dem polnischen Gesundheitsfonds) mit den ausländischen Leistungserbringern sind.

Teil 1. Grundlagen der grenzüberschreitenden Kooperation im Gesundheitsbereich im Recht der Europäischen Union

In der EU wurde das Problem der grenzüberschreitenden Versorgung mit Gesundheitsleistungen schon längst erkannt und vor dem Hintergrund der Freizügigkeits- und Dienstleistungsfreiheit diskutiert. Die auf den Normen des Primärrechts ergangene Rechtsprechung wurde mit einem entsprechenden Sekundärrechtsakt kodifiziert und in den Mitgliedstaaten umgesetzt. Daneben wurden die Koordinationsvorschriften zur Bestimmung des anzuwendenden Sozialversicherungsrechts in den grenzüberschreitenden Sachverhalten mit einer allgemein verbindlichen Verordnung vereinheitlicht.

Zunächst ist der unionale Rechtsrahmen zu prüfen. Dies ergibt sich vor allem aus den Grundfreiheiten (insb. Dienstleistungsfreiheit) sowie aus den auf Grund von Art. 168 AEUV²¹ durch die Union eingeleiteten Maßnahmen. Im sekundärrechtlichen Bereich bilden den Rahmen die allgemeinverbindlichen Koordinationsverordnungen und die umzusetzende Patientenrichtlinie.

I. EU-Primärrecht

1. Allgemeine Anmerkungen zur Kompetenz der EU im Gesundheitswesen

Nach dem Prinzip der begrenzten Einzelermächtigung darf die EU grundsätzlich nur dann tätig werden, wenn die Mitgliedstaaten ihre entsprechenden Kompetenzen übertragen haben (Art. 5 Abs. 1 S. 1 EUV²²). Darüber hinaus gelten für die Ausübung der Zuständigkeit der Union das Verhältnismäßigkeits- und Subsidiaritätsprinzip. Insbesondere der zweite Grundsatz hat starken Einfluss auf die Aktivitäten der EU-Organe. Sie dürfen demnach nur dann und insoweit tätig werden, als die betreffenden Ziele durch das Handeln auf supranationaler Ebene besser verwirklicht werden können als auf einzelstaatlicher Ebene (Art. 5 Abs. 2 und 3 EUV).

Ferner dürfen die Mitgliedstaaten im Bereich Schutz und Verbesserung der menschlichen Gesundheit Maßnahmen mit europäischer Zielsetzung treffen. Die EU ist dann für die Durchführung von Maßnahmen zur Unterstützung, Koordinierung oder Ergänzung der Maßnahmen der Mitgliedstaaten zuständig (Art. 6 AEUV).

Diese unterstützende Kompetenz der Mitgliedstaaten wurde in Art. 168 AEUV konkretisiert. In Art. 168 Abs. 2 AEUV wird die EU nur zur unverbindlichen Aufforderung von Mitgliedstaaten zur Zusammenarbeit mit dem Zweck, die Komplementarität ihrer Gesundheitsdienste in den Grenzgebieten herzustellen, beauftragt. Diese Vorschrift ermächtigt die EU nur zu einer unterstützenden und fördernden Wirkung im Bereich der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten, die darauf abzielt, die Komplementarität ihrer Gesundheitsdienste in den Grenzgebieten zu verbessern (Art. 168 Abs. 3 UAbs. 1 S. 2 AEUV).

²¹ Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union, ABl. C 326 vom 26.10.2012, S. 47-390.

²² Vertrag über die Europäische Union, ABl. C 326 vom 26.02.2012, S. 15 ff.

Konkrete Handlungsbefugnisse gehen damit nicht einher. Ferner bezieht sich der Begriff Gesundheit nur auf öffentliche Gesundheit und nicht auf die Gesundheit des Einzelnen.²³

Es handelt sich hier eine besondere Zuständigkeit der EU für Unterstützung-, Koordinierungs- und Ergänzungsmaßnahmen nach Art. 2 Abs. 5 AEUV. Diese Kompetenz bedeutet nicht, dass die Zuständigkeit der Union für diese Bereiche an die Stelle der Zuständigkeit der Mitgliedstaaten tritt (Art. 2 Abs. 5). Auch wenn nach den diese Bereiche betreffenden Bestimmungen des AEUV verbindliche Akte erlassen werden dürfen, können sie keine Harmonisierung der Rechtsvorschriften der Mitgliedstaaten bewirken.

Darüber hinaus hat die EU im Bereich des Gesundheitsschutzes nur für folgende Felder der Präventionspolitik ausdrückliche Kompetenzen:

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

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

2. Dienstleistungsfreiheit (Art. 56 ff. AEUV)

Indirekte Wirkung für die Entwicklung der Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich haben bisher in der Rechtsprechung insb. die Vorschriften zur Dienstleistungsfreiheit (Art. 56 ff. AEUV). Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass die Dienstleistungsfreiheit die medizinischen Dienstleistungen und sonstige Gesundheitsdienstleistungen erfasst.²⁴ Dagegen wird der Anwendungsbereich der diese Grundfreiheit konkretisierenden Dienstleistungsrichtlinie dahingehend eingeschränkt, dass sie für bestimmte nichtwirtschaftliche Dienstleistungen von allgemeinem Interesse wie Gesundheitsdienstleistungen nicht gilt (Art. 2 Dienstleistungsrichtlinie).

Die Rechtsfolge der Anwendbarkeit der Dienstleistungsfreiheit auf die Gesundheitsleistungen ist die grundsätzliche Freiheit des Patienten auf die Wahl des Dienstleisters. Der Patient darf sich daher zwischen der Behandlung im In- oder Ausland entscheiden. Die damit verbundenen Kosten werden ihm nach den in der Richtlinie 2011/24/EU festgelegten Regeln rückerstattet.

Zu überlegen ist, ob der Patient einen Anspruch gegenüber dem zuständigen Träger auf genehmigungsfreie grenzüberschreitende ambulante Leistungsbeanspruchung und auf Kostenerstattung nach den Vorschriften über die Leistungsverpflichtungen des zuständigen Trägers aus Art. 56 AEUV ableiten kann. Ferner stellt sich die Frage, welche Rechte daraus die Dienstleistungserbringer ableiten können, insbesondere auf den Abschluss von Verträgen mit ausländischen Versicherungsträgern zur Behandlung von Versicherten (vgl. § 140e SGB V, Art. 132 des Gesetzes über die Leistungen der Gesundheitsvorsorge).

²³ M. Fröhlich, T. Lahann, A. Trautmann, Gesundheitsdienstleistungen in der Großregion SaarLorLux, S. 12.

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

3. Freizügigkeit der Arbeitnehmer (Art. 45 ff. AEUV)

Art. 45 AEUV garantiert die Freizügigkeit der Arbeitnehmer innerhalb der EU. Als notwendige Folge einer solchen Freiheit ist das Recht auf die diskriminierungsfreie Inanspruchnahme von Sozialleistungen im Niederlassungsstaat. Konsequenterweise wurde die EU in Art. 48 AEUV dazu ermächtigt, die auf dem Gebiet der sozialen Sicherheit für die Herstellung der Freizügigkeit der Arbeitnehmer notwendigen Maßnahmen zu beschließen. Diese Zuständigkeit mündete in der Koordinierungsverordnung 883/2004 und dazu einhergehenden Durchführungsverordnung 987/2009. Beide Verordnungen zusammen bilden ein Grundkonstrukt für die Koordination der Sozialversicherungssysteme wegen der Freizügigkeit der Arbeitnehmer in der EU.

4. Niederlassungsfreiheit (Art. 49 ff. AEUV)

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

5. Grundrechtecharta der EU

In Art. 35 Charta der Grundrechte²⁵ wird den Unionsbürgern das Grundrecht auf Gesundheitsschutz gewährt.

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

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

II. Offene Koordinierungsmethode (soft law)

Nach dem Entschluss der Mitgliedstaaten von 2004²⁶ bedient sich die EU in der Gesundheitspolitik der sog. offenen Koordinierungsmethode (OKM).²⁷

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

²⁵ Charta der Grundrechte der Europäischen Union, ABl. C 364 vom 18.12.2000, S. 1 ff.

²⁶ Mitteilung der Kommission an den Rat, das Europäische Parlament, den Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen - Modernisierung des Sozialschutzes für die Entwicklung einer hochwertigen, zugänglichen und zukunftsfähigen Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege: Unterstützung der einzelstaatlichen Strategien durch die „offene Koordinierungsmethode“ (KOM/2004/0304 endg.)

