



GESUNDHEIT UND GESELLSCHAFT



EUROPA VOR DER WAHL

# Gesundheit ohne Grenzen?

+++ Positionen, Projekte, Perspektiven

SPEZIAL

## STARTSCHUSS

<b>Gemeinsam für die Gesundheit</b> von <i>Androulla Vassiliou</i> .....	3
---	---

## ÜBERBLICK

<b>Ringeln um die Richtlinie</b> von <i>Elisabeth Reker-Barske</i> .....	4
---	---

## RECHT

<b>»Gewissheit bringt immer erst der EuGH«</b> <i>Interview mit Ingwer Ebsen</i> .....	7
---	---

## REPORTAGE

<b>Hilfe von jenseits der Grenze</b> von <i>Oliver Häußler</i> .....	8
---	---

## PATIENTENSICHERHEIT

<b>Vernetzte Projekte</b> von <i>Sonja Barth und Günther Jonitz</i> .....	10
--	----

## VERBRAUCHERSCHUTZ

<b>»Werbung oder Information?«</b> <i>Interview mit Ilaria Passarani</i> .....	11
---	----

## AOK-PROJEKTE

<b>Guter Zahnersatz zum kleinen Preis</b> .....	12
<b>Scannen statt Schreiben</b> .....	12
<b>Chipkarte reicht – auch im Urlaub</b> .....	13
<b>Versorgung ohne Grenzen</b> .....	13

## STATEMENTS

<b>Wie nützt Europa den Patienten?</b> von <i>Hiltrud Breyer, Holger Krahmer, Peter Liese, Dagmar Roth-Behrendt und Gabi Zimmer</i> .....	14
--	----

## GRAFIK

<b>Die EU-Staaten und ihre Gesundheitssysteme</b> .....	16
---	----

<b>GLOSSAR</b> .....	18
----------------------	----

## Publikationen

- *Felix Rösch*  
**Die Europäische Union und der deutsche Sozialstaat**  
*VDM-Verlag, Saarbrücken 2008*
- *Günter Danner*  
**Die Europäische Union am Scheideweg**  
*Meusch-Verlag, Hamburg 2006*
- *Elisabeth Reker*  
**Der europäische Einfluss auf das deutsche Gesundheitswesen**  
*in: Franz Knieps (Hrsg.):*  
*Stichwort: Gesundheitspolitik, 236–257.*  
*KomPart-Verlag, Bonn 2002*
- *Weinbrenner, Wörz, Busse*  
**Gesundheitsförderung im europäischen Vergleich**  
*KomPart-Verlag, Bonn 2007*
- *Robert Arnold*  
**Plädoyer für mehr Wettbewerb bei medizinischen Leistungen in Europa**  
*G+G Wissenschaft 2/2007, 7–18*

## Internet

- [www.aok-bv.de/europa](http://www.aok-bv.de/europa)  
Europaseiten des AOK-Bundesverbandes
- [www.deutsche-sozialversicherung.de/europa/index.html](http://www.deutsche-sozialversicherung.de/europa/index.html)  
Europaseiten der Deutschen Sozialversicherung
- [www.esip.org](http://www.esip.org)  
European Social Insurances Platform (ESIP). Forum der europäischen Sozialversicherungen
- [http://europa.eu/abc/eurojargon/index\\_de.htm](http://europa.eu/abc/eurojargon/index_de.htm)  
Nützlicher Sprachführer für den Eurojargon
- [www.europa.eu.int](http://www.europa.eu.int)  
Mehrsprachiges Portal der Europäischen Union, führt zu den Webseiten aller Institutionen und Organe der EU
- [http://ec.europa.eu/health-eu/index\\_de.htm](http://ec.europa.eu/health-eu/index_de.htm)  
Portal der EU zur öffentlichen Gesundheit
- [http://ec.europa.eu/dgs/health\\_consumer/index\\_de.htm](http://ec.europa.eu/dgs/health_consumer/index_de.htm)  
EU-Generaldirektion »Gesundheit und Verbraucher« auf der Homepage der Europäischen Kommission, teilweise mit deutschen Texten
- <http://ec.europa.eu/social>  
EU-Generaldirektion »Beschäftigung, soziale Angelegenheiten und Chancengleichheit« auf der Homepage der Europäischen Kommission, teilweise mit deutschen Texten
- [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int)  
Weltgesundheitsorganisation – Regionalbüro für Europa, detaillierte Informationen zu allen europäischen Gesundheitssystemen
- [www.missoc.org](http://www.missoc.org)  
Gegenseitiges Informationssystem europäischer Länder für soziale Sicherheit mit deutschsprachigen Seiten; Informationen, Analysen, Tabellen und Datenbank

# Gemeinsam für die Gesundheit

Mit einer Reihe von länderübergreifenden Initiativen und Projekten will die Europäische Union (EU) die Gesundheit fördern – zum Wohle der Patienten. Trotzdem sollte die Gesundheitsversorgung Sache der Einzelstaaten bleiben, meint **Androulla Vassiliou**.



**G**esundheit und Sicherheit der Europäer stehen für die Europäische Kommission an vorderster Stelle. Die Europäische Union hat die gesetzliche Pflicht, die Gesundheit zu schützen. Außerdem ist Gesundheit ein Thema, das jeden anspricht.

Initiativen auf europäischer Ebene unterstützen die Arbeit der einzelnen EU-Staaten und schaffen einen europäischen Mehrwert. Dabei müssen die Mitgliedsländer jedoch nicht um ihre Hoheit auf diesem Gebiet fürchten: Der EG-Vertrag schreibt fest, dass es primär die Staaten selbst sind, die Gesundheitsdienste organisieren und bereitstellen. Dennoch glaube ich, dass die Menschen von der Rolle profitieren, die Europa als Gesetzgeber und Förderer für den Informationsaustausch spielt.

Ende September vergangenen Jahres beispielsweise haben wir die »Europe for Patients«-Kampagne gestartet. Diese Kampagne vereinigt zehn Initiativen, die darauf zielen, die Gesundheit aller Menschen in Europa zu fördern. Diesem Zweck dient beispielsweise ein Vorschlag für Patientenrechte im Rahmen grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung; inbegriffen sind aber auch eine Strategie zur Verbesserung der Patientensicherheit; der Kampf gegen seltene Erkrankungen; Empfehlungen für Krebsvorsorgeuntersuchungen; eine öffentliche Diskussion zur Zukunft europäischer Gesundheitsberufe; und schließlich Qualitäts- und Sicherheitsstandards bei Organtransplantationen.

Das Engagement der EU-Kommission drückt sich auch darin aus, dass sie sich für ein Höchstmaß an Gesundheitsschutz einsetzt. So gibt es europäische Aktionen gegen das

(Passiv-)Rauchen, zur Bekämpfung von Fettleibigkeit oder zur Verminderung alkoholbedingter Gesundheitsschäden. Eine EU-weite Koordination bei Themen wie HIV/Aids oder psychischer Gesundheit sorgt dafür, dass notwendige Daten gesammelt sowie Informationen und bewährte Verfahren zwischen den Mitgliedsländern ausgetauscht werden.

Aktuell könnte ein europäischer Ansatz im Gesundheitssektor zudem vielleicht helfen, den Auswirkungen der Wirtschaftskrise zu begegnen. Wir dürfen nicht zulassen, dass die Krise die Gesundheit unserer Bürger beeinträchtigt. In unsicheren Zeiten besteht die Gefahr, dass Menschen einen weniger gesunden Lebensstil annehmen oder psychische Störungen entwickeln. Parallel dazu müssen Staaten gerade in Krisenzeiten sehr genau auf ihre öffentlichen Ausgaben schauen, auch auf die Gelder für das Gesundheitswesen. Und doch müssen wir darauf achten, dass nichts geschieht, was sich negativ auf das Wohl der Bevölkerung auswirkt. Gesundheit ist unser größtes Geschenk und das dürfen wir niemals vergessen.

**Androulla Vassiliou**  
EU Kommissarin für Gesundheit

# Ringen um die Richtlinie

Brüssels Vorschlag für eine Richtlinie zur Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung stößt bei den Mitgliedsstaaten auf Widerstände. Auch die AOK sieht in vielen Punkten Nachbesserungsbedarf. Von **Elisabeth Reker-Barske**

**M**it ihrem Vorschlag für eine »Richtlinie zur Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung«, kurz Patientenrechte-Richtlinie, gießt die EU-Kommission nicht bloß die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) in einen Richtlinienentwurf, um die Mitgliedstaaten zur Anwendung dieser Rechtsprechung zu bewegen. Sie geht in weiten Teilen über die EuGH-Rechtsprechung und die Vorgaben des EG-Vertrags (siehe Glossar Seite 18) hinaus. Kein Wunder also, dass der am 2. Juli 2008 vorgelegte Entwurf im Rat der EU-Gesundheitsminister und im Europäischen Parlament eine heftige Debatte ausgelöst hat. Was sind die Kernpunkte der Kritik? Zunächst einmal das geplante Kostenerstattungsverfahren.

