

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Grenzüberschreitendes Gesundheitszentrum –
Einzelfall oder Zukunftskonzept?“

verfasst von / submitted by

Michaela Haumer, BEd BSc

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Education (MEd)

Wien, 2023 / Vienna 2023

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Betreut von / Supervisor:

UA 199 510 520 02

Masterstudium Lehramt Sek (AB)
UF Geographie und wirtschaftliche Bildung
UF Mathematik

Univ.-Prof. Mag. Dr. Alois Humer

Danksagung

Zuerst möchte ich mich bei meinem Betreuer Herrn Univ.-Prof. Mag. Dr. Alois Humer bedanken, der mir bei all meinen Fragen rasch und wertvoll weitergeholfen hat. Seine Ideen und Ratschläge haben mir sehr geholfen, auch nach ein paar Rückschlägen, eine Masterarbeit zustande zu bringen.

Des Weiteren möchte ich mich bei Frau Ass.-Prof. Mag. Dr. Elisabeth Aufhauser, Frau Mag. Mag. Dr. Gudrun Haindlmaier und Herrn Mag. Hartwig Hitz für all die Chancen bedanken, die sie mir im Zuge des Studiums ermöglicht haben. Ich bin wirklich sehr dankbar, dass ich all diese wunderbaren Erfahrungen sammeln durfte und mich dadurch enorm weiterentwickeln konnte. Ich weiß das sehr zu schätzen!

Besonders bedanken möchte ich mich bei meiner Familie, die mich immer unterstützt und immer für mich da ist. Ohne euch wäre das Studienleben in der Form nicht möglich gewesen. Ein weiterer Dank gilt all meinen Freund*innen und Studienkolleg*innen, die die Zeit meines Studium maßgeblich geprägt und so wunderschön gemacht haben. Vielen Dank euch allen!

Zusammenfassung

Die vorliegende Masterarbeit geht der Frage nach, ob grenzüberschreitende Gesundheitszentren ein Konzept für ländliche Grenzregionen in Niederösterreich sein können, um dort die medizinische Versorgung zu verbessern. Dafür wird das erste grenzüberschreitende Gesundheitszentrum in Europa „Healthacross MED Gmünd“ unter Bezugnahme auf die Standards der Services of General Interest analysiert. Weiters wird die Rolle der Europäischen Union in der Gesundheitspolitik erklärt und herausgearbeitet, welche Aufgaben sie bei den grenzüberschreitenden Projekten übernimmt. Hauptsächlich wird ihr die Rolle der Geldgeberin zuteil, da die meisten Gesundheitsprojekte durch EU-finanzierte INTERREG-Projekte umgesetzt werden können. Auch das Projekt in Gmünd wird durch INTERREG gefördert.

Für die Analyse und Bewertung des Gesundheitszentrums Healthacross MED Gmünd werden Vergleiche zu den Konzepten in Frankreich und Belgien und zum grenzüberschreitenden Krankenhaus in Cerdanya in Spanien gezogen. Es wird festgestellt, dass wesentliche Aspekte dieser Projekte im Gesundheitszentrum Gmünd nicht umgesetzt und die Standards der Services of General Interest nicht vollumfänglich erfüllt sind, weshalb weitere derartige Gesundheitszentren für niederösterreichische Grenzregionen nicht empfohlen werden.

Abstract

This thesis deals with the question whether cross-border healthcare centers are a suitable means to improve the medical care in rural border regions in Lower Austria. Therefore, the first cross-border healthcare center in Europe “Healthacross MED Gmünd” is evaluated according to the standards of Services of General Interest. Furthermore, the influence of the European Union on the health policy is explained and its duties concerning cross-border projects are mentioned. The EU’s primary responsibility is providing the projects with funds as the most healthcare ventures are financed through INTERREG. This is also the case in the healthcare center in Gmünd.

In order to analyze and evaluate Healthacross MED Gmünd comparisons to concepts in France and Belgium and to the cross-border hospital in Cerdanya in Spain are drawn. It is established that core elements of these two projects are not implemented and that the standards of the Services of General Interest are not entirely met in the healthcare center in Gmünd. Hence, the implementation of new healthcare centers of this kind is not recommended for other border regions in Lower Austria.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
2	Forschungsfragen und methodisches Vorgehen	3
2.1	Forschungsfragen und Hypothesen	3
2.2	Methodisches Vorgehen	4
3	Gesundheitsversorgung im Sinne der Services of General Interest in der Europäischen Union	5
3.1	Services of General Interest.....	5
3.1.1	Historischer Überblick.....	6
3.1.2	Aktueller Forschungsstand	8
3.1.3	Definitionsversuch aus raumplanerischer Sicht	10
3.2	Gesundheitsversorgung in der EU	13
3.2.1	Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen	14
3.2.2	Gesundheitsversorgung in Grenzregionen	16
4	Sektorpolitik Gesundheit in der EU	18
4.1	Gesundheitspolitik des Europäischen Gerichtshofs	18
4.2	Gesundheitspolitik der politischen Akteur*innen	19
5	Grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen	23
5.1	Rechtliche Rahmenbedingungen in der EU	25
5.1.1	Einheitliche Europäische Akte	26
5.1.2	Vertrag über die Europäische Union.....	26
5.1.3	Verordnung zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit.....	27
5.1.4	Vertrag von Lissabon.....	28
5.1.5	Richtlinie 2011/24	29
5.2	Programme der EU für grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen.....	30

5.2.1	INTERREG	30
5.2.2	Erste Einzelprogramme	31
5.2.3	Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2003-2008).....	32
5.2.4	Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich Gesundheit und Verbraucherschutz (2007-2013)	32
5.2.5	Gesundheit für Wachstum (2014-2020).....	33
5.2.6	EU4Health (2021-2027).....	33
5.3	Kostenübernahme bei grenzüberschreitender Versorgung	33
6	Grenzüberschreitende Gesundheitsprojekte in der EU.....	35
6.1	Deskriptive Analyse der INTERREG-Gesundheitsprojekte	36
6.2	Zusammenarbeit von Belgien und Frankreich	44
6.2.1	Entwicklungsschritte der Zusammenarbeit	44
6.2.2	Beispiel: ZOAST Ardennes.....	47
6.2.3	Chancen, Herausforderungen und Kritikpunkte	49
6.3	Zusammenarbeit von Frankreich und Spanien.....	51
6.3.1	Grenzüberschreitendes Krankenhaus in Cerdanya	52
6.3.2	Chancen, Herausforderungen, Kritikpunkte	54
6.4	Kriterien für das Gelingen grenzüberschreitender Zusammenarbeit ...	56
7	Fallbeispiel: Zusammenarbeit Gmünd und České Velenice	59
7.1	Historische Ausgangslage.....	59
7.2	EU-Projekte.....	61
7.2.1	healthacross – Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung Niederösterreich – Südböhmen	62
7.2.2	Healthacross in Practice	63
7.2.3	Healthacross for Future	65
7.2.4	Gemeinsam Grenzenlos Gesund – Společně ke zdraví	66
7.3	Healthacross MED Gmünd	67

8 Diskussion	73
8.1 Kriterien für grenzüberschreitende Projekte	73
8.1.1 Systemische Faktoren	73
8.1.2 Kontextabhängige Faktoren.....	74
8.2 Standards der Services of General Interest	78
8.3 Beurteilung, Handlungsempfehlungen und Ausblick	81
8.3.1 Beantwortung der Forschungsfragen	81
8.3.2 Handlungsempfehlungen.....	83
8.3.3 Limitationen und Ausblick	84
9 Conclusio.....	85
Literaturverzeichnis	86
Tabellenverzeichnis.....	101
Abbildungsverzeichnis.....	102
Anhang.....	103

Abkürzungsverzeichnis

BIP	Bruttoinlandsprodukt
ETZ	Europäische Territoriale Zusammenarbeit
EU	Europäische Union
EU27	27 EU-Mitgliedsstaaten
EuGH	Europäischer Gerichtshof
EVTZ	Europäischer Verbund für territoriale Zusammenarbeit
HNO	Hals, Nasen, Ohren
INTERREG	Interregionale Zusammenarbeit
KH	Krankenhaus
m ²	Quadratmeter
Mio.	Millionen
Mrd.	Milliarden
NÖ	Niederösterreich
NÖ LGA	Niederösterreichische Landesgesundheitsagentur
NÖGUS	Niederösterreichischer Gesundheits- und Sozialfond
ÖGK	Österreichische Gesundheitskasse
PKW	Personenkraftwagen
SGEI	Services of General Economic Interest
SGI	Services of General Interest
SSGI	Social Services of General Interest
WHO	World Health Organization
ZOAST	Zones Organisées d'Accès aux Soins Transfrontaliers

1 Einleitung

Die Gewährleistung der Gesundheitsversorgung ist ein zentrales Element der Daseinsvorsorge. Aktuell kann in Medien immer wieder von Ärzt*innenmangel und damit einhergehend von unzureichender Gesundheitsversorgung gelesen werden (vgl. BALTACI 2019, SIMON 2023, SPRINGER 2021). Vor allem die Versorgung im ländlichen Raum und in Grenzregionen steht vor großen Problemen. Es verfügen beispielsweise 26% der österreichischen Gemeinden über keine*n Kassenärzt*in, davon liegen 66% im ländlichen Raum (vgl. BWB 2019: 9ff). Niederösterreich weist besonders viele abgelegene, ländliche Regionen auf. Von den 573 niederösterreichischen Gemeinden werden 457, also fast 80%, nach dem Grad der Urbanisierung der Europäischen Kommission als ländlich eingestuft (vgl. Statistik Austria 2020). Des Weiteren gibt es in Niederösterreich viele Gemeinden in Grenzgebieten zu anderen Staaten. Niederösterreich verfügt nach Tirol über die zweitlängste Staatsgrenze Österreichs, nämlich über 414,3 Kilometer Außengrenze (vgl. AEIOU 2016). 229 Kilometer dieser Grenze entfallen auf Niederösterreich und Tschechien, was mehr als der Hälfte der niederösterreichischen Grenze entspricht (vgl. STEPAN und BIFFL 2017: 32). Aufgrund dieser Dominanz ist die Grenze zwischen Niederösterreich und Tschechien von Bedeutung. Um der Unterversorgung mit Gesundheitseinrichtungen im ländlichen Raum und in Grenzgebieten entgegenzutreten, gibt es grenzüberschreitende Gesundheitsprojekte, auch zwischen Niederösterreich und Tschechien. Diese grenzüberschreitenden Kooperationen sind Gegenstand der Arbeit.

In der vorliegenden Masterarbeit soll die Gesundheitsversorgung zuerst im Lichte der Services of General Interest analysiert werden. Dazu wird der Begriff eingeführt, der Forschungsstand abgebildet und die theoretischen Konzepte der Daseinsvorsorge bzw. der Services of General Interest erläutert. Anschließend wird erarbeitet, wie die Gesundheitsversorgung in der EU aussieht. Dabei liegt der Fokus auf ländlichen Gebieten und Grenzregionen. Danach wird analysiert, welche Kompetenzen die EU in der Gesundheitsversorgung hat und wie sie Gesundheitspolitik machen kann. Das ist nicht so einfach, da die Gesundheitssysteme stark in nationaler Hand sind (vgl. Europäische Union o.J.).

Als zweite Säule sollen in der Arbeit die grenzüberschreitenden Projekte im Gesundheitswesen analysiert werden. Dazu werden aufbauend auf der Sektorpolitik Gesundheit der EU die notwendigen EU-rechtlichen Rahmenbedingungen für grenzüberschreitende Zusammenarbeit herausgearbeitet und die einzelnen EU-Gesundheitsprogramme vorgestellt. Danach werden die bereits bestehenden INTERREG-Gesundheitsprojekte deskriptiv analysiert, um zu zeigen, zwischen welchen Staaten der meiste grenzüberschreitende Austausch stattfindet. Außerdem ist von Interesse, ob grenzüberschreitende Projekte eher zwischen wirtschaftlich und demographisch homogenen oder heterogenen Staaten initiiert werden. Anschließend werden zwei dieser Projekte betrachtet, um herauszuarbeiten, welche Kriterien für den Erfolg grenzüberschreitender Gesundheitsprojekte entscheidend sind und wo Herausforderungen liegen. Anhand dieser Kriterien wird versucht, den Erfolg des ersten, im Herbst 2021 eröffneten grenzüberschreitenden Gesundheitszentrums Healthacross MED Gmünd in Niederösterreich zu bewerten (vgl. NÖ LGA 2021a). Anschließend wird diskutiert, ob das grenzüberschreitende Gesundheitszentrum die Standards der Services of General Interest erfüllt und daher als wichtiger Bestandteil der Gesundheitsversorgung angesehen werden kann. Unter diesen zwei Aspekten wird die Forschungsfrage beantwortet, ob grenzüberschreitende Gesundheitszentren auch für andere Grenzregionen in Niederösterreich sinnvoll sein können oder ob das Gesundheitszentrum als Einzelfall anzusehen ist.

2 Forschungsfragen und methodisches Vorgehen

In diesem Kapitel werden zuerst die Forschungsfragen und Hypothesen für die Arbeit vorgestellt, ehe in Kapitel 2.2 das methodische Vorgehen erläutert wird.

2.1 Forschungsfragen und Hypothesen

Insgesamt sollen in der Arbeit drei Forschungsfragen beantwortet werden, wobei eine als Leitfrage dient und die anderen beiden Fragen dieser untergeordnet sind. Die zentrale Forschungsfrage lautet:

F1: Sind grenzüberschreitende Gesundheitszentren ein zukunftsfähiges Konzept und können sie auch in anderen grenznahen Regionen in Niederösterreich sinnvoll sein?

Außerdem soll untersucht werden, welche Herausforderungen bei grenzüberschreitender Zusammenarbeit auftreten und welches Verbesserungspotential identifiziert werden kann. Dementsprechend werden folgende zwei Forschungsfragen formuliert:

F2: Welche Herausforderungen treten bei der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit auf?

F3: Welches Verbesserungspotenzial gibt es für grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich?

Zur Beantwortung der Forschungsfragen werden Hypothesen aufgestellt, die die Bearbeitung der Arbeit strukturieren und leiten sollen. Die Hypothesen orientieren sich an jenen von BÖHM und KUROWSKA-PYSZ (2019: o.S.).

H1: Das grenzüberschreitende Gesundheitszentrum in Gmünd stellt einen Einzelfall dar. Es ist also kein Konzept, das in der Form auf andere grenznahe Regionen in Niederösterreich übertragen werden kann.

*H2: Es treten vor allem administrative Hürden auf, wie z.B. die Verrechnung der Leistungen an tschechische Patient*innen. Aber auch die sprachliche Barriere stellt eine Hürde dar.*

H3: Um die Zusammenarbeit verbessern zu können, müssten die Gesundheitsleistungen und Gesundheitssysteme der EU-Länder vereinheitlicht werden.

2.2 Methodisches Vorgehen

Die Arbeit besteht aus einem theoretischen und einem analytisch-empirischen Teil, die allerdings in der Arbeit nicht strikt getrennt werden. Kapitel 3, 4, 5 und 6 stellen den theoretischen, literaturbasierten Teil dar. Unterkapitel 6.1 ist auszunehmen, da hier der empirische Teil mit einer deskriptiven Analyse der INTERREG-Gesundheitsprojekte verankert ist. In Kapitel 7 und 8 wird ebenfalls empirisch gearbeitet, wobei auch hier große Teile auf Literaturrecherche basieren. Allerdings wird versucht, aus den theoretischen Überlegungen der Vorkapitel die Situation in Gmünd einzuschätzen, um so die Forschungsfragen beantworten zu können. Die Literaturrecherche erfolgt auf den Plattformen „Scopus“, „Google Scholar“ und über die Suchmaschine „u: search“ der Universitätsbibliothek der Universität Wien. Weiters werden auch staatliche Quellen verwendet, wie beispielsweise Gesetzestexte, Verordnungen der EU oder Tätigkeitsberichte der Gesundheitsinstitutionen. Diese dienen dazu, einen besseren Überblick über grenzüberschreitende Zusammenarbeit in Niederösterreich und auch der EU geben zu können. Geplante Interviews mit Expert*innen über das grenzüberschreitende Gesundheitszentrum in Gmünd können leider nicht einfließen, da Interviewanfragen nicht beantwortet oder abgelehnt werden.

3 Gesundheitsversorgung im Sinne der Services of General Interest in der Europäischen Union

Die Gesundheitsversorgung gilt als zentrale Säule der Daseinsvorsorge bzw. der Services of General Interest. Um die Gesundheitsversorgung in dieses Konzept einbetten zu können, wird in Kapitel 3.1 darauf näher eingegangen. Zuerst wird erläutert, was unter Daseinsvorsorge und Services of General Interest zu verstehen ist. Dies wird unter anderem anhand eines kurzen historischen Abrisses verdeutlicht. Neben dem aktuellen Forschungsstand wird auch der fachliche Zugang und die Definition des Begriffes für diese Arbeit dargestellt. Anschließend folgt in Kapitel 3.2 ein Blick auf die Gesundheitsversorgung in der EU, wobei speziell auf ländliche Regionen und Grenzregionen fokussiert wird.

3.1 Services of General Interest

Services of General Interest (SGI) können als „Dienstleistungen von allgemeinem Interesse“ übersetzt werden (vgl. Europäische Kommission o.J.b), werden aber in der deutschsprachigen Literatur meistens unter dem Begriff der „Daseinsvorsorge“ zusammengefasst. Auch der Begriff „öffentliche Daseinsvorsorge“ wird verwendet (vgl. PAUL und CUMBERS 2023: 169). In dieser Arbeit werden folglich die Begriffe „Services of General Interest“ und „Daseinsvorsorge“ synonym verwendet, da auf englischsprachige und deutschsprachige Literatur zurückgegriffen wird und eine Begriffsunterscheidung für diese Arbeit nicht von Relevanz ist. Unter SGI bzw. Daseinsvorsorge werden beispielsweise die Bereitstellung von Verkehrsinfrastruktur, Bildungseinrichtungen und Gesundheitseinrichtungen verstanden (vgl. Europäische Kommission o.J.b, HUMER 2016: 6). Ziel der Europäischen Union ist, dass alle Menschen – unabhängig von ihrem Wohnort – einen angemessenen Zugang zu SGI haben (vgl. RAUHUT et al. 2013: 161). Vorrangig dafür zuständig sind in der EU die einzelnen Nationalstaaten. Das Konzept der SGI wird in den einzelnen Staaten unterschiedlich ausgelegt und auch die Standards unterscheiden sich stark. Das liegt möglicherweise daran, dass der Begriff SGI im politischen Vokabular der EU-Staaten nicht vorkommt und es somit keine rechtliche Definition des Begriffes gibt (vgl. FASSMANN et al. 2015: 11). Folglich ist es schwierig, eine einheitliche Definition zu finden, die auch festlegt, welche Leistungen in welchem Umfang umfasst sind (vgl.

HUMER 2016: 1ff, KERSTEN 2006: 246). Das führt zu Problemen in der Forschung und somit in der wissenschaftlichen Literatur, da das Konzept verschieden ausgelegt werden kann und thematisch sehr breit gefächert ist (vgl. HUMER 2016: 43), weshalb in dieser Arbeit auf dafür relevante Aspekte, nämlich die räumlichen und sozialen Aspekte der Daseinsvorsorge, eingegangen wird.

Um die Begriffe „Services of General Interest“ und „Daseinsvorsorge“ besser verstehen zu können, folgt ein prägnanter Überblick über die historische Entwicklung. Anschließend wird ein Überblick über den aktuellen Forschungsstand gegeben, wobei auf für die Arbeit wesentliche Aspekte fokussiert wird. Es besteht kein Anspruch auf Vollständigkeit. Anschließend wird in Kapitel 3.1.3 versucht, den Begriff zu definieren und festzulegen, wie der Begriff in dieser Arbeit aufgefasst wird. Damit einhergehend wird auch erläutert, welche fachlichen Zugänge existieren und welche davon in der Arbeit Niederschlag finden werden.

3.1.1 Historischer Überblick

Die Historie der SGI ist in der Hinsicht interessant, als dass zuerst Services of General Economic Interest (SGEI) in der EU definiert werden. Der Begriff stammt also ursprünglich aus den Wirtschaftswissenschaften. Die SGEI werden definiert, um den Staaten zu erlauben, in Märkte einzugreifen, wenn diese versagen. Marktversagen ist hier in dem Sinne zu verstehen, als dass sich nicht alle Menschen lebensnotwendige Güter und Dienstleistungen leisten können. Dies kann zwei Ursachen haben: Entweder sind Güter und Dienstleistungen zu teuer oder sie werden von Unternehmen nicht angeboten, weil sie nicht profitabel sind. Besonders in Krisenzeiten erweist sich diese Aufgabe des Staates als zentral (vgl. MAZIARZ 2016: 18f).

Nicht zu verwechseln sind SGEI mit den sogenannten „public services“. Darunter ist ein breiteres Konzept zu verstehen, das auch nicht-wirtschaftliche Maßnahmen beinhaltet. Allerdings sind nach dem EU-Recht auch Dienstleistungen als Services of General Economic Interest zu verstehen, die dort nicht vermutet werden. So zählt die Gesundheitsversorgung zu den SGEI. Begründet wird die Zuordnung der Gesundheitsversorgung zu den SGEI damit, dass sie für jede Einzelperson wichtig ist, aber auch für die Gesellschaft als Ganzes eine wesentliche Rolle spielt (vgl. MAZIARZ 2016: 16ff).

Die Basis für die SGEI bilden die Konzepte der Daseinsvorsorge aus Deutschland und Frankreich. In Deutschland wird das Konzept in den 1920er Jahren von Ernst Forsthoff entwickelt und wird meist mit der Bereitstellung von Gütern und Dienstleistungen für die gesamte Bevölkerung gleichgesetzt (vgl. MAZIARZ 2016: 17f, MEINEL 2007: 791, PAUL und CUMBERS 2023: 170ff). In seinem Werk definiert FORSTHOFF (1938: 6) Daseinsvorsorge folgendermaßen: *„Diejenigen Veranstaltungen, welche zur Befriedigung des Appropriationsbedürfnisses getroffen werden, bezeichne ich als Daseinsvorsorge.“* Notwendig wird das, da sich die Menschen aufgrund der Industrialisierung nicht mehr ausschließlich selbst versorgen können und somit auf die Bereitstellung – beispielsweise von Wasser und Strom – durch den Staat angewiesen sind. Der Begriff „Veranstaltungen“ ist breiter auszulegen als es heute üblich ist. Das Ziel der Daseinsvorsorge nach Forsthoff ist, die Stabilität des Staates zu gewährleisten und weniger das Wohlergehen der Bevölkerung. Deshalb werden manche Güter, wie z.B. Wasser oder Strom, zwar bereitgestellt, aber ein vergleichsweise hoher Preis dafür verlangt, weil u.a. auch Produktionskosten an die Endverbraucher*innen weitergegeben werden (vgl. MAZIARZ 2016: 17f, MEINEL 2007: 791, PAUL und CUMBERS 2023: 170ff).

Forsthoff ändert im Laufe der Zeit sein Verständnis von Daseinsvorsorge immer wieder, da er es an die politische Lage im Land anpasst (vgl. FOLKERS 2017: 866f). So betont er später die soziale Komponente der Daseinsvorsorge, indem er meint, dass die Bereitstellung der Güter und Dienstleistungen nicht immer profitabel sein wird, weshalb Privatunternehmen das Risiko nicht eingehen werden und somit der Staat die Dienste bereitstellen muss (vgl. PAUL und CUMBERS 2023: 171). Des Weiteren weitet er den Begriff der Daseinsvorsorge über die Jahre aus, wodurch immer mehr Güter und Dienstleistungen in die Daseinsvorsorge miteinbezogen werden (vgl. EINIG 2008: 18). Trotzdem wird in der Literatur darauf hingewiesen, dass Forsthoffs Konzept eher autoritär als sozial zu verstehen ist, da durch die Bereitstellung der öffentlichen Dienstleistungen die staatliche Herrschaft gerechtfertigt werden soll (vgl. DÜMKE 2015: 20, PAUL und CUMBERS 2023: 171).

In Frankreich wird hingegen die Ansicht vertreten, dass Menschen ein Recht auf grundlegende Güter und Dienstleistungen haben, weshalb sie zu günstigen Preisen zur Verfügung gestellt werden. So soll es allen Bürger*innen möglich sein, die Produkte und Dienstleistungen tatsächlich zu nutzen (vgl. MAZIARZ 2016: 17ff). Ein

weiterer Unterschied zum Konzept der Daseinsvorsorge nach Forsthoff ist, dass das französische Modell weitaus breiter definiert ist und somit mehr Güter und Dienstleistungen umfasst (vgl. FOLKERS 2017: 867).

Parallel dazu entwickeln sich ähnliche Konzepte in den USA, Großbritannien, Italien und Spanien. Diese unterscheiden sich von den Konzepten aus Frankreich und Deutschland hauptsächlich in der Art und Weise, wie das Ziel – also die Bereitstellung von Gütern und Dienstleistungen durch den Staat – erreicht werden soll. Das liegt vor allem an rechtlichen, ökonomischen und politischen Unterschieden zwischen den Staaten. Im Zuge der europäischen Integration wird an einer europaweiten Interpretation des Konzepts gearbeitet. Basis dafür bildet das Konzept von Forsthoff. Die europäische Zusammenarbeit beeinflusst allerdings wechselseitig auch die Interpretation in Deutschland, weshalb es schwierig ist, eine EU-weite Definition zu finden (vgl. FOLKERS 2017: 867). Deshalb wird in Kapitel 3.1.3 versucht, eine Definition zu entwickeln, damit zumindest für diese Arbeit eine einheitliche Definition der Daseinsvorsorge möglich ist. Zuvor wird der aktuelle Forschungsstand prägnant abgebildet.

3.1.2 Aktueller Forschungsstand

Der aktuelle Forschungsdiskurs zur Daseinsvorsorge beinhaltet hauptsächlich die Suche nach einer Definition und die Abgrenzung, was zur Daseinsvorsorge gehört und was nicht. DÜMKE (2015: 18ff) versucht die Abgrenzung durch drei Eigenschaften: Notwendigkeit, Uneinbringlichkeit von privaten Unternehmen und großer Bedarf an Infrastruktur. Die vorgeschlagene vierte Kategorie der Entgeltlichkeit lehnt Dümke ab, da seiner Meinung nach Leistungen der Daseinsvorsorge entgeltlich und unentgeltlich zur Verfügung gestellt werden können.

ROTTMANN et al. (2019: 789ff) streichen die Universaldienste der Daseinsvorsorge hervor und betonen, dass diese im Vergleich zu anderen Leistungen der Daseinsvorsorge rechtlich klar definiert sind und daher erbracht werden müssen. Anzumerken ist, dass die rechtliche Definition nur für Deutschland gilt und so nicht auf Österreich übertragen werden kann. Zu den Universaldiensten der Daseinsvorsorge zählen Post und Telekommunikation. Weiters meinen die Autoren, dass die Daseinsvorsorge um Grundversorgungs- und Universaldienste erweitert werden

muss, um auf dem aktuellen Stand zu sein und die Herausforderung der Zukunft meistern zu können. Darunter verstehen sie vorrangig, dass die Bereitstellung von Breitband zur Daseinsvorsorge gehört und damit allen Bürger*innen zugänglich sein sollte.

DEHNE (2019: 56ff) verfolgt einen moderneren Ansatz der Daseinsvorsorge und spricht von einem Paradigmenwechsel weg vom Versorgungsverständnis des Staates hin zur Selbstverwirklichung aller Bürger*innen. Dafür rückt das Individuum ins Zentrum und es wird versucht, die Menschen mit differenzierten Strategien zu einem guten und glücklichen Leben zu befähigen. Damit geht die Abkehr von der reinen Fokussierung auf die im Rahmen der Daseinsvorsorge erbrachten Leistungen einher. Vielmehr steht die Frage im Fokus, wie die Daseinsvorsorge gestaltet sein muss, um die Teilhabe für alle Menschen zu ermöglichen. Dadurch verändert sich die Rolle des Staates. Er ist nicht mehr nur Leistungserbringer, sondern auch Motivator und Regulierer. Bürger*innen sollen zu Eigeninitiativen ermutigt werden. Außerdem kann der Staat nicht mehr jegliche Infrastruktur selbst zur Verfügung stellen (v.a. technische Infrastruktur), weshalb er für die Regulierung von Leistungen, die von anderen erbracht werden, zuständig ist. Somit wird die öffentliche Daseinsvorsorge größtenteils eine Koordinierungs- und Managementaufgabe.

FASSMANN et al. (2015: 12ff) sehen die Notwendigkeit, Services of General Interest in zwei Untergruppen zu unterteilen und diese getrennt voneinander zu betrachten, nämlich Services of General Economic Interest (SGEI) und Social Services of General Interest (SSGI). Diese Unterteilung ist nach EU-Recht zwar nicht ganz korrekt, aus fachlicher Sicht aber notwendig, da sich die Angebote und Ziele der beiden stark unterscheiden und somit nicht gemeinsam betrachten lassen. Das EU-Recht unterscheidet nur zwischen ökonomischen und nicht-ökonomischen Services, worauf im nächsten Kapitel (3.1.3) noch näher eingegangen wird. Die SGEI umfassen die Bereitstellung von Kommunikationsinfrastruktur und von technischer Infrastruktur. Die SSGI unterteilen sich in vier Unterkategorien, nämlich Bildung, Gesundheit und Pflege, Arbeitsmarktservice und sozialer Wohnbau (vgl. RAUHUT et al. 2013: 160). Im Gegensatz zu den Begriffen SGI und SGEI sind die SSGI nicht näher definiert, was aber dringend nötig wäre, um das Konzept reibungslos umsetzen zu können (vgl. FASSMANN et al. 2015: 12ff).

HUMER (2014: 65f) hält fest, dass mit dem Begriff der Social Services of General Interest versucht wird, einen einheitlichen Überbegriff für verschiedene nationale Konzepte, wie z.B. jenes der Daseinsvorsorge, zu schaffen. Auch wenn die Auslegung und Gestaltung jedem EU-Staat überlassen wird, soll zumindest ein einheitliches Konzept geschaffen werden. Die SSGI sind nämlich eines der Hauptmerkmale des europäischen Gesellschaftsmodells und der Lebensqualität.

FASSMANN et al. (2015: 13ff) streichen auch die Bedeutung der SGI im Rahmen der territorialen und sozialen Kohäsion und bei der Reduktion von regionalen Disparitäten heraus. Es soll der Zugang zu den SGI für alle gewährleistet werden, weshalb grenzüberschreitende Projekte sinnvoll sein können. Dafür sollen einheitliche Standards auf EU-Ebene geschaffen werden. RAUHUT et al. (2013: 97) halten fest, dass es für ärmere Regionen immer schwieriger wird, die SGI aufrecht zu erhalten. Sie benötigen zusätzliche Finanzmittel, um die nationalen Standards erfüllen zu können.

FASSMANN et al. (2015: 13ff) fordern, dass die Ziele der territorialen und sozialen Kohäsion in der EU von einem Akteur festgesetzt werden, weil sonst jede Region ihre eigenen Ziele verfolgt. Dem entgegen steht das Konzept „Regionale Daseinsvorsorge“, das ROSENFELD (2021: 1) vorschlägt. Da es bisher (in Deutschland) nicht gelungen ist, regionale Disparitäten zu verringern, soll ermöglicht werden, dass periphere Regionen Maßnahmen setzen können, um die Unterschiede zu anderen Regionen zu verkleinern, um das Ziel der Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse zu erreichen. Die Erfolgchancen werden vom Autor jedoch angezweifelt, weshalb er sich eher für kooperative Ansätze und Zusammenarbeit zwischen Kommunen ausspricht.