²⁷ Siehe Mitteilung der Kommission an den Rat, das Europäische Parlament, den Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen - Die Zukunft des Gesundheitswesens und der Altenpflege: Zugänglichkeit, Qualität und langfristige Finanzierbarkeit sichern (COM/2001/0723 endg.)

die gegenseitige Bewertung durch die EU-Länder und Austausch von bewährten Vorgehensweisen.

Für die Gesundheitspolitik wurden 2004 folgende Ziele gefasst:

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

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

In der Gesundheitspolitik wird ein OMK Social Protection Committee geführt, sodass es sich hier um eine institutionalisierte Form des *soft law* handelt.²⁸ Allerdings hat die Anwendung des OMK auf die Gesundheitspolitik bisher nur geringe Fortschritte gebracht.

III. Koordinationsvorschriften

Nachdem die primärrechtlichen Regelungen dargestellt worden sind, ist auf das Sekundärrecht zurückzugreifen. Hier sind es insbesondere die Vorschriften der unmittelbar geltenden Verordnungen und der aus der Rechtsprechung der EuGH resultierenden Richtlinie über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung.

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

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

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

²⁸ Paweł Białynicki Birula, Wykorzystanie metod nowego zarządzania publicznego w kształtowaniu polityki zdrowotnej Unii Europejskiej, Zarządzanie Publiczne 2011 nr 4 (18), S. 37-48.

1. Grundfall

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

2. Aufenthalt im zuständigen Mitgliedstaat

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

3. Aufenthalt außerhalb des zuständigen Mitgliedstaats

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

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

über den gesetzlichen Leistungskatalog in zuständigem Mitgliedstaat hinausgehen.

Diese Leistungen werden auf Rechnung des zuständigen Trägers erbracht, wenn der Versicherte ein von dem zuständigen Träger ausgestelltes Dokument, das seinen Sachleistungsanspruch bescheinigt, vorlegt (Art. 25 A. (1) VO 987/2009). Als ein solches Dokument gilt u.a. die EHC-Karte.²⁹ Andernfalls hat der Patient die Kosten selbst zu tragen und kann diese erst später von seinem zuständigen Träger fordern. Die Rückerstattung kann beantragt werden, wenn:

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

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

4. Reisen zur Inanspruchnahme von Sachleistungen

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

d. Deutscher Versicherter in Polen

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

e. Polnischer Patient in Deutschland

Wenn der Patient die Dienstleistungen direkt auf Kosten des NFZ (ohne vorherige Bezahlung der Rechnung) in Anspruch nehmen möchte, muss er ebenfalls vor der Reise nach Deutschland die Genehmigung des zuständigen Direktors der regionalen Stelle des NFZ einholen (Behandlung

²⁹ Europäische Gesundheitskarte.

aufgrund von Koordinierungsvorschriften). In diesem Fall kann nur die Behandlung bei den Leistungserbringern in Anspruch genommen werden, die Vereinbarungen mit Krankenkassen haben (Kassenärzte).

5. Zwischenergebnis

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

IV. Patientenmobilitätsrichtlinie

1. Allgemeines

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

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

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

2. Bedeutung der Richtlinie für deutsche Patienten in Polen

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

a. Ambulante Dienstleistungen

Die ambulante Leistung, die die Krankenkasse auch in Deutschland übernehmen würde, kann der deutsche Versicherte in Polen auf eigene Rechnung in Anspruch nehmen. In diesem Fall darf er sich auch bei den privaten Leistungserbringern behandeln lassen. Der Patient wird wie eine privat krankenversicherte Person behandelt und damit mit den anfallenden Kosten zunächst belastet. Sobald die Rechnung des polnischen Leistungserbringers beglichen wird, kann der Patient die Rechnung einreichen und ihre Rückerstattung beantragen. Der Anspruch auf Erstattung besteht aber höchstens in Höhe der Vergütung, die seine Krankenkasse in Deutschland bezahlt hätte. Gegebenenfalls muss der Patient die Differenz alleine tragen. Einige Krankenkassen verlangen z.B. für die Zahnersatzbehandlung in Polen zusätzlich den Heil- und Kostenplan des ausländischen Zahnarztes.

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

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

b. Stationäre Leistungen

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

Die Genehmigung wird durch die Krankenkasse erteilt, wenn:

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

Die Krankenkasse stellt mit der Genehmigung die S2-Bescheinigung aus. Damit weist der Patient in Polen nach, dass seine Krankenkasse die Behandlungskosten übernimmt. Der Patient wird dann mit keiner Rechnung belastet. Die Abrechnung findet nur zwischen dem Leistungserbringer und

den zuständigen Versicherungsträgern aus Deutschland und Polen statt. Somit kann der Patient nur die Dienstleister im öffentlichen System nutzen, da die Abrechnung im Rahmen des öffentlichen Gesundheitssystems erfolgt.

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

Der deutsche Patient wird in Polen wie eine **privat** krankenversicherte Person behandelt. In diesem Fall darf der Patient auch das Leistungsangebot privater Dienstleister in Anspruch nehmen. Da der Patient aber später die Rückerstattung beantragen möchte, bedarf er hier ebenfalls einer vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse. Diese Genehmigung darf aber nur dann versagt werden, wenn die gleiche oder eine für den Versicherten ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit rechtzeitig bei einem Vertragspartner der zuständigen Krankenkasse in Deutschland erlangt werden kann. Mit der Genehmigung wird die Krankenkasse ihre Bereitschaft für die Kostenerstattung erklären. Die Kosten der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung werden bis zu den Höchstbeträgen erstattet, die die Krankenkasse übernommen hätte, wenn die betreffende Gesundheitsdienstleistung in Deutschland erbracht worden wäre, wobei die Erstattung die Höhe der tatsächlich durch die Gesundheitsversorgung entstandenen Kosten nicht überschreiten darf.

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

3. Rechtsfolgen der Richtlinie für polnische Patienten in Deutschland

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

c. Ambulante Dienstleistungen

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

Der Patient darf auch zu einem Arzt in Deutschland gehen (mit Überweisung) und sich auf eigene Kosten medizinisch versorgen lassen. In diesem Fall darf er dann auch private Anbieter besuchen. In diesem Fall wird der Patient wie ein Privatpatient behandelt und bezahlt somit die Rechnung für die erhaltenen Leistungen. Anschließend kann der Patient beim NFZ die Rückerstattung dieser Kosten beantragen. Das NFZ erstattet dem Patienten die Behandlungskosten, wenn die Leistung

zum Katalog der gesetzlich garantierten Leistungen gehört, auf die der Versicherte in Polen Anspruch hat. Die Erstattung erfolgt jedoch in der Höhe, die den Sätzen für eine bestimmte Behandlung in Polen entspricht. Die Differenz zwischen den Behandlungskosten in Polen und Deutschland wird vom Patienten selbst getragen.

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

d. Stationäre Behandlung

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

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

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

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

4. Verhältnis zwischen der Koordinationsverordnung und der Patientenmobilitätsrichtlinie

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

Die VO ist sowohl auf die Krankenversicherung als auch auf Unfallversicherung anwendbar (vgl. Art. 36 KoordinationsVO). Die Richtlinie auf die Gesundheitsleistungen, die aber nach allgemeinem

Verständnis (vgl. Art. 3 Buchst. a) der RL - "Gesundheitszustand (...) zu erhalten oder wiederherzustellen") auch die Rehabilitation nach einem Unfall erfasst.

