

Klinik St. Josef
V. Mausen, Sozialdienst
Klosterstr. 9
4780 St. Vith

Europäische Kommission
Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz
Konsultation Gesundheitsleistungen
B232 8/102
B-1049 BRÜSSEL

St. Vith, den 25. Januar 2007

Sehr geehrte Damen und Herren,

Ich erlaube mir im Rahmen der Konsultation zur Patientenmobilität vier konkrete Fallbeispiele darzustellen, mit deren Aktenbearbeitung ich im Rahmen meiner Tätigkeit als Sozialassistentin in der psychiatrischen Abteilung der Klinik St. Josef beauftragt wurde. Es handelt sich um eine Auswahl einiger Akten, die mir besonders interessant erscheinen.

Die Klinik St. Josef ist ein Allgemeinkrankenhaus, gelegen in St. Vith, im Dreiländereck und somit angrenzend zu Luxemburg (15 km entfernt) und Deutschland (10 km entfernt). Zahlreiche unserer Patienten sind so genannte Grenzgänger, d.h. wohnen in Belgien und arbeiten in L oder D. Sie sind somit sowohl in ihrem Arbeitsland, als auch in ihrem Wohnland krankenversichert.

Wir konnten Erfahrungen sammeln im Rahmen der Patientenmobilität, die sich allerdings als nicht ganz unproblematisch erweist.

Als Klinik haben wir ein Interesse daran, dass sich Patienten aus den Nachbarländern für eine Behandlung in unserer Klinik entscheiden.

Die Höhe der finanziellen Eigenbeteiligung ist jedoch ein großes Hindernis, so dass viele Patienten es vorziehen sich in ihrem Wohnland (D oder L) behandeln zu lassen, obschon unsere Klinik unter Umständen näher liegt und somit leicht erreichbar ist.

Ich würde mich freuen, wenn Sie meine konkreten Beispiele und meine entsprechenden Anmerkungen zu verschiedenen Fragen der Konsultation zur Patientenmobilität zur Kenntnis nehmen.

Für eventuelle Auskünfte stehe ich selbstverständlich zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen,

Veronika MAUSEN
Sozialassistentin (Tel.: 080/854460)

Konkrete Fallbeispiele

Situation 1 :

Frau S., deutsche Nationalität, alleinstehend, seit über 30 Jahren verwitwet

Wohnland : Deutschland (Harperscheid/Schleiden)

Land das die Witwenrente zahlt : Belgien

Klinikaufenthalt : Belgien

Krankenversicherung : 321 CT 141/141 (1/1/2001-30/05/2006)

CT 181/307 (1/06/2006-1/10/2006)

und Barmer Ersatzkasse (D),

Problemstellung :

Frau S. war bis Ende 2005 in Belgien wohnhaft und ausschließlich in Belgien krankenversichert.

Da sie sich seit mehreren Jahren in Deutschland aufhält, dort ein Haus besitzt und bewohnt rate ich ihr, sich in Deutschland im Bevölkerungsregister eintragen zu lassen und sich zudem dort in einer Krankenkasse ihrer Wahl einzutragen. Ihre Witwenrente sei dadurch nicht gefährdet und somit könne sie problemlos Gesundheitsleistungen in B und D in Anspruch nehmen.

Einige Monate später kommt die Patientin erneut zur stationären Aufnahme in unsere Klinik. Die belgische Krankenkasse (321) verweigert nun die Übernahme der Krankenhauskosten, da die Patientin ihre EU-Karte bei der belgischen Krankenkasse nicht habe einlesen lassen. Die deutsche Krankenkasse (Barmer Ersatzkasse Schleiden) stellt keine EU-Karte aus, da die Patientin eine belgische Rente bezieht und ihr Recht auf Krankenversicherung von ihrer belgischen Situation heraus resultiert. Die belgische Krankenkasse besteht auf eine EU-Karte und nach mehreren Interventionen meinerseits stellt die deutsche Krankenkasse ein Schriftstück für die belgische Krankenkasse aus, so dass sie schließlich den Krankenkassenanteil der Krankenhauskosten übernehmen.

Statt einfacher wurde die Situation komplizierter und in meinen Augen sogar widersprüchlich.