3.1.3 Definitionsversuch aus raumplanerischer Sicht

Auf der Homepage der Europäischen Kommission ist folgende Definition für SGI zu finden: *„Dienstleistungen von allgemeinem Interesse sind Dienste, die Behörden der EU-Länder als solche einstufen und die daher mit bestimmten gemeinwirtschaftlichen Verpflichtungen verbunden sind. Sie können entweder vom Staat oder von der privaten Wirtschaft bereitgestellt werden.“* (Europäische Kommission o.J.b)

Durch die Definition wird deutlich, dass SGI in den einzelnen EU-Ländern verschieden definiert werden können, weshalb eine einheitliche EU-weite Definition nicht möglich ist. Zudem sind die Mitgliedsstaaten nicht dazu verpflichtet, Leistungen im Rahmen der Daseinsvorsorge zu gewährleisten, weshalb das Konzept nicht in allen EU-Staaten vorhanden ist (vgl. KNORR 2005: 47). Auch aus historischer und wissenschaftlicher Perspektive ist eine einheitliche Definition schwierig, da es keine festgelegten Kriterien gibt, was als Leistungen der Daseinsvorsorge bzw. der SGI zu klassifizieren ist (vgl. DÜMKE 2015: 22, KNORR 2005: 35). Um die SGI dennoch einordnen zu können, werden von der Europäischen Kommission (o.J.b) drei Kategorien unterschieden: Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichen Interesse, nicht wirtschaftliche Dienstleistungen und Sozialdienstleistungen von allgemeinem Interesse. Unter „Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichen Interesse“ fallen grundlegende Dienstleistungen, die gegen ein Entgelt erbracht werden (z.B. Postdienste). Zu den „nicht wirtschaftlichen Dienstleistungen“ gehören beispielsweise Polizei und gesetzliche Sozialversicherung. Wesentlicher Unterschied dieser beiden Kategorien ist, dass erstere den europäischen Richtlinien für Wettbewerb und Binnenmarkt unterliegen. Die nicht wirtschaftlichen Dienstleistungen hingegen unterliegen keinerlei spezieller EU-Vorschriften. In die dritte Kategorie der „Sozialdienstleistungen von allgemeinem Interesse“ fallen alle Dienstleistungen, die im Zeichen der Solidarität stehen und somit hauptsächlich dem sozioökonomisch schlechter gestellten Teil der Bevölkerung zugutekommt. Beispiele hierfür sind Sozialwohnungen und Arbeitsvermittlung.

Anhand der Kategorien ist zu erkennen, dass Services of General Interest ein interdisziplinäres Konzept sind und somit von unterschiedlichen Standpunkten betrachtet werden können, nämlich aus ökonomischer, politisch-philosophischer und aus raumordnerischer Perspektive. In dieser Arbeit steht der raumplanerische Zugang zum Konzept der SGI im Vordergrund, weshalb auf diesen im Folgenden näher eingegangen wird.

Im deutschsprachigen Raum werden die Services of General Interest in Zusammenhang mit raumplanerischen Fragen als „Daseinsvorsorge“ übersetzt. Das Konzept basiert auf den Daseinsgrundfunktionen, die 1964 von Partzsch erstmals definiert wurden. Dazu zählen: Wohnen, Arbeiten, Sich-Versorgen, Sich-Bilden, Sich-Erholen, Verkehrsteilnahme und in Gemeinschaft leben. Der Zusammenhang zur

Raumplanung ergibt sich dadurch, dass all diese Bedürfnisse Raum brauchen, um verwirklicht zu werden, z.B. ein Gebäude zum Wohnen (vgl. WEICHHART 2008: 40ff). LASCHINGER und LÖTSCHER (1975: 124ff) bezeichnen diese räumlichen Einrichtungen als „Daseinsgrundfunktionsstellen“. Für die Bereitstellung dieser Stellen ist der Staat bzw. die öffentliche Hand zuständig. Das soll dazu führen, dass einheitliche Lebensverhältnisse für alle Menschen (unabhängig vom Wohnort) realisiert werden können (vgl. HUMER 2016: 33ff). Da das, vor allem gesamteuropäisch, nicht möglich ist, wird aktuell der Ansatz verfolgt, gleichwertige Lebensverhältnisse zu schaffen (vgl. KERSTEN 2006: 246f).

Dieses Ziel gilt klarerweise auch für die Gesundheitsversorgung. Es sollen also nicht einheitliche Verhältnisse für alle Menschen in der EU geschaffen werden, sondern gleichwertige. Im Rahmen der EU-Kohäsionspolitik ist in diesem Kontext oft davon die Rede, dass die Abgrenzung von Regionen vermieden werden soll, Ungleichheiten aber akzeptiert werden (vgl. FOLKERS 2017: 868).

HUMER (2014: 68) definiert außerdem fünf Standards, die Services of General Interest erfüllen müssen. Sie müssen

- auf einer sicheren Basis verfügbar,
- erreichbar und
- leistbar sein,
- eine gute Qualität aufweisen und
- Wahlmöglichkeiten bieten.

Er betont, dass es sich dabei um eine ordinale Skala handelt, die Wichtigkeit der Kriterien nimmt also nach unten hin ab. Das wichtigste Kriterium ist demnach die Verfügbarkeit, am wenigsten relevant sind Auswahlmöglichkeiten zwischen verschiedenen Diensten. RAUHUT et al. (2013: 102) lassen für ihre Kriterien die Wahlmöglichkeiten sogar weg.

In der Raumplanung bedeutet Daseinsvorsorge also die Versorgung mit lebensnotwendigen Gütern und Dienstleistungen in einer bestimmten Qualität, zu einem sozial verträglichen Preis und in angemessener Erreichbarkeit (vgl. BBSP 2018: 6f).

3.2 Gesundheitsversorgung in der EU

Die Gesundheitsversorgung ist eine der zentralen Aufgaben der Daseinsvorsorge bzw. der Social Services of General Interest nach FASSMANN et al. (2015: 12). Das aktuelle Ziel der Daseinsvorsorge, gleichwertige Lebensverhältnisse zu schaffen, bedingt dementsprechend, gleichwertige Verhältnisse in der Gesundheitsversorgung sicherzustellen (vgl. VAN DEN BERG et al. 2021).

Im Allgemeinen ist die Gesundheitsversorgung in den EU-Staaten sehr gut, was durch die hohe Lebensqualität in vielen Staaten bestätigt wird. Auch Befragungen zeigen, dass die meisten Menschen mit der Versorgung zufrieden sind, da ihr Bedarf abgedeckt wird. Jedoch gibt es zwischen den Mitgliedsstaaten große Unterschiede in der Versorgung (vgl. BROOKS 2012: 34, Europäische Kommission 2019: 32). Es ist schwer, die Unterschiede nach objektiven Kriterien zu messen und zu beurteilen – auch weil die Datenlage sehr vage ist. Ein Kriterium, das sich eignet, sind die Ausgaben der einzelnen EU-Staaten für Gesundheit pro Einwohner*in. Diese sind in Abb. 1 dargestellt. Es ist zu erkennen, dass Luxemburg, Dänemark, Schweden, Deutschland, Irland, Niederlande, Österreich, Belgien, Frankreich und Finnland mit ihren Ausgaben im Gesundheitsbereich über dem EU-Schnitt liegen.

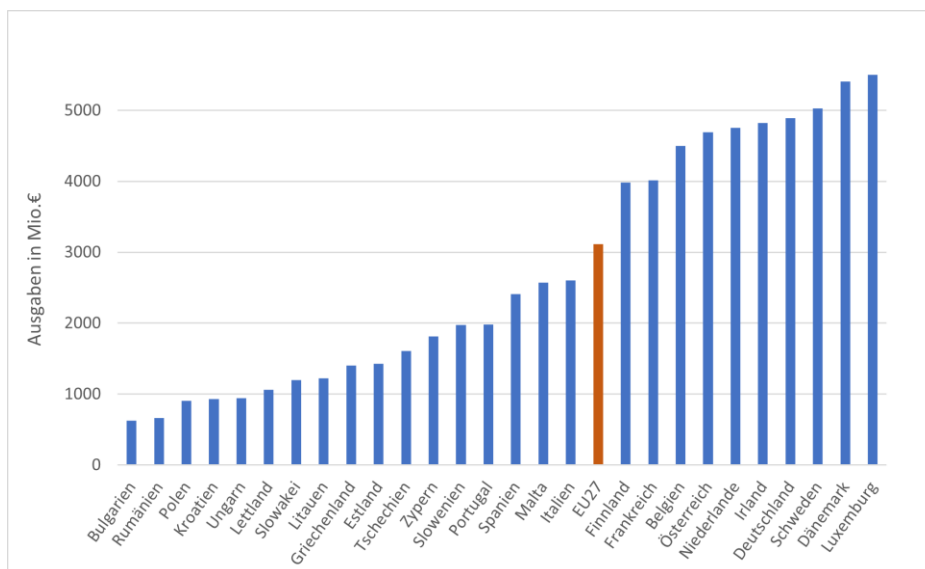


Abb. 1 Gesundheitsausgaben gesamt 2019 nach EU-Staaten

Datengrundlage: Eurostat 2023c

Des Weiteren gibt es innerhalb der einzelnen Mitgliedsstaaten große Disparitäten in der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Die Unterschiede sind teilweise altersgruppenspezifisch, teilweise krankheitsabhängig (vgl. Europäische Kommission

2019: 32). Aber auch regionale Unterschiede lassen sich erkennen. Vor allem strukturschwache Regionen weisen oftmals eine schlechtere Gesundheitsversorgung auf. Diese werden im Bericht der Europäischen Kommission (2019: 36) sogar als „*medical deserts*“ bezeichnet. Innerhalb der EU sind 18 Staaten von derartigen regionalen Problemen betroffen, nämlich Bulgarien, Dänemark, Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich, Italien, Kroatien, Lettland, Litauen, Niederlande, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Slowakei, Tschechien und Ungarn. In den neun restlichen Staaten (Belgien, Griechenland, Irland, Luxemburg, Malta, Schweden, Slowenien, Spanien und Zypern) gibt es hingegen keine Probleme bei der Gesundheitsversorgung in den ländlichen Gebieten (vgl. Europäische Kommission 2019: 36, RIED 2016: 47). Grenzregionen sind vielfach strukturschwache Regionen, weshalb es von Interesse ist, diese Regionen in Kapitel 3.2.2 genauer zu analysieren.

Gegen diese Unterschiede wird lange Zeit nichts unternommen, da es in den EU-Institutionen wenig Wissen über die einzelnen Gesundheitssysteme gibt. Erst 2016 wird ein Arbeitskreis eingerichtet, um den Zustand der Gesundheitsversorgung innerhalb der EU zu erheben (vgl. Europäische Kommission 2019: 5ff).

Anschließend wird ein Aktionsplan zu den „Europäischen Säulen für soziale Rechte“ erarbeitet, in dem 20 Themenfelder festgelegt werden, darunter auch die Gesundheitsversorgung, für die EU-weite Mindeststandards definiert werden. Im Bereich der Gesundheitsversorgung wird festgelegt, dass alle Menschen in der EU ein Recht auf Zugang zu hochwertiger Gesundheitsversorgung haben, und zwar leistbar und in zeitlicher Nähe (vgl. Europäische Kommission 2021b: 3ff). Dies stimmt mit den Anforderungen an SGI überein. Im Gesundheitsbereich werden diese Standards nun auch EU-weit einheitlich festgelegt. Dieser Zugang ist jedoch nicht allen gewährt, vor allem in Grenzregionen. Um auch Menschen in Grenzregionen diesen guten Zugang zu gewährleisten, will die EU-Kommission grenzüberschreitende Zusammenarbeit forcieren (vgl. Europäische Kommission 2019: 9).

3.2.1 Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen

Da die Bevölkerungsdichte in ländlichen, abgelegenen Regionen wesentlich geringer ist als in städtischen Regionen, gibt es hier weniger Gesundheitseinrichtungen bzw. muss man längere Anfahrtszeiten in Kauf nehmen. Nur so ist es möglich, die

Gesundheitseinrichtungen wirtschaftlich zu führen. Die ländliche Bevölkerung ist zudem älter als der Durchschnitt und braucht somit mehr ärztliche Versorgung. Außerdem sinkt im Alter die Mobilität, was zu Problemen bei der Erreichbarkeit von Ärzt*innen führt. Vor allem für Spezialist*innen müssen oft weite Strecken zurückgelegt werden (vgl. VAN DER BERG et al. 2021). Die Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum steht also im Spannungsfeld zwischen guter Versorgung und Finanzierbarkeit. Aus Sicht der Daseinsvorsorge sollte die Versorgung aller Menschen – und somit die Erreichung gleichwertiger Lebensverhältnisse – im Vordergrund stehen. In der Realität ist es jedoch in ländlichen Regionen vielfach nicht möglich, die bestmögliche Versorgung für die Bevölkerung sicherzustellen, weil der finanzielle Aspekt wichtiger bewertet wird. Im Sinne der SSGI ist die Frage zu stellen, ob Gesundheitseinrichtungen wirtschaftlich geführt werden müssen oder ob der Staat verpflichtet ist, die Gesundheitsversorgung nach den fünf Standards der SGI zu garantieren.

Ein weiteres Problem ist der Mangel an Ärzt*innen in den ländlichen Regionen. Nur wenige junge Ärzt*innen wollen nach Abschluss des Medizinstudiums am Land praktizieren (vgl. BWB 2019: 22ff, KNIEPS et al. 2012: 9). Studien zeigen jedoch, dass junge Mediziner*innen durch finanzielle Anreize in ländliche Regionen gelockt werden können (vgl. BWB 2019: 22ff, RIED 2016).

Um dennoch eine möglichst gute Versorgung garantieren zu können, schlagen VAN DER BERG et al. (2021) drei Innovationen vor, nämlich Telemedizin, Standort- und Transportplanung und Kooperation. Aus Sicht der Raumplanung ist vor allem der zweite Punkt von Interesse. Die Autor*innen empfehlen, Krankenhäuser gut erreichbar zu machen, indem genügend Parkplätze für PKWs zur Verfügung gestellt werden und die Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel angestrebt wird. Unter Kooperation verstehen die Autor*innen, die Zusammenarbeit von verschiedenen Berufsgruppen innerhalb des Gesundheitsbereichs. OGERTSCHNIG (2020) spricht sich für Versorgungszentren bzw. Primärversorgungszentren aus. RIED (2016) empfiehlt Konzepte, die auf die jeweilige Region abgestimmt sind, und bevorzugt sektorübergreifende Zusammenarbeit. KNIEPS et al. (2012: 17) sprechen sich dafür aus, Erfahrungen und Expertise aus dem Ausland einzuholen, um die Probleme in der Gesundheitsversorgung lösen zu können. Richtige Kooperationen mit anderen Regionen oder grenzüberschreitende Zusammenarbeit schlagen alle genannten

Autor*innen nicht vor. Dennoch sollten diese Möglichkeiten in Betracht gezogen werden.

3.2.2 Gesundheitsversorgung in Grenzregionen

Grenzregionen sind innerhalb der Europäischen Union von enormer Bedeutung, da über 40% des EU-Gebiets solche darstellen und über 30% der EU-Bevölkerung in solchen wohnt (vgl. BECK 2017: 343). Grenzregionen sind aufgrund ihrer Lage an den nationalen Grenzen oft strukturell benachteiligt und verfügen über weniger bzw. schlechtere Infrastruktur als andere Regionen (vgl. BMI 2014: 5). Das zeigt sich vielfach in einem niedrigeren BIP und einer höheren Arbeitslosenquote im Vergleich zu Regionen im Landesinneren (vgl. Europäische Kommission 2017: 73). Viele Grenzregionen sind zudem mit dem demographischen Wandel und einer damit einhergehend immer älter werdenden Bevölkerung konfrontiert. Das stellt insbesondere die Gesundheitsversorgung vor Herausforderungen (vgl. SCHLIFFKA 2019: 5ff). Da die Gesundheitsversorgung nationalstaatlich organisiert ist, wird in der Planung von Gesundheitseinrichtungen meist nicht grenzüberschreitend gedacht. Die Auswirkungen auf den Nachbarstaat werden nicht betrachtet.

Gleichzeitig gewinnen Grenzregionen immer mehr an Bedeutung, da sich ihre Rolle innerhalb der EU und somit innerhalb der Nationalstaaten verändert. Aufgrund von offenen Grenzen und einer immer größer werdenden Verflechtung zwischen den EU-Staaten sind ehemalige Grenzregionen nun mitten im Zentrum Europas zu verorten (vgl. ULRICH 2020: 168f). Umso wichtiger ist es, die Räume adäquat auszustatten und zu versorgen, weshalb bereits Versuche von grenzüberschreitender Raumplanung unternommen werden. Das Problem ist, dass rechtliche Grundlagen dafür fehlen und die grenzüberschreitende Raumplanung daher nur als Orientierung für die Nationalstaaten gilt, nicht aber verpflichtend umgesetzt werden muss (vgl. CAESAR und EVRARD 2020: 96ff).

ULRICH und SCOTT (2021: 159ff) sprechen sogar von „grenzüberschreitender Governance“. Darunter ist die Art und Weise zu verstehen, wie Planung, Politik und Steuerung von Raum und Grenze geschehen. Es sollen viele verschiedene Akteure aus mindestens zwei Staaten miteinbezogen werden, um grenzüberschreitende

Planung und Politik zu steuern. Dies geschieht parallel zu den Strukturen des Nationalstaats (vgl. ULRICH 2020: 172).

Welche Rolle die EU in der Gesundheitsversorgung und Gesundheitspolitik spielt, wird im nächsten Kapitel diskutiert.

4 Sektorpolitik Gesundheit in der EU

Bei Gründung der Europäischen Union gilt Gesundheit nicht als Themengebiet, das EU-weit behandelt werden soll. Erst im Laufe der Zeit werden gemeinsame Projekte und Initiativen gestartet (vgl. Europäische Kommission 2017: 12). Auf die Gesundheitspolitik innerhalb der Europäischen Union haben verschiedene Akteur*innen Einfluss. Die politischen Player sind die Europäische Kommission, der Europäische Rat und das Europäische Parlament. Innerhalb dieser Institutionen werden die Gesetze, Rahmenbedingungen, Maßnahmen und Ziele festgelegt, um die Gesundheitsversorgung für die Menschen zu verbessern. Aber auch der Europäische Gerichtshof (EuGH) trägt nicht unwesentlich zur Gesetzgebung innerhalb des Gesundheitsbereiches bei. Viele Maßnahmen und Richtlinien, die von der Europäischen Kommission, dem Europäischen Rat oder vom EU-Parlament beschlossen werden, beruhen auf der Rechtsprechung des EuGH.

Zuerst wird die Rolle des Europäischen Gerichtshofs für die Gesundheitspolitik erörtert, danach wird in Kapitel 4.2 auf die Maßnahmen und Ziele der politischen Institutionen eingegangen.

4.1 Gesundheitspolitik des Europäischen Gerichtshofs

Obwohl der Europäische Gerichtshof (EuGH) keine Gesetzgebungskompetenz im eigentlichen Sinne hat, ist er für die Entwicklung der europäischen Integration und somit der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung maßgeblich. Ein Grund dafür könnte sein, dass der EuGH frei von politischem Druck aus den Mitgliedsstaaten agieren kann. Des Weiteren sind die europäischen Verträge relativ unvollständig, was gesetzliche und gerichtliche Konkretisierungen erfordert. Die Nationalstaaten akzeptieren die Urteile des EuGH meist nicht sofort, weil oft konkrete Handlungsanweisungen für die jeweiligen politischen Akteur*innen fehlen (vgl. WASSERFALLEN 2010: 1132f).

Das Urteil des EuGH, dass das Thema Gesundheit den Prinzipien der Nichtdiskriminierung innerhalb der EU entspricht, gilt als bahnbrechend und führt in weiterer Folge zu wichtigen Gesetzgebungen. Darauf wird in Kapitel 5.1 näher eingegangen. Die Nichtdiskriminierung betrifft Patient*innen und das

Gesundheitspersonal. Ärzt*innen, Pfleger*innen etc. dürfen also in jedem Mitgliedsstaat arbeiten, egal in welchem anderen Mitgliedsstaat sie ihre Ausbildung gemacht haben. Patient*innen dürfen genauso in allen Mitgliedsstaaten behandelt werden, was insbesondere in der Richtlinie 2011/24 genau festgelegt wird (vgl. GREER 2006: 142). Der EuGH spricht in seinem Urteil auch, dass die Leistungen, die im Ausland erbracht werden, refundiert werden müssen, zumindest in dem Ausmaß, in dem sie im Heimatland bezahlt werden würden. Weiters wird festgehalten, dass keine Maßnahmen gesetzt werden dürfen, um Patient*innen von einer Behandlung im Ausland abzuhalten, außer es gibt gravierende Gründe, um davon abzuraten. Weil eine vorangehende Genehmigung ein solches Hindernis für den Grenzübertritt darstellen könnte, wird auch diese Regelung vom EuGH aufgehoben. Für stationäre Behandlungen erklärt der EuGH Vorabgenehmigungen als zulässig, um die Planbarkeit der Krankenhäuser und die damit einhergehende gute Versorgung garantieren zu können (vgl. PALM und GLINOS 2010: 518ff).

Die meisten Entscheidungen des EuGH sind zuerst Einzelfallentscheidungen, was vielfach zu weiteren rechtlichen Unsicherheiten führt (vgl. BURGER und WIELAND 2010a: 21f). In weiterer Folge entstehen allerdings Richtlinien für grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung, die später auch politisch beschlossen werden. Deshalb kommt BROOKS (2012: 35) zu dem Schluss, dass es eher die Norm ist, dass der Europäische Gerichtshof an der Gesetzgebung im Gesundheitsbereich beteiligt ist, als die Ausnahme.

In Kapitel 5 wird die Rolle der EU in der Gesundheitspolitik noch einmal aufgegriffen. Es werden für diese Arbeit wichtige Verträge und Richtlinien erläutert und die Aktionsprogramme für grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung präsentiert. Wie durch dieses Kapitel erklärt worden ist, basieren viele der Richtlinien und Gesetze auf einem Spruch des Europäischen Gerichtshofes. Davor werden in Kapitel 4.2 noch die Rolle bzw. Ziele der politischen Akteur*innen für die EU-Gesundheitspolitik vorgestellt.

4.2 Gesundheitspolitik der politischen Akteur*innen

Besonders wichtig für Maßnahmen im Bereich der Gesundheit sind rechtliche Rahmenbedingungen, um die Zusammenarbeit zwischen EU-Staaten zu ermöglichen

bzw. zu vereinfachen. Für fünf Themengebiete sind bereits rechtliche Vorgaben definiert:

- Patient*innenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung
- Arzneimittel und Medizinprodukte
- schwerwiegende grenzüberschreitende Gesundheitsgefahren
- Krebs, Tabak und Gesundheitsförderung
- Organe, Blut, Gewebe und Zellen (vgl. Europäischer Rat 2023)

Die für diese Arbeit relevanten Gesetze und Rechtsvorschriften werden in Kapitel 5.1 näher erläutert, weshalb hier nicht weiter darauf eingegangen wird. Diese Themenbereiche werden daraufhin in EU-Gesundheitsprogrammen aufgegriffen. Die einzelnen EU-Programme werden in Kapitel 5.2 behandelt. Stets wird aber nach dem Prinzip der Subsidiarität gearbeitet und festgehalten, dass die Mitgliedsstaaten allein für gesundheitspolitische Fragestellungen zuständig sind. Die EU darf erst dann eingreifen, wenn Probleme auf nationalstaatlicher Ebene nicht gelöst werden können (vgl. BMSGPK 2023). Die EU kann lediglich Empfehlungen für die Mitgliedsstaaten abgeben und beim Erreichen gemeinsamer Ziele oder Bewältigen gemeinsamer Herausforderungen unterstützen (vgl. BMSGPK 2023, Europäische Kommission 2017: 10ff, Europäische Union o.J., Europäischer Rat 2023). Deshalb ist eine einheitliche europäische Gesundheitspolitik nahezu unmöglich zu erreichen (vgl. BROOKS 2012: 34).

Erst nach und nach gewinnt der Gesundheitsbereich innerhalb der EU-Arbeit an Wichtigkeit – einerseits aufgrund der wirtschaftlichen Bedeutung des Gesundheitssektors, andererseits aufgrund der politischen und sozialen Bedeutung. Die wirtschaftliche Bedeutung rührt daher, dass es im Gesundheitswesen sehr viele Arbeitsplätze gibt, dieser also einen wesentlichen Wirtschaftszweig für die EU-Mitgliedsstaaten darstellt. Außerdem stellen gesunde Menschen die Basis einer funktionierenden Wirtschaft dar, weshalb gesundheitspolitische Projekte oft mit einem wirtschaftlichen Argument begründet werden. Die Nationalstaaten gestalten zwar die Gesundheitspolitik am liebsten selbst, allerdings werden die Gesundheitssysteme innerhalb der EU immer mehr voneinander abhängig (vgl. Europäische Kommission 2017: 22ff, ZEEB 2019: 30).

Die EU legt sogar eine eigene Gesundheitsstrategie vor, mit der sie ihre Rolle in der Gesundheitspolitik stärken und Prioritäten vorgeben will. Diese wird 2022 unter dem Namen „EU-Strategie für globale Gesundheit: Stärkung der globalen Gesundheitssicherheit und bessere Gesundheit für alle“ präsentiert. Wie der Name verrät, sollen globale Gesundheitsgefahren bekämpft und Ungleichheiten im Gesundheitsbereich verringert werden. Stark geprägt ist diese Strategie durch die Covid19-Pandemie. Mit dieser Gesundheitsstrategie findet Gesundheitspolitik Einzug in die EU-Außenpolitik, da die globale Gesundheit fortan als wesentliche Säule der EU-Außenpolitik angesehen wird. Es wird sogar angestrebt, Gesundheitspolitik in sämtliche Politikbereiche zu integrieren, um maßgebliche Verbesserungen zu erzielen (vgl. Europäische Kommission 2022). Es werden drei Ziele formuliert, um die weltweite Gesundheit zu stärken, da etliche Versäumnisse in der Gesundheitsversorgung festgestellt worden sind:

- *„Verbesserung der Gesundheit und des Wohlbefindens der Menschen während ihres gesamten Lebens*
- *Stärkung der Gesundheitssysteme und Förderung der universellen Gesundheitsversorgung*
- *Verhütung und Bekämpfung von Gesundheitsgefahren, einschließlich Pandemien, unter Anwendung des Konzepts ‚Eine Gesundheit‘“ (Europäische Kommission 2022)*

Als Grundbedingungen, um die Ziele zu erreichen, werden Digitalisierung, Forschung und qualifizierte Arbeitskräfte identifiziert, in die auch investiert werden soll.

Des Weiteren gibt es Bestrebungen eine Europäische Gesundheitsunion zu gründen. Die Idee dafür entsteht als Reaktion auf die Covid19-Pandemie. In dieser Gesundheitsunion sollen alle EU-Staaten zusammenarbeiten, um Krisen besser bewältigen zu können, die Versorgung mit Medizinprodukten zu gewährleisten und Prävention, Behandlung und Nachsorge bei Krankheiten zu verbessern. Diese Vorhaben sollen zu besserem Gesundheitsschutz der Bürger*innen, insbesondere zu besserer Prävention und Bewältigung von Pandemien, führen. Außerdem sollen die Gesundheitssysteme der einzelnen Staaten gestärkt werden. Als erster Schritt in Richtung Gesundheitsunion wird der Europäische Raum für Gesundheitsdaten geschaffen. Er soll maßgeblich zur Digitalisierung der Union beitragen und gleichzeitig

die Gesundheitsversorgung der Bürger*innen verbessern, unter anderem dadurch, dass die Gesundheitsdaten Forscher*innen unter strengen Vorgaben zur Verfügung gestellt werden. Des Weiteren soll der Binnenmarkt für Medizinprodukte und Medizindienstleistungen durch den digitalen Wandel gefördert werden (vgl. Europäische Kommission o.J.c).

Trotz allen Versuchen der Gestaltung fungiert die EU aktuell größtenteils als Geldgeberin für Gesundheitsprojekte innerhalb der EU. Seitens der EU sind vier Ziele definiert, die durch die Fördermittel erreicht werden sollen:

- Gesundheit der EU-Bürger*innen verbessern und schützen
- Gesundheitsinfrastruktur modernisieren
- Gesundheitssysteme effizienter gestalten
- Vorsorge und Bewältigung von grenzüberschreitenden Gesundheitsgefahren stärken (vgl. Europäischer Rat 2023)

Diese Ziele sollen unter anderem durch die Digitalisierung der Gesundheitssysteme erreicht werden. Deshalb startet die EU eine Offensive für elektronische Gesundheitsdienste, die auch unter dem Namen „eHealth“ bekannt sind (vgl. Europäischer Rat 2023).

Zusammengefasst heißt das, dass die EU zwar Gesetze und Empfehlung erlassen kann, selbst aber gesundheitspolitisch kein Mandat hat. Für die Gesundheitsversorgung und Gesundheitspolitik sind die einzelnen Mitgliedsstaaten verantwortlich.

5 Grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen

Wie in den Kapiteln davor erörtert, ist die adäquate Gesundheitsversorgung in Grenzregionen, v.a. in ländlichen Grenzregionen, mit Herausforderungen konfrontiert. Ein Versuch, die Situation zu verbessern, sind grenzüberschreitende Projekte im Gesundheitswesen, welche verstärkt seit Beginn der 2000er Jahre umgesetzt werden (vgl. GLINOS und WISMAR 2013a: 3). Ziele der Zusammenarbeit sind, einerseits den Zugang zu einem guten Gesundheitssystem zu verbessern, andererseits die Mobilität von Patient*innen und Arbeitskräften zu stärken (vgl. GLIOS UND WISMAR 2013b: 15). So soll der grenzüberschreitende Austausch von medizinischem Personal gefördert werden, was gut ist, um Know-how weiterzugeben (vgl. Europäische Kommission 2017: 4). Es birgt aber die Gefahr, dass Arbeitskräfte aus Staaten mit einem niedrigeren Lohnniveau abwandern, um in einem anderen Staat mehr zu verdienen. Das könnte in Ländern mit niedrigem Lohnniveau zu einem größeren Mangel an Arbeitskräften im Gesundheitsbereich führen.

Menschen dazu zu bewegen, medizinische Eingriffe in einem anderen Land durchführen zu lassen, ist gar nicht so einfach, da die meisten lieber in ihrem gewohnten Umfeld bleiben, wo sie die Sprache, Kultur und das Gesundheitssystem kennen. Hauptsächlich durch ein besseres Angebot (schneller verfügbar, billiger, näher) kann ein Anreiz für den Grenzübertritt geschaffen werden (vgl. BAETEN 2014: 195). Gerade in den Grenzregionen, in denen die Gesundheitsversorgung unzureichend ist, stellt die Nähe eines Krankenhauses o.Ä. auf der anderen Seite der Grenze den größten Anreiz dar, sich einer Behandlung im Ausland zu unterziehen.

Die Europäische Union fördert seit den 1990er Jahren explizit grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen. Diese ist allerdings historisch gewachsen, denn der Ursprung liegt bereits im Jahr 1952, als die Europäische Gemeinschaft für Kohle und Stahl gegründet wird. Hintergrund damals ist die Mobilität von Wanderarbeiter*innen, die durch den Zugang zu medizinischer Versorgung im Ausland verbessert werden soll. Auch bei der Gründung der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft im Jahr 1957 werden die Freizügigkeit von Arbeitnehmer*innen und damit einhergehende sozialpolitische Maßnahmen festgelegt. So sollen Leistungen des Staates an alle EU-Bürger*innen ausbezahlt

werden, die in einem Staat wohnen, unabhängig von ihrer Nationalität. Ein Jahr später, 1958, wird bereits eine Koordinierungs- und Durchführungsverordnung erlassen, um die soziale Sicherheit für Wanderarbeiter*innen zu gewährleisten. Diese gilt als Basis für die Personenfreiheit innerhalb des EU-Raumes, da sie Diskriminierung aufgrund von Staatsangehörigkeit verbietet. Dies ist maßgebend für die Zusammenarbeit im Gesundheitssystem, da Patient*innen nicht aufgrund ihrer Staatsangehörigkeit diskriminiert werden dürfen und daher die gleichen Leistungen wie Inländer*innen erhalten müssten (vgl. Europäische Kommission 2017: 16ff).

Die Zusammenarbeit stellt sich jedoch oft als schwierig heraus, da die Gesundheitssysteme nationalstaatlich organisiert sind und teils große Unterschiede aufweisen. Dazu kommt, dass in einigen Ländern nicht der Bund für die Gesundheitsversorgung zuständig ist. In Österreich fungieren beispielsweise hauptsächlich die Bundesländer als Träger der Krankenhäuser, was bedeutet, dass das Krankenhauswesen in jedem Bundesland anders gestaltet werden kann. Im Falle einer internationalen Zusammenarbeit im Krankenhauswesen muss also mit den jeweiligen Landesregierungen verhandelt werden, nicht mit der Bundesregierung (vgl. BMASGK 2019: 8f). Es wird dadurch deutlich, dass es für die EU nicht leicht ist, Einfluss auf die Gesundheitssysteme der Mitgliedsstaaten zu nehmen.

