

kma

Das Gesundheitswirtschaftsmagazin



Zuweiserpauschalen

WIE GESCHMIERT

Fangprämien sind verboten. Trotzdem schauen Selbstverwaltung und Politik ihrer Ausbreitung tatenlos zu.

Wahlleistungen:

Leistung, die sich lohnt

Porträt:

Karin Gräppi –
In der Ruhe liegt
ihre Kraft



Gesunde Grüße aus Budapest

PATIENTENRECHTE

Dr. Europe

Ein Arztbesuch in Irland, ein stationärer Aufenthalt in Tschechien, eine Reha in Dänemark. Jeder EU-Bürger soll sich in der gesamten Europäischen Union seine Behandlung frei aussuchen dürfen. So sieht es eine Richtlinie der Europäischen Kommission vor. Allerdings hapert es noch an der grenzüberschreitenden Kostenerstattung.

Das Einfallstor waren die Zahnbehandlungen. „In einigen westungarischen Städten mit rund 60.000 Einwohnern praktizieren bereits 300 Zahnärzte“, schreibt der Betreiber des Gesundheitstourismusportals „Gesundheits-Planet“, Roland Rose, auf seiner Website. Es habe sich herumgesprochen, dass ungarische Zahnärzte ihre Leistungen um bis zu zwei Drittel billiger anbieten als ihre Kollegen in Deutschland oder der Schweiz. Seit Anfang der 90er Jahre reisten deutsche und vor allem auch österreichische Sparfüchse deswegen nach Ungarn. Die Nachfrage steigt

stetig. Die osteuropäischen Länder reagierten auf den Trend: So fährt man etwa zum Kuraufenthalt nach Tschechien, wegen Zahnimplantaten nach Bulgarien und zum Medical Wellness nach Slowenien. Roland Rose ist überzeugt davon, dass die Menschen, wenn es um Gesundheitsförderung und planbare Leistungen geht, mobiler werden. Zunehmend fragen ihn Patienten auch nach Adressen zur Behandlung von Hüft- oder Knieendoprothetik im Ausland. „Krankenhaustagegeld, Fahrtkosten, Zuzahlungen im Hilfsmittelbereich, und jetzt auch noch die Zusatzbeiträge in der gesetzlichen Kran-

kenversicherung werden die Nachfrage nach Behandlungen im Ausland rasch steigen lassen“, ist sich Rose sicher.

Steigende Zuzahlungen fördern Gesundheitstourismus

Insgesamt handele es sich nur um ein Prozent aller in Europa erbrachten Gesundheitsleistungen, heißt es aus dem Büro der Europaabgeordneten Dagmar Roth-Behrendt. Schätzungen gingen maximal von bis zu zwei Prozent aus. Ein Urteil des Europäischen Gerichtshofes (EuGH) von vor drei Jahren hat im Frühjahr dieses Jahres das EU-Parlament bewegt, den Richterspruch in eine

EU-Richtlinie zu gießen. Der geplanten EU-Richtlinie zufolge sollen die Patientenrechte in die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung festgeschrieben werden und für alle EU-Länder gleichermaßen gültig sein, und zwar unabhängig von der unterschiedlichen Leistungsfähigkeit der Sozialversicherungssysteme. Einige Länder der EU, darunter Deutschland, haben das EuGH-Urteil bereits in nationale Verordnungen eingearbeitet. Allein die Techniker Krankenkasse (TK) verzeichnete 2007 gegenüber den Vorjahren einen erheblichen Anstieg der Patientenmobilität: 50.000 Versicherungsfälle sind abgerechnet worden. Davon reisten 25.000 Deutsche vor allem nach Italien, Spanien und Österreich. Dagegen suchten 25.000 EU-Bürger den Rat deutscher Ärzte. Bislang war es unter deutschen Krankenkassen nicht üblich, Statistiken darüber zu führen, wie viele EU-Bürger medizinische Leistungen über sie abrechnen und wie viele ihrer Versicherten sich im Ausland behandeln lassen. Die TK fing vor zwei Jahren an, nachdem eine erste hausinterne Untersuchung über EU-Auslandsbehandlungen für Überraschungen gesorgt hat.