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

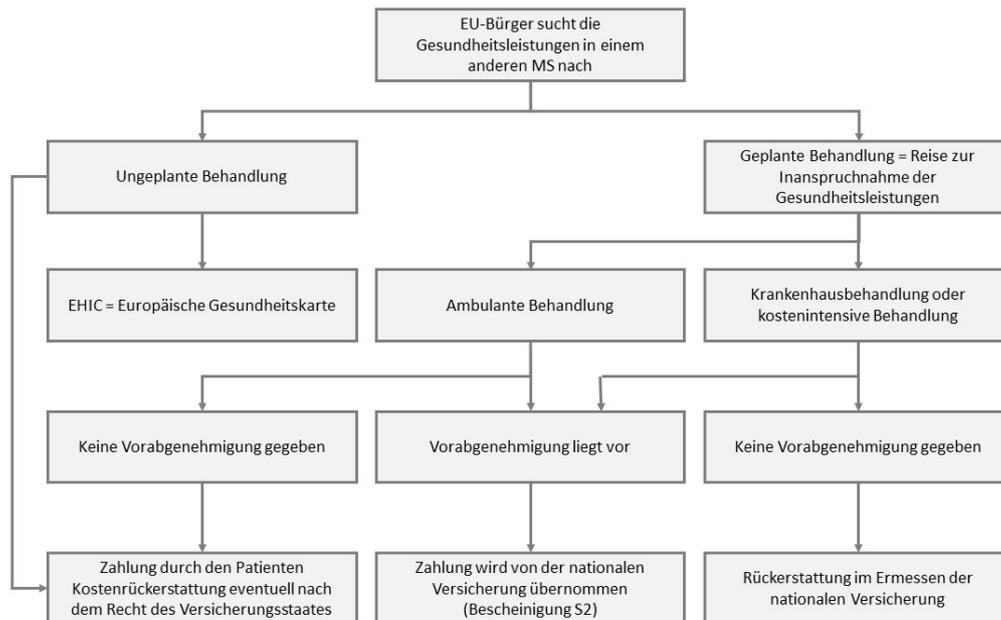
Die Unterschiede zwischen der RL und VO sind in der folgenden Tabelle noch einmal abgebildet:

	RICHTLINIE	VERORDNUNG
Sektor	Öffentlich + privat	Nur öffentlich
Erstattungsfähige Behandlungen	Im Rahmen des Krankenversicherungssystems des Heimatlandes des Patienten verfügbare Behandlungen	Im Rahmen des nationalen Krankenversicherungssystems des anderen Landes verfügbare Behandlungen
Vorabgenehmigung	Erforderlich unter bestimmten Umständen	Immer erforderlich für geplante Behandlungen Nicht erforderlich in Notfallsituationen
Gedekte Kosten	Erstattung in Höhe der Kosten, die für die betreffende Behandlung im Heimatland des Patienten erstattet würden	Vollständige Kostenübernahme (mit Ausnahme von Zuzahlungen)
Erstattung von Zuzahlungen	In Höhe der Kosten im Heimatland	Ja (unter bestimmten Bedingungen)
Zahlungsart	Patienten zahlen im Voraus und erhalten später eine Erstattung (Erstattungssystem)	Zwischen den Ländern ist keine Vorauszahlung seitens der Patienten erforderlich (Finanzierungssystem)
Teilnehmende Länder	Alle Länder der EU und des EWA	Alle Länder der EU und des EWA + Schweiz

Quelle: Europäischer Rechnungshof auf der Grundlage der Website "[Healthcare beyond borders](#)".

V. Zwischenfazit Gutachten 2

Das unionale Recht schafft daher keine besonderen Rechtsgrundlagen, die den Einwohnern des Grenzgebietes erlauben würden, das ärztliche Angebot im Nachbarstaat in Anspruch zu nehmen. Auf sie sind daher die allgemeinen Regelungen anzuwenden. Das Verhältnis zwischen den Leistungen nach der Patientenrichtlinie und der Koordinationsverordnung sind im folgenden Schema abgebildet:



(nach Wismar, 2011)

Teil 2. Direkte Kooperation von Krankenkassen mit ausländischen Leistungserbringern

Ferner ist noch die Konstellation möglich, dass die inländischen Versicherungsstellen (Krankenkassen, Nationaler Gesundheitsfonds (NFZ)) mit den ausländischen Leistungserbringern (Ärzte, Krankenhäusern usw.) direkt Verträge zur Behandlung eigener Versicherten abschließen.

I. Kooperationsmöglichkeiten nach deutschem Recht

Im deutschen Recht ergibt sich die Rechtsgrundlage für den direkten Abschluss von Verträgen durch deutsche Krankenkassen mit ausländischen Leistungserbringern aus § 140e SGB V. Diese Vorschrift gibt den Krankenkassen die Möglichkeit, das Sachleistungsprinzip durch Abschluss von Einzelverträgen mit den in § 13 Abs. 4 S. 2 genannten Leistungserbringern auf grenzüberschreitende Leistungsvorgänge zu erstrecken (sog. auf Vertrag gegründetes Sachleistungsprinzip).³⁰ Der Abschluss eines Vertrages nach § 140e liegt im Ermessen der Krankenkassen.³¹

Der Vertrag kann mit allen unter § 13 Abs. 4 S. 2 SGB V fallenden Leistungserbringern aus einem Mitgliedstaat der EU (oder auch der Schweiz bzw. EWR-Staat) geschlossen werden. Vertragspartner dürfen daher nur solche Leistungserbringer sein, bei denen die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des Berufes Gegenstand einer unionalen Richtlinie sind oder die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung des anderen EU-Mitgliedstaates zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind. Geeignete Leistungserbringer sind daher etwa Krankenhäuser, Ärzte, Apotheken oder Anbieter von Hilfsmitteln.

³⁰ Kingreen in: Becker/Kingreen (Hrsg.), SGB V, Gesetzliche Krankenversicherung, 2018, § 140e Rn. 1.

³¹ Engelhard in: Hauck/Noftz (Hrsg.), SGB V, § 140e Rn. 9.

Diese Lösung kann für Versicherte günstig sein, da sie die Leistungen im Ausland zeitgünstig und kostenlos in Anspruch nehmen können und für grenzüberschreitende Leistungen kein Kostenrisiko tragen. Dagegen dürfen Versicherte nicht darauf verwiesen werden, einen ausländischen Leistungserbringer in Anspruch zu nehmen, mit dem ein Vertrag nach § 140e SGB V geschlossen wurde.³²

Die Vergütung der Versorgung erfolgt durch Direktzahlung der Krankenkasse an den ausländischen Leistungserbringer. Der ausländische Leistungserbringer wird in das inländische kollektivvertragliche Vergütungssystem (insbesondere im Bereich der Vertragsärzte) nicht einbezogen.³³ Gem. dem Wirtschaftlichkeitsgrundsatz soll die vereinbarte Vergütung der Leistungserbringer die im Rahmen der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 4 SGB V zu leistenden Beträge nicht übersteigen.³⁴

Die Leistungen sollen dann nach dem Recht und gemäß den Standards erbracht werden, die am Ort der Leistungserbringung gelten, es sei denn, dass im Vertrag anderes bestimmt wurde. Werden die Fragen der Haftung für Behandlungsfehler vertraglich nicht gelöst, finden die allgemeinen Vorschriften Anwendung. Diese sollen nach den Kollisionsvorschriften der Rom II-VO ermittelt werden.

Diese Verträge haben bisher in der Praxis keine größere Rolle gespielt. Ein praktisches Beispiel von der deutsch-polnischen Grenze ist die Zusammenarbeit zwischen AOK Nord-Ost und dem polnischen Leistungserbringer Brandmed in Ślubice.³⁵ Nach dem Vertrag dürfen AOK-Versicherte mit ihrer AOK-Karte Chirurgen, Orthopäden, Kardiologen und Urologen besuchen. Ein weiteres Beispiel ist der Behandlungsvertrag von Brandmed Ślubice mit der Brandenburgischen BKK im Bereich der Physiotherapie.

II. Kooperation mit dem ausländischen Leistungserbringer nach polnischem Recht

Dagegen unterscheidet polnisches Recht nicht ausdrücklich zwischen in- und ausländischen Leistungserbringern. Nach Art. 132 des Gesetzes über die Leistungen der Gesundheitsvorsorge schließt der polnische Nationalversicherer (NFZ) Verträge mit den Leistungserbringern ab.

Die Leistungserbringer im Sinne des Gesetzes sind nach Art. 5 Nr. 41 des Gesetzes:

- 1) Unternehmen, die eine medizinische Tätigkeit im Sinne der Bestimmungen über die medizinische Tätigkeit ausüben,
- 2) andere als die in Nr. 1) genannte natürliche Person, die eine fachliche Befähigung zur Erbringung von Gesundheitsleistungen erworben hat und diese im Rahmen ihrer wirtschaftlichen Tätigkeit erbringt,
- 3) Unternehmen, die Tätigkeiten im Zusammenhang mit der Lieferung von Medizinprodukten ausüben.

Unter Nr. 1) fallen Personen und Einrichtungen nach Art. 4 des Gesetzes über die Heiltätigkeit sowie Ärzte, Krankenschwestern und Physiotherapeuten, die ihren Beruf im Rahmen einer

³² Heinig in: BERTHOLD/HUSTER/REHBOHN (Hrsg.), Gesundheitsrecht, 2018, SGB V § 140e Rn. 2.