Situation 2 :

Frau T., belgische Nationalität, 26 J. alt, alleinstehend

Bis zum Auftreten der Krankheit ganztags berufstätig als Kinderkrankenschwester

Wohnland : Belgien (Eupen)

Arbeitsland : Deutschland (Aachen)

Klinikaufenthalt : Belgien

Krankenversicherung : AOK Rheinland (D), als Grenzgängerin zudem in Belgien versichert (137, CT 180/301)

Problemstellung :

Die Patientin ist seit über 18 Monaten arbeitsunfähig und wird zum 25.01.2007 von der dt. Krankenkasse „ausgesteuert“, d.h. sie erhält kein Krankengeld mehr. Sie wurde aufgefordert einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente zu stellen. Da sie eine ausschließlich deutsche Berufslaufbahn hat war der Antrag recht schnell bearbeitet und der Rentenbescheid liegt bereits vor. Die Rente wurde abgelehnt. Die Deutsche Rentenversicherung beurteilte den Antrag wie folgt : Erwerbsminderung liegt nicht vor (§ 43 SGB VI). Die Patientin sei in der Lage unter den üblichen Bedingungen des Arbeitsmarktes min. 6 Stunden tätig zu sein. Die Patientin wird nach wie vor stationär behandelt!

Der Antrag auf Arbeitslosengeld als Überleitung zur EWM-Rente läuft, wird jedoch abgelehnt werden, da der negative Rentenbescheid vorliegt. Die Bundesagentur für Arbeit hat somit keine Grundlage zur Zahlung von ALG, da sie laut Dt. Rentenversicherung Bund arbeitsfähig sei, nach wie vor in einem ungekündigten Arbeitsverhältnis ist ...

Der Patientin bleibt somit nichts anderes übrig als in Belgien Eingliederungseinkommen beim ÖSHZ zu beantragen. Für sie entsteht in Deutschland nach dem 25.01.2007 eine Versicherungslücke. Sie ist dann nicht mehr in D. krankenversichert, verliert dort ihre Rechte und Vorteile und befindet sich in einer finanziellen Situation, die es ihr nicht mehr erlaubt ihre Miete, Kreditrückzahlung fürs Auto, Krankenhausrechnungen und allgemeine laufenden Kosten zu zahlen. **Die langwierige Krankheit macht sie in diesem Versicherungssystem zum Sozialfall.**

Nach belgischem Recht hätte die Patientin ohne Probleme das Invalidenstatut erreicht, wäre finanziell und sozial abgesichert, könnte ggfls das VIPO-Statut erreichen, hätte somit niedrigere Krankenhauskosten ... Es ist sogar administrativ möglich, dass sie in Belgien vom Vertrauensarzt als Invalide anerkannt wird und in Deutschland nicht.

Frau T. muss gegen die Entscheidung der Rentenversicherung Widerspruch einlegen, allerdings wird diese Prozedur sich über Monate hinziehen.

Glücklicherweise erhält die Patientin im Rahmen der Maximalen Gesundheitsrechnung (MAF) eine zusätzliche Rückvergütung seitens der Krankenkasse für den Eigenanteil.

Ansonsten müssten sämtliche Krankenhauskosten vom ÖSHZ übernommen werden, da die Patientin finanziell nicht in der Lage ist die hohen medizinischen Kosten zu tragen.

Sind Gegensätze in der Sozialversicherung zwischen Belgien und Deutschland innerhalb der EU tragbar? In Grenzregionen ist diese Situation sehr häufig und für die Betroffenen sehr dramatisch.

Situation 3 :

Frau W., deutsche Nationalität, alleinstehend

Wohnort : Uchtspringe, Landkreis Stendal, D.

Einkünfte : deutsche Erwerbsunfähigkeitsrente seit 01.11.2005 (Höhe : 593,53 Euro)

Klinikaufenthalt : Belgien, Notaufnahme

Krankenversicherung : freiwillige Krankenversicherung bei der AOK Sachsen Anhalt (D), im Besitz einer Europäischen Versicherungskarte

Zahlungsunfähig, in D. von der Zahlung einer Eigenbeteiligung befreit

Abrechnung über belgische Krankenkasse (515)

Eine Berechnung des Vorzugstarifs als VIPO ist möglich, indem eine Ehrenwörtliche Erklärung ausgefüllt wird und ihre Einkünfte des Vorjahres belegt werden.

Zudem scheint es, dass die AOK den nach belgischem Krankenversicherungsrecht in Rechnung gestellten Eigenanteil komplett an die Patientin zurückerstattet.