Deutsche Krankenhäuser behandeln 70.000 ausländische Patienten

Selbst die Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (DVKA), über die sämtliche grenzüberschreitenden Versorgungsfälle abgerechnet werden, kann nach eigenen Angaben die Zahl der Versicherungsfälle nur schätzen: Demnach gab es im vergangenen Jahr 211.000 Fälle, bei denen Deutsche im EU-Ausland behandelt wurden. Roland Rose von Gesundheitstourismus-Planet schätzt die Dunkelziffer derjenigen, die sich im Ausland behandeln lassen, um einiges höher. „Privatpatienten sind in den Hochrechnungen gar nicht enthalten, außerdem passiert da eine Menge schwarz. Also Leistungen, die in keinen Büchern auftauchen.“ Umgekehrt registrierte die DVKA 217.000 Behandlungen von EU-Bürgern in Deutschland, die über die

Europäische Krankenversichertenkarte EHIC abgerechnet wurden.

Auf den stationären Sektor in Deutschland entfallen laut Statistischem Bundesamt jährlich rund 70.000 ausländische Patienten. Viele kommen aus dem arabischen Raum und aus Russland, zunehmend reisen auch Privat- und Kassenpatienten aus nahezu allen europäischen Ländern an. Das Abrechnungsverfahren zwischen den Staaten bereitet Kliniken und Krankenkassen zum Teil erhebliche Probleme. Das gilt auch für Patienten aus der EU: „Das ganze Abrechnungsverfahren ist zurzeit noch sehr aufwendig“, räumt Michael Ihly, Sprecher der Techniker Krankenkasse, ein. Die Kassen warten manchmal Jahre auf ihr Geld. Zu unterschiedlich sind die Sozialversicherungssysteme, zu bürokratisch die Prüfungen, zu langsam die Korrespondenz auf dem Postweg. Bis die neue EU-Richtlinie unter Dach und Fach ist, bleibt die Rechtslage diffus. In welchem Umfang die EU-Bürger von ihrem Recht Gebrauch machen werden und welche Auswirkungen der Gesundheitstourismus auf nationale Gesundheitssysteme haben wird – darüber kann derzeit nur spekuliert werden.

Wirbel um polnische Babys

Wenig erfreut sind die Kassen auch über Fälle wie diesen: Nach der EU-Osterweiterung brachte das Uckermark-Klinikum in Schwedt nahe der polnischen Grenze mehr als 400 polnische Babys auf die Welt, deklarierte die Geburten als Notfälle und reichte die meisten Rechnungen bei der AOK Ostbrandenburg ein. Doch die polnische Einheitskasse Nationaler Gesundheitsfonds (NFZ) wurde irgendwann skeptisch und stellte ihre Rückerstattungen an die AOK ein: zu hohe Rechnungen und zu wenig glaubwürdig, dass es sich bei allen Fällen um Notfälle gehandelt hat, argumentierten die polnischen Kollegen. Allein die AOK blieb so auf mehr als 520.000 Euro sitzen, auch die IKK Berlin-Brandenburg hat aus demselben Grund



Beweglich
und professionell
gestrickt ...

AMOR® und MUSE®

- Materialwirtschaft
- Stationslogistik
- Arzneimittelversorgung

für die Klinik

eine runde Sache!