Ein Hauptproblem in der Zusammenarbeit ist, dass es kein einheitliches EU-Recht für die Gesundheitsversorgung gibt, weshalb es eigener rechtlicher Rahmenbedingungen seitens der EU bedarf, um grenzüberschreitende Projekte zu ermöglichen. Es können fünf zentrale Verträge bzw. Richtlinien festgemacht werden, die für die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitssystem maßgebend sind, nämlich die Einheitliche Europäische Akte, der Vertrag über die Europäische Union, die Verordnung zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, der Vertrag von Lissabon und die Richtlinie 2011/24. Diese werden in Kapitel 5.1 näher vorgestellt.

Nicht nur der rechtliche Rahmen ist von Bedeutung, sondern auch die Finanzierung der grenzüberschreitenden Gesundheitsprojekte. Dafür hat die EU eigene Fördertöpfe, womit Gesundheitsprojekte gefördert werden können. Insgesamt verfügt die EU über vier solcher Fördertöpfe. Der erste ist jener für die Regionalförderung im Gesundheitsbereich, der zweite bietet finanzielle Unterstützung für das EU-Gesundheitsprogramm, der dritte Fördertopf stellt Forschungsmittel für die Bereiche Gesundheit, demographischer Wandel und Wohlergehen bereit und der vierte Topf

steht der Forschung im Gesundheitsbereich zur Verfügung. Die grenzüberschreitenden Projekte werden aus dem ersten und zweiten Fördertopf finanziert, je nachdem welche Ziele erreicht werden sollen. Über den ersten Topf werden Projekte finanziert, die regionale Unterschiede in der Gesundheitsinfrastruktur verringern, über den zweiten Topf alle Projekte, die über das jeweils aktuelle Gesundheitsprogramm laufen (vgl. Europäische Kommission o.J.d). Nicht immer werden durch die Förderungen die Behandlungskosten der Patient*innen abgedeckt. In Kapitel 5.3 wird darauf eingegangen, welche Möglichkeiten vorhanden sind, um sich Behandlungen im Ausland rückerstatten zu lassen.

Zu Beginn der Forcierung von grenzüberschreitender Zusammenarbeit werden Einzelprojekte gefördert, z.B. Projekte zur Bekämpfung von Krebs. Ab 2003 gibt es Aktionsprogramme, die Laufzeiten zwischen fünf und sechs Jahren haben. Es sind darin Ziele definiert, die durch die Finanzierung diverser Gesundheitsprojekte erreicht werden sollen. Von 2003 bis 2008 läuft das „Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit“, danach folgt von 2007 bis 2013 das „Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der Gesundheit und Verbraucherschutz“. Von 2014 bis 2020 heißt das Programm „Gesundheit für Wachstum“ und das aktuelle Programm mit einer Laufzeit von 2021 bis 2027 trägt den Namen „EU4Health“. Diese Projekte und INTERREG als allgemeines Instrument zur grenzüberschreitenden Zusammenarbeit werden in Kapitel 5.2 näher vorgestellt.

5.1 Rechtliche Rahmenbedingungen in der EU

Die gesetzlichen Grundlagen für die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich sind innerhalb der EU in Form von Verträgen und Richtlinien geregelt. Auch wenn die Rolle der EU für grenzüberschreitende Gesundheitsprojekte von diversen Akteur*innen als nicht maßgebend angesehen wird, stellen die von der EU vorgegebenen Gesetze die Grundlage aller Projekte dar (vgl. KIASUWA und BAETEN 2013: 67). Deshalb sind die rechtlichen Rahmenbedingungen als essentielle Basis für die Zusammenarbeit zu verstehen.

Seit 1986 werden Gesundheitsthemen auf EU-Ebene behandelt, was in der Einheitlichen Europäischen Akte festgelegt ist. Die Rechtsgrundlage für die Zuständigkeit der EU für das Thema wird aber erst 1992 durch den Vertrag von

Maastricht geschaffen, welcher später um den Vertrag von Amsterdam erweitert wird. Rechtliche Grundlagen zur grenzüberschreitenden Zusammenarbeit werden 2009 im Vertrag von Lissabon geschaffen, welche 2013 durch die Richtlinie 2011/24 maßgeblich weiterentwickelt und ausgebaut werden (vgl. Europäische Kommission 2017: 10). Auch die Verordnung zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit aus dem Jahr 2004 trägt zur Erleichterung der Zusammenarbeit bei (vgl. GLINOS et al. 2006: 97). Da diese Verträge maßgeblich für die Zusammenarbeit innerhalb der EU sind, werden sie nachfolgend genauer vorgestellt.

5.1.1 Einheitliche Europäische Akte

Die Einheitliche Europäische Akte wird 1986 unterzeichnet und tritt 1987 in Kraft. Sie rückt die sozialen Aspekte der europäischen Gemeinschaft in den Fokus, weshalb sie auch als Ausgangspunkt für die europäische Kohäsionspolitik gesehen wird (vgl. RIBHEGGE 2011: 8). Erst ab diesem Zeitpunkt kann Gesundheitspolitik als europäische Aufgabe betrachtet werden. Davor werden Gesundheitsthemen nur unter bestimmten Umständen, wie z.B. großen Gesundheitskrisen, auf europäischer Ebene behandelt (vgl. Europäische Kommission 2017: 10).

5.1.2 Vertrag über die Europäische Union

Der Vertrag über die Europäische Union, auch bekannt unter dem Namen Vertrag von Maastricht, wird 1991 verabschiedet, 1992 unterzeichnet und tritt 1993 schließlich in Kraft. Mit ihm wird die Europäische Union gegründet und es werden ihre Zuständigkeiten auf drei Säulen definiert: Die erste Säule umfasst die Europäischen Gemeinschaften, die es schon vor Gründung der Union in Form der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft und der Europäischen Atomgemeinschaft gibt. Die zweite und dritte Säule kommt durch den Vertrag von Maastricht neu hinzu, nämlich Gemeinsame Außen- und Sicherheitspolitik, sowie Justiz und Inneres. Auch das Subsidiaritätsprinzip ist im Vertrag von Maastricht festgehalten (vgl. RIBHEGGE 2011: 8f). Es werden erstmals die Zuständigkeiten im Gesundheitsbereich auf europäischer Ebene dokumentiert. In Titel II, Artikel G, Artikel 3 des Vertrags von Maastricht wird definiert, dass die EU zu einem hohen Gesundheitsschutzniveau beitragen soll. Titel X umfasst ausschließlich das Gesundheitswesen. In Artikel 129 werden folgende

Aufgaben der EU festgelegt: Sicherstellung eines hohen Gesundheitsschutzniveaus durch Förderung der Zusammenarbeit von den Mitgliedsstaaten, Prävention von (schwerwiegenden) Krankheiten inklusive Forschung zu den Ursachen und der Übertragung, Information darüber, sowie Zusammenarbeit mit Drittländern und internationalen Organisationen. Weiters wird festgeschrieben, dass die EU-Länder ihre Politiken im Gesundheitswesen abstimmen müssen, um die Ziele der EU zu erreichen. Der Kommission wird die Kompetenz eingeräumt, Initiativen zu ergreifen, um bei der Koordinierung zwischen den Staaten zu unterstützen. Durch die exakte Festlegung der Aufgaben und Ziele soll eine Einmischung des EuGH verhindert und somit seine Kompetenz innerhalb der Gesundheitspolitik geschwächt werden (vgl. BURLEY und MATTLI 1993: 73).

Mit dem Vertrag von Amsterdam, der 1999 in Kraft tritt, wird der Vertrag von Maastricht leicht verändert. So wird als Ziel *„die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung“* (Vertrag von Amsterdam zur Änderung des Vertrags über die Europäische Union der Verträge zur Gründung der Europäischen Gemeinschaften sowie einiger damit zusammenhängender Rechtsakte Artikel 129, Absatz 1) festgelegt. Außerdem wird durch Artikel 129, Absatz 4 des Vertrags dem Rat die Kompetenz zugewiesen, *„Fördermaßnahmen, die den Schutz und die Verbesserung der menschlichen Gesundheit zum Ziel haben, unter Ausschluß (sic!) jeglicher Harmonisierung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten“* zu erlassen, um das Ziel der Verbesserung der Gesundheit zu erlangen. Allerdings wird in Absatz 5 festgelegt, dass die Organisation des Gesundheitswesens weiterhin Aufgabe der einzelnen Staaten bleibt.

5.1.3 Verordnung zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit

Die Verordnung zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit wird 2004 verabschiedet, um Sozialversicherungsrechte im Falle eines Umzugs innerhalb der EU (inkl. Schweiz, Liechtenstein, Norwegen, Island) zu sichern (vgl. EUR-Lex 2022). Bereits 1971 wird ein Vorläufer dieser Verordnung beschlossen, um Arbeitnehmer*innen den Grenzübergang innerhalb der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft zu erleichtern. Darin wird sogar festgelegt, dass geplante medizinische Behandlungen im Ausland stattfinden können. Es bedarf jedoch einer

vorangehenden Genehmigung der jeweils zuständigen Sozialversicherung (vgl. EUR-Lex 1971: 11).

In der Verordnung aus 2004 wird festgehalten, dass immer die nationalen Systeme gelten und kein einheitliches europäisches Sozialversicherungssystem begründet wird (vgl. EUR-Lex 2022). Es bleibt den Nationalstaaten überlassen, über die Gewährung von Sozialleistungen zu entscheiden. Dabei müssen sie sich an die Grundregeln der EU halten (vgl. Europäische Kommission o.J.a). Mit dieser Verordnung wird geregelt, dass EU-Bürger*innen in allen EU-Staaten Zugang zum Sozialsystem haben und den Staatsbürger*innen gleichzustellen sind, wenn sie im jeweiligen Staat sozialversichert sind. Das gilt z.B. für die Anrechnung von Beitragszeiten für Sozialleistungen oder für die Kostenübernahme von Gesundheitsdienstleistungen. Sozialversicherungsbeiträge sind immer nur in einem Land zu bezahlen, welches aber nicht selbst ausgewählt werden kann. Das wird von den Sozialversicherungsträgern entschieden (vgl. EUR-Lex 2022, Europäische Kommission o.J.a).

Um die Gesundheitsversorgung im Falle eines Grenzübertritts zu garantieren, wird die Europäische Krankenversicherungskarte eingeführt. Mit dieser haben Personen den gleichen Zugang zum Gesundheitssystem wie Personen, die im Land sozialversichert sind. Die Kosten für medizinische Versorgung werden an den jeweils zuständigen Sozialversicherungsträger weiterverrechnet. Es wird betont, dass nur Leistungen umfasst sind, die unbedingt erforderlich sind (vgl. EUR-Lex 2022). Geplante Behandlungen im Ausland fallen nicht darunter. Dafür wird vorab eine Genehmigung der zuständigen Sozialversicherung benötigt (vgl. EUR-Lex 2004: 10). Es sind Fälle dokumentiert, bei welchen die Versicherungskarte ausgenutzt wird, da Personen Eingriffe im Ausland planen, dort dann Urlaub machen und die Eingriffe über die Europäische Krankenversicherungskarte abrechnen lassen (vgl. KIASUWA und BAETEN 2013: 70). Ein derartiges Vorgehen ist nicht rechtskonform und nicht im Sinne des Gesetzes.

5.1.4 Vertrag von Lissabon

Der Vertrag von Lissabon, der 2009 in Kraft tritt, stellt eine weitere Änderung des Vertrags über die Europäische Union dar. Besonders von Bedeutung für das Thema der Arbeit ist er, da hier erstmals grenzüberschreitende Zusammenarbeit im

Gesundheitswesen verankert wird. So wird in Artikel 152 explizit festgeschrieben, dass die EU die Zusammenarbeit zwischen Mitgliedsstaaten fördern soll, um die Gesundheitsversorgung in Grenzregionen zu verbessern. Hier soll auch erwähnt werden, dass mit dem Vertrag von Lissabon einige weitreichende Änderungen gemacht werden. So wird der „Vertrag zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft“ in „Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union“ umbenannt und die Union wird Rechtsnachfolgerin der Gemeinschaft (vgl. PAVY 2022). Dadurch kommt es zu einer Neunummerierung der Artikel, wodurch Artikel 152 wird in Artikel 168 geändert wird (RIS 2015: 1). Dieser Artikel 168 wird in vielen Quellen als Grundstein für die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen zitiert.

5.1.5 Richtlinie 2011/24

Die Richtlinie 2011/24 tritt 2013 in Kraft und ergänzt den Vertrag von Lissabon. In der Literatur wird sie auch „Grenzüberschreitende Gesundheitsrichtlinie“ genannt (vgl. BROOKS 2011: 34). Konkret werden in der Richtlinie die Patient*innenrechte für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung geregelt. Seither können geplante ambulante Behandlungen im Ausland durchgeführt werden, ohne davor eine Genehmigung einholen zu müssen. Anschließend können die Kosten dafür rückerstattet werden. Weiters wird durch die Richtlinie ein rechtlicher Rahmen für die Zusammenarbeit in unterschiedlichen Themengebieten geschaffen, wie beispielsweise bei Gesundheitstechnologien (vgl. Europäische Kommission 2017: 9ff). Besonders an der Rückerstattung ist, dass Patient*innen einen Anspruch auf Rückerstattung in der Höhe der Behandlungskosten im Heimatland haben. Ist die Behandlung aufgrund des Einsatzes spezieller Geräte besonders teuer, können die Mitgliedsstaaten trotzdem eine Vorabgenehmigung für die Kostenrückerstattung von Behandlungen im Ausland verlangen. Diese können abgelehnt werden, wenn die Behandlung im Heimatland kostengünstiger oder zeitnaher erfolgen kann. Somit ermöglicht die Richtlinie den Patient*innen mehr Wahlfreiheit darüber, in welchem Staat sie behandelt werden möchten (vgl. BAETEN 2014: 195f). Dies trägt dazu bei, dass der fünfte Standard der SGI, also jener der Wahlmöglichkeiten, gewährleistet werden kann.

Der Anspruch auf Rückerstattung ist vor allem für Menschen wichtig, die in Gebieten leben, in denen die medizinische Versorgung unzureichend ist, oder wenn der

Selbstbehalt für Behandlungen sehr hoch ist. Anzumerken ist, dass nur Kosten rückerstatten werden, die von der heimischen Krankenversicherung umfasst sind, auch wenn sie in dem Staat, in dem die Leistung erbracht wird, unter die Krankenversicherung fallen. Kritiker*innen meinen deshalb, dass diese Richtlinie kaum Verbesserungen für die Patient*innen bringt, da die Grundlagen bereits in der Verordnung zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit festgelegt sind (vgl. BAETEN 2014: 195f).

5.2 Programme der EU für grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen

In diesem Kapitel sollen Programme und Förderinstrumente der EU vorgestellt werden, die die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen verbessern sollen. Gemeinsam haben all diese Projekte, dass ein Mehrwert für die EU erzielt werden soll, was durch grenzüberschreitende Tätigkeiten jedenfalls gegeben ist (vgl. ZEEB 2019: 28). Zu Beginn wird INTERREG als wichtigstes Förderinstrument vorgestellt, anschließend werden die einzelnen Aktionsprogramme für die Gesundheit kurz beschrieben.

5.2.1 INTERREG

INTERREG ist eine Initiative der EU-Raumordnung und Regionalpolitik mit dem Ziel, die interregionale Zusammenarbeit zwischen (Grenz-)Regionen und EU-Staaten zu verbessern (vgl. WOLF 2001, ZILLMER et al. 2017: 468). Deshalb ist sie auch unter dem Begriff der „Europäischen Territorialen Zusammenarbeit“ bekannt. Grenzen sollen nicht mehr als Hindernisse, sondern als Chancen gesehen werden (vgl. Europäische Kommission 2017: 73). Finanziert wird sie aus dem Europäischen Fonds für regionale Entwicklung und verfügt in der aktuellen Förderperiode 2021-2027 über ein Budget von 10 Mrd. Euro. Die aktuelle Förderperiode ist die sechste, weshalb geförderte Programme mit INTERREG VI gekennzeichnet werden. Aufgrund des hohen Budgets ist INTERREG das wichtigste Förderinstrument für grenzüberschreitende Zusammenarbeit zwischen EU-Mitgliedsstaaten, aber auch mit benachbarten Drittländern (vgl. INTERREG 2023). Finanziert werden jeweils einzelne Projekte mit einer fixen Laufzeit. Somit ist die Zusammenarbeit immer zeitlich

beschränkt. Außerdem ist sie auf die jeweilige Zielsetzung des Projekts eingeschränkt (vgl. ZILLMER et al. 2017: 468). Die ersten INTERREG-Projekte gibt es bereits 1990. Neben den Programmen für grenzüberschreitende Zusammenarbeit gibt es eigene Programme für transnationale und interregionale Zusammenarbeit. Da in dieser Arbeit grenzüberschreitende Zusammenarbeit behandelt wird, wird auf die grenzüberschreitenden Programme fokussiert. Diese sind am Zusatz „A“ zu erkennen, z.B. INTERREG VI-A. Durch diese Projekte soll die Versorgung in Grenzregionen verbessert werden, dazu zählt auch explizit die Gesundheitsversorgung. INTERREG bietet dafür einen Durchführungsrahmen, aber auch finanzielle Ressourcen. Eine Besonderheit ist, dass jedes INTERREG-Projekt sein eigenes Budget hat, um gezielt Maßnahmen für die jeweilige Region setzen zu können (vgl. Europäische Kommission 2017: 9ff, INTERREG 2022). In der Förderperiode 2014-2020 gibt es 60 grenzüberschreitende INTERREG -Programme. Diese Programme unterteilen sich in einzelne Projekte. Davon gibt es in der Förderperiode 2014-2020 422, die sich mit der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung auseinandersetzen (vgl. Interact o.J., INTERREG 2022). Zusätzlich zu den INTERREG-Projekten gibt es eigene Gesundheitsprogramme. Auf diese wird in den folgenden Unterkapiteln näher eingegangen.

5.2.2 Erste Einzelprogramme

Bereits 1985 startet das erste europäische Gesundheitsprogramm „Europa gegen Krebs“. Im Rahmen dessen werden Einzelmaßnahmen zur Bekämpfung gegen Krebs gesetzt. Darüber hinaus starten in den darauffolgenden Jahren weitere Aktionsprogramme zur Bekämpfung von Aids, anderen übertragbaren Krankheiten und Drogensucht. Als dann durch den Vertrag von Maastricht die rechtlichen Rahmenbedingungen zur besseren Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich geschaffen werden, wird 1996 schließlich das erste Aktionsprogramm der Europäischen Gemeinschaft im Bereich Gesundheitsförderung, Gesundheitsaufklärung, aber auch Gesundheitserziehung und -ausbildung gestartet. Dieses Aktionsprogramm ist allerdings noch nicht einheitlich gestaltet. Insgesamt gibt es acht derartige uneinheitliche Einzelprogramme. Eine Evaluierung dieser ergibt, dass die Wirkung der Programme aufgrund der Einschränkung auf einzelne Krankheiten nur sehr gering ist. Daher wird entschieden, auf ganzheitlichere und

interdisziplinäre Aktionsprogramme umzusteigen. Den Beginn dieser Aktionsprogramme markiert das Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit im Jahr 2003 (vgl. EUR-Lex 2008, KABA-SCHÖNSTEIN 2017, KURRER 2022: 1ff, ZEEB 2019: 1f).

5.2.3 Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2003-2008)

Ab 2003 gibt es erstmals ein EU-weites, einheitliches Aktionsprogramm zum Thema Gesundheit, welches die acht vorhergehenden Einzelprogramme ersetzt. In diesem einheitlichen Programm stehen der Gesundheitsschutz und die Prävention von Krankheiten im Vordergrund. Dafür stellt die EU einen Finanzrahmen von 312 Mio. Euro zur Verfügung, womit ungefähr 50 Projekte gefördert werden können, wie z.B. die Herausgabe eines Grünbuchs zur psychischen Gesundheit oder Projekte zur Alkoholbekämpfung (vgl. EUR-Lex 2008).

5.2.4 Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich Gesundheit und Verbraucherschutz (2007-2013)¹

Im ersten Vorschlag der Europäischen Kommission zu diesem Aktionsprogramm im Bereich Gesundheit und Verbraucher*innenschutz wird erstmals die grenzüberschreitende Zusammenarbeit mitgedacht, wofür die Tätigkeitsbereiche der EU ausgeweitet werden sollen. Aufgrund von zu geringen finanziellen Mitteln, es stehen 365,6 Mio. Euro zur Verfügung, wird diese dann im Beschluss nicht mehr berücksichtigt und es wird weiterhin auf Gesundheitsförderung, Gesundheitsschutz und Verbreitung von Wissen über Gesundheitsthemen gesetzt (vgl. Kommission der Europäischen Gemeinschaften 2006). All diese Maßnahmen werden sogar in einer integrierten Strategie „Gemeinsam für die Gesundheit: Ein strategischer Ansatz für die EU 2008-2013“ festgehalten (vgl. Europäische Kommission 2017: 20f).

¹ Anm.: Der Originaltitel des Programms ist nicht gegendert. Daher wird in der Überschrift des Kapitels nicht gegendert.

5.2.5 Gesundheit für Wachstum (2014-2020)

Im dritten Aktionsprogramm der EU „Gesundheit für Wachstum“ wird die grenzüberschreitende Zusammenarbeit forciert. Ziel ist es, dass Unterschiede im Gesundheitsbereich reduziert werden. Dafür soll die Gesundheitspolitik der Mitgliedsstaaten auf vier Arten ergänzt werden: Gesundheitsförderung und Prävention von Krankheiten, Schutz der Bürger*innen vor schwerwiegenden grenzübergreifenden Gesundheitsgefahren, Unterstützung von Innovation und Nachhaltigkeit in den Gesundheitssystemen und Verbesserung des Zugangs zu sicherer und hochwertiger Gesundheitsversorgung. Vor allem der letzte Punkt ist intendiert, dass EU-weite und somit grenzüberschreitende Projekte durchgeführt werden, um auch in Grenzregionen die Gesundheitsversorgung zu verbessern. Knapp 450 Mio. Euro stehen dafür zur Verfügung (vgl. EUR-Lex 2014).

5.2.6 EU4Health (2021-2027)

Im aktuellen Gesundheitsprogramm werden im Großen und Ganzen die Ziele aus dem vorigen Programm weitergeführt. So soll die Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedsstaaten im Gesundheitsbereich weiter ausgebaut werden. Explizit wird erwähnt, dass die Rahmenbedingungen für die Zusammenarbeit in Grenzregionen verbessert werden sollen. Dazu soll die Umsetzung der Richtlinie 2011/24 besser an die Bedürfnisse der Patient*innen angepasst werden. Natürlich fließen auch Erkenntnisse aus der Covid19-Pandemie in neue Projekte mit ein. Insgesamt stehen über 5 Mrd. Euro zur Verfügung, was eine massive Budgetsteigerung darstellt (vgl. BMSGPK 2022).

5.3 Kostenübernahme bei grenzüberschreitender Versorgung

Über die Programme, welche in Kapitel 5.2 vorgestellt worden sind, werden die Projekte selbst finanziert, z.B. Infrastruktur, Beratung, Planung etc. Nicht immer sind davon auch die Behandlungskosten der Patient*innen umfasst. Deshalb ist es wichtig festzuhalten, in welcher Form diese Kosten (rück)erstattet werden können.

Wird eine Behandlung in einem anderen EU-Staat als jenem, in dem die Person sozialversichert ist, in Anspruch genommen, stellt sich die Frage, wer dafür bezahlt.

Grundsätzlich gibt es dafür vier Möglichkeiten. Die Kosten der Behandlung können von den Patient*innen selbst bezahlt werden oder durch eine private Krankenversicherung übernommen werden. Durch die Verordnung zur Koordinierung der Sozialsysteme ist es möglich, die Kosten von der Krankenversicherung rückerstattet zu bekommen, sofern vor der Behandlung eine Genehmigung eingeholt wird, was die dritte Option der Kostenübernahme darstellt. Durch die Richtlinie 2011/24 entfällt allerdings die Genehmigungspflicht größtenteils. Wie bereits erwähnt, sollen dadurch administrative Hürden bei der grenzüberschreitenden Kooperation abgebaut werden. Die vierte Möglichkeit ist, dass die Kosten durch ein grenzüberschreitendes Abkommen direkt von der heimischen Krankenkasse übernommen werden (vgl. BAETEN 2014: 195).

Daten, wie viele Personen Gesundheitsdienstleistungen im Ausland in Anspruch nehmen und wie die Kosten rückerstattet werden, gibt es kaum. Die verfügbaren Daten sind wenig vergleichbar, da die Datensammlung nicht einheitlich geregelt ist. Manche Staaten fassen die vier Möglichkeiten der Kostenübernahme zusammen, manche listen sie getrennt auf. Festgestellt werden kann allerdings, dass die Zahl der Patient*innen, die grenzüberschreitende Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch nehmen, seit Beginn der Zusammenarbeit steigt und dass alle EU-Staaten in irgendeiner Form grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung leisten (vgl. VAN GINNEKEN und BUSSE 2011: 289ff). Ob diese auch im Sinne der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit in Grenzregionen passiert, ist aufgrund der schlechten Datenlage nicht auszumachen.

6 Grenzüberschreitende Gesundheitsprojekte in der EU

Da es, wie in den beiden Kapiteln zuvor dargelegt, viele Bemühungen seitens der EU gibt, grenzüberschreitende Gesundheitsprojekte voranzutreiben, können etliche in der Literatur gefunden werden. Leider gibt es keine aktuelle Auflistung aller Gesundheitsprojekte, weshalb eine eigene Recherche dazu durchgeführt wird. Da nicht exakt bekannt ist oder zumindest keine Liste gefunden werden kann, wie viele Projekte bis jetzt gefördert worden sind, ist es schwer, eine vollständige Liste zu erstellen. BRAND et al. (2008: 248) sprechen von 328 Projekten, die in irgendeiner Form zu grenzüberschreitenden Gesundheitsprojekten gezählt werden können. BOBEK et al. (2018a: 11) können bereits 1.167 Projekte finden. Für ihre Analysen wählen sie 423 Projekte aus, welche auch in Form einer Liste online abrufbar sind (https://goeg.at/study_on_cross-border_cooperation).

In dieser Arbeit soll auf Projekte fokussiert werden, die durch INTERREG finanziert werden, da INTERREG das maßgebende Programm ist, um territoriale Zusammenarbeit zu fördern und regionale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung zu verringern. Projekte, die im Zuge der EU-Gesundheitsprogramme gefördert werden, erweisen sich für diese Arbeit als nicht relevant. Auf der Webseite <https://keep.eu/> werden alle INTERREG-finanzierten Projekte gelistet. BOBEK et al. (2018b: 40) können mit den Schlagworten „cross-border AND health“, „cross-country AND health“, „cooperation AND healthcare“ und „Directive 2011/24/EU“ und dem Filter für das Themengebiet „health and social services“ 675 Projekte für die beiden Förderzeiträume 2007-2013 und 2014-2020 finden. Warum Projekte vor 2007 nicht berücksichtigt werden, ist unklar. Um die Vergleichbarkeit zu gewährleisten, wird dieser Zeitraum für diese Arbeit auch nicht berücksichtigt.

Beim Reproduzieren der Suche durch die Autorin dieser Arbeit können 662 Projekte gefunden werden. Werden die Projekte der aktuellen Förderperiode hinzugefügt, können 677 Projekte identifiziert werden, wobei hier angemerkt werden muss, dass manche Projekte mehrfach vorkommen. Nach Ausschluss der doppelt genannten Projekte bleiben 551 übrig. Um einen Überblick über die Projekte und die räumliche Verteilung zu bekommen, erfolgt zuerst eine deskriptive Analyse. Anschließend werden zwei Projekte näher vorgestellt.

6.1 Deskriptive Analyse der INTERREG-Gesundheitsprojekte

Die 551 INTERREG-Projekte verteilen sich ungleich auf die drei Förderperioden. So werden in der Periode 2007-2013 116 Projekte finanziert, die sich mit der Gesundheitsversorgung beschäftigen. Im Zeitraum 2014-2020 werden bereits 422 Projekte gefördert, was bis dato die größte Anzahl an geförderten Gesundheitsprojekten darstellt. In der aktuellen Förderperiode werden erst 13 Projekte gezählt (Stand Juli 2023), wobei noch vier Jahre Zeit bleibt, um Projekte einzureichen. In Tabelle 1 werden diese Zahlen noch einmal zusammengefasst.

Tabelle 1. INTERREG-Projekte nach Förderperioden

PERIODE	ANZAHL
2007-2013	116
2014-2020	422
2021-2027	13
Gesamt	551

Datengrundlage: <https://keep.eu/projects/> 2023.

Anzumerken ist, dass etliche Projekte, v.a. in der Förderperiode 2007-2013, unter dem Namen der „Europäischen Territorialen Zusammenarbeit“ (ETZ) gefördert werden. Obwohl diese Förderungen synonym zu den INTERREG-Förderungen zu betrachten sind (vgl. BMBWF o.J.), scheinen sie in der Datenbank der INTERREG-Projekte nicht auf. Deshalb wird an dieser Stelle betont, dass in die deskriptive Analyse in diesem Kapitel nur Projekte miteinbezogen werden, die unter dem Namen INTERREG laufen und daher kein Anspruch auf Vollständigkeit besteht.

Werden die Projekte nach der Anzahl der beteiligten Staaten unterteilt, zeigt sich, dass 379 Projekte bilateral abgewickelt werden. Das entspricht 68,78% der 551 INTERREG-Projekte im Gesundheitsbereich, also einer Mehrheit.

Tabelle 2. INTERREG-Projekte bilateral/multilateral

FORM	ANZAHL	% von Gesamt
bilateral	379	68,78%
multilateral	172	31,22%
Gesamt	551	

Datengrundlage: <https://keep.eu/projects/> 2023.

Weiters kann beobachtet werden, dass die INTERREG-Projekte nicht nur EU-Staaten umfassen. Es gibt Projekte, an denen EU-Staaten und Nicht-EU-Staaten beteiligt sind (z.B. Dänemark, Schweden und Norwegen), es gibt aber auch welche zwischen zwei Nicht-EU-Staaten, z.B. zwischen Bosnien-Herzegowina und Serbien. Werden die Projekte herausgefiltert, an denen ausschließlich EU-Staaten beteiligt sind, sind das 299 (54,26% der Gesamtprojekte), was einen erstaunlich niedrigen Wert darstellt. Allerdings können nur fünf Gesundheitsprojekte ohne Beteiligung eines EU-Staates identifiziert werden, weshalb 546 der 551 oder 99,09% aller Gesundheitsprojekte zumindest einen EU-Staat umfassen.

Tabelle 3. INTERREG-Projekte EU/Nicht-EU-Staaten

FORM	ANZAHL	% von Gesamt
nur EU-Staaten	299	54,26%
mit EU-Staaten	546	99,09%
Gesamt	551	

Datengrundlage: <https://keep.eu/projects/> 2023.

Von Interesse ist außerdem, ob Gesundheitsprojekte mehrheitlich zwischen Staaten mit direkter Landesgrenze stattfinden oder zwischen Staaten, die keine gemeinsame Grenze aufweisen. Es können 459 Projekte gefunden werden, bei denen alle beteiligten Staaten eine gemeinsame Grenze aufweisen, was 83,30% der 551 Gesundheitsprojekte entspricht. Bei den bilateralen Projekten ist der Prozentsatz noch höher. Von den 379 Projekten bestehen 364 zwischen Staaten mit direkter Grenze, was 96,04% entspricht.

Werden nun all diese Kategorien zusammengefasst, können bilaterale Projekte zwischen EU-Staaten mit direkter Landesgrenze ausgemacht werden. Diese sind im Sinne der grenzüberschreitenden Kooperation von Interesse. Es können 258 Gesundheitsprojekte identifiziert werden, von denen einige im Fortlauf der Arbeit näher beschrieben werden.