Situation scheint in meinen Augen zu Gunsten der Patientin geregelt.

Situation 4 :

Frau D., belgische Nationalität, getrennt lebend seit April 2005

Wohnort : Schleiden, D.

Einkünfte : Arbeitslosengeld II seit Mai 2005 (Höhe : 345 Euro)

Klinikaufenthalt : Belgien, geplante Aufnahme (E-112) (Dauer 13.01.06-31.05.2006)

Krankenversicherung : AOK Rheinland/Hamburg (D), E-112 für gesamte Dauer des Krankenhausaufenthaltes

Zahlungsunfähig, in D. nicht von Zahlung des Eigenanteils befreit.

Die Höhe der Eigenbeteiligung („ticket modérateur“) in Belgien beläuft sich für den Aufenthalt auf 1905,38 Euro und übersteigt bei weitem die Einkünfte der Frau D.

Antrag auf Kostenerstattung der in Belgien geleisteten Zuzahlungen (Anlage 1) und Antwortschreiben der AOK (Anlage 2) sind beigelegt.

Eine Zuerkennung des VIPO-Statuts und der Berechnung einer geringeren Eigenbeteiligung wie bei der Patientin in der Situation 3 ist nicht möglich, da der Bezug von ALG II ihr ein Statut als Arbeitslose verleiht, und somit kein Anrecht auf ein eventuelles VIPO-Statut in B. eröffnet. Dennoch handelt es sich um ein Statut, das sie nicht wahrnehmen kann, als sie am 1.06.2006 nach Belgien umzieht und dort ihren Wohnsitz anmeldet. Sie kann in Belgien kein Arbeitslosengeld beziehen (wie im Falle eines Bezuges von ALG I) und lediglich Eingliederungseinkommen seitens des ÖSHZ beziehen, in Erwartung einer in Belgien beantragten Behindertenrente.

Eine Rückerstattung im Rahmen des Systems der Maximalen Gesundheitsrechnung (MAF) kommt für die Patientin nicht in Frage, da sie nicht in B. krankenversichert ist und diese Form der Rückerstattung nicht auf das deutsche Krankenversicherungssystem übertragbar sei.

ANLAGE 1

AOK Rheinland/Hamburg
Zu Hd. Frau Gentges
Kaplan-Kellermann-Str. 6-10

D-53879 EUSKIRCHEN

St. Vith, den 16. November 2006

***Betrifft : D. , wohnhaft in D-53937 SCHLEIDEN
Kennnummer : /***

Sehr geehrte Frau Gentges,

Wie telefonisch besprochen am vergangenen Dienstag, erlaube ich mir Ihnen die Aufstellung der Rechnungen der Frau D. zukommen zu lassen, die infolge ihres Aufenthaltes vom 13.01-31.05.2006 in unserer Klinik entstanden sind. Es handelt sich um den Eigenanteil der Patientin. Der Eigenanteil, den wir berechnen müssen, übersteigt die Einkünfte der Frau D. In Belgien ist es üblich, dass in solchen Situationen die Patienten eine geringere Eigenbeteiligung haben und die Krankenkasse einen höheren Anteil übernimmt (Vorzugstarif für Witwen, Waisen, Invaliden, Rentner und Langzeitarbeitslose, bzw. Maximale Gesundheitsrechnung).

Ich bitte Sie daher die Möglichkeiten einer zusätzlichen Rückerstattung seitens der AOK zu prüfen und diesbezüglich schriftlich Stellung zu beziehen.

Die Rechnungen belaufen sich auf insgesamt 1905,38 Euro. Eine detaillierte Aufstellung und Kopien der Rechnungen können wir Ihnen gerne zusenden.

In der Erwartung Ihrer Stellungnahme, verbleibe ich mit freundlichen Grüßen,

Veronika MAUSEN
Dipl. Sozialarbeiterin
Tel.: 0032/80/854460

ANLAGE 2

AOK Postfach 14 47 53877 Euskirchen

AOK Rheinland/Hamburg
Die Gesundheitskasse

Klinik St. Josef
Frau Veronika Mausen
Klosterstr. 9
B-4780 St. Vith

Regionaldirektion Kreis Euskirchen
Fachservice Leistungen

Kaplan-Kellermann-Str. 6-10
53879 Euskirchen

Telefon: (02251) 7 03 -0

Telefax: (02251) 7 03 -1 55

E-Mail: aok.eu@rh.aok.de

BELGIEN

Ihre Gesprächspartnerin
Belinde Gentges

Durchwahl
(02251)703- 1 96

Datum
12.12.2006

Kostenerstattung in Belgien geleisteter Zuzahlungen von D. geb. .../.../....