**Risiken der Kostenerstattung.** Der Vorschlag betont zwar, dass es weder Anreize für eine Bevorzugung ausländischer Patienten liefern, noch nationale Investitionen in das Gesundheitssystem gefährden soll. Doch Kritiker sehen genau diese Gefahren. Beim Kostenerstattungsverfahren behandeln Leistungserbringer ausländische Versicherte wie Privatpatienten. Damit sind sie nicht mehr an die nationalen Tarife für gesetzlich Versicherte gebunden und können höhere Privatsätze in Rechnung stellen. Genau darin liegt der Anreiz, ausländische Patienten zu bevorzugen. So haben verschiedene polnische Kur- einrichtungen nach dem EU-Beitritt Polens ihre Verträge mit dem polnischen Gesundheitsfonds gekündigt, um sich auf zahlungskräftige ausländische Touristen zu konzentrieren.

Diese finanziellen Anreize können auch dazu führen, dass ausländische Versicherte von den Leistungserbringern per Privatrechnung »abkassiert« werden, obwohl sie sich mit ihrer europäischen Krankenversicherungskarte (EHIC) als gesetzlich Versicherte eines anderen EU-Staates ausweisen und folglich in vielen europäischen Ländern medizinisch notwendige Sachleistungen bargeldlos bekommen. Solche auf Basis der EHIC entstandenen Behandlungskosten werden zwischen der ausländischen Krankenkasse und der Krankenkasse des Versicherten abgerechnet. Schon heute akzeptieren manche Ärzte die EHIC nicht und handeln damit rechtswidrig. Die Patientenrechte-Richtlinie könnte die ökonomischen Anreize zur Missachtung der EHIC verstärken. Dem von der Kommission genannten Ziel des Richtlinienentwurfs, die Patientenrechte zu stärken, stände das völlig entgegen.

Dies ist vor allem bedenklich, weil ein gezielter »Medizintourismus« auf Basis des Kostenerstattungsprinzips die Ausnahme bleiben wird. Die Mehrzahl der ausländischen Behandlungsfälle wird, wie bisher, auf Basis der EHIC für medizinische Notfallbehandlungen oder mittels Formular E 112, also nach vorheriger Genehmigung für geplante medizinische Behandlungen, erfolgen. Die Kommission riskiert also, dass um der seltenen Fälle des gezielten Medizintourismus willen eingespielte Regelungen für die Mehrzahl der Patienten weniger gut funktionieren.

Wichtiger als komplizierte Regelungen für seltene Fälle ist es aber, die schon bestehenden Verordnungen zur Koordinierung



Im EU-Parlament umstritten: Die geplante Richtlinie zur Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung.

der Systeme der sozialen Sicherheit EU-weit effektiver durchzusetzen. Deshalb fordern die Spitzenorganisationen der Sozialversicherung Deutschlands und 13 anderer Staaten, darunter der AOK-Bundesverband, eine Kennzeichnungspflicht für Leistungserbringer. Wie bei der Akzeptanz von Kreditkarten in Handel und Gaststätten sollen sie verpflichtet werden, im Eingangsbereich der Praxis oder Klinik ein Symbol der EHIC anzubringen. So wäre Versicherten sofort klar, dass die EHIC akzeptiert wird und für Notfallbehandlungen keine Privatrechnungen ausgestellt werden.

Ein weiterer Negativ-Effekt des Kostenerstattungsverfahrens, wie es die Richtlinie vorsieht: Sozial benachteiligte Bürger aus Gesundheitssystemen, in denen das Sachleistungsprinzip gilt oder aus Niedrigpreisländern werden von der Auslandsbehandlung ausgeschlossen, da sie die anfallenden Kosten nicht vorstrecken können. Auch ein weiteres Problem kann der Richtlinienvorschlag nicht lösen: Bürger aus Hochpreisländern wie Deutschland werden sich bevorzugt in Niedrigpreisländern wie Polen behandeln lassen, Patienten aus Niedrigpreisländern aber werden sich eine Behandlung in Hochpreisländern kaum leisten können, da ihr Eigenanteil sehr hoch wäre – die Kostenerstattung erfolgt maximal in Höhe der Vertragssätze des Versicherungslandes des Patienten. Viele EU-Parlamentarier befürchten daher einen Trend zur Zweiklassenmedizin und eine Förderung sozialer Ungleichheit durch die Patientenrechte-Richtlinie.

Die Richtlinie könnte auch nationale Investitionen in das Gesundheitssystem gefährden. Denn für Niedrigpreisländer und solche mit unterdurchschnittlicher medizinischer Infrastruktur ist es kostengünstiger, den Versicherten eine Behandlung im EU-Ausland in Höhe der (niedrigen) inländischen Vertragsätze zu erstatten, als in den Auf- und Ausbau der eigenen medizinischen Infrastruktur zu investieren. So hat etwa der Nationale Gesundheitsdienst Großbritanniens rund 500 Warteisten-Patienten Hüft- und Knieoperationen in belgischen Krankenhäusern ermöglicht.

**Streitpunkt Krankenhausbehandlung.** Grundsätzlich sollte jeder Mitgliedstaat eine flächendeckende, qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung sicherstellen, die den Bürger eine wohnortnahe Behandlung ermöglicht. Europäische Referenzzentren, die EU-weit Kapazitäten in Forschung, Diagnose und Therapie bündeln, um Patienten besser zu versorgen, sollten daher auf seltene Krankheiten begrenzt bleiben.

Ein weiterer Kritikpunkt am Richtlinienentwurf: Geplante stationäre Behandlungen im Ausland bedürfen nur noch in Sonderfällen der Genehmigung. Damit geht die Kommission über die EuGH-Rechtsprechung hinaus. Denn der EuGH hat in mehreren Urteilen bereits anerkannt, dass bei stationären Behandlungen eine vorherige Genehmigung notwendig und angemessen ist. Nur so lässt sich die Krankenhausversorgung planen und finanziell steuern, und nur so lässt sich die Vergeu-

## »Deutschland hat längst die EU-Rechte national umgesetzt«

### **Braucht die EU ein eigenes Gesundheitssystem?**

Ganz bestimmt nicht, denn das Niveau wäre der kleinste gemeinsame Nenner. Die sozialen Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern sind viel zu groß. Als Entscheidungsebene ist die EU dafür auch viel zu weit weg vom Volk.

### **Warum wehren sich die Staaten gegen eine Öffnung ihrer Gesundheitssysteme für ausländische Patienten?**

Sie wehren sich gegen ein Aufbrechen wichtiger Regelungsmechanismen, etwa Mengensteuerung, Qualitätssicherung, vertragsgestützter Einkauf. Deutschland hat längst die EU-Rechte national umgesetzt. Brüssel möchte im Milliardenmarkt der sozialfinanzierten Gesundheit

mehr Einfluss nehmen. Alles soll unionsweit geregelt werden. Zwischenstaatliche Alternativen dazu werden kaum diskutiert. Welchen Vorteil haben deutsche Patienten, wenn sie sich Gesundheitsleistungen selbst beschaffen, noch dazu in sozialrechtlich fremden Räumen? Die Verträge der gesetzlichen Krankenversicherung sichern Qualität und Preis. Zur geplanten EU-Richtlinie gäbe es europafreundliche Alternativen, auch aus Patientensicht.