Vergleicht man die Projektbeteiligungen nach Staaten, lässt sich erkennen, dass Rumänien mit 102 die meisten Projektbeteiligungen aufzuweisen hat, gefolgt von Ungarn mit 97 und Frankreich mit 87 Beteiligungen (siehe Tabelle 7 im Anhang). Am wenigsten ist der Kosovo mit 2 Projekten beteiligt, wobei es Staaten in Europa gibt, die sich an gar keinen Projekten beteiligen, z.B. Vatikanstadt. Einige Staaten

beteiligen sich an 3 Projekten, nämlich Brasilien, Guyana, Island und Suriname. Es ist zu erkennen, dass diese genannten vier Länder nicht in der EU liegen. Deshalb wird festgehalten, dass von den INTERREG-Projekten nicht nur EU-Staaten profitieren, sondern dass auch NICHT-EU-Staaten beteiligt sind. Normalerweise liegen diese NICHT-EU-Staaten trotzdem in Europa. Da Frankreich mit Französisch-Guyana ein Überseegebiet in Südamerika hat, gibt es auch Kooperationen in Südamerika zwischen Französisch-Guyana, Guyana, Brasilien und Suriname. Lässt man NICHT-EU-Staaten außen vor, belegen Zypern (7), Malta (9) und Tschechien (13) die hintersten Plätze (siehe Tabelle 8 im Anhang). Von den NICHT-EU-Staaten hat Serbien (43) die meisten Projektbeteiligungen, gefolgt von Ukraine (40) und Großbritannien (38) (siehe Tabelle 9 im Anhang). Hier muss angemerkt werden, dass Großbritannien bis 31.01.2020 EU-Mitglied gewesen ist und sich bis dahin an zahlreichen Projekten beteiligt hat (vgl. BMEIA o.J.). In der aktuellen Förderperiode (seit 2021) verzeichnet Großbritannien noch keine Projektbeteiligung.

Besonders interessant ist, zwischen welchen Staaten die meisten Kooperationen geschlossen werden. Werden nur bilaterale Projekte betrachtet (siehe Tabelle 10 im Anhang), weisen Ungarn und Rumänien mit 38 gemeinsamen Projekten die meisten auf. Die zweitmeisten Kooperationen im Gesundheitsbereich haben Litauen und Polen mit 32, Platz 3 belegen Belgien und Frankreich mit 31 Projekten, wobei die Zusammenarbeit zwischen Belgien und Frankreich als Musterbeispiel gilt (vgl. Europäische Kommission 2017: 71ff). Auffallend ist, dass es einige Staaten mit nur einem gemeinsamen Projekt gibt, z.B. Österreich und Slowenien. Staaten, die gar keine Kooperationen im Gesundheitsbereich aufweisen, scheinen in der Tabelle nicht auf. Werden auch Projekte mit mehr als zwei beteiligten Staaten eingerechnet, kommt es zu einer Verschiebung. Ungarn und Rumänien weisen mit 53 Projektbeteiligungen weiterhin die meisten auf, dahinter folgen Belgien und Frankreich mit 43 und Litauen und Polen mit 38 Projektbeteiligungen (siehe Tabelle 11 im Anhang). Daraus lässt sich ableiten, dass Belgien und Frankreich in mehr multilaterale Projekte eingebunden sind als Litauen und Polen. Anzumerken ist, dass gesamteuropäische Projekte (alle EU-Staaten beteiligt bzw. auch weitere Staaten beteiligt) nicht miteingerechnet sind, da diese für die Auswertung nicht relevant sind. Sechs Projekte werden also ausgeklammert, vier INTERREG Europe Projekte und zwei ESPON 2020 Projekte.

Wie bereits erwähnt, gibt es Projekte, die nicht (nur) zwischen Nachbarstaaten stattfinden. So beteiligen sich beispielsweise Dänemark und Norwegen an 21 gemeinsamen Gesundheitsprojekten und Rumänien und die Slowakei an 15 (siehe Tabelle 11 im Anhang), obwohl sie keine gemeinsame Grenze aufweisen. Diese Kooperationen sind also für die Masterarbeit kaum von Relevanz, da die Wirkung von EU-Gesundheitsprojekten in Grenzregionen analysiert werden soll. Deshalb wird in Folge auf Gesundheitsprojekte zwischen EU-Staaten mit direkter Grenze fokussiert.

Mit diesen Kooperationen kann dann eine übersichtliche Tabelle erstellt werden (Tabelle 4, nächste Seite). 35 verschiedene Kooperationen können ermittelt werden, wobei Ungarn und Rumänien mit 53 gemeinsamen Projekten am meisten zusammenarbeitet, gefolgt von Belgien und Frankreich mit 43 Projekten und Litauen und Polen mit 38 Projekten. Österreich scheint erst in der zweiten Hälfte der Tabelle auf, was dafürspricht, dass es wenig Kooperationen mit Nachbarstaaten im Gesundheitsbereich gibt. Die meisten Kooperationen gibt es mit Deutschland (11). Mit Tschechien hat Österreich 5 gemeinsame Projekte. Zwei davon werden in dieser Arbeit in Kapitel 7 näher beschrieben.

Tabelle 4. INTERREG-Projekte zwischen EU-Staaten mit direkter Grenze

STAAT 1	STAAT 2	PROJEKTE
Ungarn	Rumänien	53
Belgien	Frankreich	43
Litauen	Polen	38
Deutschland	Niederlande	35
Ungarn	Slowakei	32
Belgien	Niederlande	31
Belgien	Deutschland	28
Lettland	Litauen	24
Italien	Slowenien	21
Bulgarien	Griechenland	19
Dänemark	Deutschland	17
Finnland	Schweden	17
Estland	Lettland	16
Deutschland	Polen	15
Spanien	Frankreich	15
Frankreich	Deutschland	14
Kroatien	Slowenien	13
Kroatien	Ungarn	12
Bulgarien	Rumänien	11
Österreich	Deutschland	11
Österreich	Italien	11
Frankreich	Italien	10
Spanien	Portugal	9
Belgien	Luxemburg	8
Deutschland	Luxemburg	8
Frankreich	Luxemburg	8
Österreich	Slowakei	7
Österreich	Slowenien	7
Österreich	Ungarn	6
Österreich	Tschechien	5
Ungarn	Slowenien	5
Tschechien	Deutschland	4
Tschechien	Slowakei	3
Tschechien	Polen	2
Polen	Slowakei	1

Datengrundlage: <https://keep.eu/projects/> 2023.

Weiters von Interesse für diese Arbeit ist, ob die meisten grenzüberschreitenden Gesundheitsprojekte zwischen homogenen oder heterogenen Staaten bestehen. Homogen bzw. heterogen ist hierbei aus wirtschaftlicher und demographischer Perspektive zu sehen. Um die Homogenität der Staaten zu definieren, werden das BIP pro Kopf als wirtschaftlicher Indikator und der Anteil der über 65-Jährigen an der Gesamtbevölkerung als demographischer Indikator herangezogen. Analysiert werden nur die Projekte zwischen EU-Staaten mit einer direkten Landesgrenze. Zuerst wird das BIP pro Kopf der einzelnen EU-Staaten betrachtet und in nachfolgendem Diagramm dargestellt. Weiters ist auch der Mittelwert der EU27-Staaten eingetragen.

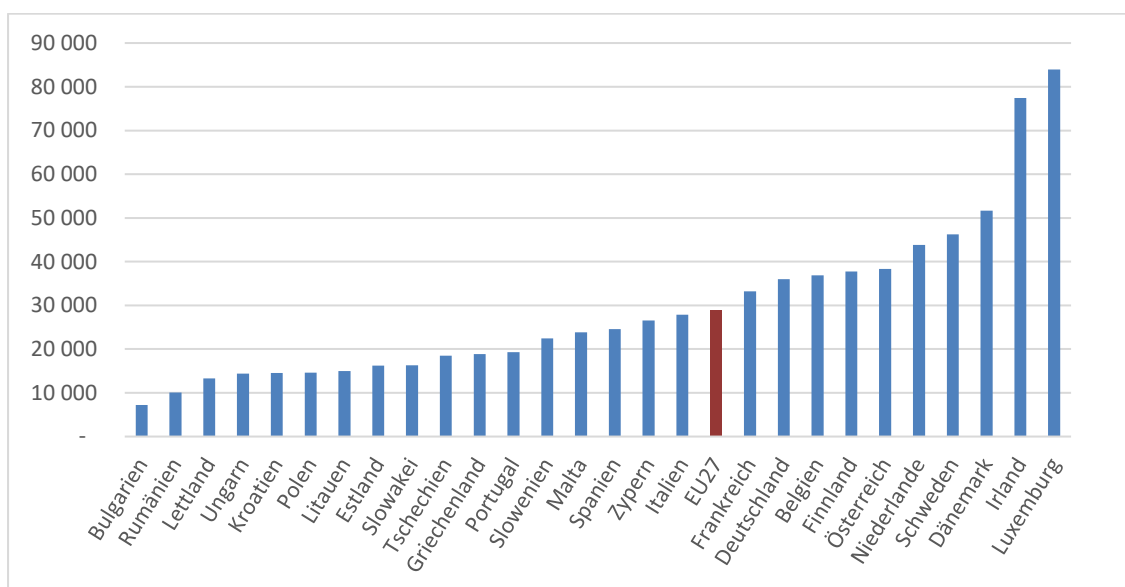


Abb. 2 BIP pro Kopf nach EU-Staaten in Euro

Datengrundlage: Eurostat 2023b

Wird nun der Mittelwert als Grenze gewählt, fällt auf, dass es nur wenige Kooperationsprojekte zwischen Staaten gibt, die auf unterschiedlichen Seiten des Mittelwerts angesiedelt sind. Die einzigen Kooperationen mit großem Unterschied im BIP pro Kopf bestehen zwischen Deutschland und Polen (15 Projekte), Deutschland und Tschechien (4 Projekte), Österreich und Slowenien (7 Projekte), Österreich und Slowakei (7 Projekte), Österreich und Ungarn (6 Projekte) und Österreich und Tschechien (5 Projekte). Auch Spanien und Frankreich (15 Projekte) und Italien und Österreich (11 Projekte) weisen einen größeren Abstand auf und können in diesem Sinne zu wirtschaftlich heterogenen Staaten gezählt werden. Italien und Frankreich (11 Projekte) liegen zwar auf unterschiedlichen Seiten des Mittelwerts, jedoch direkt hintereinander mit einem geringen Unterschied im BIP pro Kopf, weshalb von homogenen Staaten gesprochen werden kann. Zusammengezählt gibt es also 70

Projekte bzw. Projektbeteiligungen von Staaten, die wirtschaftlich als heterogen anzusehen sind. Von den insgesamt 559 Projektbeteiligungen (Summe aller Projekte aus Tabelle 4) sind dies 12,52%, woraus zu schließen ist, dass der Großteil der Gesundheitsprojekte zwischen wirtschaftlich homogenen Staaten abgewickelt wird. Luxemburg und Irland stechen aufgrund ihres hohen BIP pro Kopf hervor, weshalb diese eine Sonderrolle einnehmen. Werden Projekte mit luxemburgischer Beteiligung (24) noch zu jenen zwischen wirtschaftlich heterogenen Staaten gerechnet (Irland hat keine Projekte mit EU-Nachbarstaaten), ergibt das 94 Projekte bzw. 16,82%, was immer noch weniger als einem Fünftel aller Projekte entspricht. Zusammenfassend wird festgehalten, dass die meisten INTERREG-Gesundheitsprojekte zwischen wirtschaftlich homogenen Staaten bestehen.

Nun werden die EU-Staaten nach ihrer demographischen Struktur analysiert. Dafür wird der Anteil über 65-Jähriger an der Gesamtbevölkerung ermittelt, da vor allem ältere Menschen Bedarf an Gesundheitseinrichtungen haben. Auch der Durchschnitt über alle EU-Staaten wird ermittelt. Wie in Tabelle 5 (nächste Seite) ersichtlich, weisen die meisten EU-Staaten einen relativ ähnlichen Anteil an über 65-Jährigen auf, nämlich zwischen 19% und 24%. Nur vier Staaten (Slowakei, Zypern, Irland, Luxemburg) haben einen niedrigeren Anteil. Es fällt außerdem auf, dass der EU-Schnitt relativ hoch ist (21,2%), weshalb nur sieben Staaten einen überdurchschnittlichen Anteil aufweisen.

Es ergibt sich ein etwas anderes Bild bezüglich Gesundheitsprojekten zwischen heterogenen Staaten. Denn von den 559 Projekten finden 243 zwischen Staaten statt, die auf unterschiedlichen Seiten des Durchschnitts liegen, was 43,47% der Projektbeteiligungen entspricht. Die Mehrheit der Projektbeteiligungen (56,53%) besteht aber zwischen Staaten, die demographisch ähnlich sind.

Tabelle 5. Anteil über 65-Jähriger an der Bevölkerung nach EU-Staaten

STAAT	ANTEIL ÜBER 65-JÄHRIGE
Italien	23,8
Portugal	23,6
Finnland	23,1
Griechenland	22,7
Kroatien	22,5
Deutschland	22,1
Bulgarien	21,6
EU27	21,2
Slowenien	21,1
Frankreich	20,9
Lettland	20,8
Tschechien	20,6
Ungarn	20,5
Dänemark	20,4
Estland	20,4
Schweden	20,3
Spanien	20,1
Niederlande	20
Litauen	19,9
Belgien	19,5
Österreich	19,4
Rumänien	19,4
Polen	19,2
Malta	19,2
Slowakei	17,4
Zypern	16,5
Irland	15,1
Luxemburg	14,7

Datengrundlage: Eurostat 2023a

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass sowohl aus wirtschaftlicher als auch aus demographischer Perspektive die meisten Gesundheitsprojekte zwischen Staaten initiiert werden, die als homogen bezeichnet werden können.

In weiterer Folge werden zwei Projekte vorgestellt, mithilfe derer Kriterien erarbeitet werden, um den Erfolg von grenzüberschreitenden Gesundheitsprojekten beurteilen

zu können. Wie die Zahlen aus der Analyse zeigen, können nicht alle Projekte in dieser Arbeit vorgestellt werden, da das den Rahmen sprengen würde. Es können zwei Projekte gefunden werden, die für die Arbeit interessant sind. Einerseits wird die Zusammenarbeit zwischen Belgien und Frankreich vorgestellt. Sie gilt als Musterbeispiel für grenzüberschreitende Kooperation und hat schon lange Bestand. Es werden Zonen definiert, in denen die Zusammenarbeit stattfindet. Hier können BÖHM und KUROWSKA-PYSZ (2019: o.S.) Ähnlichkeiten zur Zusammenarbeit von Österreich und Tschechien feststellen. Andererseits wird die Kooperation von Frankreich und Spanien näher beleuchtet. Es wird das grenzüberschreitende Krankenhaus in Cerdanya herausgegriffen, da dieses Ähnlichkeiten zum grenzüberschreitenden Gesundheitszentrum in Gmünd aufweist.

6.2 Zusammenarbeit von Belgien und Frankreich

Die Zusammenarbeit von Frankreich und Belgien in der Gesundheitsversorgung gilt als Musterbeispiel für grenzüberschreitende Projekte. Einerseits kooperieren die beiden Staaten schon sehr lange miteinander, andererseits gilt die Zusammenarbeit als erfolgreich. In diesem Kapitel wird herausgearbeitet, was die Erfolgscharakteristika dieser Zusammenarbeit sind und wo es Herausforderungen bzw. Verbesserungspotential gibt. Davor werden die Meilensteine der Entwicklung der Zusammenarbeit vorgestellt und das Konzept der ZOAST erläutert. In Abschnitt 6.2.2 wird auf den ZOAST Ardennes näher eingegangen.

6.2.1 Entwicklungsschritte der Zusammenarbeit

Bereits 1992 werden erste Maßnahmen ergriffen, um eine Zusammenarbeit im Gesundheitswesen zwischen Frankreich und Belgien zu beginnen. Bis heute können wichtige Schritte zu einer barrierefreien grenzüberschreitenden Zusammenarbeit gesetzt werden. Den Beginn der Zusammenarbeit markiert ein krankenhausesübergreifendes Abkommen aus 1994, welches zum Ziel hat, Synergien von zwei Krankenhäusern, die nur einige hundert Meter voneinander entfernt sind, aber sich auf unterschiedlichen Seiten der Grenze befinden, zu nutzen. So wird ermöglicht, dass belgische AIDS-Patient*innen aus dem Grenzgebiet das Krankenhaus in Frankreich besuchen und französische Dialyse-Patient*innen ins belgische Krankenhaus kommen können. Davon profitieren die Patient*innen, da sie

sich die Anreise in ein weiter entferntes Krankenhaus im eigenen Land ersparen. Auch die Krankenhäuser profitieren, da sie technische Infrastruktur gemeinsam nutzen und nicht doppelt anschaffen müssen. So wird die Idee der EU für grenzüberschreitende Zusammenarbeit bereits 1994 umgesetzt, nämlich die ergänzende Bereitstellung von Gesundheitsdienstleistungen auf beiden Seiten der Grenze (vgl. Europäische Kommission 2017: 72ff).

1998 werden im Rahmen des Projekts „Transcards“ Lesegeräte hergestellt, die die Sozialversicherungskarten beider Staaten lesen können, um mit französischen Sozialversicherungskarten in belgischen Krankenhäusern aufgenommen werden zu können und umgekehrt (vgl. Europäische Kommission 2017: 74ff). Diese Geräte erleichtern den Grenzübertritt für die Gesundheitsversorgung, da administrative Hürden (z.B. eine Vorabgenehmigung für eine Behandlung im Nachbarstaat) verkleinert werden (vgl. KIASUWA und BAETEN 2013: 55). Deshalb gelten diese „Transcards“ als große sozio-technische Innovation.

2005 wird schließlich ein dauerhaftes Rahmenabkommen über die grenzüberschreitende Zusammenarbeit in Gesundheitsfragen unterzeichnet, um eine rechtliche Grundlage für die Patient*innen und für die Zusammenarbeit zu schaffen (vgl. Europäische Kommission 2017: 72ff). Es tritt allerdings erst 2011 in Kraft, da Belgien das Gesetz erst 2010 ratifiziert. Daran ist zu erkennen, dass die Zusammenarbeit lange Zeit ohne rechtliche Grundlage passiert. Es kommt sogar vor, dass Kooperationen gestartet werden ohne nationale Behörden davon in Kenntnis zu setzen (vgl. KIASUWA und BAETEN 2013: 56). Dies ist das erste derartige Abkommen innerhalb der EU und findet später Nachahmer*innen.

Die Ziele für die Zusammenarbeit zwischen Frankreich und Belgien werden so festgelegt:

- Zugang zur Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung des Grenzgebiets verbessern
- administrative und finanzielle Abläufe vereinfachen
- Gesundheitsversorgung aufteilen
- bewährte Verfahren austauschen bzw. den Austausch fördern
- soziale Kosten durch geringere Anreisewege, weniger Fahrten, weniger Arbeitsunterbrechungen und kürzere Krankenhausaufenthalte senken

Es ist zu erkennen, dass die Intentionen der EU, welche im Vertrag von Lissabon und in der Richtlinie 2011/24 formuliert sind, in diesem Rahmenübereinkommen umgesetzt werden. Nach und nach kommen weitere Abkommen dazu, was zu einem umfassenden Zugang zu grenzüberschreitender Versorgung in bestimmten Regionen führt. Um diese Versorgung bündeln und administrieren zu können, werden sieben organisierte Zonen für den Zugang zu grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung geschaffen, sogenannte ZOAST (Zones Organisées d'Accès aux Soins Transfrontaliers). Heute decken diese Zonen das gesamte Grenzgebiet ab und gelten als Vorbild für die anderen EU-Staaten.



Abb. 3 ZOAST Frankreich – Belgien

Quelle: VANDEWEGHE 2018

Innerhalb dieser Zonen kann die Bevölkerung unterschiedliche Leistungen auf beiden Seiten der Grenze erhalten. Im ZOAST Ardennes können beispielsweise französische Frauen zur Entbindung nach Dinant (Belgien) fahren, um sich die lange Anreise zur nächsten Entbindungsstation innerhalb Frankreichs zu ersparen. Belgische Patient*innen können dafür Einrichtungen zur funktionellen Rehabilitation auf französischer Seite nutzen. Im ZOAST LUXLOR ist der Mangel an Ärzt*innen und technischen Geräten auf französischer Seite Anlass zur Kooperation. Es wird Französ*innen ermöglicht, Behandlungen und Untersuchungen in Belgien zu machen. Im ZOAST Mons-Maubeuge wird ein Abkommen beschlossen, dass bei Überlastung französische Intensivpatient*innen nach Belgien transportiert werden können. Das

kommt allerdings selten vor, ca. 100 mal pro Jahr. Auch im ZOAST Tournai Valenciennes läuft die Zusammenarbeit nicht wie erwünscht, da nur 100 Personen pro Jahr verzeichnet werden, die das Angebot auf der anderen Seite der Grenze in Anspruch nehmen. Der ZOAST MRTW URSA ist die bevölkerungsreichste Zone, da hier viele städtische Gebiete liegen. Hier funktioniert der Austausch von Patient*innen recht gut. Deshalb wird die Zone im Laufe der Jahre immer weiter ausgeweitet und umfasst heute mehr als 500.000 Einwohner*innen und elf Krankenhäuser. Im ZOAST Thierarche soll eine gemeinsame grenzüberschreitende Krankenhausstruktur geschaffen werden, die von beiden Staaten verwaltet wird (vgl. Europäische Kommission 2017: 79ff). Laut Bericht der Europäischen Kommission aus 2017 ist diese noch nicht umgesetzt. Informationen darüber, ob diese mittlerweile realisiert worden ist, können nicht gefunden werden. Festgestellt kann aber werden, dass es Krankenhäuser auf beiden Seiten der Grenze gibt, die von Französ*innen und Belgier*innen aus dem ZOAST genutzt werden können. Dafür wird auch geworben (vgl. mgen* und Solidaris mutualité o.J.). Der ZOAST Littoral ist der kleinste und jüngste und umfasst nur zwei Krankenhäuser. Hier steht die gemeinsame Nutzung von technischen Geräten im Vordergrund (vgl. Europäische Kommission 2017: 81).

Da der ZOAST Ardennes die längste Geschichte hat und aufgrund seiner geographischen und demographischen Voraussetzungen Ähnlichkeiten zu jenen in Gmünd und České Velenice aufweist, wird im folgenden Kapitel näher auf ihn eingegangen.

6.2.2 Beispiel: ZOAST Ardennes

Die Region Ardennes ist aufgrund seiner geographischen Lage interessant. Das französische Gebiet um Givet ist nämlich auf drei Seiten von Belgien umgeben. Beide Staaten weisen in dieser Region einen ähnlichen Charakter auf: Sie sind rural geprägt, die Bevölkerungsdichte ist eher gering und rückläufig, außerdem werden die Menschen in der Region immer älter. Auf französischer Seite ist der sozioökonomische Status der Bevölkerung verhältnismäßig gering, was sich auch in einer schlechten Gesundheitsversorgung widerspiegelt, da die Region für das Gesundheitspersonal unattraktiv ist. Die Situation verschlechtert sich, als 2002 die Geburtsstation in Revin schließt und Patient*innen rund 60 Kilometer in das nächste Krankenhaus in Frankreich fahren müssen. Das führt zu einem Abkommen mit dem Krankenhaus in

Dinant in Belgien, dass Frauen für die Geburt und die Vor- und Nachsorge nach Belgien kommen dürfen. 2004 schließt dann das Krankenhaus von Givet, weshalb der Wunsch nach einer umfassenderen und langfristigeren Zusammenarbeit aufkommt. Akteur*innen der beiden Staaten einigen sich darauf, dass das belgische Krankenhaus als Teil eines französischen Krankenhauses gesehen wird. Das ermöglicht die unbürokratische Verrechnung für erbrachte Leistungen an die französische Krankenversicherung. Somit müssen die Leistungen nicht mehr vorab von den Patient*innen bezahlen werden, bevor sie die Kosten bei der Krankenkasse rückerstattet bekommen können, sondern die Kosten werden direkt mit der Krankenkasse verrechnet. Damit wird das Krankenhaus in Dinant mehr oder weniger Teil der Gesundheitsinfrastruktur der Region Champagne-Ardenne. 2008 wird der ZOAST Ardennes formal gegründet. Im Vertrag wird genau festgelegt, welche Krankenhäuser, welche Region und welche Leistungen von der Zusammenarbeit umfasst werden. Der Vertrag beendet die Kooperation der beiden vorher genannten Krankenhäuser, da keine Notwendigkeit mehr besteht (vgl. KIASUWA und BAETEN 2013: 58ff).

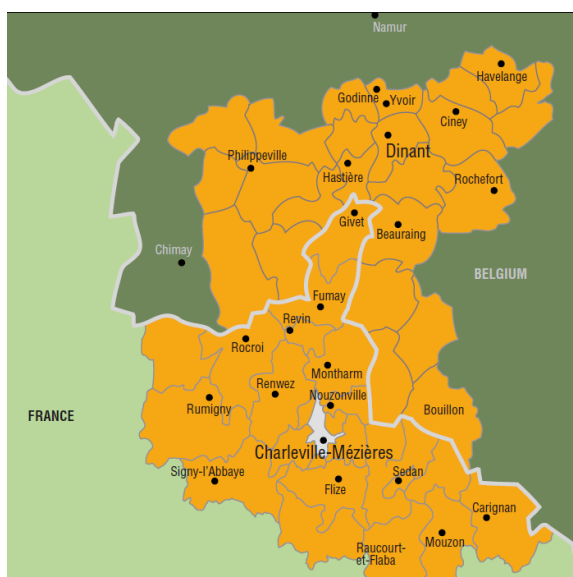


Abb. 4 ZOAST Ardennes

Quelle: KIASUWA und BAETEN 2013: 59

Die Evaluierung der Zusammenarbeit ergibt, dass vor allem französische Patient*innen das Angebot in Belgien nutzen, da im französischen Grenzgebiet innerhalb des ZOAST Ardennes die medizinische Infrastruktur unzureichend ist. Belgische Patient*innen kommen so gut wie gar nicht nach Frankreich zur Behandlung (vier Patient*innen aufgeteilt auf zwei Krankenhäuser 2009) (vgl. Europäische

Kommission 2017: 72ff, KIASUWA und BAETEN 2013: 62ff). Auf belgische Patient*innen wirkt sich dies laut Bericht der Europäischen Kommission (2017: 79) nicht negativ aus, da die Krankenhäuser in Belgien genug Kapazität haben, um alle Patient*innen zu behandeln. KIASUWA und BAETEN (2013: 65f) stellen jedoch fest, dass es für belgische Patientinnen zu Verschlechterungen kommt, da seit der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit die Gynäkologie des Krankenhauses in Dinant ausgelastet ist, weshalb keine neuen Patientinnen mehr aufgenommen werden können. Belgische Frauen müssen daher 20 bis 30 Kilometer zurücklegen, um in die nächst-mögliche Gynäkologie zu gelangen. Die Autorinnen halten zudem fest, dass das belgische Krankenhaus in Dinant vor der Zusammenarbeit geringe Patient*innenzahlen ausgewiesen hat. Die grenzüberschreitende Kooperation wird genutzt, um Patient*innenzahlen zu generieren, um das geforderte Mindestmaß, das für die Finanzierung des Krankenhauses vorgeschrieben ist, zu erreichen.

Außerdem zeigt sich, dass es oft Abkommen zur Zusammenarbeit gibt, bevor die rechtliche Basis dafür geschaffen wird, da die Zusammenarbeit der beiden Krankenhäuser schon länger besteht als das Gesetz. Eine Besonderheit stellt das eigene Zahlungssystem für ambulante Behandlungen französischer Patient*innen in belgischen Krankenhäusern dar. Dieses verstößt nämlich gegen belgisches Recht, da Drittzahlungssysteme in Belgien verboten sind. Dennoch wird es umgesetzt.

6.2.3 Chancen, Herausforderungen und Kritikpunkte

Eine Herausforderung stellt die Verschiedenheit der Gesundheitssysteme bzw. der Bezahlung von Leistungen durch die Krankenkasse dar. Um möglichst unkompliziert zu agieren und den Grenzübertritt für Patient*innen attraktiv zu machen, werden Rechnungen belgischer Krankenhäuser an die französische Versicherung geschickt und diese teilt sie zu, entweder der staatlichen Versicherung oder der privaten Zusatzversicherung. Leistungen von Privatärzt*innen oder privaten Therapeut*innen in Belgien können von den französischen Krankenversicherungen nicht rückerstattet werden (vgl. KIASUWA und BAETEN 2013: 60ff).

Die Zusammenarbeit bringt zudem eine neue Konkurrenzsituation mit sich. Seit Schaffung des ZOAST arbeiten die beiden Krankenhäuser in Dinant und Charleville-Mézières nicht mehr zusammen, sondern konkurrieren in Bezug auf Patient*innen und

die damit verbundenen Finanzmittel. Wenig förderlich trägt dazu bei, dass Personen aus der Stadt Charleville-Mézières nicht die Möglichkeit haben, grenzüberschreitende Angebote wahrzunehmen. Nur Personen aus der Umgebung der Stadt haben diese Option. Dementsprechend ist die Sorge bei den französischen Akteur*innen gegeben, dass sich aufgrund der Verschiebung der Patient*innenzahlen nach Belgien die Versorgung in der französischen Stadt für die Bürger*innen verschlechtert. Begründet wird die Sorge damit, dass Personen aus dem Umkreis der Stadt für Behandlungen nach Belgien gehen, welche sie auch auf der französischen Seite der Grenze machen könnten (vgl. KIASUWA und BAETEN 2013: 65f). Daher wird die Nachfrage nach gewissen Gesundheitsdienstleistungen kleiner, was dazu führen könnte, dass es sich nicht mehr rentiert, diese anzubieten.

Kritisiert wird, dass kaum Zahlen zur Wirksamkeit der Zusammenarbeit veröffentlicht werden. Erst 2010 werden erstmals Zahlen veröffentlicht, obwohl die Kooperation schon Jahre davor begonnen hat und Daten seit 2004 gefordert werden. Der Verdacht steht im Raum, dass die Zahlen nur zaghaft veröffentlicht werden, um zu verhindern, dass kritische Stimmen zur Kooperation aufkommen. Die Zahlen könnten belegen, dass die Zusammenarbeit für die belgische Bevölkerung nicht notwendig ist, da nur sehr wenige Patient*innen das grenzüberschreitende Angebot in Frankreich nutzen (vgl. KIASUWA und BAETEN 2013: 66). Somit wäre auch der ergänzende grenzüberschreitende Ansatz der EU – wie er im Bericht der Europäischen Kommission (2017: 72ff) beschrieben und gelobt wird – nicht erfüllt.

KIASUWA und BAETEN (2013: 70) finden durch ihre Interviews heraus, dass die Vorgaben der europäischen Krankenversicherungskarte oftmals umgangen werden, um Französ*innen, die nicht im ZOAST Ardennes leben, eine Behandlung in Belgien im Gebiet dieses ZOASTs zu ermöglichen. Auch andere rechtliche Vorgaben werden umgangen, wie z.B. durch die Einrichtung des Drittzahlungssystems, das im vorigen Kapitel bereits erklärt worden ist.

Teilweise werden Kommunikationsprobleme festgestellt, da lokale Akteur*innen Abkommen oder Projekte aushandeln, diese aber nicht an übergeordnete Behörden kommunizieren. Ob dies Absicht ist oder nicht, lässt sich schwer herausfinden. Die nationalen Behörden sind jedenfalls bestrebt, solche Verhaltensweisen durch Transparenzbestimmungen in der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit einzudämmen (vgl. KIASUWA und BAETEN 2013: 70f).

Positiv wird gesehen, dass die Behandlung näher zum Wohnort stattfinden kann, als wenn französische Patient*innen Krankenhäuser in Frankreich aufsuchen würden. Voraussetzung dafür ist aber, dass die administrativen und finanziellen Hürden gering sind, damit der Aufwand nicht größer ist als bei einer Behandlung in Frankreich. Außerdem wird hervorgestrichen, dass die effiziente, rasche und qualitativ hochwertige Arbeit der belgischen Spitäler den Grenzübertritt französischer Patient*innen fördert (vgl. KIASUWA und BAETEN 2013: 62). Wird die Versorgung auf der anderen Seite der Grenze also als hochwertiger angesehen – bei gleichem administrativem und finanziellem Aufwand – ist das eine Chance für grenzüberschreitende Zusammenarbeit.

Anhand dieser Projekte ist gut zu erkennen, dass auf die Bedürfnisse jeder Region eingegangen und versucht wird, die Gesundheitsversorgung in allen Gebieten zu verbessern. Obwohl die Zusammenarbeit von Frankreich und Belgien als Best Practice Beispiel gilt, funktioniert auch hier nicht alles reibungslos, wie oben beschrieben wird. Trotzdem ist die Zusammenarbeit ein Erfolgsprojekt, was die Zahl von 20.000 behandelten Patient*innen auf beiden Seiten der Grenze im Jahr 2015 zeigt (vgl. Europäische Kommission 2017: 81).