Versicherungsnummer: /

Ihr Schreiben vom 16.11.2006

Sehr geehrte Frau Mausen,

Frau D. befand sich in der Zeit vom 10.01.2006 bis 31.05.2006 in Ihrer Klinik in stationärer Behandlung. Mit Ihrem oben genannten Schreiben bitten Sie, die Restkostenübernahme der in Belgien entstandenen Zuzahlungen zu prüfen.

Nach Artikel 22 Absatz 1 Buchstabe c der EWG-Verordnungen Nr. 1408/71 Beschluss 163 liegt ein Zustimmungsfall vor, wenn der Aufenthalt im anderen EWR-Staat zum Zwecke der Behandlung erfolgt. Ein Zustimmungsfall im Sinne des Abkommens liegt immer dann vor, wenn bereits bei der Abreise aus dem zuständigen Staat der Versicherungsfall bestand.

Begibt sich ein Berechtigter nach Eintritt des Versicherungsfalls mit Zustimmung des zuständigen Trägers in einen anderen Staat, hat er grundsätzlich Anspruch auf alle Sachleistungen, die nach den Rechtsvorschriften des aushelfenden Trägers vorgesehen sind; als ob er bei diesem versichert wäre.

Aushelfender Träger ist nach Artikel 1 Absatz 1 Buchstabe p der EWG-Verordnungen Nr. 1408/71 der am Ort zuständige Träger, in dem der Betreffende sich aufhält.

Den Krankenhausbehandlungen von Frau D. in Ihrem Land haben wir mit entsprechenden Vordrucken E 112 gerne zugestimmt. Aushelfender Träger ist die in St. Vith zuständige belgische gesetzliche Krankenkasse. Somit hatte Frau D. für die Gültigkeitsdauer der ausgestellten Vordrucke Anspruch auf Sachleistungen, die nach belgischen Rechtsvorschriften vorgesehen sind. Ihre Sachleistungsansprüche richten sich nicht nach deutschen Rechtsvorschriften. Unsere gesetzliche Aufgaben haben wir gegenüber unserem Mitglied erfüllt.

Deshalb dürfen wir keine Restkosten übernehmen. Wir haben Verständnis für die schwierige Lage von Frau D. Doch die gültige Rechtslage lässt keine andere Entscheidung zu. Wir empfehlen deshalb unseren Kunden vor Auslandsaufenthalt zusätzlich den Abschluss einer Reiseprivatkrankenversicherung.

Es tut uns leid, dass wir Frau D. in diesem Fall nicht weiterhelfen dürfen.

Mit freundlichen Grüßen

Belinde Gentges
Fachberaterin Leistungen

Stellungnahme zu einigen Fragen der Konsultation

Frage 1 : Welche Auswirkungen (lokaler, regionaler, nationaler Art) hat die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung derzeit auf Zugänglichkeit, Qualität und finanzielle Nachhaltigkeit der Systeme der gesundheitlichen Versorgung, und wie könnte dies sich weiterentwickeln ?

Wir stellen im Allgemeinen ein großes Interesse seitens der ausländischen Patienten in Grenznähe für die in unserer Klinik erbrachten Leistungen fest, allerdings scheitert die Patientenmobilität daran, dass die Zuzahlung in Belgien wesentlich höher ist als im Wohnland (D oder L). Oftmals entscheiden sich Patienten für einen Aufenthalt in einer Klinik in ihrem Wohnland, obschon die Klinik unter Umständen weiter vom Wohnsitz entfernt ist als unsere Klinik, da die Eigenbeteiligung dort geringer ist. Fälle, wie der in der Situation 4 beschrieben, können die Patientenmobilität nur hemmen.