³³ MURAWSKI in: HÄNLEIN/SCHULER (Hrsg.), Sozialgesetzbuch V, 2016, SGB V § 140e Rn. 8.

³⁴ MURAWSKI in: HÄNLEIN/SCHULER (Hrsg.), Sozialgesetzbuch V, 2016, SGB V § 140e Rn. 8.

³⁵ <https://www.aok.pl/standard-titel-5>

Berufspraxis nach Art. 5 ausüben. Zu den Einrichtungen nach Art. 4 gehören insbesondere Unternehmen (im Sinne des Unternehmensrechts) sowie selbständige öffentliche Gesundheitsanstalten (SPZOZ).

Das Gesetz stellt dagegen strikt auf die Voraussetzungen nach polnischem Recht ab. Zwar können Leistungserbringer aus einem EU-Mitgliedstaat vorübergehend Leistungen in Polen erbringen (grenzüberschreitende Leistungserbringung³⁶). Dies gilt aber nicht für die Heiltätigkeit (Art. 12 Nr. 26 des Gesetzes vom 6.3.2018³⁷). Dies deutet darauf hin, dass der NFZ nur Verträge mit in Polen ansässigen Einrichtungen und Personen abschließen kann.

Fraglich ist, ob diese Auslegung, falls sie auch vom NFZ vertreten wird, europarechtskonform wäre.

Die deutsche Regelung wurde vor dem Hintergrund der Kohll und Decker Rechtsprechung des EuGH eingeführt.³⁸ Der EuGH hat damit die Dienstleistungsfreiheit auch auf die Behandlungen im Ausland ausgedehnt. Mit der Einfügung des § 140e SGB V wollte der deutsche Gesetzgeber den Krankenkassen die Möglichkeit eröffnen, zur Versorgung ihrer Versicherten mit Leistungserbringern im europäischen Ausland Verträge abzuschließen und damit das Sachleistungsprinzip auch außerhalb Deutschlands umzusetzen.³⁹ Zugleich hatte er aber die Rechtsprechung des EuGH zur grenzüberschreitenden Leistungsanspruchnahme aufgrund der passiven Dienstleistungsfreiheit, die in Art. 56 AEUV mit unmittelbarer Wirkung verankert ist, umgesetzt. Es bestehen daher Bedenken, ob die polnische Normen, die den EU-Unternehmen die Möglichkeit entziehen, sich um den Abschluss von Behandlungsverträgen zu bewerben, mit Art. 56 AEUV vereinbar ist. Die detaillierte Untersuchung würde hier aber den Rahmen des vorliegenden Gutachtens sprengen und ist hier nicht geboten.

Sollte sich nach der vorliegenden Ansicht auch ein ausländischer Leistungserbringer um einen Vertrag mit dem NFZ bewerben dürfen, muss dem Vertragsschluss noch ein förmliches Auswahlverfahren vorausgehen. Der NFZ ist verpflichtet, die Gleichbehandlung aller Gesundheitsdienstleister zu gewährleisten, die sich um den Abschluss eines Vertrags über die Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen bewerben, und das Verfahren so durchzuführen, dass ein fairer Wettbewerb gewährleistet ist (Art. 134 des Gesetzes).

Eine einzige Ausnahme von der Voraussetzung einer direkten vertraglichen Beziehung zwischen dem NFZ und dem Leistungserbringer für eine Zahlung sieht Art. 19 Abs. 4 S. 1 des Gesetzes vor. Danach hat der Gesundheitsdienstleister, der keinen Vertrag über die Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen mit dem NFZ geschlossen hat, einen Anspruch auf eine Vergütung für die Gesundheitsversorgung des Leistungsempfängers in einem Notfall.

III. Fazit Gutachten 2

Patienten haben im Allgemeinen die Möglichkeit, das Angebot von medizinischen Leistungen im EU-Ausland wahrzunehmen. Es bestehen - teilweise konkurrierende - Rechtsgrundlagen, die dem Sachleistungsprinzip (VO 883/2004) bzw. Kostenerstattungsprinzip (RL 2011/24/EU) folgen. Der Patient darf daher sowohl ambulante als auch stationäre Leistungen in Anspruch nehmen. Das

³⁶ Art. 5 des Gesetzes vom 6. März 2018 über die Regeln für die Beteiligung ausländischer Unternehmer und anderer ausländischer Personen am Wirtschaftsverkehr auf dem Gebiet der Republik Polen (Dz.U. 2018 poz. 649).

³⁷ Sh. Fußnote oben.

³⁸ Harich in: Rolfs/Giesen/Kreikebohm/Udsching (Hrsg.), BeckOK Sozialrecht, 2019, SGB V § 140e Rn. 1.

³⁹ Bundestag-Drucksache Nr. 15/1525, S. 132.

Dickicht der Regelungen ist aber schwer überschaubar, sodass die Forderung der Vereinheitlichung aktuell bleibt.

Für Grenzregionen bieten die geltenden unionalen und nationalen Vorschriften wenig Erleichterungen. Hier bleibt eigentlich nur nach dem völkerrechtlichen Vertrag das Instrument zur Förderung der grenzübergreifenden Zusammenarbeit. Die Union hat diesbezüglich auch keine besonderen Befugnisse. Sie ruft nur die Mitgliedstaaten unverbindlich zur Kooperation auf (Art. 6 S. 2 a) AEUV; Art. 10 Abs. 3 RL 2011/24/EU). Dem folgen aber nur wenige tatsächlichen Initiativen.

Gutachten 3

Konsens für die Europastadt – Screening von Haltungsschäden bei Kindern

I. Einleitung

Die vorliegende Untersuchung hat zum Gegenstand die Prüfung des Status Quo in Bezug auf die rechtlichen und finanztechnischen Rahmenbedingungen in Deutschland (Sachsen) und in Polen (Niederschlesien) für die Durchführung von Screenings des Bewegungsapparates insbesondere hinsichtlich der Skoliose bei Kindern im Alter von 9 bis 12 Jahren.

Als Ergebnis des Gutachtens sollen konkrete Anweisungen und Handlungsvorschläge erarbeitet werden, die den beteiligten Akteuren eine dauerhafte und verbindliche Kooperation ermöglichen.

II. Screening-Untersuchungen in Deutschland, insb. Sachsen

1. Begriff des Screenings

Unter einem Screening (Englisch für: Durchsiebung, Rasterung, Selektion, Durchleuchten) versteht man ein systematisches Testverfahren, das eingesetzt wird, um innerhalb eines definierten Prüfbereichs – dieser besteht meist aus einer großen Anzahl von Proben oder Personen – bestimmte Eigenschaften der Prüfobjekte zu identifizieren. Ein Screening ist somit ein auf bestimmte Kriterien ausgerichteter orientierender Siebtest.⁴⁰

2. Deutschland - Sachsen

Für die Rechtslage in Deutschland ist zunächst die Verteilung von Kompetenzen im Gesundheitsbereich zwischen dem Bund und den Bundesländern anzusprechen. Ferner werden die Rechtsgrundlagen für die Durchführung von Screeninguntersuchungen in Sachsen dargestellt. Hier werden insbesondere die Kinder- und Jugendrichtlinien behandelt. Anschließend wird die das System von der organisatorischen Perspektive vorgestellt. Am Ende werden die finanziellen Fragestellungen erörtert.

e. Bedeutung des Bundesstaatsprinzips – Verteilung von Kompetenzen zwischen dem Bund und den Bundesländern

Die Kompetenzen im Bereich des Gesundheitswesens werden in Deutschland zwischen dem Bund und den Bundesländern verteilt.

Der **Bund** hat im Gesundheitswesen die Regelungskompetenzen auf dem Gebiet der Maßnahmen gegen gemeingefährliche oder übertragbare Krankheiten bei Menschen und Tieren, der Zulassung zu ärztlichen und anderen Heilberufen und zum Heilgewerbe, des Rechts des Apothekenwesens, der Arzneien, der Medizinprodukte, der Heilmittel, der Betäubungsmittel und der Gifte (Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG). Ferner gehört dazu die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflegesätze (Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG). Auch das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wird weitgehend vom Bund definiert, gleichwohl sind für die Aufsicht über die regionalen Kassen die Länder zuständig.

⁴⁰ <https://www.juraforum.de/lexikon/screening> (Stand: 21.03.2019).