6.3 Zusammenarbeit von Frankreich und Spanien

Auch zwischen Frankreich und Spanien gibt es schon lange Kooperationen im Gesundheitsbereich. Die ersten Kooperationen gehen bis in die 1980er Jahre zurück (vgl. SANJUÁN und GIL 2013: 159). Im Datensatz, der in Kapitel 6.1 analysiert wird, können keine Projekte gefunden werden, die nur zwischen Frankreich und Spanien stattfinden. Immer ist auch Andorra an der Kooperation beteiligt, was aufgrund der Größe und Lage des Staates sinnvoll ist. Es können 15 Projekte zwischen diesen drei Staaten gefunden werden. Alle stammen aus der Förderperiode 2014-2020. Die Kooperationen beginnen aber schon wesentlich früher. Warum die Projekte (ab 2007, die davor werden in die Analyse nicht miteinbezogen) nicht im Datensatz enthalten sind, bleibt unklar. Möglicherweise werden diese unter dem Begriff der „Europäischen Territorialen Zusammenarbeit“ finanziert und sind deshalb nicht enthalten. Auf diesen Umstand wird in Kapitel 7.2 noch einmal eingegangen.

Eines der Projekte ist für diese Arbeit von Interesse, nämlich das grenzüberschreitende Krankenhaus in Cerdanya. Aufgrund der Ähnlichkeit zur Ausgangslage des grenzüberschreitenden Gesundheitszentrums in Gmünd, welches in den nächsten beiden Kapiteln vorgestellt und analysiert wird, wird in folgendem Unterkapitel das grenzüberschreitende Krankenhaus im französisch-spanischen Grenzgebiet Cerdanya näher beschrieben.

6.3.1 Grenzüberschreitendes Krankenhaus in Cerdanya

Cerdanya ist eine Region in den Pyrenäen, die 1659 durch den Pyrenäenvertrag geteilt wird. Heute gehört ein Teil zu Frankreich und einer zu Spanien, konkret zum autonomen Gebiet Katalonien. Der französische Teil wird „Alta Cerdanya“, der katalanische Teil „Baixa Cerdanya“ genannt, die Region wird also in Ober-Cerdanya und Unter-Cerdanya unterteilt. Auf jeder Seite der Grenze leben ca. 15.000 Menschen. In etwa 10.900 davon leben in der Provinzhauptstadt Puigcerdà-Bourg-Madame, die direkt an der Grenze liegt und als einziges urbanes Zentrum angesehen werden kann. Der Rest der Region ist sehr rural geprägt. Trotz der Teilung sind sich die zwei Gebiete nach wie vor sehr ähnlich, was die Kultur, Sprache etc. betrifft (vgl. BURGER und WIELAND 2010a: 97, GLINOS 2011: 238f, HARANT 2006: 161f). In Abb. 5 ist die Region Baixa Cerdanya mit einer orangen Linie umrandet dargestellt. Zu sehen ist der Teil der Region in Spanien und eine spanische Exklave in Frankreich. Auch die Grenze zu Andorra ist erkennbar. In Abb. 6 ist der französische Teil der Region mit dem Namen Alta Cerdanya dargestellt.

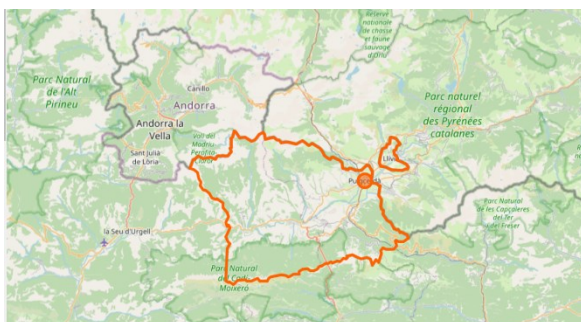


Abb. 5 Karte Baixa Cerdanya

Quelle: OpenStreetMap 2023

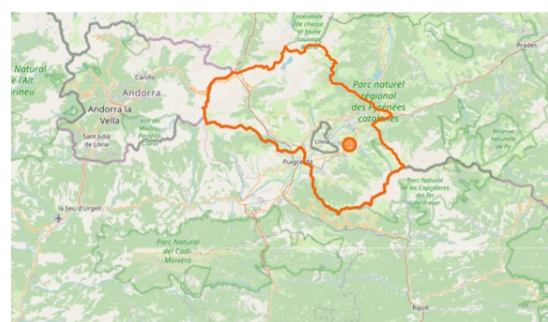


Abb. 6 Karte Alta Cerdanya

Quelle: OpenStreetMap 2023

Die Zusammenarbeit startet bereits in den 1990er Jahren, da der Zugang zur Krankenversorgung auf französischer Seite unzureichend ist. Das nächste Krankenhaus liegt 105 Kilometer entfernt in Perpignan. Auf spanischer Seite gibt es

ein kleines Krankenhaus in Puigcerdà für die Notfallversorgung. Dieses liegt einen Kilometer von der Grenze entfernt. Deshalb wird eine informelle Zusammenarbeit begonnen, um den Französ*innen den Zugang zum Krankenhaus in Puigcerdà zu ermöglichen (vgl. BURGER und WIELAND 2010a: 97, GLINOS 2011: 239, HARANT 2006: 162).

Den Beginn der formellen Zusammenarbeit markiert ein Zufall. Aufgrund des starken Winters 2000 ist es für die französische Bevölkerung der Region Cerdanya nicht möglich, das KH in Perpignan zu erreichen. Die einzige Möglichkeit ist, das KH in Puigcerdà zu nutzen. Ein Jahr später wird bereits ein Vertrag zwischen den beiden Krankenhäusern unterzeichnet, der die Notfallversorgung französischer Patient*innen im KH in Spanien regelt (vgl. BURGER und WIELAND 2010a: 97). Dieses Abkommen ist allerdings nicht ausreichend, weshalb administrative und finanzielle Probleme auftreten (vgl. Europäische Kommission 2017: 64). 2003 folgt ein weiteres Abkommen zwischen den Sozialversicherungen der beiden Staaten, in welchem die Kostenübernahme der Behandlungen von französischen Patient*innen im spanischen Krankenhaus geregelt wird. Fortan müssen französische Patient*innen Behandlungen nicht mehr selbst bezahlen, was zu einer besseren Zusammenarbeit führt. Auch der Austausch zwischen Ärzt*innen kann seitdem verbessert werden (vgl. HARANT 2006: 162f).

Das kleine Krankenhaus kann den Bedarf jedoch nicht abdecken, auch weil in der Hauptsaison viele Ski-Tourist*innen medizinisch versorgt werden müssen (vgl. BURGER und WIELAND 2010a: 98). Spanien bzw. die Region Katalonien kann sich den Neubau des Krankenhauses allein nicht leisten (vgl. GLINOS und BAETEN 2014: 22). Deshalb startet 2003 ein INTERREG III-Projekt, in dessen Rahmen eine Machbarkeitsstudie für ein grenzüberschreitendes Krankenhaus durchgeführt wird. Dieses Krankenhaus ist das erste, das von der Planung weg von zwei Staaten gemeinsam verwaltet und finanziert wird. Auch das Gesundheitspersonal dafür soll aus beiden Staaten kommen (vgl. BURGER und WIELAND 2010a: 98, HARANT 2006: 163).

Die Machbarkeitsstudie kommt zu dem Ergebnis, dass die Akutversorgung ausgebaut werden muss. Als Standort des Krankenhauses wird Puigcerdà gewählt, es wird also das alte Krankenhaus durch ein neues grenzüberschreitendes Krankenhaus ersetzt. 2006 startet das Folgeprogramm INTERREG IV-A mit dem Ziel, das KH in die

Umsetzung zu bringen. Um Frankreich und Spanien als gleichberechtigte Partner zu garantieren, wird eine eigene Stiftung gegründet, die sich um die Leitung des Projektes und die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Kooperation kümmern soll. 2007 wird vom Europäischen Parlament der „Europäische Verbund für territoriale Zusammenarbeit“ (EVTZ) geschaffen, welcher die rechtliche Basis für grenzüberschreitende Kooperationen liefert. Es wird ein Vertrag unterzeichnet, der den EVTZ als transnationales Instrument zur Steuerung und zum Management des KH vorsieht. Nachdem Strukturfördergelder zugesagt werden, kann der Bau des Krankenhauses im Februar 2009 beginnen. Das Grundstück wird von der Gemeinde Puigcerdà zur Verfügung gestellt (vgl. BURGER und WIELAND 2010a: 97ff, SANJUÁN und GIL 2013: 161). Die Bauarbeiten können 2012 beendet werden, trotzdem kann das Krankenhaus nicht in Betrieb gehen. Vor allem finanzielle Probleme Kataloniens verzögern den Beginn, da die Krankenhauseinrichtung nicht finanziert werden kann. Auch administrative Probleme müssen gelöst werden, bevor der Betrieb aufgenommen werden kann. 2014 wird das Krankenhaus schließlich eröffnet. 2015 nutzen bereits 24.000 Patient*innen den Notdienst im Krankenhaus (vgl. Europäische Kommission 2017: 64ff).

6.3.2 Chancen, Herausforderungen, Kritikpunkte

Im Falle des grenzüberschreitenden Krankenhauses in der Region Cerdanya gibt es Herausforderungen aus zwei Bereichen, einerseits jene der Region, andererseits jene vom Projekt selbst. Die Region kämpft mit Überalterung und einem Mangel an Fachpersonal, was nicht die besten Voraussetzungen für ein derartiges Krankenhausprojekt sind. Die Hoffnung ist, dass durch das Krankenhaus die Region attraktiviert wird, was wiederum medizinisches Personal anziehen soll. Die Personalsuche gestaltet sich jedoch schwierig, da die Anforderungen recht hoch sind (Zweisprachigkeit) und der Standort abgelegen ist (vgl. SANJUÁN und GIL 2013: 163).

Außerdem gibt es Probleme bei der Finanzierung des Projekts, da die Gesundheitssysteme in Frankreich und Spanien sehr unterschiedlich aufgebaut sind. Das französische Gesundheitssystem ist über ein Sozialversicherungssystem organisiert, das spanische wird aus dem staatlichen Budget finanziert. In den ersten fünf Jahren werden die Kosten von einem Globalbudget übernommen, welches von beiden Staaten gespeist wird. Frankreich übernimmt 40% der Kosten, Katalonien 60%

(vgl. SANJUÁN und GIL 2013: 163). Später werden die Erstattungsmethoden der beiden Staaten angepasst, um die Bezahlung der Behandlungen für die Patient*innen garantieren zu können. Dafür werden teilweise außergewöhnliche Verfahren von lokalen Gesundheitsfonds eingeführt und spezielle Abkommen ausverhandelt (vgl. Europäische Kommission 2017: 67).

Beim Projekt selbst treten hauptsächlich organisatorische und administrative Hürden auf, da beispielsweise Verfahren aneinander angeglichen oder Richtlinien vereinheitlicht werden müssen. Auch die Koordination zwischen den beiden Staaten ist nicht immer einfach. In Frankreich sind nationale Behörden zuständig, in Spanien die regionalen Behörden Kataloniens. Während die französische Bürokratie tendenziell komplex ist, lösen spanische Behörden auftauchende Probleme recht pragmatisch. Diese unterschiedlichen Zugänge vereinfachen das gemeinsame Arbeiten nicht unbedingt. Außerdem muss die Kommunikation vereinfacht werden und versucht werden, die Bevölkerung und das medizinische Personal gut über die grenzüberschreitenden Möglichkeiten zu informieren. Nur so kann es gelingen, dass Vertrauen zum grenzüberschreitenden Krankenhaus aufgebaut wird (vgl. BURGER und WIELAND 2010a: 100f, Europäische Kommission 2017: 66).

Die Missionsleiterin des EVTZ Catherine Barnole nennt als weitere Hürde, dass Gesundheitsfragen in den Nationalstaaten stark, aber auf EU-Ebene kaum reguliert sind. Deshalb ergeben sich viele Unterschiede, die Problempotential mit sich bringen (vgl. Europäische Kommission 2017: 68).

Positiv hervorzuheben ist, dass die Bevölkerung in der Region Cerdanya durch das Krankenhaus über eine wesentlich bessere Gesundheitsversorgung verfügt. Das wird unter anderem deshalb erreicht, weil im Falle von Qualitätsunterschieden immer der höhere Standard im grenzüberschreitenden KH angewandt wird (vgl. Europäische Kommission 2017: 68). Neben dem Krankenhaus auf spanischer Seite sollen auf französischer Seite zwei neue Gesundheitszentren errichtet werden, die das Angebot des Krankenhauses ergänzen. Es wird also an einer großflächigen Kooperation gearbeitet, die mehr als nur ein Krankenhaus umfasst (vgl. SANJUÁN und GIL 2013: 164f). Es soll auch die französische Gesundheitsinfrastruktur von der grenzüberschreitenden Kooperation profitieren. Laut SANJUÁN und GIL (2013: 167) sind die Gesundheitszentren aber noch nicht umgesetzt. Aktuellere Informationen können dazu nicht gefunden werden.

Bemerkenswert sind ebenfalls das Engagement und der Wille der Verantwortlichen. Anhand dieses Projekts ist zu erkennen, wie wichtig diese für das Gelingen grenzüberschreitender Gesundheitsprojekte sind. Obwohl sich viele Hürden und Probleme im Zuge der Planung auftun, geben die Verantwortlichen nicht auf und versuchen in beiderseitigem Einvernehmen Lösungen zu finden (vgl. Europäische Kommission 2017: 68).

Außerdem führt die Kooperation im Gesundheitswesen wieder zu einer Annäherung der beiden Regionsteile. Manche glauben sogar, dass die Zusammenarbeit der erste Schritt zu einer Wiedervereinigung der Region ist (vgl. GLINOS 2011: 240). Anzumerken ist, dass die Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich nicht die erste in der Region ist. Schon davor werden Kooperationen in anderen Bereichen der Daseinsvorsorge eingegangen, z.B. beim Abwassermanagement und der Kläranlage. Das erleichtert die später folgende Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich (vgl. SANJUÁN und GIL 2013: 160).

6.4 Kriterien für das Gelingen grenzüberschreitender Zusammenarbeit

Wie aus den obigen beiden Beispielen hervorgeht, gibt es einige Faktoren, die für das Gelingen von grenzüberschreitender Zusammenarbeit von Bedeutung sind. Diese sind sehr vielseitig, wie auch die Aufarbeitung von GLINOS (2011: 235ff) zeigt. Sie arbeitet zwei Hauptfaktoren heraus, nämlich systemische und kontextabhängige Faktoren. Diese setzen sich aber aus unterschiedlichen Aspekten zusammen, wie nachfolgende Auflistung zeigt:

- Systemische Faktoren:
 - zentralistische oder dezentrale Verwaltung der Staaten
 - Organisation der Finanzierung des Gesundheitssystems
- Kontextabhängige Faktoren:
 - Bevölkerungsgröße
 - geographische Faktoren
 - kulturelle Faktoren
 - Art der Grenze: starr oder fließend
 - politischer Wille

- Sprache
- politische, administrative und juristische Strukturen

GLINOS und BAETEN (2014: 21f) arbeiten vier notwendige Faktoren heraus, die für ein gutes Gelingen von grenzüberschreitender Zusammenarbeit im Gesundheitswesen unabdingbar sind:

- Bedarf für Zusammenarbeit muss vorhanden sein
- Einbindung engagierter Personen
- Angleichung der Interessen der Partnerländer
- Anpassung an das nationale Gesundheitswesen

Die Probleme, die sich anhand systemischer Faktoren ergeben können, werden am Beispiel des grenzüberschreitenden Krankenhauses in Puigcerdà deutlich. Frankreich wird zentralistisch verwaltet, Spanien dezentral. Auch die Finanzierung der Gesundheitssysteme ist unterschiedlich organisiert. In Frankreich gibt es ein Sozialversicherungssystem, in Spanien wird das Gesundheitswesen aus dem Staatsbudget finanziert (SANJUÁN und GIL 2013: 163).

Demographische, geographische und kulturelle Faktoren werden anhand beider Beispiele verdeutlicht. In beiden Fällen findet die Kooperation zwischen Regionen statt, die kulturell ähnlich sind und die über eine gemeinsame bzw. ähnliche Sprache verfügen. Bei beiden Beispielen weist zumindest eine Seite der Grenze eine ländliche Prägung mit geringen Bevölkerungszahlen und eine damit einhergehend unzureichende Gesundheitsinfrastruktur auf. Die Grenze zwischen den Staaten ist nicht starr, sondern es gibt bereits vor den Gesundheitsprojekten Austausch zwischen den Staaten, weshalb von „fließenden Grenzen“ (vgl. GLINOS 2011: 239) gesprochen werden kann.

Unterschiedliche politische, administrative und juristische Strukturen werden bei den Beispielen aus Belgien-Frankreich und Spanien-Frankreich ebenso herausgearbeitet. Interessant sind die verschiedenen Lösungsansätze, um die Ungleichheiten zu vermindern. Bei der Kooperation zwischen Belgien und Frankreich entscheidet man sich für eine gemeinsame Versicherungskarte und eine eigene Stelle, die die Rechnungen der französischen Patient*innen von Behandlungen in Belgien an die entsprechende Versicherung weiterleitet. Die Bezahlung der Leistungen bleibt also

bei den Versicherungen in Frankreich. Im Falle des grenzüberschreitenden Krankenhauses entscheidet man sich zuerst für ein Globalbudget, aus dem die Kosten getragen werden. Anschließend werden die Erstattungsmethoden für Gesundheitsleistungen zwischen Frankreich und Katalonien angepasst, damit die Kosten für Behandlungen übernommen werden können.

Auch die Kriterien nach GLINOS und BAETEN (2014: 21f) werden von beiden Beispielen erfüllt. Aufgrund der Unterversorgung auf einer Seite der Grenze, in beiden Fällen in Frankreich, besteht die Notwendigkeit für eine grenzüberschreitende Kooperation. Eine Verbesserung im Inland ist aufgrund der Randlage der betrachteten Regionen nicht möglich bzw. nicht sinnvoll. Hinter den Projekten stehen in beiden Fällen engagierte Personen, die trotz vieler Hindernisse die grenzüberschreitenden Projekte durchsetzen. Der politische Wille ist von zentraler Bedeutung, dass grenzüberschreitenden Projekte gelingen können.

Beide Beispiele illustrieren, wie die Angleichung zwischen den Staaten und die Anpassung an die nationalen Gesundheitssysteme funktionieren kann. Im Beispiel Frankreich-Belgien passiert die Anpassung durch die gemeinsame Versicherungskarte. Frankreich und Spanien passen sich an, indem sie für das Krankenhaus gemeinsame Standards verwenden (im konkreten Fall verwenden sie immer den höheren Standard der beiden Staaten).

Es ist deutlich zu erkennen, dass immer regionale Lösungen gefunden werden, um bestmöglich auf die jeweilige Situation in den Regionen reagieren zu können. Wie auch BURGER und WIELAND (2010b: 8) festhalten, gibt es kein Modell, das sich vollständig auf andere Regionen übertragen lässt.

In diesem Sinne sollen die Beispiele aus diesem Kapitel als Anhaltspunkte für die Analyse des Gesundheitszentrums MED Gmünd in den nachfolgenden Kapiteln dienen. Dieses wird in Kapitel 8 nach den Kriterien, die hier aufgelistet werden, analysiert. Abschließend soll so eine Bewertung möglich sein, ob grenzüberschreitende Gesundheitszentren auch für andere niederösterreichische Grenzregionen sinnvoll sein können oder nicht.

7 Fallbeispiel: Zusammenarbeit Gmünd und České Velenice

In diesem Kapitel wird die Zusammenarbeit von Gmünd in Niederösterreich und České Velenice in Südböhmen in Tschechien dargelegt. Diese wird ausgewählt, da einerseits die Geschichte der beiden Städte interessant ist und weil sie andererseits als Modell für andere Regionen gilt. Die Zusammenarbeit zwischen Gmünd und České Velenice gilt nämlich als erste großangelegte Kooperation im Gesundheitsbereich zwischen einem „alten“ und einem „neuen“ EU-Mitgliedsstaat (vgl. NÖGUS o.J.a: 3). Ein drittes Argument für die Wahl dieser Kooperation ist die Errichtung des ersten grenzüberschreitenden Gesundheitszentrums „Healthacross MED Gmünd“. Im Sinne der Homogenität bzw. Heterogenität der Staaten, wie sie in Kapitel 6.1 definiert wird, ist von zwei heterogenen Staaten zu sprechen. Vor allem wirtschaftlich unterscheiden sich Österreich und Tschechien stark, was in Abb. 2 in Kapitel 6.1 nachgesehen werden kann.

In Kapitel 7.1 wird auf die historische Ausgangslage eingegangen, welche jener der Region Cerdanya (siehe Kapitel 6.3.1) ähnelt. Danach werden die EU-Projekte vorgestellt, im Rahmen derer die Zusammenarbeit der beiden Regionen im Gesundheitsbereich gefördert wird. Besonders betrachtet wird das Gesundheitszentrum Healthacross MED in Gmünd, welches im Herbst 2021 eröffnet wird (vgl. NÖ LGA 2021a). Da das Zentrum noch relativ jung ist, gibt es kaum Zahlen und keinerlei wissenschaftliche Analyse. Im Zuge einer Interviewanfrage für diese Arbeit an die NÖ LGA im September 2022 wird darauf verwiesen, dass eine Aufstellung der Statistiken in Planung sei, derzeit aber noch keine validen Daten vorliegen würden. Die wissenschaftliche Analyse des Gesundheitszentrums soll in Kapitel 8 dieser Arbeit stattfinden. Es wird anhand der Kriterien aus Kapitel 6.4 und unter Bezugnahme auf die Standards der SGI diskutiert, wie gut die Zusammenarbeit funktioniert und ob ein solches Gesundheitszentrum für andere Grenzregionen in Niederösterreich denkbar ist oder nicht.

7.1 Historische Ausgangslage

České Velenice ist eine kleine Stadt in Südböhmen mit etwa 3.600 Einwohner*innen direkt an der niederösterreichischen Grenze zu Gmünd mit ca. 5.400 Bewohner*innen (vgl. Galileo Corporation s.r.o 2023, Waldviertel Tourismus o.J.). Getrennt werden

Gmünd und České Velenice nur durch den Fluss Lainsitz. Die geographische Nähe wird durch den folgenden Screenshot aus Google Maps veranschaulicht:



Abb. 5 Karte Gmünd und České Velenice

Quelle: Google Maps 2021

Die beiden Städte sind nicht seit jeher getrennt, sondern gehören bis 1918 zusammen. Bis 1918 wird das Gebiet von einer tschechisch-sprachigen und einer deutschsprachigen Bevölkerung bewohnt. Auch nach Gründung der tschechoslowakischen Republik 1918 bleibt die Region verbunden, da einige Deutschsprechende im nun tschechoslowakischen Gebiet bleiben. Mit dem Ende des 2. Weltkriegs wird die deutschsprachige Bevölkerung aus den Gebieten der tschechoslowakischen Republik abgesiedelt, was zu einer Reduktion der Bevölkerungszahl im Gebiet um České Velenice führt. Aufgrund des Eisernen Vorhangs erfolgt die strikte Trennung der Städte. Grenzübertritte oder Kontakte auf die andere Seite der Grenze sind nahezu unmöglich, da das Grenzgebiet eine militarisierte Zone ist. Das wiederum führt zu einem weiteren Bevölkerungsrückgang, da die Lebensqualität an der Grenze immer weiter sinkt. Auch nach dem Fall des Eisernen Vorhangs 1989 bleibt die Grenze vorerst bestehen. Erst seit dem EU-Beitritt Tschechiens 2004 bzw. dem Beitritt zum Schengenraum 2007 findet wieder mehr oder weniger uneingeschränkter Austausch zwischen den beiden Städten statt (vgl. BÖHM und KUROWSKA-PYSZ 2017: o.S., STEPAN und BIFFL 2017: 32f).

Die Trennung der beiden Städte hat auch Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung. Das vormals gemeinsame Krankenhaus steht im heutigen Gmünd und kann daher ab der Trennung von tschechischen Patient*innen nicht mehr genutzt werden. Innerhalb des tschechischen Staatsgebiets liegt das nächste Krankenhaus 60 Kilometer entfernt in Budweis (vgl. STEPAN und BIFFL 2017: 34).

Das Krankenhaus in Gmünd kann von České Velenice aus in fünf Minuten mit dem Auto erreicht werden (vgl. WHO 2018: 15). Aber auch die Notfallversorgung in Form von Krankenwägen (insb. Notärzt*innenwägen) ist suboptimal. Die Angaben des Landes Niederösterreich unterscheiden sich, der NÖGUS (o.J.a: 3) spricht von 18 Kilometern zum nächsten Wagen, die NÖ LGA (o.J.a) von 30 Kilometern. Weiter unten ist auch auf der Website der NÖ LGA (o.J.a) die Rede von 18 Kilometern, weshalb diese als plausibler erachtet wird. Aufgrund der Entfernung gibt es von tschechischer Seite schon früh, nämlich ab 1999, Bestrebungen für eine Zusammenarbeit. 2003 wird eine Machbarkeitsstudie veröffentlicht, 2008 beginnt die Zusammenarbeit. Diese wird im Rahmen von EU-Projekten gestaltet, über die auch die Finanzierung sichergestellt werden kann (vgl. STEPAN und BIFFL 2017: 34). Auf diese Projekte wird in folgendem Kapitel näher eingegangen.

7.2 EU-Projekte

In diesem Abschnitt werden vier Projekte vorgestellt, die die Zusammenarbeit der Region Niederösterreich-Südböhmen fördern sollen und von der EU finanziert werden. Jene Projekte, die in der Förderperiode 2014-2020 finanziert werden, gehören zu den INTERREG-Projekten, wie sie in Kapitel 6 vorgestellt werden. Im Datensatz, der für die deskriptive Analyse herangezogen wird, können zwei INTERREG-Gesundheitsprojekte gefunden werden, nämlich „Gemeinsam Grenzenlos Gesund – Společně ke zdraví“ und „Healthacross for future“. Das sind aber nicht die einzigen Projekte, die von der EU finanziert werden. Allerdings werden Projekte vor 2014, also jene in der Förderperiode 2007-2013, vom Förderprogramm unter dem Namen „Europäische Territoriale Zusammenarbeit“ (ETZ) bezahlt (vgl. STEPAN und BIFFL 2017: 34). Obwohl die ETZ-Förderungen und die INTERREG-Förderungen als Synonyme zu verstehen sind, scheinen die ETZ-geförderten Projekte in der INTERREG-Datenbank unter den gewählten Suchbegriffen nicht auf. Von den ETZ-Projekten sind zwei für die Zusammenarbeit von Gmünd und České Velenice relevant, nämlich die Vorgängerprogramme von „Healthacross for future“ „healthacross – Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung Niederösterreich – Südböhmen“ und „Healthacross in Practice“. Diese werden nachfolgend ebenfalls vorgestellt.

7.2.1 healthacross – Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung

Niederösterreich – Südböhmen

Die erste Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich zwischen Gmünd und České Velenice startet 2008 im Rahmen des EU-Förderprogramms „Europäische Territoriale Zusammenarbeit Österreich-Tschechien 2007-2013“ mit dem Projekt „healthacross – Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung Niederösterreich – Südböhmen“. Die Laufzeit des Projekts ist auf zwei Jahre, bis Ende 2010, beschränkt. Die Kooperation wird von den beiden Krankenhausträgern vereinbart, nämlich der NÖ Landeskliniken-Holding und der Südböhmischen Krankenhaus AG (vgl. NÖGUS o.J.a: 3, STEPAN und BIFFL 2017: 34). Die NÖ Landeskliniken-Holding ist damals für die Verwaltung der Landeskrankenhäuser in Niederösterreich zuständig. 2020 wird diese Aufgabe an die neugegründete NÖ Landesgesundheitsagentur übergeben (vgl. NÖ LGA o.J.a: 4). Das übergeordnete Ziel des Projekts ist, die Gesundheitsdienstleistungen der Grenzregion für alle Bewohner*innen nutzbar zu machen. Dafür werden zehn Unterziele formuliert:

- kurze Wege durch einen besseren Zugang zur Gesundheitsversorgung der Region
- Kooperation fördern und eine Rechtsgrundlage schaffen
- medizinische Ausrüstung und medizinisches Personal gemeinsam nutzen, um Angebot zu verbessern und Kosten zu reduzieren
- Notfallversorgung optimieren
- gemeinsame Qualitätsstandards für den Gesundheitsbereich
- Hürden in der Zusammenarbeit reduzieren
- Fortbestand der Versorgung garantieren
- vier Grundfreiheiten der EU für alle Patient*innen gewährleisten
- Austausch forcieren und Praktiken und Kenntnisse gemeinsam nutzen
- langfristige Planung für die grenzüberschreitende Zusammenarbeit (vgl. NÖGUS o.J.a: 4)

Erreicht werden diese Ziele im ersten Schritt nicht, da der Output des Projekts lediglich zwei Berichte sind. Ein Bericht befasst sich mit den beiden Gesundheitssystemen, der Versorgung in der Region Niederösterreich-Südböhmen und gibt Handlungsempfehlungen. Der zweite Bericht ist eine Machbarkeitsstudie zur

grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im stationären und ambulanten Bereich (vgl. NÖGUS o.J.a: 4f, STEPAN und BIFFL 2017: 34). Im ersten Bericht von BURGER und WIELAND (2010a: 13) wird bereits das langfristige Ziel eines grenzüberschreitenden Gesundheitszentrums formuliert.

Zusätzlich zu den Berichten wird erstmals eine gemeinsame grenzüberschreitende Rettungsübung durchgeführt. Ziel dieser ist, die Zusammenarbeit zwischen österreichischen und tschechischen Rettungsteams auszuprobieren, um mögliche Hürden identifizieren zu können. Als Konsequenz werden ein Wörterbuch für den Rettungsdienst erstellt und Sprachkurse organisiert, um Sprachbarrieren zu vermindern (vgl. NÖGUS o.J.a: 4f, NÖ LGA o.J.c, STEPAN und BIFFL 2017: 34).

7.2.2 Healthacross in Practice

Das Projekt „Healthacross in Practice“ kann als Nachfolgeprogramm von „healthacross“ gesehen werden, was aufgrund des Namens leicht erkennbar ist. Auch dieses Projekt wird aus den Mitteln des Programms „Europäische Territoriale Zusammenarbeit Österreich – Tschechien 2007-2013“ finanziert. Das Projekt läuft ab dem Beginn des Jahres 2012 bis Ende März 2014 mit denselben Projektpartnerinnen wie das vorangegangene Projekt. In diesem Projekt steht die praktische Ausführung der grenzüberschreitenden Behandlung von Patient*innen im Vordergrund. Dafür werden acht konkrete Ziele formuliert:

- Kooperation im Gesundheitsbereich stärken, um den Zugang zum Gesundheitswesen in der Region zu stärken
- Lebensqualität, Lebensbedingungen und Zugang zu hochqualitativer Gesundheitsversorgung verbessern
- positive Effekte für die regionale Wirtschaft erzielen
- Synergien und Ressourcen optimal nutzen
- Bevölkerung über Möglichkeiten der grenzüberschreitenden Kooperation informieren
- Region Gmünd - České Velenice als Modellregion für grenzüberschreitende Gesundheitsprojekte in Europa positionieren
- grenzüberschreitenden Patient*innenaustausch evaluieren

- langfristige interregionale Kooperation im Gesundheitsbereich aufbauen (vgl. NÖGUS o.J.a: 6)

Die Pilotphase des Projekts findet 2013 zwischen Februar und Juni statt. In diesen fünf Monaten werden 133 tschechische Patient*innen im Krankenhaus in Gmünd ambulant behandelt. Diese werden von ausgewählten Hausärzt*innen ins Krankenhaus überwiesen und zu definierten Ordinationszeiten in der Ambulanz behandelt. Zu diesen Zeiten ist tschechisches Personal anwesend, um sprachliche Barrieren zu vermeiden. Zusätzlich steht zu diesen Zeiten ein*e Dolmetscher*in zur Verfügung (vgl. BIFFL und STEPPAN 2017: 34, NÖGUS o.J.a: 8). Die Kosten für die Behandlungen werden von den Krankenversicherungen der Patient*innen oder durch Gelder aus der Projektfinanzierung gedeckt, sodass die Patient*innen keinen Selbstbehalt leisten müssen. Dadurch soll die finanzielle Hürde einer Behandlung im Ausland vermieden werden. Auch in Notfällen ist es möglich, dass Tschech*innen im Krankenhaus in Gmünd behandelt werden. Diese Fälle werden allerdings außerhalb der Pilotphase abgehandelt (vgl. BÖHM und KUROWSKA-PYSZ 2019: o.S., NÖGUS o.J.a: 7). Für diese Notfälle ist eine eigene Vereinbarung notwendig, damit Krankenwägen die Grenze passieren dürfen. Die Verhandlungen darüber starten bereits 2007, sie können aber erst 2016 abgeschlossen werden (vgl. WHO 2018: 17).