Die Versicherungssysteme in den verschiedenen Ländern bleiben nach wie vor recht unterschiedlich und die Situationen werden bei weitem nicht immer im Interesse der Patienten geregelt. Obschon erbrachte Leistungen in Belgien beispielsweise kostengünstiger sind als in Deutschland, hat das System der finanziellen Eigenbeteiligung des Patienten zur Folge, dass ein in Deutschland versicherter Patient in Belgien zuzahlen muss (wenn er nicht von einer Eigenbeteiligung befreit ist). Subjektiv empfindet er die Behandlung in Belgien teurer, obschon sie insgesamt kostengünstiger ist.

Umgekehrt ist die Situation die, dass ein in Belgien versicherter Patient, der sich zur Behandlung nach Deutschland (z.B. in die Uniklinik Aachen) begibt, dort keinerlei, bzw. eine wesentlich geringere Zuzahlung leisten muss. Der Patient empfindet die Behandlung subjektiv als kostengünstiger, obschon sie insgesamt teurer ist. In Belgien hätte die gleiche Intervention wesentlich weniger gekostet.

Es besteht somit die Gefahr, dass die Patientenmobilität, lediglich in einer Richtung vorteilhaft ist. Patienten begeben sich zur Behandlung nach Deutschland, entscheiden sich für eine für das Gesundheitssystem teurere Leistung, lediglich, weil sie keine oder nur eine geringe Eigenbeteiligung haben. Dieses Kriterium überwiegt unter Umständen zu dem der Nähe des Krankenhauses.

Frage 2 : Welche speziellen rechtlichen Klarstellungen und welche praktischen Informationen werden von wem benötigt (z.B. Behörden, Dienstleistungserbringer und –erwerber, Patienten), um eine sichere, qualitativ hochwertige und effiziente grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung zu ermöglichen?

Meines Erachtens müssten die Systeme mehr an einander angeglichen werden, um finanzielle Ungerechtigkeiten zu vermeiden (siehe Stellungnahme zur vorherigen Frage und Fallbeispiele).

Zudem sind m.E. die Krankenkassen nicht ausreichend mit Fachpersonal versorgt, das sich mit der Bearbeitung dieser speziellen Akten beschäftigt. Der Arbeitsaufwand ist enorm und die Patienten sind alleine nicht in der Lage die schwierige rechtliche Lage zu überblicken. Sehr oft bringt die Eigenschaft als Grenzgänger und die Tatsache, dass sie sowohl versicherungsrechtliche Statute in Belgien (Wohnland) und z.B. Deutschland (Arbeitsland) haben im Falle von Krankheit sehr große Probleme mit sich, sowohl administrativer als auch finanzieller Art. Die Patientenmobilität ist für Bewohner von Grenzregionen seit Jahren Alltag, doch oftmals mit erheblichen Nachteilen verbunden. M.E. ist es sinnvoll diese Probleme, gerade in Zusammenhang mit langandauernden Krankheitsperioden, Invalidität ...

gezielt zu studieren und anhand von konkreten Fallbeispielen in Zusammenarbeit mit Sozialdiensten der Krankenkassen, Grenzgängerdiensten der Gewerkschaften, Sozialdiensten von Kliniken und Sozialdiensten der ÖSHZ, die jeweils in Grenzregionen angesiedelt sind zu beleuchten. Oftmals befinden sich betroffene Patienten in sehr schwierigen rechtlichen und finanziellen Situationen und zu deren Klärung bleibt oft leider nur der Weg zum Sozialamt und zum Arbeitsgericht.

Frage 5 : Welche Maßnahme ist notwendig, um sicherzustellen, dass die Behandlung von Patienten aus anderen Mitgliedstaaten mit der Bereitstellung ausgewogener ambulanter und stationärer Versorgung für alle vereinbar ist (beispielsweise, durch Kostenerstattung für deren Behandlung in den „Aufnahmeländern“?

Jeder Patient sollte in jedem Land den Eigenanteil zahlen, den er auch in seinem Wohnland bezahlen müsste. Dies würde dann seinen Einkünften entsprechen, da es dem Versicherungssystem seines Wohnlandes angepasst wäre. Das Kriterium für die Wahl des Behandlungslandes sollte die freie Arztwahl sein und nicht das der für den Patienten finanziell günstigsten Behandlung.

This paper represents the views of its author on the subject. These views have not been adopted or in any way approved by the Commission and should not be relied upon as a statement of the Commission's or Health & Consumer Protection DG's views. The European Commission does not guarantee the accuracy of the data included in this paper, nor does it accept responsibility for any use made thereof.