### **Wo liegen im Vergleich zu den anderen EU-Staaten die Stärken und Schwächen des deutschen Systems?**

Deutschland bietet viel mehr Freiheiten, das heißt mehr Wahlmöglichkeiten für die Patienten. Auch wir haben Probleme,

*Günter Danner ist stellvertretender Direktor der Europavertretung der Deutschen Sozialversicherung in Brüssel.*



jedoch sehr oft auf einem viel höheren Großzügigkeitsniveau als andere Staaten. Selbstverwaltung, sozialverträglicher Wettbewerb, freie Arztwahl und anderes mehr sind in der EU Ausnahmen. Ein Brite, Schwede, Spanier, Ungar oder Italiener etwa kennt so etwas überhaupt nicht. ■

derung finanzieller, technischer und menschlicher Ressourcen verhindern. Die Spitzenorganisationen der deutschen Sozialversicherung schlagen deshalb vor, es den Mitgliedstaaten zu überlassen, ob sie eine Genehmigung für Krankenhausbehandlungen im EU-Ausland verlangen. Ergänzend dazu braucht es aber auch eine Regelung, die den Versicherten die Genehmigung für eine Krankenhausbehandlung im EU-Ausland garantiert, wenn diese in einem heimischen Vertragskrankenhaus nicht erbracht werden kann. Eine solche Regelung entspräche der Forderung des EuGH und ist im deutschen Sozialgesetzbuch bereits realisiert.

### Kompetenz der Einzelstaaten wahren.

Ein anderer Kritikpunkt ist grundsätzlicher Natur: Der Richtlinienentwurf gibt der Kommission neue Kompetenzen, die laut EG-Vertrag der nationalen Zuständigkeit der Mitgliedstaaten vorbehalten sind. Konkret sind dies: die Entwicklung von Leitlinien für Qualitäts- und Sicherheitsstandards im Gesundheitsbereich, die Definition des Begriffs Krankenhausbehandlung, die Erstellung einer Liste genehmigungsfähiger, weil hochspezialisierter und kostenintensiver Behandlungen sowie einer Liste spezifischer Kriterien und Bedingungen, welche die bereits erwähnten Europäischen Referenznetze erfüllen müssen, und schließlich die Einrichtung eines neuen Ausschusses unter Leitung der Kommission. Letzterer soll die Umsetzung der Richtlinie in bestimmten Bereichen vorantreiben. All diese Regelungen greifen unverhältnismäßig in die Kompetenzen der Einzelstaaten bei der Organisation und Finanzierung der Gesundheitssysteme

ein und verstoßen damit gegen das Subsidiaritätsprinzip. Dieses Prinzip besagt, dass auf EU-Ebene nichts geregelt werden darf, was auf nationaler Ebene besser geregelt werden kann. Anders ausgedrückt: Brüssel darf nicht stärker reglementieren als nötig.

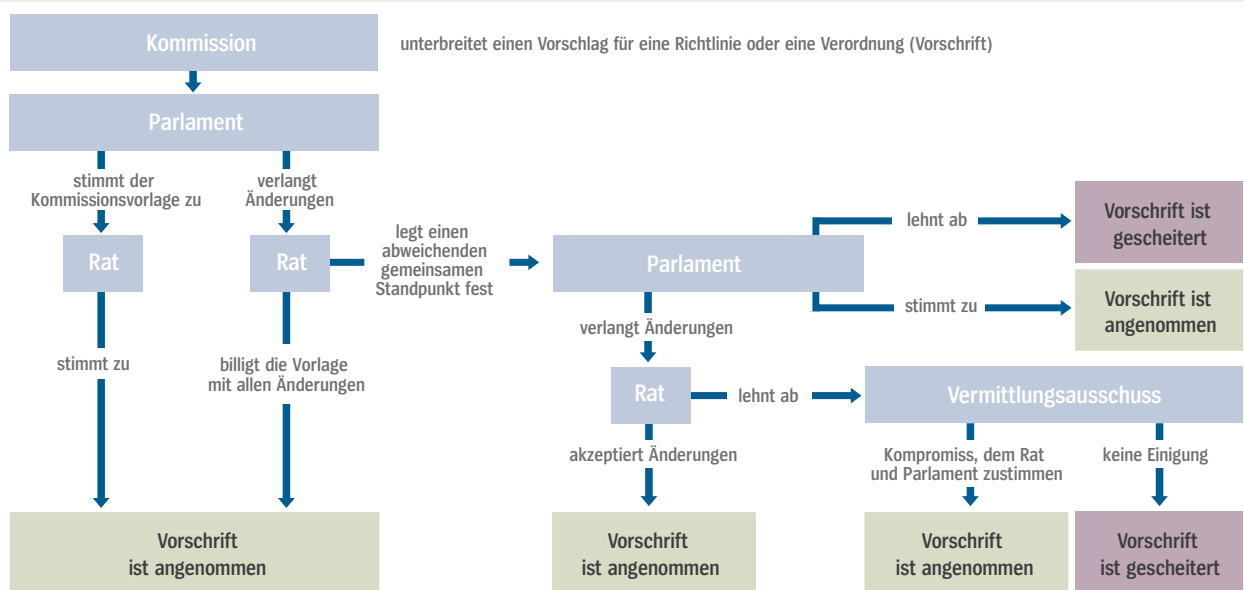
Angesichts dieser Kritik ist der AOK-Bundesverband mit den Spitzenorganisationen der deutschen Sozialversicherung folgender Auffassung: Es ist überflüssig, neben nationalem Recht und bestehenden EWG-Verordnungen (*siehe Glossar Seite 18*) eine neue Rechtsquelle in Form einer Richtlinie zu schaffen. Deutschland hat die EuGH-Rechtsprechung bereits 2004 in nationales Recht umgesetzt: Gesetzlich Krankenversicherte können auf Basis der Kostenersatzung ambulante Leistungen und – bei vorheriger Genehmigung – auch Krankenhausbehandlungen im EWR-Ausland (*siehe Glossar*) beanspruchen. Gleichzeitig können gesetzliche Krankenkassen direkt Verträge mit dortigen Leistungserbringern schließen. Von diesen neuen Vertragsmöglichkeiten macht die AOK im Interesse ihrer Versicherten vielfältig Gebrauch und wird dies auch weiter tun (*siehe AOK-Projekte Seite 12/13*).

Wie geht es nun weiter? Dass der Vorschlag auch im Europäischen Parlament umstritten ist, zeigen die etwa 1.600 Änderungsanträge. Auch im Rat der 27 EU-Gesundheitsminister herrscht Diskussionsbedarf. Mit einer politischen Einigung ist deshalb erst in der zweiten Jahreshälfte zu rechnen. Ob die Richtlinie dann verabschiedet wird, ist ungewiss. ■

### Das Prinzip der Subsidiarität muss gewahrt bleiben.

**Elisabeth Reker-Barske** ist Europa-Expertin beim AOK-Bundesverband.

## Der Weg zur Richtlinie



In der Europäischen Union werden die meisten Richtlinien und Verordnungen im Mitentscheidungsverfahren auf den Weg gebracht, so wie es im Schaubild oben dargestellt ist. Diesen Weg muss auch der Vorschlag der EU-Kommission für eine »Richtlinie zur Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung«, kurz Patientenrechte-Richtlinie, nehmen.

Quelle: Erich Schmidt Verlag, Berlin



## »Gewissheit bringt immer erst der EuGH«

Kommen sich europäisches und deutsches Recht bei der Gesundheitspolitik in die Quere? Und wie wirkt sich EU-Recht auf die gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland aus? Fragen, die viele Experten beschäftigen. Der Jurist **Ingwer Ebsen** bringt Licht ins Dunkel.

### **Sind deutsche Krankenkassen Unternehmen?**

Um diese Frage zu beantworten, muss man drei Tätigkeitsfelder der gesetzlichen Krankenkassen betrachten. Erstens die Versicherung selbst: Die Kassen können sich ihre Versicherten nicht aussuchen. Vor allem hier liegt ein Grund, warum Krankenkassen keine Unternehmen sind. Auch der Solidarausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist ein solches Argument. Allerdings werden diese Argumente schwächer durch die jüngsten Annäherungen von GKV und Privater Krankenversicherung (PKV), ich nenne hier nur das Stichwort PKV-Basistarif. Der zweite Punkt ist der Wettbewerb der Kassen untereinander und, bei freiwillig Versicherten, auch mit der PKV. Doch hier allein liegt auch noch kein Grund, Kassen als Unternehmen zu betrachten. Zwar müssen sie unternehmerisch denken, um erfolgreich zu sein. Doch ihr Wettbewerb beruht allein auf der Wahlfreiheit ihrer Versicherten und ist damit nur eine intensive Form der Verwaltungsmodernisierung. Bleibt Punkt drei, der Vertragswettbewerb, und hier vor allem die Selektivverträge. Hier sehe ich am ehesten Gründe, um die eingangs gestellte Frage zu bejahen. Wenn die Gestaltungsspielräume der Krankenkassen beim Vertragswettbewerb und die Wahltarife für Versicherte zusammenwirken, werden im Wettbewerb der gesetzlichen Krankenkassen strategische Bündnisse von Kassen und Leistungserbringern möglich. Dieser Umstand geht über den Wettbewerb als Spielart der Verwaltungsmodernisierung weit hinaus. Letzte Gewissheit

herrscht in allen Bereichen aber immer erst, nachdem der Europäische Gerichtshof (EuGH) entschieden hat.