Nach Abschluss der Pilotphase erfolgt eine Evaluierung, in die die Zufriedenheit der Patient*innen und Ärzt*innen miteinbezogen wird. Diese ist bei beiden Gruppen sehr groß. Vorab gibt es kaum Ängste seitens der Patient*innen vor Kultur- oder Sprachunterschieden, Sprachprobleme treten kaum auf. Generell wird die Versorgung im Krankenhaus in Gmünd als wesentlich besser angesehen als die Versorgung in Tschechien. Als Hauptgründe für die Entscheidung, die grenzüberschreitende Option zu wählen, geben die Patient*innen jedoch die Nähe und Empfehlung der Hausärzt*innen an (vgl. NÖGUS o.J.a: 8f). Die bessere Qualität scheint in der Entscheidung keine Hauptrolle zu spielen. Auch für das Krankenhaus bzw. die NÖ Landeskliniken-Holding (und später die Landesgesundheitsagentur) hat die Zusammenarbeit positive Effekte. Durch derartige Kooperationen können Patient*innenzahlen aufrecht erhalten werden, was dazu führt, dass die KH-Dichte in Niederösterreich erhalten werden kann. Es wird auch versucht, weitere derartige Kooperationen in Niederösterreich zu finden (vgl. BÖHM und KUROWSKA-PYSZ 2019: o.S.).

Die positive Evaluierung führt dazu, dass ein Regelbetrieb aufgenommen wird. Es wird mit rund 1.000 Patient*innen pro Jahr gerechnet (vgl. Amt der NÖ Landesregierung 2014). Die aktuellsten Zahlen, die gefunden werden können, stammen aus März 2021 und besagen, dass bis dahin rund 8.000 tschechische Patient*innen ambulant und ca. 50 stationär im Krankenhaus Gmünd versorgt werden können (vgl. Europäische Kommission 2021a). Da laut NÖGUS (o.J.a: 9) im Jänner 2014 die Verhandlungen zur Finanzierung des Projekts abgeschlossen werden und der Regelbetrieb laut NÖ Landesregierung (2014) ab sofort startet, sind es bis März 2021 sieben Jahre, d.h. dass die Erwartung der ca. 1.000 Patient*innen pro Jahr sogar übertroffen wird.

7.2.3 Healthacross for Future

Das dritte Projekt der Healthacross-Reihe heißt „Healthacross for Future“. Dieses Projekt wird aus den Mitteln des INTERREG V-A-Programms „Österreich Tschechien 2014-2020“ finanziert. Es startet mit Mai 2017 und endet am 31.12.2021 (vgl. NÖ LGA o.J.c). Interessant ist, dass im Tätigkeitsbericht des NÖGUS (o.J.c) von 2021 keine Informationen zu diesem Projekt mehr auffindbar sind.

Es stehen über 400.000 Euro zur Verfügung. Als Ziele werden formuliert, dass die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen weitergeführt und der Erfahrungsaustausch gefördert werden soll. Außerdem sollen die Behandlungsmöglichkeiten für tschechische Patient*innen vom ambulanten auf den stationären Bereich ausgeweitet werden (vgl. Interact o.J., NÖ LGA o.J.c). Laut Anfragebeantwortung des Landesrates Dr. Martin Eichinger (2020: o.S.) an den NÖ Landtag ist das Ziel, 45 tschechische Patient*innen im KH Gmünd stationär zu behandeln. Dieses kann erreicht bzw. sogar leicht übertroffen werden (vgl. NÖ LGA 2021c: o.S.). Die Patient*innenzahlen insgesamt nehmen zu und so können rund 1.600 tschechische Patient*innen jährlich im Landesklinikum Gmünd behandelt werden (vgl. Bundeskanzleramt 2020). Das übertrifft die Zielsetzung aus dem Healthacross in Practice Projekt erneut.

Es werden auch eine Studie und eine juristische Analyse in Auftrag gegeben, um die Frage der Leistungsverrechnung für Gesundheitsdienstleistungen zwischen Tschechien und Österreich zu klären. Es wird empfohlen, eine dauerhafte, einheitliche Lösung zu finden, damit die Rückerstattung für Menschen aus beiden Staaten

sichergestellt werden kann. Die Höhe der Beträge, die rückerstattet werden, unterscheidet sich nämlich. Änderungsvorschläge dafür sind eine Überarbeitung der Herangehensweisen der Krankenkassen oder die Schaffung eines gemeinsamen Rückerstattungszentrums, das auf Basis einer gemeinsamen Erstattungsregelung die grenzüberschreitenden Fälle bearbeitet (vgl. NÖ LGA 2021c: o.S.).

Weiters soll die Planung des grenzüberschreitenden Gesundheitszentrums vorangetrieben werden, was als Kernprojekt von Healthacross for Future angesehen werden kann. Der Arbeitstitel für dieses Projekt lautet „Cross-border Health Cube“ und wird als Innovation für den Gesundheitssektor präsentiert, weil es ein derartiges Zentrum in der EU noch nicht gibt. Da die Infrastruktur nur einmal zur Verfügung gestellt werden muss, sie aber von Personen aus beiden Ländern genutzt werden kann, soll echte grenzüberschreitende Zusammenarbeit stattfinden, durch die neue Lebens- und Wirtschaftsräume entstehen sollen. Ein weiteres Ziel ist, dass die Spitalsambulanzen durch das Gesundheitszentrum entlastet werden (vgl. Interact o.J.). Auf das Gesundheitszentrum, das nun unter dem Namen „Healthacross MED Gmünd“ läuft, wird in Kapitel 7.3 genauer eingegangen.

7.2.4 Gemeinsam Grenzenlos Gesund – Společně ke zdraví

Das Projekt mit dem vollständigen Namen „Gemeinsam Grenzenlos Gesund – Společně ke zdraví. Gemeinsame grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung Niederösterreich-Südmähren-Südböhmen“ wird Anfang 2016 eingereicht und über das INTERREG V-A-Programm „Österreich-Tschechien 2014-2020“ gefördert (vgl. STEPAN und BIFFL 2017: 35). Die Laufzeit endet mit Jahresende 2021. Bis dahin stehen über 900.000 Euro zur Verfügung, fast 800.000 Euro davon werden von der EU beigesteuert (vgl. Interact o.J.). Die Ziele des Projektes sind, die Kooperation der drei Regionen Niederösterreich, Südböhmen und Südmähren anzuregen, Erfahrungsaustausch zu ermöglichen und auch praktisch zu kooperieren (vgl. Amt der NÖ Landesregierung o.J., Interact o.J.). Wie an dem Titel zu erkennen ist, sollten drei Regionen in das Projekt eingebunden werden. Die Kooperationen im klinischen Bereich betreffen allerdings nur Krankenhäuser in Südmähren und Niederösterreich, wobei Gmünd nicht umfasst ist. Allerdings wird eine grenzüberschreitende Rettungsk Kooperation aufgebaut, von der auch Südböhmen und Gmünd profitieren könnten. Dafür werden die Kommunikationstechnologien vereinheitlicht, damit die

7.3 Healthacross MED Gmünd

Healthacross MED Gmünd ist der aktuelle Name des grenzüberschreitenden Gesundheitszentrums in Gmünd. Der Arbeitstitel lautet „Cross-border Health Cube“, bei der Eröffnung des Gesundheitszentrums ist der Name „Healthacross Gesundheitszentrum“ zu finden (vgl. Interact o.J., NÖ LGA 2021b). Mit allen drei Bezeichnungen ist dasselbe Gesundheitszentrum in Gmünd gemeint. Das Gesundheitszentrum steht direkt an der österreichisch-tschechischen Grenze und soll die langfristige Zusammenarbeit der beiden Länder festigen (vgl. WHO 2018: 21). In nachfolgender Abbildung ist ein Ausschnitt der Stadt Gmünd samt Grenze dargestellt. Das rote „X“ zeigt an, wo das Gesundheitszentrum steht. Die Adresse lautet Bleylebenstraße 6, 3950 Gmünd.



Es wird, wie bereits in Kapitel 7.2.3 erwähnt, im Rahmen des INTERREG-Projekts Healthacross for Future geplant. Für den Bau des Gebäudes werden 2,5 Mio. Euro aus dem „Österreichischen Programm für ländliche Entwicklung 2014 bis 2020“ zur

Verfügung gestellt, da die INTERREG-Projektfinanzierung dafür nicht ausreichend ist (vgl. Interact o.J., NÖ LGA 2022, PILZ 2021, WHO 2018: 21). Dies ist ein Förderprogramm des österreichischen Landwirtschaftsministeriums für nachhaltige Landwirtschaft, regionale Wirtschaft und Gemeinden (vgl. Bundeskanzleramt o.J.). Nun ist das Gebäude im Besitz der Stadtgemeinde Gmünd (vgl. Interact o.J.). Träger des Gesundheitszentrums ist die NÖ Landesgesundheitsagentur. Im zweiten Bericht, der im Rahmen des healthacross Projekts erstellt wird, wird die Gründung eines EVTZ überlegt, der als Rechtspersönlichkeit Träger des Gesundheitszentrums sein könnte. Dies wird allerdings nicht umgesetzt. Das Gesundheitszentrum wird also von Behörden eines Landes, im konkreten Fall von jenen aus Niederösterreich, verwaltet und nicht wie im Falle des Krankenhauses in Spanien von beiden Kooperationsstaaten gemeinsam (vgl. BURGER und WIELAND 2010b: 9ff, NÖ LGA 2023a).

Der Förderantrag wird im Frühjahr 2019 bewilligt, der Spatenstich erfolgt am 18.05.2019 (vgl. NÖGUS o.J.b: 91). Ursprünglich ist geplant, mit dem Krankenhaus in Jindřichův Hradec in Tschechien zu kooperieren, v.a. bei der Behandlung von älteren Menschen und chronisch Kranken (vgl. BÖHM und KUROWSKA-PYSZ 2019: o.S.). Dazu ist in der Projektbeschreibung und allen bisherigen Informationen zur Umsetzung allerdings nichts mehr zu finden. Nach rund 2,5 Jahren Bauzeit wird das Gesundheitszentrum am 16.10.2021 eröffnet (vgl. NÖ LGA 2022). Unter dem Motto „Europäisches Zentrum für Gesundheit und Vitalität“ wird ein biopsychosozialer Ansatz verfolgt. Dieser umfasst körperliche, mentale, emotionale und soziale Bedürfnisse. Außerdem gibt sich das Gesundheitszentrum eine Mission, die sie erreichen möchte:

- niederschwelliger Zugang zur Gesundheitsversorgung für alle Bevölkerungsgruppen
- umfassende Versorgung durch multiprofessionelles Team
- evidenzbasierte Gesundheitsförderung, Prävention und Krankenbehandlung
- kontinuierliche Versorgung durch ein Team, das dauerhaft, langfristig und nachhaltig Menschen unterstützt
- Gesundheitsorientierung in allen Behandlungsschritten
- proaktiv auf die Bevölkerung zugehen, um Krankheiten frühzeitig erkennen zu können und die Gesundheitskompetenz zu stärken
- auf die einzelne Person bezogene Versorgung gewährleisten

- familienorientierte Versorgung
- Bevölkerungsorientierung
- lebende Organisation durch Weiterentwicklung und Wissensaufbau (vgl. NÖ LGA 2021c: o.S.)

Das Gebäude umfasst 690 m², von denen 665 m² genutzt werden können (vgl. NÖ LGA 2023a, NÖ LGA 2023b). Es stehen 17 Räume, der Eingangsbereich mit der Anmeldung und eine Zufahrt für Rettungsfahrzeuge zur Verfügung. Die Räume unterscheiden sich in der Ausstattung und Größe, weshalb sie für unterschiedliche Zwecke genutzt werden. Zwölf Räume sind klassische Ordinationsräume, weiters gibt es zwei große Therapieräume, einen Behandlungsraum, einen Raum für Infusionen und Blutabnahme und einen Sozialraum. Die Räume können von Ärzt*innen und Therapeut*innen angemietet werden (vgl. NÖ LGA 2023b). Mit Stand September 2023 weist die Homepage des Gesundheitszentrums 21 Mieter*innen aus 19 Fachrichtungen auf (vgl. NÖ LGA 2023a). Werden diese näher betrachtet, können aber nur 15 Fachrichtungen gefunden werden. Die 21 Mieter*innen können bestätigt werden. In Tabelle 6 werden diese aufgelistet mit den Information, wie viele Ärzte² und Therapeut*innen jeweils tätig sind, wie viele Ordinationsassistentinnen³ diese haben und ob sie einen Kassenvertrag verfügen oder nicht. Angemerkt wird an dieser Stelle, dass alle Ärzte und Therapeut*innen vertraglich unabhängig voneinander agieren. Sie treten den Patient*innen und auch den Sozialversicherungen gegenüber als eigenständige Dienstleister*innen auf (vgl. NÖ LGA 2021c: o.S.).

² Es sind nur Ärzte, keine Ärztinnen im Gesundheitszentrum tätig.

³ Es gibt nur Ordinationsassistentinnen, also keine Männer in dieser Funktion.

Tabelle 6. Medizinisches Personal Healthacross MED Gmünd

FACHRICHTUNG	ANZAHL Ä/T ⁴	ANZAHL ASS ⁵	KASSE ⁶
Allgemeinmedizin	2	5	alle
Kinder- und Jugendheilkunde	1	2	alle
Hals, Nasen, Ohren (HNO)	1	1	alle
Orthopädie	2	2	keine
Neurologie	1	1	keine
Physiotherapie	3	-	keine bzw. keine Info
Geburtsvor- und Nachbetreuung	1	-	keine
Logopädie	1	-	alle
Psychotherapie	3	-	keine
Psychologie	1	-	keine
Ergotherapie	1	-	ÖGK
Eltern-Kind-Unterstützung	1	-	keine
Humanenergetik	1	-	keine
Lasertherapie	1	-	keine
Diätologie	1	-	keine

Datenquelle: NÖ LGA 2023b

Im Vergleich zu den Angaben zum Spatenstich fehlen die Fachrichtungen Chirurgie, Interne und Gynäkologie. Die Gynäkologie-Suche gestaltet sich von Anfang an schwierig und es wird stets betont, dass es bis zur Eröffnung noch zu Änderungen kommen kann (vgl. LOHNINGER 2021). Anscheinend kann bis heute niemand für diese drei Fachrichtungen gefunden werden.

Laut BÖHM und KUROWSKA-PYSZ (2019: o.S.) sollte der Fokus des Gesundheitszentrums auf der Notfallversorgung von tschechischen Patient*innen liegen. Dies ist allein aufgrund der Ärzt*innen-Situation nicht möglich. Es scheint, als wäre von diesem Fokus abgerückt worden. Laut WHO (2018: 21) soll der Fokus auf medizinischer Grundversorgung liegen. Daneben soll es Angebote geben, die im Krankenhaus in Gmünd nicht verfügbar sind. Dieser Fokus wird beibehalten, da die medizinische Grundversorgung durch die Hausärzte möglich sein kann. Außerdem

⁴ Anm.: Ä/T steht für Ärzte und Therapeut*innen

⁵ Anm.: ASS steht für Ordinationsassistentinnen

⁶ Anm.: Kasse = Krankenkasse

stehen ärztliche und therapeutische Behandlungen zur Verfügung, die es am KH Gmünd nicht gibt. Dieses verfügt beispielsweise nicht über eine Kinderstation, also kann der Kinderarzt als Zusatzangebot angesehen werden. Auch die Angebote der Therapeut*innen sind in dieser Form im Krankenhaus nicht zu erhalten (vgl. NÖ LGA 2023c).

Zählt man Ärzte (7), Therapeut*innen (14) und Ordinationsassistentinnen (11) zusammen, kommt man auf 32 Personen. Da manche davon aber in mehrfacher Funktion tätig sind, gibt es 28 medizinisch Beschäftigte. Hinzu kommen drei Personen für die Zentrumsleitung und -verwaltung, macht also 31 Beschäftigte. Laut Homepage (NÖ LGA 2023a) arbeiten 42 Menschen im Gesundheitszentrum. In welchen Bereichen die fehlenden 11 Personen tätig sind, kann nicht herausgefunden werden. Vermutet wird, dass es sich dabei um Reinigungskräfte, Techniker*innen etc. handelt.

Von den 31 Personen, die gefunden werden können, sind drei fürs Dolmetschen zuständig. Zwei davon scheinen Tschechisch als Muttersprache zu haben, eine Deutsch. Ein Orthopäde und der Neurologe stammen aus Tschechien, wobei der Neurologe vor seiner Tätigkeit im Gesundheitszentrum in Gmünd bereits in Deutschland praktiziert hat. Weiters ist er seit 2019 am Klinikum in Horn tätig, weshalb bei ihm nicht davon ausgegangen werden kann, dass die Gründung des Healthacross MED Gmünd der Grund dafür ist, dass er nach Österreich gekommen ist. Zu den zwei Ärzten mit tschechischem Hintergrund kommt eine tschechische Physiotherapeutin. Anhand dieser Zahlen wird deutlich, dass österreichisches Personal dominiert.

Weiters fällt auf, dass die Ordinationsassistentinnen dem jeweiligen Arzt zugeordnet sind. Obwohl manche für zwei Ärzte tätig sind, scheint es, als ob die Verwaltung der Patient*innen (Anmeldung etc.) nicht gemeinschaftlich geregelt ist. Stattdessen organisiert sich dies jeder Arzt selbst. Es wird aber vom Management des Zentrums versucht, organisatorische Aufgaben zu übernehmen, damit sich das medizinische Personal auf seine Tätigkeiten konzentrieren kann (vgl. NÖ LGA 2023b, NÖ LGA 2023d).

Wie in Tabelle 6 ersichtlich, verfügen die wenigsten Ärzte und Therapeut*innen über einen Kassenvertrag. Die beiden Allgemeinmediziner, die in einer Gruppenpraxis arbeiten, der Kinderarzt, der HNO Arzt und die Logopädin verfügen über einen Vertrag mit allen Kassen. Dazu kommt die Ergotherapeutin, die einen Vertrag mit der

Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) hat. Auch die Verfügbarkeiten und Öffnungszeiten unterscheiden sich stark. Während die Allgemeinmediziner von Montag bis Freitag jeweils zumindest drei Stunden geöffnet haben, sind andere nur an einzelnen Tagen und für wenige Stunden im Zentrum (vgl. NÖ LGA 2023b). Es stellt sich die Frage, ob diese kurzen Öffnungszeiten und die vielen Wahlärzte und Wahltherapeut*innen für eine umfassende Versorgung der Bevölkerung ausreichend sind.

Anzumerken ist weiters, dass tschechische Patient*innen mit administrativen Hürden konfrontiert sind. Da es kein eigenes Übereinkommen für die Leistungsverrechnung an tschechische Krankenkassen gibt (obwohl dieses in der Machbarkeitsstudie des healthacross Projekts empfohlen wird), sollten die Tschech*innen eine Vorabgenehmigung von den tschechischen Krankenkassen einholen, um Leistungen im Healthacross MED Gmünd in Anspruch nehmen zu können. Das tschechische Recht erlaubt keine Verträge zwischen tschechischen Krankenkassen und ausländischen Gesundheitsdienstleister*innen. Holen sich tschechische Patient*innen keine Genehmigung ein, könnte es sein, dass die Krankenkasse die Kosten nicht bzw. nur teilweise rückerstattet, da die Behandlungskosten in Österreich höher sind als in Tschechien. Die tschechischen Patient*innen müssten anderenfalls die Kosten selbst tragen (vgl. BÖHM und KUROWSKA-PYSZ 2019: o.S., BURGER und WIELAND 2010b: 8f, PILZ 2021).

Positiv anzumerken ist, dass die beteiligten Stakeholder großes Engagement für die Zusammenarbeit zeigen und somit gewillt sind, auftauchende Probleme zu lösen. Dies streichen auch BÖHM und KUROWSKA-PYSZ (2019: o.S.) als wichtigstes Argument für das gute Funktionieren der Zusammenarbeit heraus.

8 Diskussion

Wie bereits erwähnt, wird in diesem Kapitel die Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich zwischen Gmünd und České Velenice analysiert. Besonders im Fokus steht das grenzüberschreitende Gesundheitszentrum Healthacross MED Gmünd. Abschließend soll die Forschungsfrage beantwortet werden, ob derartige Gesundheitszentren auch für andere Grenzregionen Niederösterreichs sinnvoll sein können. Die Analyse passiert anhand der in Kapitel 6.4 genannten Kriterien von GLINOS (2011: 235ff) und GLINOS und BAETEN (2014: 21f) und anhand der Standards der Services of General Interest, die in Kapitel 3.1.3 erläutert werden.

8.1 Kriterien für grenzüberschreitende Projekte

Zuerst wird das Gesundheitszentrum nach den Kriterien analysiert, die von GLINOS (2011: 235ff) und GLINOS und BAETEN (2014: 21f) herausgearbeitet werden. Diese werden in Kapitel 6.4 bereits aufgelistet. Die Kriterien nach GLINOS (2011: 235ff) unterteilen sich in zwei Hauptfaktoren, nämlich systemische und kontextabhängige Faktoren, welche sich jeweils wieder in Unterkategorien aufteilen. Das Gesundheitszentrum Healthacross MED Gmünd wird anschließend nach diesen beiden Hauptkategorien analysiert. GLINOS und BAETEN (2014: 21f) definieren eher allgemeine, nicht so detaillierte Kriterien, weshalb diese in die Kriterien von GLINOS (2011: 235ff) eingebettet werden. Zuerst wird auf die systemischen Faktoren eingegangen, anschließend auf die kontextabhängigen.

8.1.1 Systemische Faktoren

Zu den systemischen Faktoren gehören laut GLINOS (2011: 235ff) die Art der Verwaltung der Staaten und die Organisation der Gesundheitssysteme. GLINOS und BAETEN (2014: 22) halten fest, dass grenzüberschreitende Projekte an die nationalen Gesundheitssysteme angepasst werden müssen, um erfolgreich sein zu können. Das geht einfacher, wenn die Gesundheitssysteme der beteiligten Staaten ähnlich aufgebaut sind. Dazu wird festgehalten, dass das Gesundheitswesen in Tschechien zentral verwaltet wird und somit vom Gesundheitsministerium gesteuert wird. In Österreich sind die Kompetenzen geteilt. Der Großteil des Gesundheitssystems wird

vom Bund verwaltet, allerdings gibt es wichtige Ausnahmen. Beispielsweise fallen die Krankenhäuser in die Kompetenz der Länder, weshalb die Organisation des Gesundheitswesens in Österreich durchaus als dezentral bewertet werden kann (vgl. BURGER und WIELAND 2010a: 37ff). Es ist also ein Unterschied bei der Verwaltung der Staaten festzuhalten.

Im Gegensatz dazu sind die Gesundheitssysteme beider Staaten recht ähnlich gestaltet. Tschechien und Österreich haben ein Sozialversicherungssystem, durch das Behandlungskosten abgedeckt werden können. In beiden Staaten gibt es mehrere Krankenkassen. Der Unterschied dabei ist, dass in Österreich die Zuordnung zum jeweiligen Sozialversicherungsträger aufgrund von beruflichen und betrieblichen Kriterien erfolgt. In Tschechien obliegt die Auswahl des Sozialversicherungsträgers einem selbst. Dieser kann sogar alle 12 Monate gewechselt werden. Private Zusatzkrankenversicherungen spielen im tschechischen System kaum eine Rolle (vgl. BURGER und WIELAND 2010a: 37ff).

Anhand der systemischen Faktoren lässt sich festhalten, dass die Kriterien für eine grenzüberschreitende Zusammenarbeit gegeben sind, da sich die Systeme nicht maßgebend voneinander unterscheiden.

8.1.2 Kontextabhängige Faktoren

Die kontextabhängigen Faktoren umfassen viele verschiedene Aspekte. Dazu gehören die Bevölkerungsgröße, geographische Faktoren, kulturelle Faktoren, die Sprache, die Art der Grenze, der politische Wille und sämtliche politische, administrative und juristische Strukturen. GLINOS und BAETEN (2014: 21) fassen die ersten fünf dieser Kriterien als „Presence of a local need“ zusammen. Sie stellen also fest, dass die Grundvoraussetzung für jede grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich der lokale Bedarf ist. In den meisten Fällen kommt er daher, weil auf einer Seite der Grenze die medizinische Versorgung unzureichend ist. Die Ursachen für den Mangel an Gesundheitsinfrastruktur sind meistens durch die von GLINOS (2011: 235ff) definierten Faktoren gegeben, wie z.B. die geographische Randlage oder die ländliche Prägung der Region.

Im Falle der Zusammenarbeit von Gmünd und České Velenice spielt die Bevölkerungsgröße dahingehend eine Rolle, als dass beides kleine Städte sind mit

5.400 bzw. 3.600 Einwohner*innen. Dementsprechend ist es wenig sinnvoll in beiden Städten ein eigenes Krankenhaus bzw. ein eigenes Gesundheitszentrum zu errichten. Es gäbe nicht genügend Patient*innen, die die Gesundheitseinrichtungen nutzen würden, womit diese nicht wirtschaftlich geführt werden könnten.

Die Basis für die Zusammenarbeit bilden jedoch geographische und historische Faktoren. Wie in Kapitel 7.1 erläutert, gehören die beiden Städte einst zusammen. Durch die Trennung wird dem Stadtteil České Velenice der Zugang zu „seinem“ Krankenhaus verwehrt. Daher scheint es logisch, wieder zu kooperieren, sobald dies aufgrund der geopolitischen Lage wieder möglich ist. Auch die Grenzlage und die rurale Prägung der beiden Städte fördert die Zusammenarbeit, da die medizinische Versorgung auf beiden Seiten der Grenze nicht optimal ist. In Tschechien ist sie aber aufgrund des fehlenden Krankenhauses natürlich schlechter. Beide Städte liegen sozusagen am Rand ihrer Staaten und größere Städte mit guter Gesundheitsinfrastruktur sind etliche Kilometer entfernt (auf tschechischer Seite sind es 60 Kilometer bis zum nächsten Krankenhaus). Getrennt werden die beiden Städte nur durch einen Fluss, welcher kein Hindernis bei der Überquerung der Grenze darstellt. So findet sich beispielsweise direkt beim grenzüberschreitenden Gesundheitszentrum Healthacross MED Gmünd eine Fußgänger*innenbrücke, welche Gmünd und České Velenice verbindet.

Unter kulturellen Faktoren versteht GLINOS (2011: 238), dass sich die Bevölkerung an der Grenze als eine Einheit versteht. Die Grenze markiert also zwei verschiedene Staaten, nicht aber zwei verschiedene Kulturen. Diese Situation lässt sich in Gmünd und České Velenice nicht vermuten, da die kulturelle Prägung in der Vergangenheit auf verschiedene Art stattgefunden hat. Aufgrund des Eisernen Vorhangs und der damit einhergehenden Trennung der Städte und somit auch der Kultur, ist kultureller Austausch kaum möglich. Diese Vermutung bestätigt VASARI (2018) indem er schreibt, dass die Menschen in České Velenice damals als „die Anderen“ gesehen werden. Nach dem Fall des Eisernen Vorhangs sind gravierende Unterschiede in der Entwicklung der beiden Städte zu erkennen. Die Entwicklung von České Velenice ist wesentlich weniger weit fortgeschritten als jene in Gmünd. Dieser große Unterschied ist in knapp 35 Jahren schwer aufzuholen, v.a. weil die Entwicklung in Österreich nicht stehen bleibt. Auch CIZEK (2010: 62) kommt in seiner Diplomarbeit zu der Erkenntnis, dass keine gemeinsame regionale Identität vorhanden ist. Deshalb sieht die Autorin

dieser Arbeit die Voraussetzung einer gemeinsamen Grenzbevölkerung als Einheit nicht als erfüllt an.

Dass die Bevölkerung keine Einheit ist, zeigt sich auch an der unterschiedlichen Sprache. In České Velenice wird Tschechisch gesprochen, in Gmünd Deutsch. BURGER und WIELAND (2010a: 9) sehen die Sprachbarriere auch als eine der größten Hürden für die Zusammenarbeit im Gesundheitswesen. Diese Befürchtung bestätigt sich jedoch nicht, da im Krankenhaus und im Gesundheitszentrum in Gmünd tschechisches Personal bzw. Dolmetscher*innen zur Verfügung stehen (vgl. BÖHM und KUROWSKA-PYSZ J. 2019: o.S.).

GLINOS (2011: 239f) unterscheidet zwei Arten von Grenzen, nämlich fließende und starre. Fließende Grenzen definiert sie folgendermaßen:

„A fluid border is physically and geographically easy to cross, does not present an administrative barrier and is not perceived as a separation as such. People do not see ‘the other side of the border’ as foreign territory and cross-border transfers are thus facilitated.” (GLINOS 2011: 239)

Starre Grenzen hingegen werden von ihr als schwer überwindbar beschrieben: *„(...) rigid borders are characterized by geographical and natural elements which constitute a physical separation (mountains, water), significant administrative access procedures and the unfamiliarity and foreignness felt by the populations living on each side of the border (for example, through speaking different languages).”* (GLINOS 2011: 239f)

Die Grenze zwischen Gmünd und České Velenice ist als Mischung dieser beider Konzepte anzusehen. Es gibt zwar die natürliche Trennung durch den Fluss, allerdings ist die Grenze sehr leicht überquerbar. Seit dem Beitritt Tschechiens zum Schengenraum gibt es keine (bzw. kaum) Grenzkontrollen mehr, was den Übertritt noch erleichtert. Aufgrund der unterschiedlichen Sprache und der Geschichte der beiden Staaten kann eher von einer starren Grenze gesprochen werden. Grenzüberschreitende Projekte versuchen, die Grenze aufzuweichen und eine gemeinsame Region zu schaffen. Die Gmünder Bürgermeisterin bestätigt im Artikel von VASARI (2018), dass die Zusammenarbeit mit České Velenice gut funktioniert und sie sich als gemeinsame Region sehen. Somit befindet sich die Grenze gerade am Übergang von einer starren zu einer fließenden Grenze.

Der politische Wille der regionalen Verantwortlichen ist maßgebend für den Erfolg von grenzüberschreitender Zusammenarbeit (vgl. GLINOS 2011: 240). GLINOS und BAETEN (2014: 22) beschreiben diese Voraussetzung als „Einbindung engagierter Personen“, wobei nicht nur Politiker*innen gemeint sind, sondern auch Ärzt*innen und Krankenhausdirektor*innen. Sie arbeiten ein weiteres Kriterium heraus, das zum politischen Willen gezählt werden kann, nämlich die Angleichung der Interessen der Partnerstaaten. Damit das passiert, ist der politische Wille notwendig, grenzüberschreitende Projekte umsetzen zu wollen. Dieser Wille ist auch bei der Kooperation von Gmünd und České Velenice da, was STEPAN und BIFFL (2017: 37) bestätigen. Von einer Wiedervereinigung (wie sie in der Region Cerdanya gesehen wird) sind die beiden Städte aber weit entfernt. Es können keine derartigen Bestrebungen aus der Literatur herausgelesen werden. Weiters wird festgehalten, dass der Wille zur Zusammenarbeit da ist, weil die Versorgung in der Region Gmünd-České Velenice verbessert werden soll. Befürchtungen, wie sie GLINOS (2011: 240) äußert, dass sich Politiker*innen durch ihren Einsatz mehr Macht bzw. Einfluss erhoffen, können nicht erkannt werden.