Telefon 04171/696-100
info@aescudata.de
www.aescudata.de

AESCU : **DATA**®

Außenstände zu beklagen. Insgesamt sollen Kosten von insgesamt 800.000 Euro entstanden sein. Die Staatsanwaltschaft Schwedt ermittelt, nachdem beide Kassen die Klinik und die Stadt Schwedt als damaliger Krankenhausbetreiber wegen des Verdachts des Sozialversicherungsbetruges verklagt haben. Das Krankenhaus gehört heute der

20 bis 30 Knochenmarkstransplantationspatienten pro Monat

Die Kosten etwa einer Knochenmarkstransplantation (KMT), die sich pro Patient auf bis zu 150.000 Euro belaufen können, stellen insbesondere für osteuropäische EU-Länder eine kaum zu bewältigende Herausforderung dar, warnt Boscher. Wenn die Krankenkas-

der Gesundheitsversorgung in alten und neuen EU-Ländern kann für einige neue Länder ein erhebliches wirtschaftliches Problem werden“, sagt Ursula Fabry, die sich am UK Aachen um internationale Patienten kümmert.

Es seien aber gerade die Patienten aus ärmeren Ländern, die ins UKE kommen wollen, da in den jeweiligen Heimatländern keine Spezialisten oder auch nur eine ausreichende medizinische Infrastruktur vorhanden sei. Gleichzeitig seien die Krankenhäuser in Deutschland grundsätzlich dazu verpflichtet, zunächst die Versorgung der in Deutschland versicherten Patienten sicherzustellen. Internationale Patienten würden deshalb immer zusätzlich behandelt. Trotz der Probleme will das UKE aber möglichst vielen Patienten aus dem EU-Ausland eine Behandlung ermöglichen: „In der KMT haben wir derzeit etwa 20 bis 30 Patienten aus Osteuropa pro Monat. Wir überlegen deshalb, die Bettenzahl zu erhöhen“, sagt Boscher, die auch Sprecherin des bundesweiten Gesprächskreises „Internationale Patienten“ ist, in dem sie sich mit rund 30 Kollegen anderer großer Kliniken in Deutschland zusammengeschlossen hat. Die Gruppe will ihre Sorgen in Kürze auch beim GKV-Spitzenverband vorbringen.

Patienten inszenieren Notfälle

Anders stellt sich die Lage im Dreiländereck Aachen dar, in dem das Univer-

Das große Gefälle in der Gesundheitsversorgung zwischen den alten und neuen EU-Mitgliedsstaaten kann für die neuen Länder zu einem erheblichen wirtschaftlichen Problem werden.

Klinikette Asklepios, und inzwischen strömen wieder zahlreiche Polinnen zur Entbindung in die Klinik, allerdings als Privatpatientinnen auf eigene Kosten.

Kliniken bleiben auf den Behandlungskosten sitzen

Bei Kassenpatienten aus der EU sieht das derzeitige Procedere vor, dass sie sich kostenintensive stationäre Behandlungen in deutschen Kliniken durch ihre heimische Kasse genehmigen lassen müssen. In Deutschland werden dann die Behandlungskosten durch eine Krankenkasse zwischenfinanziert. Die ausgewählte deutsche Kasse holt sich das Geld über die DVKA bei der Heimatkasse der Versicherten schließlich zurück. Dass Theorie und Praxis dabei manchmal noch sehr weit auseinandergehen, weiß Leonore Boscher zu berichten, die das Büro für internationale Angelegenheiten am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) leitet: „Manche Kassen erteilen ihren Versicherten die Genehmigung, ohne sich vorher zu erkundigen, was die Behandlungen kosten. Später wollen oder können sie die Rechnung dann nicht bezahlen. Und wir wissen auch, dass es bei den Kassen große Außenstände gibt, bei denen eine medizinische Behandlung mit den Patienten abgesprochen war“, so Boscher.

sen in einem Land wie Rumänien die Behandlung von zehn Patienten im UKE genehmigen würde, müssten sie allein für diese Patienten 1,5 Millionen Euro zahlen. Eine Menge Geld für ein armes Land. „Das macht deutlich, dass ein Land wie Rumänien die Versorgung allein von Leukämie-Patienten in Deutschland kaum finanzieren könnte“, glaubt die Auslandskrankenversicherungsexpertin Boscher. Zudem fehle Ländern wie Ungarn und Rumänien das Geld für die Behandlung im westlichen Ausland gleich doppelt: Die Kosten für die jeweilige Behandlung seien schon wegen des höheren Lohnniveaus in Deutschland wesentlich größer als zu Hause, und das Geld fehle dann bei der Investition in das eigene Gesundheitssystem. „Das große Gefälle zwischen