### **Wo kollidiert deutsches Sozialrecht mit europäischem Wettbewerbsrecht?**

Das tut es aus verschiedenen Gründen nicht. Soweit Krankenkassen keine Unternehmen sind, ohnehin nicht. Soweit die Kassen doch als Unternehmen zu betrachten sind, gilt das deutsche Wettbewerbsmissbrauchsrecht – auch für Kassen, die mit Leistungserbringern Selektivverträge abschließen. Es gelten

»Wettbewerb allein durch Wahlfreiheit macht Krankenkassen noch nicht zu Unternehmen.«

aber keine Kartellverbote. Hier lockert eine Vorschrift im EG-Vertrag, der Artikel 86 Absatz 2, die Bindungen des deutschen Wettbewerbsrechts, nämlich dann, wenn es die Kassen an der Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben hindert. Das müsste in jedem Einzelfall geprüft werden. Wenn keine guten Gründe für gemeinsames oder koordiniertes Handeln von Kassen und Leistungserbringern vorliegen, würden die Kassen aber gegebenenfalls gegen europäisches Wettbewerbsrecht verstoßen.

### **Gewinnt das europäische Wirtschaftsrecht gegenüber dem Sozialversicherungsrecht Überhand?**

Derzeit nicht. Das gilt sowohl für die wirtschaftlichen Grundfreiheiten (*siehe Glossar Seite 18*), also den freien Verkehr

von Personen, Waren, Dienstleistungen und Kapital, wie für das Wettbewerbsrecht der EU. Im Übrigen liegt es in der Hand des deutschen Gesetzgebers, ob er die GKV so ausgestaltet, dass sie dem Unternehmensrecht unterliegt. Wenn er das tut, darf er sich über die Konsequenzen nicht wundern.

### **Wo muss die Politik dafür sorgen, dass europäisches Recht das System der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland nicht gefährdet?**

So lange sich die Rechtsprechung des EuGH nicht grundlegend wandelt, ist das europäische Wettbewerbsrecht nicht problematisch. Heikel wird es, wenn die wirtschaftlichen Grundfreiheiten so interpretiert werden, dass die Mitgliedstaaten nicht mehr entscheiden können, welche Leistungen solidarisch finanziert werden und welche nicht. Dann könnte die immer schwerere Feinsteuerung zwischen Möglichem und Finanzierbarem in der Gesundheitsversorgung den politisch Verantwortlichen aus den Händen gleiten. Ein Beispiel dafür ist die Rechtsprechung des EuGH, die England teilweise gehindert hat, seine Versorgungssteuerung über Wartelisten nach eigenen Kriterien zu gestalten.

### **Brauchen wir einen Schutzzaun für das System der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland?**

Nein, nur eine europäische Rechtsprechung und Gesetzgebung, die respektiert, dass die Verantwortung für die Gestaltung und Finanzierung der Gesundheitssysteme bei den Mitgliedstaaten liegt. ■

# Hilfe von jenseits der Grenze

Für die Menschen im Dreiländereck bei Lörrach liegt die Schweiz vor der Haustür. Die Alpenrepublik ist kein EU-Mitglied, doch auch hier fallen die bürokratischen Hürden im Grenzverkehr. So bei der stationären Versorgung für AOK-Patienten. Von **Oliver Häußler**

**E**s begann mit einfachem Bauchweh. Als die Schmerzen immer wieder kamen, empfahl der Hausarzt seiner Patientin Johanna Schneider\* eine Magenspiegelung im Kreiskrankenhaus Lörrach. Diagnose: Ein Tumor am Zwölffingerdarm. »Wenn Sie nichts machen, sind sie in einem Jahr nicht mehr da«, sagte der Arzt damals. Die 69-jährige Rentnerin erinnert sich noch gut. »Für uns war es wichtig, dass die Operation nicht jemand macht, der sich das nur zutraut, sondern ein Spezialist, der sowas täglich macht«, sagt Ehemann Konrad Schneider. Der nächste deutsche Spezialist ist an der Universitätsklinik Freiburg zu finden. Eine Stunde Fahrzeit für das Ehepaar mit dem Auto. Mit öffentlichen Verkehrsmitteln noch eine halbe Stunde länger. Die Fahrtzeit zum nächsten Spezialisten in der Schweiz: zehn Minuten. Die Schneiders wohnen in der Grenzstadt Weil am Rhein, direkt neben Lörrach und Basel sowie an der Grenze zu Frankreich. Sie wollen, dass Basler Spezialisten die Operation übernehmen.

Johanna Schneider hatte Glück. Seit 2004 dürfen deutsche Krankenkassen mit Krankenhäusern aus der Europäischen Union sogenannte Einzelverträge abschließen. Diese Einzelverträge regeln eine stationäre Behandlung direkt zwischen der Krankenkasse und einem Krankenhaus im Ausland. Die Regelung ist vor allem für Bewohner in Grenzgebieten sinnvoll, wenn das nächstgelegene Krankenhaus nicht im Inland, sondern hinter der Landesgrenze liegt. Im Januar 2007 wurden diese rechtlichen Rahmenbedingungen auf die Schweiz ausgedehnt.

*\* Name von der Redaktion geändert*

**Kooperation mit Krankenhäusern.** »Das Dreiländereck wächst immer mehr zu einer wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Einheit zusammen«, sagt Dietmar Wieland, Geschäftsführer der AOK-Bezirksdirektion Hochrhein-Bodensee. »Daher war es sinnvoll, auch im Gesundheitsbereich über die Grenzen zu schauen.« Also schloss die AOK Baden-Württemberg Einzelverträge mit verschiedenen Krankenhäusern in den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Land. »Dabei handelt es sich um hochspezialisierte medizinische Verfahren«, sagt Marno le Moul, der für das Qualitätsmanagement und die Einzelverträge der AOK-Bezirksdirektion Hochrhein-Bodensee zuständig ist. Fälle wie Knochenmarktransplantation bei Kindern, Eingriffe an der Wirbelsäule und Operationen an Leber und Bauchspeicheldrüse. Fälle, für die man früher zur Universitätsklinik Freiburg fahren musste und die nun vor der Haustür in der Schweiz behandelt werden können.

**Rasch und unbürokratisch.** Marno le Moul hatte für Johanna Schneider die Operation schnell und unkompliziert in die Wege geleitet: bei dem Spezialisten Professor Markus von Flüe. Der Leiter der Chirurgischen Klinik und Chefarzt der Allgemeinchirurgischen Abteilung am St. Claraspital in Basel wollte vor der Operation noch einen eindeutigen radiologischen Befund, der wiederum im Zentrum »Radiologie Dreiländereck« in Lörrach eingeholt wurde. Am 10. Dezember 2007 fand dann das Vorgespräch statt. Konrad Schneider



Nicht nur die Alpen verbinden Deutschland und die Schweiz – auch in der Gesundheitsversorgung setzen beide Länder zunehmend auf Kooperation.

erinnert sich, wie der Arzt zu ihm sagte: »Es ist eine große Sache. Machen Sie sich auf alles gefasst.« Im Klartext: Es ging um Leben oder Tod. Am nächsten Tag die Operation. Vier Stunden später der erlösende Anruf aus dem Claraspital: »Wir gratulieren Ihnen und uns, dass es so gut geklappt hat.« Der Tumor war ausgedehnter als auf den Röntgenaufnahmen zu erkennen, sodass auch ein Teil des Magens entfernt werden musste.



**Fließende Grenzen.** Was Arbeit, Kultur, Freizeit und Einkaufen angeht, funktioniert der grenzüberschreitende Markt zwischen der Region Lörrach und Basel schon lange sehr gut. Mit Bus und »Tram«, der Basler Straßenbahn, kommen die Bewohner problemlos über die Grenze. Sprachbarrieren gibt es keine. Auch wenn es die Einheimischen nicht gerne hören: für Auswärtige ist die Mundart der Lörracher und Basler kaum zu unterscheiden. »Nur im Gesundheitsbereich sind die Grenzen noch nicht überwunden«, sagt Marno le Moul. Das Ziel der AOK ist ein grenzüberschreitender Gesundheitsmarkt, der regional funktioniert. »Die Einzelverträge mit den Krankenhäusern sind ein erster Schritt dorthin«, glaubt le Moul. In der ambulanten Behandlung etwa gibt es noch keine Einzelverträge. Einzige Ausnahme: die Strahlentherapie. Für eine Bestrahlung in Deutschland müssen die Patienten nach Freiburg fahren – mit öffentlichen Verkehrsmitteln je nach Wohnort bis zu drei Stunden. Fahren sie nach Basel, dauert es nur eine halbe bis ganze Stunde.