Als letzten Faktor, der maßgebend für das Gelingen von grenzüberschreitender Kooperation ist, nennt GLINOS (2011: 241ff) sämtliche politische, administrative und juristische Strukturen. Hier können wesentliche Unterschiede zwischen Tschechien und Österreich festgestellt werden. Vor allem die Kostenunterschiede für Behandlungen stellen ein Problem dar. Tschechische Krankenkassen refundieren Behandlungskosten nur bis zu dem Betrag, den die Behandlung in Tschechien kostet. Behandlungen in Österreich sind allerdings wesentlich teurer, weshalb Patient*innen für diese Mehrkosten selbst aufkommen müssen. Verträge zwischen österreichischen Gesundheitsdienstleister*innen und tschechischen Krankenkassen sind nicht möglich, da solche im tschechischen Recht nicht zulässig sind (vgl. BÖHM und KUROWSKA-PYSZ 2019: o.S., BURGER und WIELAND 2010b: 8f, PILZ 2021). Damit das Gesundheitszentrum den grenzüberschreitenden Gedanken erfüllen kann, muss eine Finanzierungsstrategie für tschechische Patient*innen erarbeitet werden. Dabei kann der Ansatz von Frankreich und Spanien als Vorbild dienen. Es könnte ein Globalbudget eingerichtet werden, das von Tschechien und Österreich finanziert wird, vom dem alle Behandlungskosten im Gesundheitszentrum, die sonst von der Krankenkasse übernommen werden, bezahlt werden. Ein entsprechender Finanzierungsschlüssel müsste ausverhandelt werden. Ist es nicht möglich, ein

solches Globalbudget einzurichten, könnten zumindest die bürokratischen Hürden minimiert werden. Um den tschechischen Patient*innen Behördenwege für Genehmigungen bzw. Rückerstattungen der Behandlungskosten zu ersparen, könnte wie bei der Zusammenarbeit von Belgien und Frankreich vorgegangen werden. Diese haben eine gemeinsame Verrechnungsstelle eingerichtet, welche die Rechnungen an die jeweiligen Krankenkassen weiterleitet. In diesem Fall bliebe allerdings nach wie vor das Problem aufrecht, dass die Kosten zuerst von den tschechischen Patient*innen übernommen werden müssen. Damit tschechische und österreichische Patient*innen dieselben Rahmenbedingungen für medizinische Behandlungen vorfinden, wäre es sinnvoll, dass das Gesundheitszentrum von beiden Staaten gemeinsam geführt wird. Wie beim Beispiel des grenzüberschreitenden Krankenhauses in Cerdanya könnte ein EVTZ gegründet werden, welcher das Management des Gesundheitszentrums übernimmt. Ein solcher wird in der Planungsphase sogar vorgeschlagen, dann aber nicht umgesetzt (vgl. BURGER und WIELAND 2010b: 9ff). Auch die Einrichtung einer organisierten Zone, wie die ZOASTs in Frankreich und Belgien, könnte die Situation für die tschechischen Patient*innen verbessern. In diese Zone könnten auch Ärzt*innen aufgenommen werden, die nicht im Gesundheitszentrum tätig sind. So hätten die Patient*innen mehr Auswahl und eine bessere Versorgung.

Zusammengefasst wird festgehalten, dass sehr viele Faktoren für eine gelingende grenzüberschreitende Kooperation erfüllt sind. Allerdings ist der wesentlichste Faktor, nämlich jener der administrativen und juristischen Strukturen nicht umfassend genug erfüllt, was die Zusammenarbeit erschwert.

8.2 Standards der Services of General Interest

Wie in Kapitel 3.1.3 festgehalten, werden fünf Standards von SGI definiert, nämlich die Sicherheit der Verfügbarkeit, die Erreichbarkeit, die Leistbarkeit, die Qualität und die Auswahlmöglichkeit. Anhand derer wird nun das Healthacross MED Gmünd analysiert.

Die Gewährleistung der Versorgung im Gesundheitszentrum kann als sicher bewertet werden, da das Zentrum im Eigentum der Stadtgemeinde Gmünd und daher nicht auf EU-Förderungen angewiesen ist. Es obliegt den Ärzt*innen, ob sie im

Gesundheitszentrum bleiben. Laut veröffentlichten Informationen hat allerdings bisher niemand das Zentrum wieder verlassen. Es ist davon auszugehen, dass die Ärzt*innen und Therapeut*innen im grenzüberschreitenden Gesundheitszentrum bleiben, solange die Infrastruktur gut, die Ausstattung der Räumlichkeiten zu ihrer Zufriedenheit und die Miete angemessen ist. Weiters wirkt sich positiv auf die Sicherheit der Versorgung aus, dass die Allgemeinmediziner in einer Gruppenpraxis arbeiten. Sollte einer der beiden ausfallen, steht immer noch der zweite Arzt zur Verfügung. Die wichtigste Versorgung durch das Gesundheitszentrum kann also als sicher angesehen werden.

Auch im Sinne der Erreichbarkeit kann das Gesundheitszentrum grundsätzlich als gut bewertet werden. Für tschechische Patient*innen ist das Healthacross MED Gmünd auf jeden Fall eine Verbesserung, sie erreichen das Gesundheitszentrum in Gmünd wesentlich schneller als Gesundheitseinrichtungen in Tschechien. Österreichische Patient*innen sehen den Standort an der Grenze nicht so positiv. Ärzt*innen und Therapeut*innen, die vor der Gründung des Gesundheitszentrums ihre Praxen im Gmünder Zentrum gehabt haben, ordinieren nun im Healthacross MED, was einen längeren Anfahrtsweg bedeutet. Für ältere Personen stellt das teilweise ein Problem dar, da sie oft kein Auto haben und der Weg zu Fuß beschwerlich ist. Öffentliche Verkehrsmittel gibt es (noch) keine bis zum Gesundheitszentrum, was ein Kritikpunkt ist. Um die Erreichbarkeit auch für die ältere Bevölkerung garantieren zu können, werden Taxigutscheine ausgegeben, die dann bei den Taxiunternehmen eingelöst werden können. So soll es möglich sein, dass alle Personen bis zum Gesundheitszentrum kommen (vgl. DENK 2023, HOHENBICHLER 2023, LOHNINGER 2022). Die Anbindung des Gesundheitszentrums an das öffentliche Verkehrsnetz sollte umgesetzt werden, um die Erreichbarkeit für alle zu optimieren.

Der dritte Aspekt der SGI, nämlich die Leistbarkeit, ist als schlecht zu bewerten. Dadurch, dass hauptsächlich Privatärzt*innen und -therapeut*innen ohne Kassenvertrag im Gesundheitszentrum angesiedelt sind, müssen Patient*innen die Behandlungen selbst bezahlen. Ein Zuschuss der Krankenkasse ist zumindest für die österreichischen Patient*innen möglich, trotzdem muss die Behandlung zuerst einmal selbst bezahlt werden. Für tschechische Patient*innen ist die Situation noch schlechter. Da es kein Abkommen zur Finanzierung ihrer Behandlungen gibt, müssen sie vorab eine Genehmigung einholen, um dann die Kosten rückerstattet zu

bekommen. Die Rückerstattung erfolgt aber nur in der Höhe der Behandlungskosten in Tschechien, welche in Tschechien viel niedriger sind. Das heißt, dass Tschech*innen einen Großteil der Kosten selbst tragen müssen. Dieser Umstand wird als Hauptgrund gesehen, warum das Healthacross MED Gmünd für tschechische Patient*innen nicht sonderlich attraktiv sein wird. Zahlen darüber, wie viele tschechische Patient*innen das Gesundheitszentrum nutzen, gibt es nicht. Es ist lediglich bekannt, dass es pro Monat in etwa 5.500 Patient*innenkontakte gibt (PILZ 2022). Weil nicht aufgeschlüsselt wird, ob die Patient*innen aus Österreich oder Tschechien kommen, wird vermutet, dass es verhältnismäßig wenige aus Tschechien sind, weshalb mit der Veröffentlichung der Zahlen gewartet wird.

Die Qualität der Ärzt*innen und Therapeut*innen ist schwer zu beurteilen. Da keine Beschwerden gefunden werden können und das Angebot als gut beschrieben wird, ist davon auszugehen, dass die Qualität der Behandlungen den österreichischen Standards entspricht (vgl. HOHENBICHLER 2023). Allerdings ist anzumerken, dass relativ wenige Fachrichtungen vertreten sind (Ärzte aus fünf Gebieten praktizieren im Healthacross MED Gmünd) und dass das Angebot wesentlich verbessert werden könnte, wenn Ärzt*innen aus anderen Fachrichtungen gefunden werden könnten. In der Evaluierung zum Projekt Healthacross in Practice geben die tschechischen Patient*innen an, dass die medizinische Versorgung im Krankenhaus in Gmünd besser ist als jene in Tschechien (vgl. NÖGUS o.J.a: 8f). Es ist also davon auszugehen, dass die medizinische Versorgung im grenzüberschreitenden Gesundheitszentrum auch besser ist als die medizinische Versorgung in vergleichbaren Einrichtungen in Tschechien.

Der letzte Standard der SGI, welcher von HUMER (2014: 68) dazu genommen wird, von vielen anderen Autor*innen aber nicht betrachtet wird, ist jener der Wahlmöglichkeiten. Hierfür ist positiv anzumerken, dass tschechische Patient*innen wesentlich mehr Auswahl haben, da für sie die Ärzt*innen im Gesundheitszentrum in Gmünd ein zusätzliches Angebot darstellen. Für Gmünder*innen stellt das Zentrum kaum eine Verbesserung dar, da die meisten Therapeut*innen und Ärzt*innen schon davor in Gmünd angesiedelt sind und es somit nur zu einer räumlichen Verschiebung der Praxen kommt. Innerhalb des Gesundheitszentrums sind die Auswahlmöglichkeiten eher gering, da bis auf die beiden Allgemeinmediziner und die zwei Orthopäden von jeder Fachrichtung nur ein Arzt im Gesundheitszentrum

praktiziert. Bei den Therapeut*innen gibt es nur für die Physio- und Psychotherapie Auswahlmöglichkeiten, alle anderen Gebiete sind nur einfach besetzt.

Zusammengefasst wird festgestellt, dass die Standards der Services of General Interest weitgehend erfüllt sind, nur der Punkt der Leistbarkeit wird nicht erfüllt. Im Sinne der Erreichbarkeit können zwei Standpunkte eingenommen werden, da das Gesundheitszentrum für tschechische Patient*innen besser erreichbar ist als Gesundheitseinrichtungen in Tschechien, für Gmünder Patient*innen stellt es aber eher eine Verschlechterung dar. Da es sich bei der Erreichbarkeit um den zweitwichtigsten Aspekt und bei der Leistbarkeit um den drittwichtigsten Aspekt nach HUMER (2014: 68) handelt, kann nicht davon gesprochen werden, dass das Healthacross MED Gmünd die Standards der SGI erfüllt.

8.3 Beurteilung, Handlungsempfehlungen und Ausblick

In diesem Kapitel wird zuerst die zentrale Forschungsfrage samt Unterfragen beantwortet. Anschließend werden Handlungsempfehlungen für das Gesundheitszentrum Healthacross MED Gmünd ausgesprochen, um eine bessere Zusammenarbeit zwischen Österreich und Tschechien garantieren zu können. Diese können auch bei der Planung etwaiger weiterer grenzüberschreitender Gesundheitszentren mitgedacht werden. Danach folgt ein Ausblick inklusive Ideen für weitere Forschung.

8.3.1 Beantwortung der Forschungsfragen

Nach der Darstellung der Situation und anschließender Diskussion können nun die Forschungsfragen beantwortet werden. Zu Forschungsfrage F1: *Sind grenzüberschreitende Gesundheitszentren ein zukunftsfähiges Konzept und können sie auch in anderen grenznahen Regionen in Niederösterreich sinnvoll sein?* wird festgehalten, dass grenzüberschreitende Gesundheitszentren in der Form des Healthacross MED Gmünd kein zukunftsfähiges Konzept darstellen. Ein Grund dafür ist, dass immer regionale Lösungen gefunden werden müssen und Konzepte nicht eins zu eins übertragen werden können (vgl. BURGER und WIELAND 2010b: 8). Dazu kommt, dass das Gesundheitszentrum Healthacross MED Gmünd den grenzüberschreitenden Aspekt nicht vollumfänglich erfüllt, da die Behandlung für

tschechische Patient*innen mit mehr Aufwand verbunden ist als für österreichische. Somit bestätigt sich H1: *Das grenzüberschreitende Gesundheitszentrum in Gmünd stellt einen Einzelfall dar. Es ist also kein Konzept, das in der Form auf andere grenznahe Regionen in Niederösterreich übertragen werden kann.* Sollte die Zusammenarbeit verbessert und Handlungsempfehlungen umgesetzt werden, muss die Situation neu bewertet werden.

Es treten einige Herausforderungen auf, womit mit der Beantwortung der Forschungsfrage F2 *Welche Herausforderungen treten bei grenzüberschreitender Zusammenarbeit auf?* fortgesetzt werden kann. Die aufgestellte Hypothese H2: *Es treten vor allem administrative Hürden auf, wie z.B. die Verrechnung der Leistungen an tschechische Patient*innen. Aber auch die sprachliche Barriere stellt eine Hürde dar.* bestätigt sich nur teilweise. Administrative Hürden stellen das größte Problem bei der Zusammenarbeit zwischen Österreich und Tschechien dar, da es kein (eigenes) Abkommen über die Leistungsverrechnung für tschechische Patient*innen gibt. Diese müssen daher vorab eine Genehmigung einholen und nach der Behandlung die Rückerstattung der Kosten beantragen. Sie bekommen aber nur den Betrag rückerstattet, den die Behandlung in Tschechien kosten würde. Aufgrund der wirtschaftlichen Unterschiede sind die Behandlungen in Tschechien wesentlich billiger, d.h. die tschechischen Patient*innen müssen einen Teil der Kosten selbst tragen. Die unterschiedliche Sprache stellt hingegen kein Problem dar. Im Gesundheitszentrum in Gmünd gibt es tschechisches Personal und Personen, die bei Bedarf dolmetschen können. Dieser Aspekt der Hypothese H2 bewahrheitet sich also nicht.

Die dritte Forschungsfrage F3 beschäftigt sich mit dem Verbesserungspotential, konkret lautet sie: *Welches Verbesserungspotential gibt es für grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich?* Dazu wird folgende Hypothese H3 aufgestellt: *Um die Zusammenarbeit verbessern zu können, müssten die Gesundheitsleistungen und Gesundheitssysteme der EU-Länder vereinheitlicht werden.* Dazu lässt sich feststellen, dass die Vereinheitlichung der Gesundheitssysteme innerhalb der EU viele Probleme und Hürden lösen würde. Allerdings ist diese nicht realistisch, da die Nationalstaaten die Gesundheitspolitik und Gesundheitsversorgung nicht aus ihren Händen geben wollen und in den Gesetzen zur grenzüberschreitenden Zusammenarbeit stets festgehalten wird, dass nach dem

Subsidiaritätsprinzip zu agieren ist. Die EU darf also nur eingreifen, wenn Lösungen auf nationalstaatlicher Ebene nicht möglich sind oder beratend zur Seite stehen. Bereits eigene Abkommen zur grenzüberschreitenden Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Staaten würden die Situation verbessern und viele Probleme, wie z.B. die Probleme bei der Leistungsverrechnung, minimieren. Für die Zusammenarbeit zwischen Gmünd und České Velenice werden nachfolgend Handlungsempfehlungen ausgesprochen, die bei der Planung etwaiger weiterer grenzüberschreitender Gesundheitszentren miteinbezogen werden sollten.

8.3.2 Handlungsempfehlungen

Um die Standards der SGI erfüllen zu können und eine gute Zusammenarbeit zwischen Gmünd und České Velenice im Gesundheitsbereich zu ermöglichen, werden auf Basis der vorangegangenen Diskussion Handlungsempfehlungen ausgesprochen. Diese könnten vom Gesundheitszentrum Healthacross MED Gmünd noch umgesetzt werden, um die Versorgung der tschechischen Patient*innen zu verbessern und zu vereinfachen. Auch die österreichischen Patient*innen würden von einigen Empfehlungen profitieren.

Folgende Empfehlungen ergeben sich aus der Analyse der Situation in Gmünd:

- Gründung eines EVTZ o.Ä., um die gemeinsame Verwaltung des Zentrum sicherzustellen
- Vereinfachung der Leistungsverrechnung mit tschechischen Krankenkassen, um administrative Hürden für tschechische Patient*innen zu minimieren
- juristische Rahmenbedingungen ändern, um ein Abkommen zwischen tschechischen Krankenkassen und österreichischen Gesundheitsdienstleister*innen zu ermöglichen
- Gesundheitszentrum Healthacross MED Gmünd an die öffentlichen Verkehrsmittel der Region anbinden
- mehr Kassenärzt*innen und Kassentherapeut*innen in das Gesundheitszentrum Healthacross MED Gmünd bringen
- Angebot erweitern, indem sich Ärzt*innen aus weiteren Fachrichtungen im Gesundheitszentrum ansiedeln

Sollten weitere grenzüberschreitende Gesundheitszentren geplant werden, sollten diese Aspekte miteinbezogen werden, um eine bessere Versorgung der Patient*innen gewährleisten zu können. Vor allem die gemeinsame Verwaltung der beteiligten Staaten, die einfache Leistungsverrechnung und ein klarer gesetzlicher Rahmen sind für das Funktionieren von grenzüberschreitenden Gesundheitszentren von Bedeutung. Diese Aspekte sollten von etwaigen weiteren derartigen Einrichtungen umgesetzt werden.

8.3.3 Limitationen und Ausblick

Wie bereits mehrfach erwähnt, können wenige Informationen und Zahlen zum Erfolg des Gesundheitszentrum gefunden werden. Laut Antwort der NÖ Landesgesundheitsagentur zur Interviewanfrage für diese Arbeit sei eine Aufstellung von Statistiken in Planung. Wenn diese Zahlen veröffentlicht sind, ist eine weitere Analyse des Gesundheitszentrums sinnvoll. Da es nicht möglich gewesen ist, Interviews mit Expert*innen aus der NÖ LGA, dem NÖGUS, der Healthacross Initiative oder aus dem Healthacross MED Gmünd zu bekommen, gestaltet sich die Analyse schwierig, da nur mit Informationen aus dem Internet gearbeitet werden kann. Das stellt eine große Limitation für die Arbeit dar, da nicht viele offizielle Informationen zum Gesundheitszentrum in Gmünd auffindbar sind. Vielleicht ändert sich das in den nächsten Jahren bzw. vielleicht gelingt es dann, Interviews mit Expert*innen zu führen. Hier könnte dann weitere Forschung anschließen.

9 Conclusio

Zusammenfassend wird festgehalten, dass grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich viele Vorteile mit sich bringt, aber auch Herausforderungen und Probleme auftreten. Vor allem administrative und juristische Hürden treten in diesem Kontext auf, da die Gesundheitssysteme innerhalb der EU nationalstaatlich organisiert sind und es daher viele Unterschiede gibt.

Die EU ist für die grenzüberschreitende Zusammenarbeit maßgeblich, da versucht wird, gemeinsame gesetzliche Rahmenbedingungen auf EU-Ebene zu schaffen. Leider werden diese Gesetze von den Mitgliedsstaaten nur unzureichend umgesetzt, was die Zusammenarbeit erschwert. Weiters umfassen die EU-Gesetze nicht alle Aspekte, weshalb für die einzelnen Gesundheitsprojekte eigene Abkommen zwischen den beteiligten Staaten nötig sind bzw. wären.

Im Fall des ersten grenzüberschreitenden Gesundheitszentrums in Gmünd sind die administrativen und juristischen Rahmenbedingungen unzureichend, weshalb die Leistungsverrechnung für tschechische Patient*innen mit großem Aufwand verbunden ist. Dadurch ist der grenzüberschreitende Gedanke nicht vollumfänglich erfüllt. Außerdem erfüllt das Gesundheitszentrum aufgrund der hohen Kosten (v.a. für tschechische Patient*innen) die Standards der Services of General Interest nicht, weshalb grenzüberschreitende Gesundheitszentren als Einzelfall und nicht als Zukunftskonzept gesehen werden. Eine Übertragung des Konzepts auf andere grenznahe Regionen in Niederösterreich wird als nicht sinnvoll erachtet. Wenn die Zusammenarbeit verbessert werden kann und Verbesserungsvorschläge umgesetzt werden, muss die Situation neu bewertet werden. Verbessert werden müssen insbesondere die Leistungsverrechnung mit tschechischen Krankenkassen und die damit einhergehenden rechtlichen Bestimmungen.

Literaturverzeichnis

AEIOU (2016): Staatsgrenzen. – In: Austria-Forum, das Wissensnetz; online 25.03.2016, <https://austria-forum.org/af/AEIOU/Staatsgrenzen> (26.07.2022).

Amt der NÖ Landesregierung (Hrsg.) (o.J.): Gemeinsame grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung Niederösterreich – Südmähren – Südböhmen; https://www.at-cz.eu/at/ibox/pa-4-nachhaltige-netzwerke-und-institutionelle-kooperation/atcz22_gemeinsam-grenzenlos-gesund-spolecne-ke-zdravi (14.09.2023).

Amt der NÖ Landesregierung, Stabstelle Öffentlichkeitsarbeit und Pressedienst (Hrsg.) (2014): "Healthacross in practice" - Vom EU-Projekt in den Regelbetrieb. – In: OTS; online 28.02.2014, http://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20140228_OTS0065 (14.09.2023).

BAETEN R. (2014): Cross-border patient mobility in the European Union: in search of benefits from the new legal framework. – In: Journal of Health Services Research & Policy 19(4), S. 195-197.

BALTACI K. (2019): Gibt es in Österreich nun einen Ärztemangel oder nicht?. – In: Die Presse; online 18.03.2019, <https://www.diepresse.com/5597251/gibt-es-in-oesterreich-nun-einen-aerztemangel-oder-nicht> (26.07.2022).

BBSR (Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung) (Hrsg.) (2018): Raumordnungsbericht 2017. Daseinsvorsorge sichern. – Bonn.

BECK J. (2017): Der EVTZ und seine Akteure – Territoriale Entwicklungssteuerung im Kontext transnationaler Institutionenbildung. – In: KRZYMUSKI M, KUBICKI P. und ULRICH P. (Hrsg.): Der Europäische Verbund für territoriale Zusammenarbeit. – Baden-Baden. S. 343-368.

BMASGK (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz) (Hrsg.) (2019): Das österreichische Gesundheitssystem. Zahlen – Daten – Fakten. Aktualisierte Auflage 2019. – Wien.

BMBWF (Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung) (Hrsg.) (o.J.): Europäischer Fonds für regionale Entwicklung (EFRE); [https://www.bmbwf.gv.at/Themen/Forschung/Forschung-in-%C3%96sterreich/Strategische-Ausrichtung-und-beratende-Gremien/Leitthemen/Standortpolitik/Wissenschaft,-Forschung---EU-Struktur--und-Investitionsfonds/Europ%C3%A4ischer-Fonds-f%C3%BCr-regionale-Entwicklung-\(EFRE\).html](https://www.bmbwf.gv.at/Themen/Forschung/Forschung-in-%C3%96sterreich/Strategische-Ausrichtung-und-beratende-Gremien/Leitthemen/Standortpolitik/Wissenschaft,-Forschung---EU-Struktur--und-Investitionsfonds/Europ%C3%A4ischer-Fonds-f%C3%BCr-regionale-Entwicklung-(EFRE).html) (13.09.2023).

BMEIA (Bundesministerium für europäische und internationale Angelegenheiten) (Hrsg.) (o.J.): Verhältnis EU-UK nach dem Brexit; <https://www.bmeia.gv.at/themen/europapolitik/verhaeltnis-eu-uk-nach-dem-brexite/> (31.07.2023).

BMI (Bundesministerium des Innern) (Hrsg.) (2014): Grenzüberschreitende Zusammenarbeit mit deutscher Beteiligung. Ein Erfahrungsaustausch. Dokumentation der Veranstaltungen 2012 und 2013 in der Vertretung des Landes Baden-Württemberg. – Berlin.

BMSGPK (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz) (Hrsg.) (2022): EU-Aktionsprogramm Gesundheit; online 22.06.2022, [https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitspolitik-in-der-EU-und--im-internationalen-Kontext-\(WHO\)/EU-Aktionsprogramm-Gesundheit.html](https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitspolitik-in-der-EU-und--im-internationalen-Kontext-(WHO)/EU-Aktionsprogramm-Gesundheit.html) (03.04.2023).

BMSGPK (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz) (Hrsg.) (2023): Gesundheitspolitik in der EU und im internationalen Kontext (WHO); online 09.03.2023, [https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitspolitik-in-der-EU-und--im-internationalen-Kontext-\(WHO\).html](https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitspolitik-in-der-EU-und--im-internationalen-Kontext-(WHO).html) (20.07.2023).

BOBEK J., SCHMIDT A. E., BACHNER F., RÖHRLING I. und SEETHALER J. (2018a): Cross-border.Care – Study on cross-border cooperation: capitalising on existing initiatives for cooperation in cross-border regions. Main Results. – Brüssel.

BOBEK J., SCHMIDT A. E., RÖHRLING I., SEETHALER J., FEICHTER A., HABIMANA K., PISO B., BACHNER F., MITENIECE E., GROOT W. und PAVLOVA M. (2018b): Study on Cross-Border Cooperation. Capitalising on existing initiatives for cooperation in cross-border regions. Cross-border.Care. Final report. – Brüssel.

BÖHM H. und KUROWSKA-PYSZ J. (2019): Can Cross-Border Healthcare Be Sustainable? An Example from the Czech-Austrian Borderland. – In: Sustainability 11(24), 6980; online 06.12.2019, <https://doi.org/10.3390/su11246980>.

BRAND H., HOLLEDERER A., WOLF U. und BRAND A. (2008): Cross-border health activities in the Euregios: Good practice for better health. – In: Health policy 86(2-3), S. 245-254.

BROOKS E. (2012): Crossing borders: A critical review of the role of the European Court of Justice in EU health policy. – In: Health policy 105(1), S. 33-37.

Bundeskanzleramt (Hrsg.) (o.J.): Ländliche Entwicklung erfolgreich gestalten: das Programm LE 14-20; <https://www.bundeskanzleramt.gv.at/themen/nachhaltige-entwicklung-agenda-2030/erfolgsgeschichten-agenda-2030/laendliche-entwicklung-erfolgreich-gestalten-das-programm-le-14-20.html> (15.09.2023).

Bundeskanzleramt (Hrsg.) (2020): Grenzüberschreitende Kooperation im Gesundheitsbereich; <https://www.bundeskanzleramt.gv.at/themen/unsere-Zukunft-eu-neu-denken/oesterreich-dialoge-zur-eu-in-niederoesterreich/grenzueberschreitende-kooperation-im-gesundheitsbereich.html> (14.09.2023).

BURGER R. und WIELAND M. (Hrsg.) (2010a): healthacross Report I. Handlungsleitfäden für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung. – Wien.

BURGER R. und WIELAND M. (Hrsg.) (2010b): healthacross Report II. Machbarkeitsstudie zur grenzüberschreitenden stationären und ambulanten Zusammenarbeit im Raum Gmünd – České Velenice. – Wien.

BURLEY A. M. und MATTLI W. (1993): Europe before the court: A political theory of legal integration. – In: International organization 47(1), S. 41-76.

BWB (2019): Branchenuntersuchung Gesundheit. Teilbericht 2: Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum. BWB/AW-447. – Wien.

CAESAR B. und EVRARD E. (2020): Planungskulturelle Vielfalt in Grenzräumen– Theoretische und methodische Ansätze zur grenzüberschreitenden Raumplanung. – In: WEBER F., WILLE C., CAESAR B. und HOLLSTEGGE J. (Hrsg.): Geographien der Grenzen. Räume–Ordnungen–Verflechtungen. – Wiesbaden. S. 95-116.

CIZEK C. (2010): Die grenzüberschreitende Zusammenarbeit zwischen dem nördlichen Waldviertel und Südböhmen – Chancen für die Grenzstadt Gmünd. – Diplomarbeit, Universität Wien, Wien.

DEHNE P. (2019): Perspektivwechsel in der Regionalpolitik: Daseinsvorsorge als gesellschaftliche Aufgabe.- In: Wirtschaftsdienst 99(Sonderheft), S. 56-64.

DÜMKE C. (2015): Daseinsvorsorge, Wettbewerb und kommunale Selbstverwaltung im Bereich der liberalisierten Energiewirtschaft, KWI-Gutachten, 10. – Potsdam.

DENK R. (2023): Keine Öffis zum Ärztezentrum seit fast zwei Jahren. Taxi als Ersatzlösung. – In: Kronen Zeitung; online 12.08.2023, <https://www.krone.at/3084357> (28.09.2023).

EICHTINGER M. (2020): Ltg.-1289/A-5/279-2020. Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung – Initiative „Healthacross“. Beantwortung; online 20.11.2020, https://noe-landtag.gv.at/fileadmin/gegenstaende/19/12/1289/1289_Beantwortung.pdf (15.09.2023).

EINIG K. (2008): Regulierung der Daseinsvorsorge als Aufgabe der Raumordnung im Gewährleistungsstaat. – In: Informationen zur Raumentwicklung (1-2), S. 17-40.

EUR-Lex (Hrsg.) (1971): Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14.Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern; <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=CELEX:31971R1408> (06.09.2023).

EUR-Lex (Hrsg.) (2004): Berichtigung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29.April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit; <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=OJ:L:2004:200:FULL> (06.09.2023).

EUR-Lex (Hrsg.) (2008): Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2003-2008); online 05.08.2008, <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/?uri=LEGISSUM%3Ac11503b> (07.03.2023).

EUR-Lex (Hrsg.) (2014): Gesundheit für Wachstum: EU-Gesundheitsprogramm (2014-2020); online 28.07.2014, https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/HTML/?uri=LEGISSUM:290102_1 (30.08.2023).

EUR-Lex (Hrsg.) (2022): Coordination of social security systems; online 12.12.2022, <https://eur-lex.europa.eu/EN/legal-content/summary/coordination-of-social-security-systems.html> (06.09.2023).

Europäische Gemeinschaften (Hrsg.) (1992): Vertrag über die Europäische Union. – In: Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaften C 191(1).

Europäische Gemeinschaften (Hrsg.) (1997): Vertrag von Amsterdam zur Änderung des Vertrags über die Europäische Union, der Verträge zur Gründung der Europäischen Gemeinschaften sowie einiger damit zusammenhängender Rechtsakte. – In: Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaften C 340(1).

Europäische Kommission, Generaldirektion Beschäftigung, Soziales und Integration (Hrsg.) (o.J.a): Koordinierung der Sozialversicherungssysteme in der EU; <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=de&catId=849> (06.09.2023).

Europäische Kommission, Generaldirektion Kommunikation (Hrsg.) (o.J.b): Dienstleistungen von allgemeinem Interesse. Erläuterungen zum Begriff „Dienstleistungen von allgemeinem Interesse“ und zu Maßnahmen der EU zur Gewährleistung des Zugangs zu diesen Dienstleistungen für alle Bürgerinnen und Bürger;; https://ec.europa.eu/info/topics/single-market/services-general-interest_de (05.10.2022).

Europäische Kommission, Generaldirektion Kommunikation (Hrsg.) (o.J.c): Europäische Gesundheitsunion. Unsere Gesundheit gemeinsam schützen; https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/european-health-union_de (21.07.2023).

Europäische Kommission, Generaldirektion Kommunikation (Hrsg.) (o.J.d): Fördermittel im Gesundheitsbereich; https://commission.europa.eu/funding-tenders/find-funding/find-calls-funding-topic/health-funding_de (25.07.2023).

Europäische Kommission (Hrsg.) (2017): Grenzüberschreitende Zusammenarbeit in Gesundheitsfragen: Theorie und Praxis. – Luxemburg.

Europäische Kommission, Generaldirektion für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hrsg.) (2019): State of Health in the EU: Companion Report 2019. – Luxemburg.

Europäische Kommission (Hrsg.) (2021a): The ‘Healthacross’ initiative: How Lower Austria promoted cross-border cooperation in Health; online 04.03.2021, <https://futurium.ec.europa.eu/ga/border-focal-point-network/good-practices/healthacross-initiative-how-lower-austria-promoted-cross-border-cooperation-health?language=de> (14.09.2023).

Europäische Kommission, Generaldirektion für Beschäftigung, Soziales und Inklusion (Hrsg.) (2021b): The European Pillar of Social Rights Action Plan. – Luxemburg.

Europäische Kommission (Hrsg.) (2022): EU-Strategie für globale Gesundheit: Stärkung der globalen Gesundheitssicherheit und bessere Gesundheit für alle; online 30.11.2022, https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/de/ip_22_7153 (20.07.2023).

Europäische Union, Generaldirektion Kommunikation (Hrsg.) (o.J.): Gesundheit. Förderung des Gesundheitswesens in Europa; https://european-union.europa.eu/priorities-and-actions/actions-topic/health_de (13.07.2023).

Europäischer Rat (Hrsg.) (2023): Die Gesundheitspolitik der EU; online 01.02.2023, <https://www.consilium.europa.eu/de/policies/eu-health-policy/> (13.07.2023).

Eurostat (Hrsg.) (2023a): Population by age group; online 03.07.2023, https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/TPS00010__custom_7196087/default/table?lang=e (18.08.2023).

Eurostat (Hrsg.) (2023b): Real GDP per capita; online 16.08.2023, https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/sdg_08_10/default/table?lang=en (17.08.2023).

Eurostat (Hrsg.) (2023c): Total health care expenditure; online 30.06.2023, <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/TPS00207/default/table> (05.07.2023).