Finanzierung grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung

Grundsätzlich gilt: Beglichen werden nur die Leistungen im Ausland, die auch im Leistungskatalog des Herkunftslandes festgeschrieben sind. Dies gilt ebenfalls für die Höhe der Erstattung. Gezahlt wird der Betrag, der im Heimatland des Patienten gefordert wird. Damit die Auslandspatienten oder die behandelnden Ärzte und Krankenhäuser nicht auf ihren Kosten sitzen bleiben, sollen sogenannte Vorabgenehmigungen der Kassen für Kostentransparenz sorgen.

Wie mit Zahlungsausfällen durch weniger leistungsfähige Sozialsysteme oder auch mit Missbrauch durch Patienten umgegangen werden soll, ist noch Gegenstand parlamentarischer Beratungen in der EU.

sitätsklinikum Aachen (UK Aachen) vor allem Niederländer und Belgier, die nahe der Grenze leben, mitversorgt. Zudem übernimmt das Klinikum viele planbare Eingriffe bei niederländischen Patienten, für die sie zu Hause lange auf einen OP-Termin warten müssten. „Das funktioniert relativ reibungslos, weil sich jeweils zwei Kassen aus den drei Ländern zur europäischen Gesundheitsregion IZOM (Integration Zorg op Maat) zusammengetan haben“, erläutert Fabry. „Bei griechischen Patienten kann es dagegen sein, dass man eineinhalb Jahre nach der Behandlung sein Geld immer noch nicht hat“, berichtet Fabry. Zudem würden die deutschen Krankenkassen nicht immer die ausgelegten Kosten für medizinische Leistungen vorstrecken, so dass das UK Aachen selbst in Vorleistung gehen müsse. Es gibt aber auch noch andere Schwierigkeiten: „Normalerweise

müssen sich die Patienten einen sogenannten E112-Schein von ihrer Krankenkasse gewissermaßen als Überweisung und Zusage der Kostenerstattung holen. Manche Patienten versuchen das jedoch zu umgehen, indem sie unangemeldet als Notfall in unserer Klinik erscheinen. Das führt dann später zu Diskussionen mit dem Kostenträger, ob es sich wirklich um einen Notfall handelte oder nicht. Manche Patienten suchen sich auch einfach eine Klinik im Internet aus und fahren dann los. Solche Fälle sind für uns dann natürlich nicht planbar.“

Krankenkassen dürfen auf Erleichterungen hoffen

Derzeit wird um die Ausgestaltung der Patientenrechte im Europaparlament aber noch heftig gerungen. Die Richtlinie hat zwar im Frühjahr in erster Lesung das EU-Parlament passiert, das

jedoch erst nach langem politischen Hickhack. EU-Parlamentarier haben zudem mehrere hundert Änderungswünsche eingereicht. Während die Krankenhäuser ihre Patientenströme weiterhin selber regeln müssen, dürfen die Krankenkassen hoffen, dass ihre Abrechnungsprobleme im Zuge einer neuen EU-Verordnung im März nächsten Jahres abgemildert werden: Dann soll die gesamte Korrespondenz auf elektronischem Wege erfolgen und ein Zahlungszeitraum von sechs Wochen festgelegt werden. „Wenn dann die Beträge nicht innerhalb von sechs Wochen beglichen werden, können Verzugszinsen geltend gemacht werden“, sagt TK-Sprecher Ihly. Dann sind auch Anhäufungen von unbezahlten Rechnungen wie bei der AOK Ostbrandenburg nicht mehr ohne Weiteres möglich. ■

Ingrid Mühlhikel
Inga Pabst

Fotos: Fotolia



**Das NEUE
unkomplizierte
NEXUS / KIS
ist da.**

Weitere Infos:
www.KISbyNEXUS.de



nexus | ag