**Einzelverträge für komplizierte Eingriffe.** Die Versorgung seiner Versicherten in der Grenzregion liegt auch dem Vorstandsvorsitzenden der AOK Baden-Württemberg, Dr. Rolf Hoberg, am Herzen: »Die AOK Baden-Württemberg weitet mit diesen Einzelverträgen ihre Angebote als Versorgerkrankenkasse aus, insbesondere für eine optimale, wohnortnahe Versorgung ihrer Versicherten im grenznahen Bereich. AOK-Versicherte werden auch über Staatsgrenzen hinweg medizinisch optimal versorgt. So füllt sich Europa als Sozialraum mit Leben.«

Bei der Einzelvertragsregelung erhalten die vier beteiligten Basler Krankenhäuser die gleiche Fallpauschale, die bei einer Behandlung in einem deutschen Krankenhaus fällig wäre. Eigenanteile fallen für die Versicherten keine an. Es entstehen keine Mehrkosten und die Abrechnung läuft direkt mit der Krankenkasse. Die vielen AOK-Versicherten aus der Region Lörrach, denen eine private Zusatzversicherung eine

*Die letzten Minuten vor einer schweren Operation: AOK-Versicherte aus der Grenzregion sind in Basler Krankenhäusern in guten Händen.*

»Die Staatsgrenzen im Gesundheitsbereich überwinden.«

Behandlung in Basel ermöglicht, sind von dieser Regelung jedoch ausgeschlossen, ebenso Grenzgänger, die in der Schweiz arbeiten. In beiden Fällen decken bereits andere Versicherungen die Behandlung in der Schweiz ab. Dieser Umstand sowie die Beschränkung auf komplizierte medizinische Fälle erklären auch, dass der Einzelvertrag mit den Basler Krankenhäusern in den vergangenen zwei Jahren erst zwölf Mal in Anspruch genommen wurde: Ein Eingriff an der Wirbelsäule und elf Eingriffe an Bauchspeicheldrüse und Leber.

**Die Schweiz als Pionier.** Die Kooperation mit Basel ist von schweizer Seite aus politisch motiviert, denn dort sind die Behandlungskosten eigentlich höher als die gezahlten Fallpauschalen der AOK. Die schweizerische Gesundheitspolitik will jedoch Erfahrungen mit der Abrechnung nach Fallpauschalen sammeln. Bisher rechnen die Kliniken der Alpenrepublik noch nach Tagessätzen ab. Mit dem EU-Mitglied Frankreich hat die AOK Baden-Württemberg noch keine Einzelverträge abgeschlossen. Die Kooperation mit dem grenznahen Straßburg wird im zentralistischen Frankreich bisher von der Pariser Bürokratie verhindert. Anders sieht es mit Österreich aus. Hier hat die AOK Baden-Württemberg mittlerweile drei erste Einzelverträge mit Krankenhäusern geschlossen.

Johanna Schneider lag nach der geglückten Operation noch zehn Tage im St. Claraspital in Basel. Ihre Kinder und Enkel konnten jeden Tag nach Feierabend mal schnell vorbeischauen. Ihr Ehemann war ohnehin den ganzen Tag bei ihr. Danach wurde sie ins Kreiskrankenhaus Lörrach zur Nachbehandlung verlegt, es folgten vier Wochen Kur. Die Nachuntersuchungen im Kreiskrankenhaus Lörrach sind seit 18 Monaten alle ohne Befund. ■

Oliver Häußler ist freier Journalist.

## Vernetzte Projekte

»Primum nil nocere – zuerst einmal nicht schaden.« Dieser ärztliche Leitsatz ist Jahrtausende alt. Umfassende Aufmerksamkeit bekommt das Thema Patientensicherheit aber erst seit einigen Jahren. Seitdem hat sich viel getan – in Deutschland und in Europa. Von **Sonja Barth** und **Günther Jonitz**

**D**en meisten Patienten kann durch eine Behandlung im Krankenhaus geholfen werden. In einigen Fällen kommt es jedoch dazu, dass ihnen ein unerwünschtes und vermeidbares Leiden zugefügt wird. Rund 500.000 Patienten, so schätzt die Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene, infizieren sich jedes Jahr mit Krankenhauskeimen. Man nimmt an, dass rund ein Drittel davon vermeidbar ist. Eine der ältesten und wirksamsten Schutzmaßnahmen ist die Händedesinfektion. Deshalb hat die Weltgesundheitsorganisation in ihrer aktuellen Kampagne »Clean care is safer care« eine bessere Händehygiene als eins von fünf Zielen zur Erhöhung der Patientensicherheit genannt. In Deutschland startete Anfang 2008 die Kampagne »Saubere Hände«, an der auch das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. beteiligt ist. Ziel ist eine bessere Händedesinfektion im Krankenhaus, damit die geschätzte Infektionsrate deutlich sinkt.

**Irren ist menschlich.** Das Beispiel zeigt, wie wichtig Patientensicherheit auf nationaler und internationaler Ebene geworden ist. Obwohl die Sicherheit der Patienten seit jeher im Zentrum medizinischen Handelns steht, sorgte erst der 1999 veröffentlichte Bericht »To Err is Human« des amerikanischen Institute of Medicine für einen anderen Umgang mit Fehlern in der Medizin. Statt die Hauptursache weiter einseitig im persönlichen Versagen des medizinischen Personals zu sehen, erweitert der Ansatz »Patientensicherheit« den Blick: über das Lernen der handelnden Personen hinaus auf Schwachstellen in den Abläufen des medizinischen Alltags. Denn diese sind oft maßgeblich

für die Entstehung von Fehlern. Genau hier müssen deshalb auch Maßnahmen ansetzen, die Behandlungsfehler und daraus resultierendes Patientenleiden verhindern sollen.

**Netzwerk für Patientensicherheit.** EU-Gesundheitskommissarin Androulla Vassiliou hat erst kürzlich einen Entwurf für eine Mitteilung und einen Vorschlag für eine Empfehlung des Ministerrates zu Patientensicherheit und Qualität von Gesundheitsdienstleistungen vorgelegt. Auch hier wurde das Thema Vorbeugung und Kontrolle von Infektionen, die durch medizinische Behandlungen verursacht werden, aufgegriffen.

Im Februar 2008 startete das EU-weite, von der Kommission geförderte »European Union Network for Patient Safety« (Netzwerk der EU für Patientensicherheit), kurz EUNetPaS, das bis Juli 2010 läuft. Ein Ziel des Netzwerks ist es, Aktivitäten der Einzelstaaten darzustellen. Der Fokus von EUNetPaS richtet sich darauf, Empfehlungen zu vier ausgewählten Kernthemen zu erarbeiten: Fehlerberichts- und -lernsysteme, Sicherheitskultur, Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie Arzneimittelsicherheit. Die Empfehlungen werden allen Interessierten zugänglich sein. EUNetPaS bietet die Möglichkeit, von Erfahrungen der Einzelstaaten zu lernen, sich auszutauschen und Modelle und Lösungsvorschläge in die eigenen Länder zu übertragen. Da Gesundheit ein Kompetenzbereich der Mitgliedstaaten ist, bildet ein Netzwerk einen idealen Ansatz, um international Prozesse für mehr Patientensicherheit anzustoßen.