FASSMANN H., RAUHUT D., MARQUES da COSTA E. und HUMER A. (2015): Introduction: Contextual, legal and policy perspectives on Services of General Interest. – In: FASSMANN H., RAUHUT D., MARQUES da COSTA E. und HUMER A. (Hrsg.): Services of general interest and territorial cohesion. European perspectives and national insights. – Göttingen, S. 11-23.

FOLKERS A. (2017): Existential provisions: The technopolitics of public infrastructure. – In: Environment and Planning D: Society and Space 35(5), S. 855-874.

FORSTHOFF E. (1938): Die Verwaltung als Leistungsträger. – Stuttgart und Berlin.

Galileo Corporation s.r.o (Hrsg.) (2023): Offizielle Website der Stadt České Velenice. Informationen zur Stadt. Statistische Daten; online 11.09.2023, <https://www.venice.cz/mesto/informace-o-meste/> (12.09.2023).

GLINOS I. (2011): Cross-border collaboration. – In: WISMAR M., PALM W., FIGUERAS J., ERNST K. und VAN GINNEKEN E. (Hrsg.): Cross-border healthcare in Europe. Mapping and analysing practices and policies. – Kopenhagen, S. 217-254.

GLINOS I. und BAETEN R. (2014): Dream vs. reality: Seven case-studies on the desirability and feasibility of cross-border hospital collaboration in Europe. – In: Social Science & Medicine 117, S. 18-24.

GLINOS I., BAETEN R. und BOFFIN N. (2006): Cross-border contracted care in Belgian hospitals. – In: ROSENMÖLLER M., MCKEE M. und BAETEN R. (Hrsg.): Patient mobility in the European Union. Learning from experience. – Kopenhagen, S. 97-118.

GLINOS I. und WISMAR M. (2013a): Hospitals and borders: an introduction to cross-border collaboration. – In: GLINOS I. und WISMAR M. (Hrsg.): Hospitals and Borders. Seven case studies on cross-border collaboration and health system interactions. – Kopenhagen, S. 3-10.

GLINOS I. und WISMAR M. (2013b): Hospital collaboration in border regions: observations and conclusions. – In: GLINOS I. und WISMAR M. (Hrsg.): Hospitals and Borders. Seven case studies on cross-border collaboration and health system interactions. – Kopenhagen, S. 13-31.

GREER S. L. (2006): Uninvited Europeanization: neofunctionalism and the EU in health policy. – In: Journal of European Public Policy 13(1), S. 134-152.

HARANT P. (2006): Hospital cooperation across French borders. – In: ROSENMÖLLER M., MCKEE M. und BAETEN R. (Hrsg.): Patient mobility in the European Union. Learning from experience. – Kopenhagen, S. 157-177.

HOHENBICHLER A. (2023): Erreichbarkeit: Weg zum Healthacross MED beschäftigt wieder. – In: Niederösterreichische Nachrichten; online 17.08.2023, <https://m.noen.at/gmuend/gmuend-erreichbarkeit-weg-zum-healthacross-med-beschaeftigt-wieder-381244272> (28.09.2023).

HUMER A. (2014): Researching Social Services of General Interest: An Analytical Framework Derived from Underlying Policy Systems. – In: European Spatial Research and Policy 21(1), S. 65-82.

HUMER A. (2016): Services of General Interest in der EU – räumliche und raumpolitische Dimensionen. – Dissertation, Universität Wien, Wien.

Interact (Hrsg.) (o.J.): keep.eu. Search results – project view; <https://keep.eu/projects/> (31.07.2023).

INTERREG (Hrsg.) (2022): Strand of cooperation: Cross-border; <https://interreg.eu/strand-of-cooperation/interreg-a-cross-border-cooperation/> (24.11.2022).

INTERREG (Hrsg.) (2023): Interreg 2021-2027: Fostering Cooperation for a Stronger Europe; <https://interreg.eu/about-interreg/> (29.08.2023).

KABA-SCHÖNSTEIN L. (2017): Gesundheitsförderung 4: Europäische Union; online 01/2017, <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitsfoerderung-4-europaeische-union/> (09.02.2023).

KERSTEN J. (2006): Daseinsvorsorge und demographischer Wandel: Wie ändert sich das Raum- und Staatsverständnis?. – In: Raumforschung und Raumordnung 4/2006, S. 245-257.

KIASUWA R. und BAETEN R. (2013): Strategic positioning and creative solutions: French patient flows to hospitals and polyclinics in the Belgian Ardennes (Belgium–France). – In: GLINOS I. und WISMAR M. (Hrsg.): Hospitals and Borders. Seven case studies on cross-border collaboration and health system interactions. – Kopenhagen, S. 51-73.

KNIEPS F., AMELUNG V. E. und WOLF S. (2012): Die Gesundheitsversorgung in schwer zu versorgenden Regionen. – In: Gesundheits- und Sozialpolitik 66(6), S. 8-19.

KNORR A. (2005): Gemeinwohl und Daseinsvorsorge in der Infrastruktur. – In: HARTWIG K.-H. und KNORR A. (Hrsg.): Neuere Entwicklungen in der Infrastrukturpolitik. – Münster, S. 31-53.

Kommission der Europäischen Gemeinschaften (Hrsg.) (2006): Geänderter Vorschlag für einen Beschluss des europäischen Parlaments und des Rates über ein zweites Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der Gesundheit (2007-2013). Anpassung gemäß der Vereinbarung vom 17. Mai 2006 über den Finanzrahmen 2007-2013; online 24.05.2006, <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2006:0234:FIN:DE:PDF> (07.03.2023).

KURRER C. (2022): Public Health; online 12/2022, <https://www.europarl.europa.eu/factsheets/en/sheet/49/public-health> (23.03.2023).

LASCHINGER W. und LÖTSCHER L. (1975): Urbaner Lebensraum. Ein systemtheoretischer Ansatz zu aktualgeographischer Forschung. – In: Geographica Helvetica 1975/3, S.119-132.

LOHNINGER M. (2021): Gesundheitszentrum Gmünd. Gyn-Lösung bleibt schwierig. – In: Niederösterreichische Nachrichten; online 14.01.2021, <https://www.noen.at/gmuend/gesundheitszentrum-gmuend-gyn-loesung-bleibt-schwierig-gmuend-healthacross-gesundheitszentrum-gmuend-print-242466175> (15.09.2023).

LOHNINGER M. (2022): Ein Jahr nach Eröffnung: Forderung nach Öffi-Halt bei Healthacross MED. – In: Niederösterreichische Nachrichten; online 30.12.2022, <https://m.noen.at/gmuend/unterschriften-in-gmuend-ein-jahr-nach-eroeffnung-forderung-nach-oeffi-halt-bei-healthacross-med-gmuend-aerztehaus-healthacross-gesundheitszentrum-gmuend-helga-rosenmayer-verkehrsanbindung-print-348485796> (28.09.2023).

MAZIARZ A. (2016): Services of General Economic Interest: Towards Common Values?. – In: European State Aid Law Quarterly (ESTAL) 15(1), S. 16-30.

MEINEL F. (2007): Review essay - Ernst Forsthoff and the Intellectual History of German Administrative Law. – In: German Law Journal 8(8), S. 785–799.

mgen* und Solidaris mutualité (Hrsg.) (o.J.): Plaquette ZOAST Thièrache. – o.O.

NÖGUS (NÖ Gesundheits- und Sozialfonds) (Hrsg.) (o.J.a): Niederösterreichs grenzüberschreitende Aktivitäten in der Zusammenarbeit im Gesundheitswesen im Rahmen der EU-Förderperiode 2007–2013. – St. Pölten.

NÖGUS (NÖ Gesundheits- und Sozialfonds) (Hrsg.) (o.J.b): Verantwortung für Gesundheit. Tätigkeitsbericht 2019. – St. Pölten.

NÖGUS (NÖ Gesundheits- und Sozialfonds) (Hrsg.) (o.J.c): Tätigkeitsbericht 2021. – St. Pölten.

NÖ LGA (NÖ Landesgesundheitsagentur) (Hrsg.) (o.J.a): Gesundheitsbericht 2020. NÖ Landesgesundheitsagentur. – o.O.

NÖ LGA (NÖ Landesgesundheitsagentur), Stabstelle EU Agenden / Healthacross (Hrsg.) (o.J.b): „Gemeinsam Grenzenlos Gesund“. Gemeinsame grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung Niederösterreich – Südmähren – Südböhmen; <https://www.healthacross.at/projekte/gemeinsam-grenzenlos-gesund> (14.09.2023).

NÖ LGA (NÖ Landesgesundheitsagentur), Stabstelle EU Agenden / Healthacross (Hrsg.) (o.J.c): „Healthacross for future“. Gemeinsame grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung Niederösterreich – Südböhmen; <https://www.healthacross.at/projekte/healthacross-for-future> (14.09.2023).

NÖ LGA (NÖ Landesgesundheitsagentur) (Hrsg.) (2021a): Die Eröffnungsfeier; online 16.10.2021, <https://medgmuend.noe-lga.at/aktuelles/fotogeschichten/detail/eroeffnungsfeier> (14.09.2023).

NÖ LGA (NÖ Landesgesundheitsagentur) (Hrsg.) (2021b): Healthacross Gesundheitszentrum in Gmünd startet Betrieb; online 16.10.2021, <https://gmuend.lknoe.at/landesklinikum-gmuend/pressemeldungen/newsdetail/healthacross-gesundheitszentrum-in-gmuend-startet-betrieb> (14.09.2023).

NÖ LGA (NÖ Landesgesundheitsagentur) (Hrsg.) (2021c): Healthacross MED Gmünd Folder. ATCZ125: Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung Niederösterreich – Südböhmen. – St. Pölten.

NÖ LGA (NÖ Landesgesundheitsagentur) (Hrsg.) (2022): Die Entstehung; online 26.01.2022, <https://medgmuend.noe-lga.at/aktuelles/fotogeschichten/detail/entstehung> (15.09.2023).

NÖ LGA (NÖ Landesgesundheitsagentur) (Hrsg.) (2023a): Das Healthacross MED GMÜND in Zahlen.; <https://medgmuend.noe-lga.at/> (15.09.2023).

NÖ LGA (NÖ Landesgesundheitsagentur) (Hrsg.) (2023b): Leistungen. Ein interdisziplinäres Team für Ihre Gesundheit; <https://medgmuend.noe-lga.at/leistungen> (15.09.2023).

NÖ LGA (NÖ Landesgesundheitsagentur) (Hrsg.) (2023c): LK Gmünd. Patienten&Besucher. für Patienten. Abteilungen; <https://gmuend.lknoe.at/fuer-patienten/abteilungen/anaesthesiologie-und-intensivmedizin/informationen> (18.09.2023).

NÖ LGA (NÖ Landesgesundheitsagentur) (Hrsg.) (2023d): Unser Haus. Das Healthacross MED Gmünd; <https://medgmuend.noe-lga.at/unser-haus> (15.09.2023).

OGERTSCHNIG M. (2020): Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum. – In: Kommunal; online 17.02.2020, <https://kommunal.at/gesundheitsversorgung-im-laendlichen-raum> (15.09.2023).

PALM W. und GLINOS I. (2010): Enabling patient mobility in the EU: between free movement and coordination. – In: MOSSIALOS E., PERMANAND G., BAETEN R. und HERVEY T. (Hrsg): Health Systems Governance in Europe. The Role of European Union Law and Policy. – New York, S. 509-560.

PAUL F. C, und CUMBERS A. (2023): The return of the local state? Failing neoliberalism, remunicipalisation, and the role of the state in advanced capitalism. – In: Environment and Planning A: Economy and Space 55(1), S. 165-183.

PAVY E. (2022): Vertrag von Lissabon; online 05/2022, https://www.europarl.europa.eu/ftu/pdf/de/FTU_1.1.5.pdf (05.12.2022).

PILZ K. (2021): Healthacross Gesundheitszentrum ist eröffnet (mit Videos). – In: Mein Bezirk; online 17.10.2021, https://www.meinbezirk.at/gmuend/c-lokales/healthacross-gesundheitszentrum-ist-eroeffnet-mit-videos_a4943296 (15.09.2023).

PILZ K. (2022): 5.500 Patienten-Kontakte pro Monat im Healthacross MED Gmünd. Betrieb läuft wie geplant. – In: Mein Bezirk; online 30.12.2022, https://www.meinbezirk.at/gmuend/c-lokales/5500-patienten-kontakte-pro-monat-im-healthacross-med-gmuend_a5792260 (28.09.2023).

RAUHUT D., SMITH C., HUMER A., LUDLOW D. und BORGES L. (2013): Indicators and Perspectives for Services of General Interest in Territorial Cohesion and Development. – Luxemburg.

RIBHEGGE H. (2011): Europäische Wirtschafts- und Sozialpolitik. – Berlin Heidelberg.

RIED W. (2016): Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum: Ziele, Chancen, Hindernisse. – In: Public Health Forum 24(1), S. 47-49.

RIS (Rechtsinformationssystem des Bundes) (Hrsg.) (2015): Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union Art. 168; online 13.03.2015, <https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Bundesnormen/NOR40157938/NOR40157938.pdf> (05.12.2022).

ROSENFELD M. T. (2021): Kein Königsweg für die Kommunen. – In: Wirtschaftsdienst 101(2), S. 75.

ROTTMANN O., GRÜTTNER A. und GRAMLICH L. (2019): Zukunftsorientierte Daseinsvorsorge. Zeitgemäße Ausgestaltung statt ideologischer Schranken. – In: Wirtschaftsdienst 99(11), S. 789-794.

SANJUÁN J. M. und GIL J. (2013): One hospital for the border region: building the new Cerdanya Hospital (Spain–France). – In: GLINOS I. und WISMAR M. (Hrsg.): Hospitals and Borders. Seven case studies on cross-border collaboration and health system interactions. – Kopenhagen, S. 155-179.

SCHLIFFKA C. (2019): Demografischer Wandel in Grenzregionen – Grenzüberschreitende Zusammenarbeit zur Sicherung der Daseinsvorsorge. – o.O.

SIMON J. (2023): Ärztemangel: Wo das Personal fehlt. – In: Der Standard; online 09.01.2023, <https://www.derstandard.at/story/2000142374167/wo-das-personal-fehlt> (20.07.2023).

SPRINGER G. (2021): Mangel an Kassenärzten: Zu wenig attraktiv. – In: Der Standard; online 30.06.2021, <https://www.derstandard.at/story/2000127850935/mangel-an-kassenaerzten-zu-wenig-attraktiv> (26.07.2022).

Statistik Austria (2020): STATatlas. Grad der Urbanisierung der Europäischen Kommission. Gliederungen nach städtischen und ländlichen Gebieten; https://www.statistik.at/atlas/?mapid=topo_stadt_land&layerid=layer2&sublayerid=sublayer0&languageid=0&bbox=1209838,5956484,1992553,6328885,8 (30.08.2023).

STEPAN D. und BIFFL G. (2017): Projekte der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit von Österreich und Tschechien im Gesundheitsbereich. – In: PFANNSTIEL M. A., FOCKE A. und MEHLICH H. (Hrsg.): Management von Gesundheitsregionen II. Regionale Vernetzungsstrategien und Lösungsansätze zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung. – Wiesbaden, S. 31-38.

ULRICH P. (2020). Re-Figuration von Grenzen und Ordnungen im sozialen Raum. Konzeptualisierung eines Analysemodells partizipativer Governance in EU-Grenzregionen. – In: WEBER F., WILLE C., CAESAR B. und HOLLSTEGGE J. (Hrsg.): Geographien der Grenzen. Räume–Ordnungen–Verflechtungen. – Wiesbaden. S. 167-190.

ULRICH P. und SCOTT J. W. (2021): Cross-border governance in europäischer Regionalkooperation. – In: Grenzforschung, S. 156-174

VAN DEN BERG N., FLEßA S. und HOFFMANN W. (2021): Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum; online 18.11.2021, <https://www.bpb.de/themen/stadt-land/laendliche-raeume/334219/gesundheitsversorgung-im-laendlichen-raum/#node-content-title-0> (17.07.2023).

VANDEWEGHE K. (2018): ZOASTs - seven zones of organised access to cross-border healthcare; online 10.01.2018, <https://ec.europa.eu/futurium/en/blog/zoasts-seven-zones-organised-access-cross-border-healthcare.html> (30.08.2023).

VAN GINNEKEN E. und BUSSE R. (2011): Cross-border health care data. – In: WISMAR M., PALM W., FIGUERAS J., ERNST K. und VAN GINNEKEN E. (Hrsg.): Cross-border healthcare in Europe. Mapping and analysing practices and policies. – Kopenhagen, S. 289-340.

VASARI B. (2018): Die geteilte Stadt. – In: Wiener Zeitung; online 31.10.2018, <https://www.wienerzeitung.at/h/die-geteilte-stadt> (26.09.2023).

Waldviertel Tourismus (Hrsg.) (o.J.): Gmünd. Informationen für Ihren Ausflug und Urlaub in Gmünd; <https://www.waldviertel.at/alle-orte/a-gmuend> (12.09.2023).

WASSERFALLEN F. (2010): The judiciary as legislator? How the European Court of Justice shapes policy-making in the European Union. – In: Journal of European Public Policy 17(8), S. 1128-1146.

WEICHHART P. (2008): Entwicklungslinien der Sozialgeographie. Von Hans Bobek bis Benno Werlen. – Stuttgart.

WHO (World Health Organization) und The Healthacross Initiative (Hrsg.) (2018): How Lower Austria is boosting cross-border collaboration in health. – Dänemark.

WOLF K. (2001): Europäische Raumordnung. In: Lexikon der Geographie; <https://www.spektrum.de/lexikon/geographie/europaeische-raumordnung/2237> (29.08.2023).

ZEEB H. (2019): EU-Aktionsprogramm Gesundheit. – In: Gesundheits- und Sozialpolitik 73(3), S. 27-31.

ZILLMER S., LÜER C. und TOPTSIDOU M. (2017): Der EVTZ aus raumentwicklungs- und kohäsionspolitischer Sicht. – In: KRZYMUSKI M., KUBICKI P und ULRICH P. (Hrsg.): Der Europäische Verbund für territoriale Zusammenarbeit. Instrument der grenzübergreifenden Zusammenarbeit nationaler öffentlicher Einrichtungen in der Europäischen Union. – Baden-Baden, S. 447-476.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. INTERREG-Projekte nach Förderperioden.....	36
Tabelle 2. INTERREG-Projekte bilateral/multilateral	36
Tabelle 3. INTERREG-Projekte EU/Nicht-EU-Staaten	37
Tabelle 4. INTERREG-Projekte zwischen EU-Staaten mit direkter Grenze	40
Tabelle 5. Anteil über 65-Jähriger an der Bevölkerung nach EU-Staaten	43
Tabelle 6. Medizinisches Personal Healthacross MED Gmünd	70
Tabelle 7. INTERREG-Projekte nach Staaten.....	103
Tabelle 8. INTERREG-Projekte EU-Staaten	104
Tabelle 9. INTERREG-Projekte NICHT-EU-Staaten	105
Tabelle 10. INTERREG-Projekte bilateral	106
Tabelle 11. INTERREG-Projekte multilateral	107

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1 Gesundheitsausgaben gesamt 2019 nach EU-Staaten	13
Abb. 2 BIP pro Kopf nach EU-Staaten in Euro	41
Abb. 3 ZOAST Frankreich – Belgien	46
Abb. 4 ZOAST Ardennes.....	48
Abb. 5 Karte Baixa Cerdanya.....	52
Abb. 6 Karte Alta Cerdanya.....	52
Abb. 7 Karte Gmünd und České Velenice.....	60
Abb. 8 Lage Healthacross MED Gmünd	67

Anhang

Tabelle 7. INTERREG-Projekte nach Staaten

STAAT	PROJEKTBETEILIGUNGEN
Rumänien	102
Ungarn	97
Frankreich	87
Deutschland	86
Polen	75
Belgien	73
Litauen	67
Italien	53
Griechenland	50
Niederlande	49
Kroatien	48
Schweden	46
Bulgarien	45
Lettland	44
Serbien	43
Slowakei	42
Ukraine	40
Dänemark	39
Großbritannien	38
Norwegen	36
Slowenien	36
Österreich	34
Belarus	31
Spanien	30
Estland	27
Montenegro	27
Irland	26
Finnland	25
Bosnien-Herzegowina	23
Schweiz	22
Russland	18
Moldau	17
Andorra	15
Portugal	15
Luxemburg	14
Nordmazedonien	13
Tschechien	13
Albanien	11
Malta	9
Liechtenstein	8
Zypern	7
Brasilien	3
Guyana	3
Island	3
Suriname	3
Kosovo	2

Datengrundlage: <https://keep.eu/projects/> 2023.

Tabelle 8. INTERREG-Projekte EU-Staaten

STAAT	PROJEKTBETEILIGUNGEN
Rumänien	102
Ungarn	97
Frankreich	87
Deutschland	86
Polen	75
Belgien	73
Litauen	67
Italien	53
Griechenland	50
Niederlande	49
Kroatien	48
Schweden	46
Bulgarien	45
Lettland	44
Slowakei	42
Dänemark	39
Slowenien	36
Österreich	34
Spanien	30
Estland	27
Irland	26
Finnland	25
Portugal	15
Luxemburg	14
Tschechien	13
Malta	9
Zypern	7

Datenquelle: <https://keep.eu/projects/> 2023.

Tabelle 9. INTERREG-Projekte NICHT-EU-Staaten

STAAT	PROJEKTBETEILIGUNGEN
Serbien	43
Ukraine	40
Großbritannien	38
Norwegen	36
Belarus	31
Montenegro	27
Bosnien-Herzegowina	23
Schweiz	22
Russland	18
Moldau	17
Andorra	15
Nordmazedonien	13
Albanien	11
Liechtenstein	8
Brasilien	3
Guyana	3
Island	3
Suriname	3
Kosovo	2

Datenquelle: <https://keep.eu/projects/> 2023.

Tabelle 10. INTERREG-Projekte bilateral

STAAT 1	STAAT 2	PROJEKTE
Ungarn	Rumänien	38
Litauen	Polen	32
Belgien	Frankreich	30
Bulgarien	Griechenland	19
Irland	Großbritannien	16
Ungarn	Slowakei	14
Moldau	Rumänien	13
Rumänien	Serbien	13
Deutschland	Niederlande	12
Dänemark	Deutschland	11
Deutschland	Polen	11
Italien	Slowenien	11
Griechenland	Nordmazedonien	10
Lettland	Litauen	10
Bulgarien	Rumänien	9
Kroatien	Ungarn	9
Spanien	Portugal	9
Österreich	Italien	7
Bulgarien	Serbien	7
Frankreich	Großbritannien	7
Ungarn	Serbien	7
Frankreich	Italien	8
Rumänien	Ukraine	6
Kroatien	Serbien	5
Spanien	Russland	5
Albanien	Griechenland	4
Österreich	Slowakei	4
Belgien	Niederlande	4
Schweiz	Italien	4
Kroatien	Slowenien	4
Griechenland	Italien	4
Ungarn	Slowenien	4
Norwegen	Schweden	4
Österreich	Ungarn	3
Italien	Malta	3
Österreich	Tschechien	2
Österreich	Deutschland	2
Bulgarien	Nordmazedonien	2
Estland	Lettland	2
Kosovo	Montenegro	2
Österreich	Slowenien	1
Belgien	Deutschland	1
Bosnien-Herzegowina	Serbien	1
Kroatien	Montenegro	1
Tschechien	Deutschland	1
Tschechien	Polen	1
Finnland	Russland	1
Griechenland	Zypern	1
Litauen	Russland	1
Nordmazedonien	Serbien	1
Montenegro	Serbien	1
Polen	Russland	1

Datenquelle: <https://keep.eu/projects/> 2023.

Tabelle 11. INTERREG-Projekte multilateral

ohne gesamteuropäische Projekte

STAAT 1	STAAT 2	PROJEKTE
Ungarn	Rumänien	53
Belgien	Frankreich	43
Litauen	Polen	38
Deutschland	Niederlande	35
Ungarn	Slowakei	32
Belgien	Niederlande	31
Norwegen	Schweden	30
Belgien	Deutschland	28
Lettland	Litauen	24
Kroatien	Montenegro	23
Rumänien	Ukraine	23
Bosnien-Herzegowina	Kroatien	22
Bosnien-Herzegowina	Montenegro	22
Dänemark	Schweden	22
Dänemark	Norwegen	21
Italien	Slowenien	21
Irland	Großbritannien	20
Belarus	Polen	19
Bulgarien	Griechenland	19
Belarus	Ukraine	17
Dänemark	Deutschland	17
Finnland	Schweden	17
Moldau	Rumänien	17
Polen	Ukraine	17
Estland	Lettland	16
Andorra	Frankreich	15
Andorra	Spanien	15
Deutschland	Polen	15
Rumänien	Serbien	15
Rumänien	Slowakei	15
Slowakei	Ukraine	15
Spanien	Frankreich	15
Ungarn	Ukraine	15
Belarus	Lettland	14
Belarus	Litauen	14
Frankreich	Deutschland	14
Frankreich	Großbritannien	14
Kroatien	Serbien	13
Kroatien	Slowenien	13
Kroatien	Ungarn	12
Schweiz	Deutschland	12
Bulgarien	Rumänien	11
Estland	Finnland	11

Estland	Schweden	11
Finnland	Lettland	11
Lettland	Schweden	11
Österreich	Deutschland	11
Österreich	Italien	11
Albanien	Griechenland	10
Belgien	Großbritannien	10
Estland	Russland	10
Frankreich	Italien	10
Griechenland	Italien	10
Griechenland	Nordmazedonien	10
Niederlande	Großbritannien	10
Bosnien-Herzegowina	Serbien	9
Bulgarien	Serbien	9
Montenegro	Serbien	9
Schweiz	Frankreich	9
Spanien	Portugal	9
Ungarn	Serbien	9
Belgien	Luxemburg	8
Bosnien-Herzegowina	Slowenien	8
Deutschland	Luxemburg	8
Finnland	Norwegen	8
Frankreich	Luxemburg	8
Montenegro	Slowenien	8
Serbien	Slowenien	8
Albanien	Italien	7
Albanien	Montenegro	7
Bosnien-Herzegowina	Griechenland	7
Frankreich	Niederlande	7
Italien	Montenegro	7
Kroatien	Italien	7
Österreich	Slowakei	7
Österreich	Slowenien	7
Schweiz	Italien	7
Albanien	Bosnien-Herzegowina	6
Albanien	Kroatien	6
Albanien	Serbien	6
Albanien	Slowenien	6
Bosnien-Herzegowina	Italien	6
Deutschland	Großbritannien	6
Deutschland	Liechtenstein	6
Deutschland	Schweden	6
Deutschland	Slowenien	6
Griechenland	Montenegro	6
Griechenland	Serbien	6
Griechenland	Slowenien	6
Italien	Serbien	6

Kroatien	Griechenland	6
Litauen	Russland	6
Österreich	Liechtenstein	6
Österreich	Schweiz	6
Österreich	Ungarn	6
Polen	Russland	6
Schweiz	Liechtenstein	6
Deutschland	Norwegen	5
Finnland	Russland	5
Lettland	Russland	5
Österreich	Tschechien	5
Ungarn	Slowenien	5
Dänemark	Großbritannien	4
Deutschland	Italien	4
Moldau	Ukraine	4
Norwegen	Großbritannien	4
Norwegen	Russland	4
Schweden	Großbritannien	4
Tschechien	Deutschland	4
Belgien	Dänemark	3
Belgien	Irland	3
Belgien	Norwegen	3
Belgien	Schweden	3
Belgien	Schweiz	3
Brasilien	Frankreich	3
Brasilien	Guyana	3
Brasilien	Suriname	3
Dänemark	Finnland	3
Dänemark	Litauen	3
Dänemark	Niederlande	3
Dänemark	Polen	3
Deutschland	Irland	3
Deutschland	Litauen	3
Deutschland	Slowakei	3
Deutschland	Ungarn	3
Frankreich	Guyana	3
Frankreich	Irland	3
Frankreich	Liechtenstein	3
Frankreich	Slowenien	3
Frankreich	Suriname	3
Guyana	Suriname	3
Irland	Luxemburg	3
Irland	Niederlande	3
Italien	Liechtenstein	3
Italien	Malta	3
Kroatien	Deutschland	3
Kroatien	Slowakei	3

Kroatien	Tschechien	3
Liechtenstein	Slowenien	3
Litauen	Schweden	3
Luxemburg	Großbritannien	3
Luxemburg	Niederlande	3
Niederlande	Norwegen	3
Niederlande	Schweden	3
Norwegen	Russland	3
Österreich	Frankreich	3
Österreich	Kroatien	3
Polen	Schweden	3
Russland	Schweden	3
Schweiz	Großbritannien	3
Schweiz	Irland	3
Schweiz	Luxemburg	3
Schweiz	Niederlande	3
Schweiz	Slowenien	3
Slowenien	Slowakei	3
Tschechien	Slowakei	3
Tschechien	Slowenien	3
Tschechien	Ungarn	3
Belarus	Dänemark	2
Belarus	Deutschland	2
Belarus	Estland	2
Belarus	Finnland	2
Belarus	Norwegen	2
Belarus	Russland	2
Belarus	Schweden	2
Bosnien-Herzegowina	Bulgarien	2
Bosnien-Herzegowina	Deutschland	2
Bosnien-Herzegowina	Moldau	2
Bosnien-Herzegowina	Rumänien	2
Bosnien-Herzegowina	Slowakei	2
Bosnien-Herzegowina	Tschechien	2
Bosnien-Herzegowina	Ukraine	2
Bosnien-Herzegowina	Ungarn	2
Bulgarien	Deutschland	2
Bulgarien	Kroatien	2
Bulgarien	Moldau	2
Bulgarien	Montenegro	2
Bulgarien	Nordmazedonien	2
Bulgarien	Slowakei	2
Bulgarien	Slowenien	2
Bulgarien	Tschechien	2
Bulgarien	Ukraine	2
Bulgarien	Ungarn	2
Dänemark	Estland	2

Dänemark	Lettland	2
Dänemark	Russland	2
Deutschland	Lettland	2
Deutschland	Moldau	2
Deutschland	Montenegro	2
Deutschland	Rumänien	2
Deutschland	Russland	2
Deutschland	Serbien	2
Deutschland	Ukraine	2
Estland	Deutschland	2
Estland	Litauen	2
Estland	Norwegen	2
Estland	Polen	2
Finnland	Deutschland	2
Finnland	Litauen	2
Finnland	Polen	2
Kosovo	Montenegro	2
Kroatien	Moldau	2
Kroatien	Rumänien	2
Kroatien	Ukraine	2
Lettland	Norwegen	2
Lettland	Polen	2
Litauen	Norwegen	2
Moldau	Montenegro	2
Moldau	Serbien	2
Moldau	Slowakei	2
Moldau	Slowenien	2
Montenegro	Rumänien	2
Montenegro	Slowakei	2
Montenegro	Ukraine	2
Norwegen	Polen	2
Österreich	Bosnien-Herzegowina	2
Österreich	Bulgarien	2
Österreich	Moldau	2
Österreich	Montenegro	2
Österreich	Rumänien	2
Österreich	Serbien	2
Österreich	Ukraine	2
Rumänien	Slowenien	2
Serbien	Slowakei	2
Serbien	Ukraine	2
Slowenien	Ukraine	2
Tschechien	Moldau	2
Tschechien	Montenegro	2
Tschechien	Polen	2
Tschechien	Rumänien	2
Tschechien	Serbien	2

Tschechien	Ukraine	2
Ungarn	Moldau	2
Ungarn	Montenegro	2
Dänemark	Irland	1
Dänemark	Island	1
Finnland	Großbritannien	1
Finnland	Irland	1
Finnland	Island	1
Irland	Island	1
Irland	Norwegen	1
Irland	Schweden	1
Island	Großbritannien	1
Island	Norwegen	1
Island	Schweden	1
Italien	Polen	1
Italien	Slowakei	1
Kroatien	Polen	1
Nordmazedonien	Serbien	1
Österreich	Polen	1
Polen	Slowakei	1
Polen	Slowenien	1
Tschechien	Italien	1
Ungarn	Italien	1
Ungarn	Polen	1
Zypern	Griechenland	1

Datenquelle: <https://keep.eu/projects/> 2023.

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich,

- dass ich die vorliegende Masterarbeit selbstständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubter Hilfe bedient habe,
- dass ich dieses Masterarbeitsthema bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe
- und dass diese Arbeit mit der vom Begutachter beurteilten Arbeit vollständig übereinstimmt.

Wien, am 03.10.2023