Die **Bundsländer** sind verantwortlich für die Durchführung der Bundesgesetze und haben in der Regel die Fach- und Dienstaufsicht über die kommunalen Gesundheitsämter. Diese nehmen ihrerseits Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes wahr, zum Beispiel die Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten oder die Schulgesundheitspflege. Die Länder verfügen des Weiteren über Kompetenzen auf dem Gebiet der Sicherstellung der Krankenhausversorgung und der Regelungen zum öffentlichen Gesundheitsdienst. In eigenen Gesetzen zum öffentlichen Gesundheitsdienst legen sie Ziele und Instrumente in der Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung fest. Die Bundesländer sind für die Krankenhausplanung verantwortlich. Die Zuständigkeit für die Krankenhausplanung und die Krankenhausinvestitionen sichert den Ländern einen erheblichen Einfluss auf die Wohnortnähe und die Qualität der Krankenhausversorgung. Im Bereich der stationären Versorgung tragen die Länder die Investitionskosten für Krankenhäuser und die GKV trägt den Betrieb. Insofern gibt es in diesem Bereich geteilte Verantwortlichkeiten.

Das Gesundheitssystem

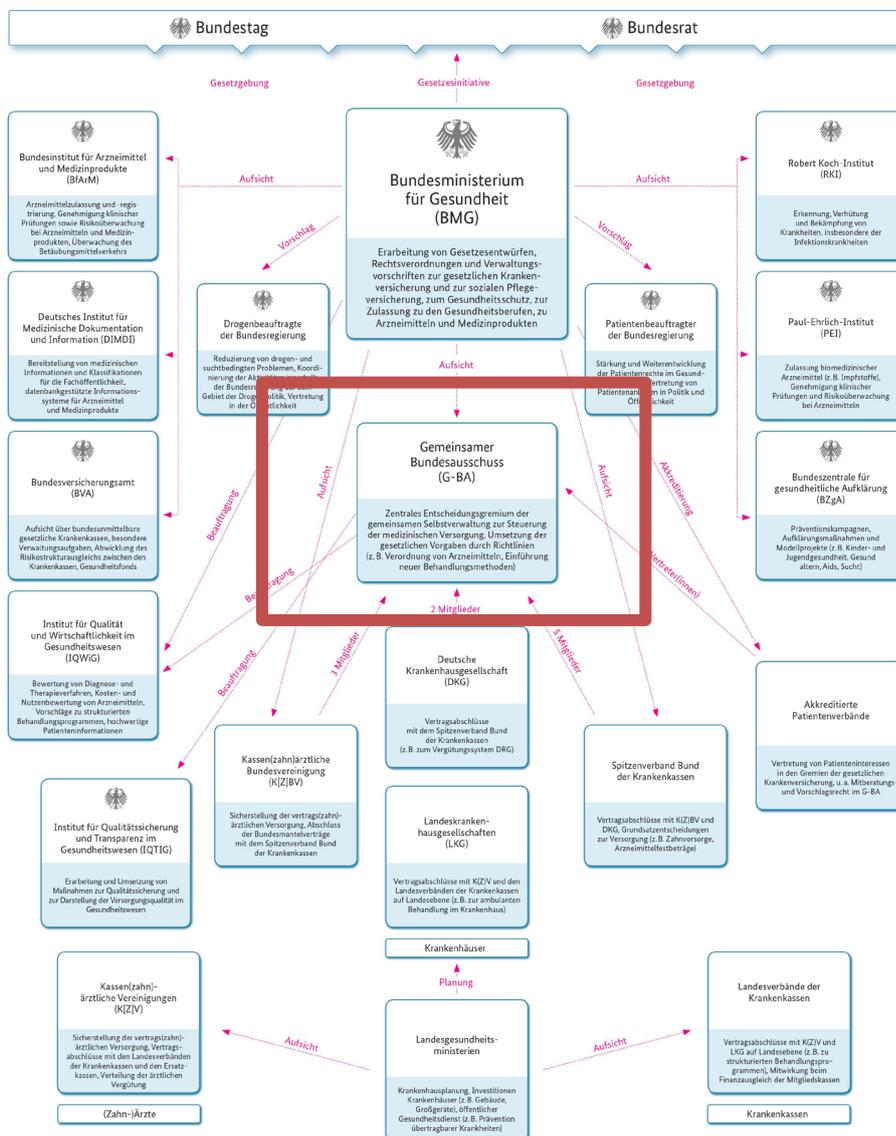


Abb. 1. Das Gesundheitssystem in Deutschland. Quelle: BMG

f. Rechtsgrundlagen für Screening-Untersuchungen in Sachsen

Zu den Rechtsgrundlagen für das hier relevante Thema der Screening-Untersuchung bei Kindern gehören insbesondere:

- 1) auf der Bundesebene: SGB V (Sozialgesetzbuch V)
- 2) auf der Landesebene:
 - a) SächsGDG (Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst im Freistaat Sachsen),
 - b) SchulGesPflVO (Verordnung des sächsischen Staatsministeriums für Kultus über die Schulgesundheitspflege),
 - c) SächsKitaG (Sächsisches Gesetz zur Förderung von Kindern in Tagesstätten),
 - d) SchulG (Schulgesetz für den Freistaat Sachsen).

In § 26 SGB V⁴¹ sind die Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche als Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) festgelegt. Dies bedeutet zum einen, dass die versicherten Kinder und Jugendlichen einen „Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten“ haben. Dies bedeutet, dass sie von den zuständigen Stellen die gesetzlich bestimmten Untersuchungen erwirken können. Ferner werden diese Untersuchungen aus den Mitteln der GKV finanziert.

Um die Einheitlichkeit der Leistungen in Deutschland zu gewähren, werden Inhalt, Art und Umfang der Untersuchungen durch eine zentrale Stelle – den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) – festgelegt (§ 26 Abs. 2 S. 2 SGB V). Entsprechend der Ermächtigungsgrundlage hat der GBA das Untersuchungsprogramm in der Richtlinie über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (im Folgenden Kinder-RL⁴²) und in der Richtlinie zur Jugendgesundheitsuntersuchung⁴³ (im Folgenden Jugendgesundheitsuntersuchung-RL) bestimmt.

(1) Kinder-RL

Gemäß § 1 Abs. 1 der Kinder-Richtlinie haben Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche, geistige oder psycho-soziale Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden. Die Untersuchungen umfassen, sofern medizinisch angezeigt, eine Präventionsempfehlung für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 5 SGB V⁴⁴, die sich altersentsprechend an das Kind

⁴¹ Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung, weiter als: SGB V, https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/ (Stand: 21.03.2019).

⁴² Richtlinie des GBA über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern, zuletzt geändert am 19.10.2017 und in Kraft getreten am 16.03.2018; Beschluss des GBA über eine Änderung der Richtlinie über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (Kinder-Richtlinie): Screening von Neugeborenen zur Früherkennung von SCID vom 22.11.2018, https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3586/2018-11-22_Kinder-RL_SCID-Screening_BAnz.pdf (Stand: 21.03.2019), <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/15/>, (Stand: 21.03.2019).

⁴³ Richtlinie des GBA zur Jugendgesundheitsuntersuchung zuletzt geändert am 21.06.2016 und in Kraft getreten am 01.01.2017, https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1270/RL-JUG_2016-07-21_iK-2017-01-01.pdf (Stand: 21.03.2019).

⁴⁴ Die Krankenkasse kann eine Leistung zur verhaltensbezogenen Prävention nach Abs. 4 Nr. 1 erbringen, wenn diese nach Abs. 2 S. 2 von einer Krankenkasse oder von einem mit der Wahrnehmung dieser Aufgabe beauftragten Dritten in ihrem Namen zertifiziert ist. Bei ihrer Entscheidung über eine Leistung zur verhaltensbezogenen Prävention berücksichtigt die Krankenkasse eine Präventionsempfehlung nach § 25 Abs. 1 S. 2, nach § 26 Abs. 1 S. 3 oder eine im Rahmen einer arbeitsmedizinischen Vorsorge oder einer sonstigen ärztlichen Untersuchung schriftlich abgegebenen Empfehlung. Die Krankenkasse darf die sich aus der Präventionsempfehlung ergebenden personenbezogenen Daten nur mit schriftlicher Einwilligung und nach vorheriger schriftlicher Information des Versicherten erheben, verarbeiten

oder die Eltern oder andere Sorgeberechtigte richten kann. Die vom GBA gem. § 26 i.V.m. § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 3⁴⁵, Abs. 4⁴⁶ SGB V beschlossene Kinder-Richtlinie bestimmt das Nähere über die den gesetzlichen Erfordernissen des § 26 SGB V entsprechenden ärztlichen Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen.