In Deutschland starteten 2002 erste Aktivitäten, darunter der Berliner Gesundheitspreis von AOK-Bundesverband und Ärztekammer Berlin. Mit dem Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS) hat sich im Jahr 2005, gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit, ein starkes Bündnis zahlreicher Akteure etabliert. Das APS erarbeitet konkrete, praktisch umzusetzende Handlungsempfehlungen, die die Patientensicherheit verbessern sollen. Die Beispiele zeigen: Das Thema Patientensicherheit ist von der medizinischen und gesundheitspolitischen Agenda nicht mehr wegzudenken, sowohl auf europäischer als auch auf nationaler Ebene. Inzwischen geht die »Aktion Saubere Hände« in Deutschland weiter: Über 500 stationäre Einrichtungen beteiligen sich inzwischen – zum Wohl der Patienten. ■

### Webtipps

- [www.eunetpas.eu](http://www.eunetpas.eu)  
European Union Network for Patient Safety
- [www.aktionsbueundnis-patientensicherheit.de](http://www.aktionsbueundnis-patientensicherheit.de)  
Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.
- [www.forum-patientensicherheit.de](http://www.forum-patientensicherheit.de)  
Forum von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung
- [www.aktion-saubere-haende.de](http://www.aktion-saubere-haende.de)  
Aktion Saubere Hände
- [www.akdae.de/21/index.html](http://www.akdae.de/21/index.html)  
Aktionsplan 2008/2009 des Bundesministeriums für Gesundheit zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit in Deutschland)

**Dr. Günther Jonitz** ist Präsident der Ärztekammer Berlin und stellvertretender Vorsitzender des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e.V. **Sonja Barth** ist Diplom-Soziologin.

Ilaria Passarani ist Referentin für Gesundheitspolitik beim Europäischen Büro der Verbraucherorganisationen, BEUC (Bureau Européen des Unions de Consommateurs), in Brüssel.



## »Werbung oder Information?«

Nach dem Willen der EU-Kommission sollen Arzneimittelhersteller Informationen zu rezeptpflichtigen Arzneimitteln künftig auf Internetseiten und in Printmedien verbreiten dürfen. Dieser Vorschlag hebt das Werbeverbot für Arzneimittel aus, meint **Ilaria Passarani**.

### Sollte die Pharmaindustrie Patienten über verschreibungspflichtige Arzneimittel informieren dürfen?

Pharma-Firmen übernehmen bereits dadurch eine wichtige Rolle, dass sie Informationen über ihre Medikamente bereitstellen – nicht nur über den Beipackzettel. Sie dürfen Patientenfragen beantworten, Informationen über Impfstoffe und allgemeine Gesundheitsthemen zur Verfügung stellen und Informationskampagnen zu bestimmten Krankheiten organisieren. Wenn es um verschreibungspflichtige Arzneimittel geht, sind aber besondere Schutzvorkehrungen angebracht, da sie kein Konsumgut wie jedes andere sind. Sie können Leben retten. Von ihnen geht aber auch Gefahr aus, wenn sie nicht richtig angewendet werden. Obwohl die Europäische Kommission beteuert, dass das Werbeverbot für verschreibungspflichtige Arzneimittel bestehen bleibt, rüttelt der Vorschlag an den bestehenden Schutzvorkehrungen. Wir glauben nicht, dass die Pharmaindustrie noch mehr Raum erhalten sollte, um ihre Produkte anzupreisen.

### Mit Werbung in Printmedien und im Internet will sie die Patientensicherheit verbessern. Was ist schlimm daran?

Wir sehen das tatsächlich als Problem. Der Gesetzesvorschlag geht davon aus, mehr Sicherheit könne erreicht werden, man müsse nur zwischen Information und Werbung unterscheiden. Wir glauben, dass eine solche Unterscheidung in diesem Kontext unrealistisch ist. Dennoch, selbst wenn diese Unterscheidung möglich wäre, glauben wir nicht, dass der Gesetzesvorschlag den Bedürfnissen

der Patienten nützen würde. Was würde denn passieren? Wir würden unter dem Deckmantel der Information beispielsweise in Frauenmagazinen Werbetafeln für verschreibungspflichtige Schlaftabletten finden. Außerdem bliebe es den Pharmaherstellern überlassen, diejenigen Krankheiten und Arzneimittel auszuwählen, über die sie die Allgemeinheit informieren wollen. Wir denken, dass diese Information eher den Inter-

»Wir wollen keine Werbetafeln unter dem Deckmantel der Information«

sen des jeweiligen pharmazeutischen Unternehmens entspricht als denjenigen der Allgemeinheit. Und das Interesse der Pharmaunternehmen wäre es, in Produkte zu investieren, die die höchsten Gewinnspannen garantieren. Wir glauben, dass der Gesetzentwurf, so wie er ins Parlament eingebracht wurde, nicht dazu beitragen würde, der Bevölkerung hochqualitative Gesundheitsinformationen zur Verfügung zu stellen.

### Wieso soll die Pharmaindustrie nicht in Laienmedien für verschreibungspflichtige Medikamente werben?

Wir fürchten, dass das zu einer Medikalisierung unterschiedlichster Beschwerden führen würde, weg von nicht medikamentösen Therapien und dem Versuch, den Lebensstil zu ändern. Werbung in Laienmedien würde die Arzt-Patienten-Beziehung stören und zu steigenden Kosten für die Krankenversicherungen und Patienten führen.

### Kennen Sie Studien, die die Auswirkungen direkter Verbrauchervererbung für Arzneimittel untersuchen?

Eine Übersicht über mehrere große Studien hierzu in den USA, die für den US-Kongress zusammengestellt worden war, zeigt, dass die Ausgaben für Arzneimittel steigen und der Verbrauch zunimmt. Dies geschieht beispielsweise dadurch, dass Patienten ihre Ärzte um die Arzneimittel bitten, von denen sie zuvor über Werbung informiert wurden. Die Ärzte geben diesen Bitten ihrer Patienten in der Regel nach.

### Wer soll Patienten über verschreibungspflichtige Arzneimittel informieren dürfen?

Ärzte und andere Gesundheitsberufe sind eine wichtige Quelle für Informationen über verschreibungspflichtige Arzneimittel und sollten es bleiben. Aber es müssen auch unabhängige Quellen zur Verfügung stehen. Es wäre ebenfalls gut, bereits bestehende, unabhängige Webseiten bekannter zu machen.

### Glauben Sie, dass der Gesetzesvorschlag erfolgreich sein wird?

Die Diskussionen im EU-Parlament haben begonnen, aber die Debatte wird erst richtig nach den Europawahlen im Juni losgehen. Wir hoffen, dass das Parlament die Interessen der Verbraucher an erste Stelle setzt und das Recht auf hochqualitative, vergleichbare und nichtwerbliche Informationen über Arzneimittel stärkt. ■

Aus dem Englischen von Bettina Nellen.

## Guter Zahnersatz zum kleinen Preis

Auch bei lückenloser Vorsorge ist Zahnersatz oft teuer. Versicherte der AOK Brandenburg können seit 2005 preiswerten Zahnersatz in hoher Qualität bekommen – bei polnischen Zahnärzten.

**O** b Brücke, Krone, Implantat oder Prothese – guter Zahnersatz hat meistens einen hohen Preis. Manch einer schiebt das Problem deshalb vielleicht sogar auf die lange Bank. In solchen Fällen kann die Vereinbarung der AOK Brandenburg mit der polnischen Firma Medpolska, Tochter des deutschen Medizin-Dienstleisters Medent, die Lösung sein. Medpolska arbeitet mit qualifizierten polnischen Zahnärzten und einem Vertragslabor nahe der deutsch-polnischen Grenze zusammen. So bekommen die AOK-Versicherten Zahnersatz nach deutschem Standard, jedoch zu deutlich geringeren Preisen.

Die Behandlungssprache ist Deutsch, die Qualität des Zahnersatzes entspricht

der deutschen und der Patient bekommt eine dreijährige Gewährleistung auf Material und Arbeit. Wer die regelmäßigen Kontrolluntersuchungen über zehn Jahre nachweisen kann, bekommt den Zahnersatz nach der deutschen Regelversorgung ohne Zuzahlung. Nur, wenn der gewünschte Zahnersatz über diese Regelversorgung hinausgeht, wird



ein Eigenanteil fällig. Dieser ist aber in der Regel geringer als in Deutschland. AOK-Versicherte wickeln alles bequem mit ihrer Versichertenkarte ab. Aufwendige Genehmigungs- und Erstattungsverfahren gibt es nicht.

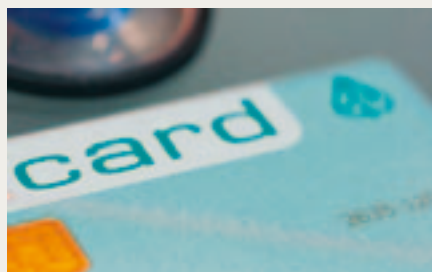
Jörg Trinogga, Pressesprecher der AOK Brandenburg: »Wichtig sind uns gute Qualität, ein ordentliches Preis-Leistungs-Verhältnis, solide Vereinbarungen zur Garantie und die einfache Abwicklung für den Patienten. Dafür haben wir in Medpolska einen guten Partner gefunden. Für unsere Versicherten ist das ein deutliches Leistungs-Plus.« ■

**Mehr Infos:** [joerg.trinogga@brb.aok.de](mailto:joerg.trinogga@brb.aok.de)  
AOK-Servicetelefon: 0180 265 1111

## Scannen statt schreiben

Europa für die Bürger erlebbar machen – diesen Anspruch erfüllt Netc@rds, eine Vorstufe zur elektronischen Version der Europäischen Krankenversichertenkarte.

**B** is zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte ist es in Deutschland nicht mehr weit. Einen Schritt weiter geht unterdessen das Projekt Netc@rds, eine Vorstufe zur elektronischen Version der Europäischen Krankenversichertenkarte (European Health Insurance Card, kurz EHIC). Netc@rds ist eine elektronische Gesundheitskarte auf europäischer Ebene.



Doch welchen Nutzen bringt das den Versicherten? Ein Beispiel: AOK-Mitglied Max Müller verbringt die Ferien in Italien. Bei einem Besuch am Gardasee stürzt er, der Arm ist gebrochen. In der Notfallaufnahme des Krankenhauses wird er nach einem Versicherungsnachweis gefragt.

Hier kommt Netc@rds ins Spiel. Während die Daten der EHIC entweder abgeschrieben oder kopiert werden müssten, werden sie bei Netc@rds elektronisch gelesen. Die herkömmliche Europäische Krankenversicherungskarte, eigentlich nur ein optischer Sichtausweis ohne Chipfunktion, wird durch Netc@rds elektronifiziert. Das geschieht durch kleine Scanner und eine Software, die den Datensatz des Versicher-

ten erkennt. Für EU-Staaten, die bereits eine nationale Krankenversichertenkarte eingeführt haben, so wie Deutschland, entfällt sogar das Scannen. Hier werden die Daten direkt vom Chip der Versicherungskarte gelesen und online geprüft. Damit entfällt in den beteiligten Krankenhäusern das lästige Kopieren oder das fehleranfällige Abschreiben. Derzeit sind 15 EU-Staaten und die Schweiz an Netc@rds beteiligt.

In Deutschland koordiniert die AOK Baden-Württemberg das Projekt gemeinsam mit dem Zentralinstitut der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Inzwischen sind fast alle AOKs an Netc@rds beteiligt. ■

**Mehr Infos:** [rainer.baudermann@bw.aok.de](mailto:rainer.baudermann@bw.aok.de)

# Chipkarte reicht – auch im Urlaub

Wenn Versicherte der AOK Bayern beim Urlaub in Österreich krank werden, stehen ihnen mehrere Kliniken offen. Sie brauchen nur ihre deutsche Versichertenkarte.

Die österreichischen Skigebiete sind bei deutschen Touristen ein beliebtes Urlaubsziel. Immer wieder passieren auch Sportunfälle. In der Regel können Betroffene dann österreichische Ärzte oder Krankenhäuser in Anspruch nehmen. Dazu genügt die »Europäische Krankenversicherungskarte« (EHIC), die allen gesetzlich Versicherten zusteht. Doch nicht alle Ärzte und Kliniken machen bei dieser Versorgung aufgrund zwischenstaatlicher Vereinbarungen mit. Für die AOK Bayern ein Grund, ihren Versicherten einen zusätzlichen Service zu bieten. Seit der Skisaison 2007/2008 kooperiert sie erfolgreich mit den Behandlungszentren der Tiroler medalp-Gruppe in Mayrhofen, Sölden und Imst, und seit Ende



2008 auch mit der Tagesklinik Arlberg in St. Anton. Mit diesen Leistungserbringern, die nicht auf EHIC-Basis behandeln und abrechnen können, hat die AOK Bayern Einzelverträge geschlossen – für viele Versicherte eine sinnvolle Ergänzung zum bisherigen Behandlungsangebot. Für Patienten läuft hier alles wie bei einer Behandlung in Deutsch-

land. Sie müssen bei den teilnehmenden Kliniken nur die Chipkarte der AOK Bayern vorlegen. Auch für Zuzahlungen gelten die gleichen Regeln wie zu Hause in Deutschland. Von der Behandlung ausgeschlossen sind Leistungen, für die ein Versicherter gezielt nach Österreich fährt, und planbare Behandlungen, die auch bis zur Rückkehr nach Deutschland warten können. Die Notfallversorgung – zum Beispiel bei Sportunfällen – ist komplett abgedeckt. Inzwischen haben sich weitere AOKs, z.B. die AOK Baden-Württemberg und die AOK Saarland, den Verträgen der AOK Bayern angeschlossen. ■

**Mehr Infos:** [Alexander.Meindl@by.aok.de](mailto:Alexander.Meindl@by.aok.de)  
[www.aok.de/bay/rd/204339.php](http://www.aok.de/bay/rd/204339.php)

# Versorgung ohne Grenzen

Bei der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung zählt die AOK Rheinland/Hamburg zu den Pionieren. Seit 15 Jahren profitieren die Versicherten von einer Reihe von Kooperationen.

Das Projekt IZOM (Integratie Zorg op maat, deutsch: Integration Versorgung nach Maß) eröffnet Versicherten der AOK Rheinland/Hamburg auch über Landesgrenzen hinweg Zugang zur Gesundheitsversorgung. Sie haben die Wahl, ob sie einen Arzt, eine Apotheke oder ein Krankenhaus in Deutschland oder – grenznah – einem der Nachbarländer Niederlande und Belgien aufsuchen. Die Kooperation mit den Niederlanden verläuft sogar noch einfacher. Beim Facharztbesuch in den Niederlanden reicht es, wenn Versicherte die GesundheitsCard International der AOK Rheinland/Hamburg vorzeigen. Die niederländische Krankenkasse rechnet dann direkt mit der AOK Rheinland/Hamburg ab.

Ein weiteres Projekt ist »Patientenbehandlung ohne Grenzen«, das schwerkranken Patienten in der Grenzregion Rhein/Waal das Leben leichter machen will. Sie können zur Behandlung in die nahegelegene Universitätsklinik St. Radboud fahren, statt ein entfernteres Behandlungszentrum in Düsseldorf oder Essen aufsuchen zu müssen. Auch in der europaweiten Gesundheitsversorgung ist die AOK Rheinland/Hamburg gemeinsam mit den AOKs Berlin, Brandenburg, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein, Westfalen-Lippe und der Techniker Krankenkasse aktiv. Mit der GesundheitsCard Europa steht über 16 Millionen AOK-Versicherten ganz unbürokratisch die komplette medizinische Versorgung in ausländischen



Krankenhäusern, mit denen die AOKs Verträge geschlossen haben, zur Verfügung. Aktuell sind über 60 Kliniken in Belgien, den Niederlanden, Italien, Österreich und Tschechien dabei. ■

**Mehr Infos:** [hans-willi.schemken@rh.aok.de](mailto:hans-willi.schemken@rh.aok.de)  
[www.euregiogesundheitsportal.de](http://www.euregiogesundheitsportal.de)  
<http://europa.aok-tk.de>

# Wie nützt Europa den Patienten?

Brüssels Kompetenzen in der Gesundheitspolitik sind begrenzt. Dennoch gibt es viele Felder, auf denen die EU bei Gesundheit und Patientenrechten Einfluss nimmt. Fünf EU-Parlamentarier beantworten die Frage nach Europas Nutzen für den Patienten aus ihrer Perspektive.

## »Strenge Regeln und Gesetze zum Schutz der Patienten«



**Die Gestaltung ihrer** Gesundheitssysteme obliegt den Mitgliedstaaten der Europäischen Union (EU). Dennoch können Güter wie Arzneimittel, medizinische Hilfsmittel oder Organ- und Blutspenden die nationalen Grenzen überschreiten. Zum Schutz der Patienten hat die EU für diese Bereiche strenge Regeln und Gesetze eingeführt. Sie betreffen zum Beispiel die Sicherheit von Arzneimitteln und medizinischen Hilfsmitteln, oder die Qualität von Organ- und Blutspenden. Für Patienten bedeutet dies, dass sie durch den freien Warenverkehr keine Nachteile haben und sogar oft von höheren Sicherheits-

standards profitieren, als sie auf nationaler Ebene gelten. Auch den Zugang zu und die Erforschung von Arzneimitteln zur Bekämpfung seltener Krankheiten unterstützt die EU mit Fördermitteln und anderen Anreizen.