Durch eine gründliche Diagnose und erforderlichenfalls eine rechtzeitige Behandlung sollen aufgefundene Verdachtsfälle bzw. mögliche Gefahren für die Gesundheit der Kinder abgewendet werden. Falls die Früherkennungsuntersuchungen das Vorliegen oder den Verdacht auf das Vorliegen einer Krankheit ergeben, soll die Ärztin oder der Arzt dafür Sorge tragen, dass diese Fälle soweit erforderlich im Rahmen der Krankenbehandlung einer weitergehenden, gezielten Diagnostik und wenn nötig einer Therapie zugeführt werden. Bei erkennbaren Zeichen einer Kindesvernachlässigung oder -misshandlung hat die untersuchende Ärztin oder der untersuchende Arzt unter Berücksichtigung des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz in der Fassung vom 1. Januar 2012 die notwendigen Schritte einzuleiten. Untersuchungen nach der Kinder-Richtlinie dürfen (soweit die Richtlinie nicht etwas anderes bestimmt) nur diejenigen Ärztinnen oder Ärzte durchführen, welche die vorgesehenen Leistungen auf Grund ihrer Kenntnisse und Erfahrungen erbringen können, nach der ärztlichen Berufsordnung dazu berechtigt sind und über die erforderlichen Einrichtungen verfügen.

Die körperliche Untersuchung des Kindes umfasst – abgestimmt auf das Kindesalter – eine Vielzahl an Parametern, wie z.B. Gewicht, Körperlänge, altersgerechte Entwicklung, Untersuchung einzelner Organe, wie auch des Kopfes und des Bewegungsapparates. Bei der Entwicklungsbeurteilung untersucht der Arzt bzw. die Ärztin u.a. die Grob- und Feinmotorik, die Perzeption und Kognition, die soziale und emotionale Kompetenz des Kindes und die Interaktion des Kindes mit den Eltern. Ergeben diese Untersuchungen das Vorliegen oder den Verdacht auf das Vorliegen einer Krankheit, so soll die Ärztin oder der Arzt dafür Sorge tragen, dass diese Fälle einer weitergehenden, gezielten Diagnostik und gegebenenfalls Therapie zugeführt werden.

Neben der Krankheitsfrüherkennung soll ein stärkeres Augenmerk auf individuelle Belastungen und gesundheitliche Risiken des Kindes und auf eine darauf abgestimmte präventionsorientierte Beratung der Eltern gelegt werden. Bei Bedarf soll der Arzt oder die Ärztin eine Präventionsempfehlung ausstellen und auf regionale Eltern-Kind-Angebote hinweisen.

und nutzen. Die Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. Die Krankenkassen dürfen ihre Aufgaben nach dieser Vorschrift an andere Krankenkassen, deren Verbände oder Arbeitsgemeinschaften übertragen. Für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention, die die Krankenkasse wegen besonderer beruflicher oder familiärer Umstände wohnortfern erbringt, gilt § 23 Abs. 2 S. 2 entsprechend.

⁴⁵ Er soll insbesondere Richtlinien beschließen über die Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten und zur Qualitätssicherung der Früherkennungsuntersuchungen sowie zur Durchführung organisierter Krebsfrüherkennungsprogramme nach § 25a einschließlich der systematischen Erfassung, Überwachung und Verbesserung der Qualität dieser Programme.

⁴⁶ In den Richtlinien nach Abs. 1 S. 2 Nr. 3 sind insbesondere zu regeln: 1. die Anwendung wirtschaftlicher Verfahren und die Voraussetzungen, unter denen mehrere Maßnahmen zur Früherkennung zusammenzufassen sind, 2. das Nähere über die Bescheinigungen und Aufzeichnungen bei Durchführung der Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten, 3. Einzelheiten zum Verfahren und zur Durchführung von Auswertungen der Aufzeichnungen sowie der Evaluation der Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten einschließlich der organisierten Krebsfrüherkennungsprogramme nach § 25a.

(2) Insbesondere U11

Die U11 ist lediglich eine empfohlene, keine gesetzliche vorgeschriebene Vorsorgeuntersuchung. Sie wird durch einige Krankenkassen angeboten. Zurzeit erfasst sie solche Bereiche wie: Schulleistungsstörungen, Sozialisations- und Verhaltensstörungen, Zahn-, Mund- und Kieferanomalien, Medienverhalten und ggf. Pubertätsentwicklung.⁴⁷

(3) Jugendgesundheitsuntersuchung-RL

Ziel der Jugendgesundheitsuntersuchung-RL ist die Früherkennung von Erkrankungen, die die körperliche, geistige und soziale Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden. Insbesondere wird auch beabsichtigt, durch Früherkennung psychischer und psychosozialer Risikofaktoren eine Fehlentwicklung in der Pubertät zu verhindern. Darüber hinaus sind individuell auftretende gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen frühzeitig zu erkennen. Über die hierdurch vermittelte gesundheitliche Gefährdung ist der Jugendliche frühzeitig aufzuklären und sofern dies medizinisch angezeigt ist, wird eine Präventionsempfehlung (gem. Anlage 2 dieser Richtlinie) für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 5 SGB V ausgestellt. Durch die Jugendgesundheitsuntersuchung sollen mögliche Gefahren für die Gesundheit der Anspruchsberechtigten dadurch abgewendet werden, dass bei aufgefundenen Verdachtsfällen eine eingehende Diagnostik, Beratung und erforderlichenfalls eine rechtzeitige Behandlung erfolgt. Anamnese und körperliche Untersuchung beschränken sich dabei auf diejenigen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten, die schon in einem frühen Stadium einer Behandlung und Beratung zugeführt werden können bzw. von Bedeutung sind für die soziale Integration des Jugendlichen.

Eine der wichtigsten Untersuchungen im Bereich der Skoliose-Prävention ist die J1-Untersuchung im 13.-14. Lebensjahr⁴⁸. Im Zentrum der klinisch-körperlichen Untersuchungen stehen:

- a) Erhebung der Körpermaße (Körperhöhe und -gewicht)
- b) Verfrühte oder verzögerte Pubertätsentwicklung
- c) Störungen des Wachstums und der körperlichen Entwicklung (z. B. Klein-/Großwuchs, Unter- und Übergewicht)
- d) Arterielle Hypertonie
- e) Erkrankungen der Hals-/Brust-, Bauchorgane (z. B. Struma)
- f) Auffälligkeiten des Skelettsystems (z. B. Skoliose).

Wird im Verlauf der aufgeführten Untersuchungen das Vorliegen einer Erkrankung entdeckt oder ein Krankheitsverdacht erhoben, so soll der Arzt dafür Sorge tragen, dass die betroffenen Jugendlichen im Rahmen der Krankenbehandlung einer weitergehenden gezielten Diagnostik oder Therapie zugeführt werden. Sofern dies medizinisch angezeigt ist, stellt die Ärztin oder der Arzt eine Präventionsempfehlung (gem. Anlage 2) für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 5 SGB V aus.

Die Voraussetzungen bzgl. der Dokumentation und der Auswertung wurden im Pkt. 5 der Jugendgesundheitsuntersuchung-Richtlinie festgelegt.

Nach Pkt. 4 der Jugendgesundheitsuntersuchung-Richtlinie sollen Untersuchungen nach dieser

⁴⁷ Definition des Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzte e.V. (bvkj).

⁴⁸ <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/kindergesundheit/frueherkennungsuntersuchung-bei-kindern.html> vom 15.02.2019 (Stand: 21.03.2019).

Richtlinie diejenigen Ärzte durchführen, welche die vorgesehenen Leistungen aufgrund ihrer Kenntnis und Erfahrungen erbringen können, nach dem Berufsrecht dazu berechtigt sind und über die erforderlichen Einrichtungen verfügen. Hierzu zählen Fachärzte für Allgemeinmedizin und praktische Ärzte sowie Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin und Fachärzte für Innere Medizin, die sich nach § 73 Abs. 1 a SGB V für die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung entschieden haben.

Ab einem Alter von 12 Jahren werden Jugendliche in den J-Untersuchungen vom Kinderarzt untersucht.

g. Organisation des Screenings in Sachsen

Die Krankenkassen nehmen die Aufgaben im Zusammenwirken mit den für die Kinder- und Gesundheitspflege durch Landesrecht bestimmten Stellen der Länder wahr. Dazu dürfen die Krankenkassen und die Ersatzkassen mit den Landesstellen entsprechende Rahmenvereinbarungen schließen (§ 26 Abs. 3 SGB V). Die Untersuchungen werden durch die Kinder- und Jugendärzte durchgeführt.

Die U-Untersuchungen werden im „Gelben Heft“ dokumentiert. Es enthält eine herausnehmbare Teilnahmekarte, mit der die Eltern die regelmäßige Teilnahme des Kindes an den U-Untersuchungen gegenüber Dritten – wie z.B. Kindergärten – nachweisen können, ohne dabei vertrauliche Informationen weiterzugeben. Die Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen kann durch Früherkennungsuntersuchungen und regelmäßige Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen verbessert werden.

h. Finanzierung der Untersuchungen

Die Krankenkassen tragen die Kosten der gesetzlich vorgesehenen Untersuchungen.

Die Jugendgesundheitsuntersuchung J1 wird ohne Mengenbegrenzung zum festen Preis honoriert. Die Vergütung erfolgt extrabudgetär. Für die Abrechnung gibt es im EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab) die Gebührenordnungsposition 01720. Diese darf von allen zugelassenen Kinder- und Jugendärzten, Allgemeinmedizinern, Hausarztinternisten und praktisch tätigen Ärzten abgerechnet werden.⁴⁹

i. Fazit

Die gesetzliche Krankenversicherung übernimmt vielfältige Früherkennungs- und Vorsorgemaßnahmen bei Kindern und Jugendlichen (U1-U9 und J1). Die Untersuchung des Bewegungsapparates erfolgt in den Untersuchungen bis U1-U9 (max. 5 Jahre). Ferner erfolgt die Skolioseuntersuchung bei den Jugendlichen erst im 13.-14. Lebensjahr (bei der J1-Untersuchung).

Somit werden die Untersuchungen des Bewegungsapparates bei den Kindern im projektrelevanten Alter (9-12 Jahre) nicht von dem Anwendungsbereich der Kinder- und Jungenuntersuchungsrichtlinien des GBA erfasst.

Man kann überlegen, die U11-Untersuchung (9-10 Jahre) auf den Bewegungsapparat auszudehnen. Hier müsste daher die BKJV e.V. eingeschaltet werden, um die den Umfang der U11-Untersuchung entsprechend auszudehnen.

⁴⁹ <https://www.kbv.de/html/5527.php>

3. Polen

Die Verordnung des Gesundheitsministers vom 24. September 2013 über garantierte Leistungen im Rahmen der Grundversorgung⁵⁰, die auf der Grundlage von Artikel 31d des Gesetzes vom 27. August 2004 über aus öffentlichen Mitteln finanzierte Gesundheitsleistungen⁵¹ erlassen wurde, sieht unter anderem garantierte Leistungen eines Hausarztes und garantierte Leistungen einer Krankenschwester oder einer Schulhygienikerin in einer Unterrichts- und Erziehungsumgebung vor.

Die Liste der garantierten Leistungen eines Hausarztes und die Bedingungen für ihre Erbringung umfassen unter anderem das Erkennen von Störungen des Bewegungssystems, einschließlich der seitlichen Wirbelsäulenkrümmung bei der Untersuchung von Kindern, die die dritte Klasse der Grundschule und die erste Klasse der Sekundarstufe II besuchen (siehe Anhang 1, Teil III).

Darüber hinaus umfasst die Liste der garantierten Leistungen einer Krankenschwester oder Schulhygienikerin im Lehr- und Erziehungsumfeld und die Bedingungen für ihre Erbringung auch den Nachweis von Erkrankungen des Bewegungsapparates, einschließlich der Seitenkrümmung der Wirbelsäule in den Klassen III, V, ferner 1. Klasse einer Hauptschule (derzeit Klasse 7 einer Grundschule) und 1. Klasse einer Sekundarstufe II (siehe Anhang 4, Teil II).

Die Erbringung dieser Dienstleistungen wird aus dem Budget des NFZ auf der Grundlage von Vereinbarungen zwischen dem NFZ und einem Hausarzt finanziert. Die Untersuchungen werden von einem Hausarzt oder einer Schulkrankenschwester/Hygienikerin durchgeführt.

III. Kooperationsmöglichkeiten

Im folgenden Absatz werden die Möglichkeiten dargestellt, wie ein gemeinsam getragenes Untersuchungsprogramm für die Kinder aus der Europastadt Görlitz-Zgorzelec entwickelt werden kann.

1. Anwendung des EU-Rechts

Die Mechanismen des EU-Rechts wurden bereits in dem Gutachten zum Aufgabenbereich Nr. 2 („Rahmenbedingungen für die grenzüberschreitende, deutsch-polnische, Kooperation im Bereich Gesundheitsvorsorge“) dargestellt. Hier wird auf den Teil 1. Nr. III und IV verwiesen (S. 5 ff.).

Die Lösung über die **Kostenrückerstattung** nach der PatientenMobRL kommt nicht in Betracht. Der Anwendungsbereich der PatientenMobRL bezieht sich auf die Gesundheitsdienstleistungen, die zu den Leistungen gehören, auf die der Versicherte im Versicherungsmitgliedstaat Anspruch hat (Art. 7 Abs. 1 PatientenMobRL). Da die Skolioseuntersuchungen für Kinder im Alter von 9 bis 12 Jahren nicht zu dem gesetzlichen Leistungskatalog in Deutschland gehören, kann der Kostenerstattungsmechanismus nicht angewandt werden.

Das **Sachleistungsprinzip** gilt dagegen für die Leistungen, die nach dem EU-Koordinationsrecht erteilt werden (VO 883/2004). Die in Deutschland versicherten Kinder könnten nach Art. 20 VO 883/2004 die Leistungen (Screeninguntersuchungen) in Anspruch nehmen, wenn sie die Genehmigung ihres zuständigen Trägers haben. Die Genehmigung wird erteilt, wenn u.a. die

⁵⁰ Gesetzblatt 2016, Pos. 86.

⁵¹ Gesetzblatt 2018, Pos. 1510 in der jeweils gültigen Fassung.

betreffende Behandlung Teil der Leistungen ist, die nach den Rechtsvorschriften des Wohnmitgliedstaats der betreffenden Person vorgesehen sind (Art. 20 Abs. 2 S. 2 VO 883/2004). Nach dem oben Gesagten gehören aber die Skolioseuntersuchungen für Kinder im Alter von 9 bis 12 Jahren nicht zu dem gesetzlichen Leistungskatalog in Deutschland. Damit entfällt auch die Lösung über die Koordinationsverordnung.

2. Kooperationsvereinbarung KK und Leistungserbringer

Gemäß § 11 Abs. 6 SGB V dürfen die Krankenkassen in ihren Satzungen zusätzliche vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht ausgeschlossene Leistungen vorsehen. Damit dürfen die Krankenkassen auch zusätzliche Untersuchungen von Kindern und Jugendlichen finanzieren.⁵²

Ferner dürfen deutsche Krankenkassen und der Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) nach § 140e SGB V die direkten Verträge mit dem zuständigen Leistungserbringer im Ausland abschließen. Die Voraussetzungen für den Abschluss einer solchen Vereinbarung wurden bereits im Gutachten zum Aufgabenbereich Nr. 2 näher dargestellt.⁵³ Damit kann zwischen deutschen Krankenkassen (sowie Ersatzkassen) mit dem polnischen Leistungserbringer (hier: Wielospecjalistyczny Szpital - Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Zgorzelcu) ein direkter Vertrag abgeschlossen werden. In diesem Vertrag wären insbesondere der Umfang der Leistungen, die Qualitätssicherungsmaßnahmen und die Finanzierung zu regeln.

Berechtigt zur Inanspruchnahme der Leistungen wären dann die Mitglieder der Krankenkassen, die die Vereinbarung unterzeichnen würden. Die Abrechnungsform und Höhe müsste dann einzelvertraglich geregelt werden. Die allgemeinen Voraussetzungen an das Personal müssten eingehalten werden (entsprechende Zulassung zum Arztberuf (Untersuchung) und als Physiotherapeut (Behandlung)).

Der Vorteil diese Lösung bestünde darin, dass damit ein einheitlicher Partner für die Durchführung der Untersuchung bestünde. Ferner würde alles an einem Ort und von einer Hand angeboten.

3. Vertrag zwischen dem Gesundheitsamt (Landkreis) und dem polnischen Leistungserbringer

Gem. § 11 Abs. 1 Nr. 2 SächsGDG bieten die Gesundheitsämter neben den ihnen sonst durch Rechtsvorschriften zugewiesenen Aufgaben insbesondere Untersuchung und Betreuung von Kindern und Jugendlichen hinsichtlich ihrer gesundheitlichen Entwicklung sowie diesbezügliche Beratung der Sorgeberechtigten, insbesondere im Rahmen der gesundheitlichen Vorsorge in Kindertagesstätten und Schulen und in Fragen der Zahngesundheit an.

Die Gesundheitsämter müssten dann zuständig sein, die Untersuchungen hinsichtlich der Skoliose bei Kindern im Alter von 9 bis 12 Jahren zu veranlassen. Derzeit ist das Gesundheitsamt u.a. für die Reihenuntersuchungen für Schüler der 6. Klassen sowie Förderschulen zuständig. Diese Untersuchungen erfassen auch körperliche Untersuchung (Größe, Gewicht, Blutdruck). Damit können sie auch als Screeninguntersuchung für Skoliose genutzt werden.

⁵² Vgl. etwa den Vertrag über ein erweitertes Präventionsangebot für Kinder und Jugendliche (Vorsorgeuntersuchung U10, U11, J2) zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen und der AOK PLUS vom 9. November 2012 (https://www.kvs-sachsen.de/fileadmin/data/kvs/downloads/vertrag/SKMBT_50113070807020.pdf).

⁵³ Die Untersuchung des Rechtsrahmens für die grenzüberschreitende, deutsch-polnische, Kooperation im Bereich Gesundheitsvorsorge. Gutachten zum Aufgabenbereich Nr. 2, S. 13 ff.

Gesetzliche Grundlagen für Untersuchungen während der Schulzeit sind § 26a SchulG und §§ 4 und 5 Schulgesundheitspflegeverordnung⁵⁴. Die Untersuchungen finden auf Veranlassung der Schule, auf Wunsch der Eltern oder aufgrund eines Angebotes des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes zur Wiedervorstellung statt. Zuständig sind die Kinder- und Jugendärzte des zuständigen Gesundheitsamtes.

Dies Regelung gibt daher ausreichend Flexibilität, um den Zeitpunkt und Umfang der Untersuchung zu bestimmen. Allerdings wären noch die gesetzlichen Änderungen notwendig, um das Alter zu konkretisieren sowie die Zuständigkeit für die Durchführung von Untersuchungen auch auf ausländische Gesundheitseinrichtungen auszudehnen.

4. Vertrag zwischen den Versicherungsträgern

Eine direkte Kooperation wäre auch zwischen den Versicherungsträgern (deutschen Krankenkassen und dem polnischen NFZ) möglich. Der Gegenstand dieser Vereinbarung könnte die Übernahme von Untersuchungskosten für die in Deutschland versicherten Kinder sein. Der Dienstleistungsvertrag bestünde in dieser Konstellation ausschließlich zwischen dem Leistungserbringer und dem polnischen Nationalversicherer. In diesem Vertrag müsste allerdings die Untersuchung von Kindern aus Sachsen ausdrücklich vorgesehen werden. Der Vertrag könnte sich allerdings nur auf die Untersuchungen beziehen, die Bestandteil des Angebotes der Krankenkasse sind.

IV. Flankierende Maßnahmen

Die Maßnahmen sollten durch die Öffentlichkeitsaktionen, insb. entsprechende Kampagnen in den Medien flankiert werden. Als Träger für die Öffentlichkeitsaktionen könnten die Präventionsprogramme genutzt werden, welche auf die Vorbeugung von Haltungsschäden ausgerichtet sind.

⁵⁴ Sächsische Schulgesundheitspflegeverordnung vom 23. August 2018 (SächsGVBl. 2018 Nr. 13, S. 598).

V. Fazit Gutachten 3

Das polnische und das deutsche (sächsische) Recht unterscheiden sich voneinander hinsichtlich der Grundsätze für die Durchführung von Screeninguntersuchungen für Kinder. Damit sind die Maßnahmen zu ergreifen, welche beide Gesundheitssysteme nicht vereinheitlichen, sondern koordinieren bzw. ein neues Angebot einführen.

Aus den zur Verfügung stehenden Maßnahmen rücken die vertraglichen Maßnahmen in den Vordergrund. Diese sind in folgenden Konstellationen denkbar:



Die Vorteile der vertraglichen Lösungen sind insbesondere:

- 1) die dem Bedarf gerechte Gestaltung des Angebotes (Zahl der Kinder, Alter),
- 2) Flexibilität (einvernehmliche Festlegung Kosten der Untersuchungen, Zeit der Bindung der Vereinbarung),

Als Nachteil der vertraglichen Lösungen ist vor allem die Voraussetzung einer entsprechenden Rechtsgrundlage für die geschäftliche Betätigung der öffentlich-rechtlichen Vertragspartner. Soweit die Krankenkassen explizit durch Art. 140e SGB V zum Abschluss von grenzüberschreitenden Verträgen ermächtigt worden sind, muss man bei den Landkreisen auf die allgemeinen Regelungen zur grenzüberschreitenden Zusammenarbeit abstellen (Art. 28 Grundgesetz). Ferner können bestimmte Konstellationen (insb. ein Vertrag zwischen dem deutschen Landkreis und polnischem Leistungserbringer) Änderungen in den Gesetzen (Schulgesetz) und entsprechenden Durchführungsakten verlangen. Dies kann ggf. den Abschluss des Vertrages hinauszögern.

Von den oben geschilderten Lösungen scheinen die Lösungen Nr. 2 und 3 am vielversprechendsten zu sein. In diesen Konstellationen werden die direkt mit der Gesundheitsvorsorge befassten Einrichtungen angesprochen. Direkte Verbindung zwischen diesen Einrichtungen würde die Entscheidungswege wesentlich verkürzen und somit den direkten Kontakt zu den laufenden Fragestellungen.



Gesunde Kinder – Gesundes Europa Zdrowe dzieci – zdrowa Europa

Große Wissenschaft für kleine Patienten / Wielka nauka dla małych pacjentów



**TECHNISCHE
UNIVERSITÄT
DRESDEN**



Stacjonarny Ośrodek Rehabilitacji

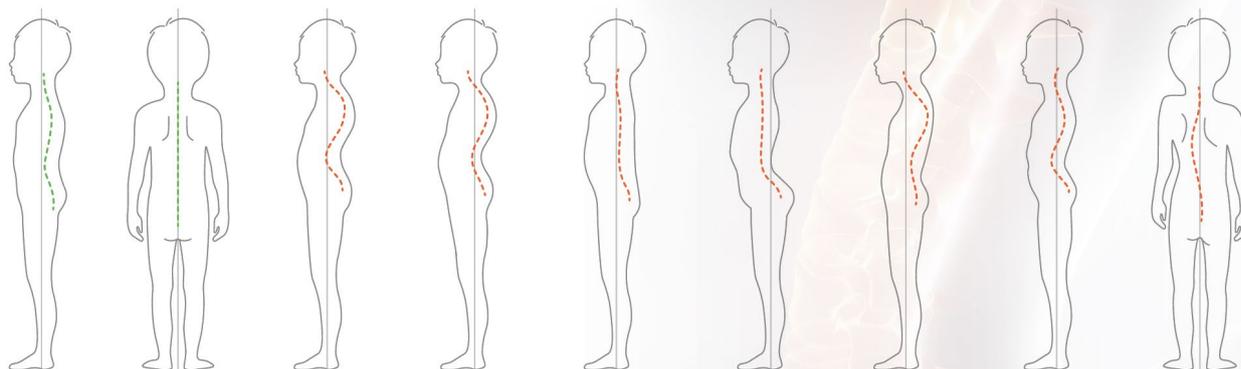
ul. Konarskiego 5b, 59-900 Zgorzelec/Polen
www.zdze.spzoz.zgorzelec.pl

TU Dresden, Fakultät ET/IT

Institut für Biomedizinische Technik
01062 Dresden
www.ibmt.et.tu-dresden.de

Kontakt / kontakt

Projektleiter / kierownik projektu
Dr.-Ing. Grzegorz Śliwiński, Visiting Professor of UJK
grzegorz.sliwinski@tu-dresden.de



Interreg
PL-SN

Europäischer Fonds für regionale Entwicklung