Zurzeit berät das Europäische Parlament die Themen grenzüberschreitende Gesundheitsvorsorge und Patientenrechte. Patienten in der EU haben schon jetzt das Recht, in einem anderen Mitgliedsland zum Arzt zu gehen. Die Behandlungskosten werden dann bis zu

dem Betrag erstattet, den die Leistungserbringer im Heimatland erheben würden. Dies ist aber oft nicht bekannt. Nun gibt es bald einen klaren gesetzlichen Rahmen, damit Patienten ihre Rechte kennen und nutzen können. Für bestimmte Behandlungen wiederum brauchen Patienten eine Genehmigung. Bei ambulanten Behandlungen dürfen bald alle Patienten sicher sein, sich überall in der EU behandeln lassen zu können und Anspruch auf Kostenerstattung zu haben. Die Kompetenz der Mitgliedsstaaten, ihr Gesundheitssystem selbst zu organisieren, berührt dies nicht. ■

**Dagmar Roth-Behrendt (SPD)**, Fraktion der Sozialdemokratischen Partei Europas

## »Mehr Arzneimittelsicherheit für Kinder«



**Vor allem Gesundheit** – das wünschen wir uns zu Geburtstagen, zum Jahreswechsel und vielen anderen Gelegenheiten. Doch gilt dieses Motto auch in der Europäischen Union? Bei einigen Entscheidungen der Vergangenheit hat man den Eindruck, dass der freie Warenverkehr im Binnenmarkt deutlich über anderen Zielen steht, aber in den letzten Jahren hat das Europäische Parlament eine andere Politik durchgesetzt. Der Schutz vor Krankheiten und die Hilfe für Patienten haben stark an Bedeutung gewonnen. Besonders wichtig ist eine Verordnung zur Verbesserung der

Arzneimittelsicherheit bei Kindern. Kinder sind keine kleinen Erwachsenen aber wir haben sie in der Vergangenheit leider



so behandelt. Jetzt wird es in Zukunft maßgeschneiderte Medikamente auch für Kinder geben, die an schweren Krankheiten leiden und zum Beispiel auf Intensivstationen liegen. Die Rechte der Patientinnen und Patienten bei der Beanspruchung von Gesundheitsdienstleistungen in einem anderen Land werden gestärkt. Mit der Revision der Arbeits-

zeitrichtlinie wollen wir verhindern, dass Patienten von übermüdeten Ärzten behandelt werden, ohne dass dadurch die Kosten für die Versicherten aus dem Ruder laufen. Der gemeinsame Standpunkt des Ministerrates zu dieser Richtlinie war inakzeptabel und wurde vom Europäischen Parlament zurecht abgelehnt. Darüber hinaus ist die EU schon seit Jahren verpflichtet, bei allen Maßnahmen darauf zu achten, dass ein hohes Niveau beim Gesundheitsschutz sichergestellt wird. Schritt für Schritt wird diese Forderung jetzt umgesetzt. ■

**Dr. Peter Liese (CDU)**, Fraktion der Europäischen Volkspartei und europäischer Demokraten

## »Nein zum europäischen Gesundheitsmarkt«



**Am meisten nützt die EU den Patientinnen und Patienten, wenn sie einen europäischen Gesundheitsmarkt verhindert. Zurzeit diskutiert das EU-Parlament einen**

Richtlinienvorschlag der Kommission zu grenzüberschreitenden Gesundheitsdienstleistungen. Diese sollen Markt und Wettbewerb unterworfen werden. Ich halte diesen Weg für falsch! Gesundheit gehört in die öffentliche Daseinsvorsorge, um eine qualitativ hochwertige und

gleiche Behandlung von Patienten gewährleisten zu können. Im EG-Vertrag ist festgelegt, dass im Bereich der Gesundheit »die Verantwortung der Mitgliedstaaten für



die Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung in vollem Umfang gewahrt« bleibt. Die EU besitzt hier also keine Gesetzgebungskompetenz. Über die Koordinierung der sozialen Sicherungssysteme kann aber

grenzüberschreitend die Patientenmobilität ausgebaut und gesichert werden. Hier setzen wir uns für eine Verbesserung der Patientenrechte ein. Ein positives Beispiel, wie die EU im Interesse der Patienten wirken kann, ist die Europäische Krankenversicherungskarte, über die alle gesetzlich Versicherten in der EU verfügen. Mit ihr sind Notfallbehandlung und Kostenübernahme in der EU einfach und sicher geregelt. ■

**Gabi Zimmer (DIE LINKE),** Fraktion der Vereinten Europäischen Linken/Nordische Grüne Linke

## »Gesundheit und Verbraucherschutz gehen Hand in Hand«



**Auch wenn die EU im Gesundheitsbereich nur eingeschränkte Kompetenzen hat, gibt es Bereiche, in denen sie für Patienten unerlässlich ist. Denn Patienten sind immer auch**

Verbraucher, und Verbraucherschutz bekommt in der EU immer mehr Gewicht. Dabei müssen die Patientenrechte an erster Stelle stehen, nicht die Interessen der Pharmaindustrie. Bei der Gesundheits- und Verbraucherpolitik muss es mehr Aufmerksamkeit für den Zusammenhang von Umweltbelastung und Krank-

heiten geben. Fast alle EU-Bürger fürchten, dass Umweltverschmutzung ihre Gesundheit beeinträchtigt. Allergien, Herz-Kreislauf-Beschwerden und Krebserkrankungen rasant zu. Oft sind die Ur-



sachen schlechte Luft, Pestizide im Essen oder Chemikalien in Alltagsprodukten. Verbesserungen in der EU-Umweltpolitik sind deshalb der Schlüssel für Krankheitsprävention. Indem die EU weiter eine starke Umwelt- und Verbraucherschutzpolitik macht, verhindert sie, dass

Menschen überhaupt zu Patienten werden. Die EU darf nicht nachlassen beim Nichtraucherschutz und im Kampf gegen Alkoholmissbrauch. Europäisches Engagement brauchen wir für die Komplementärmedizin, die über 100.000 Menschen in der EU nutzen. Das Mauerblümchendasein bei der Zulassung und Forschungsfinanzierung muss aufhören. Mit der Anerkennung der alternativen Medizin kann die EU zeigen, dass sie mit Patientenrechten ernst macht. ■

**Hiltrud Breyer (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN),** Fraktion Die Grünen/Europäische Freie Allianz

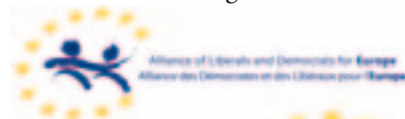
## »Einheitlicher Rechtsrahmen für Behandlungen in der EU«



**Durch Reisefreiheit und Euro ist Europa nicht nur im Urlaub für jeden offen. Auch für Gesundheitsdienstleistungen gibt es Nachfrage**

– sei es eine geplante Zahnbehandlung oder ein Notfall. Hier muss Europa allerdings noch Regelungen finden und Rechtssicherheit herstellen. Denn die Erstattungen durch die Krankenkassen sind nicht einheitlich, oft sind Genehmigungen notwendig oder Erstattungen strittig. Natürlich muss auch die Behandlungsqualität stimmen. Daran

arbeitet die EU jetzt: Ein einheitlicher Rechtsrahmen für Behandlungen im EU-Ausland soll die gesundheitliche und



finanzielle Sicherheit der Patienten gewährleisten. Sofern die heimische Krankenkasse eine Behandlung abdeckt, sollen Patienten diese Behandlung auch in einem anderen EU-Land ohne vorherige Genehmigung beanspruchen können. Sie müssen dann die Behandlung bezahlen und erhalten die Erstattung bis

zu dem Betrag, der für die Behandlung im Heimatland erstattet wird. Alle Staaten sollen auch eindeutige Sicherheits- und Qualitätsstandards festlegen. Die angestrebte Rechtssicherheit für grenzüberschreitende Gesundheitsdienstleistungen bietet die Chance, dass Patienten sich ihren Arzt auch im Ausland suchen können, sie fördert den Servicegedanken und hoffentlich auch die Entwicklung des Patienten vom Bittsteller zum umworbene(n) Kunden. ■

**Holger Kraemer (FDP),** Fraktion der Allianz der Liberalen und Demokraten für Europa



### Irland (IRL)

Einw.	Jahre	BIP/€	Ärzte	Betten
4,40 Mio.	77,3 m 82,1 w	41.100	2,8 (2005)	2,7

Überwiegend steuerfinanziertes System. Gemeinsamer Beitrag für alle Sozialversicherungsbereiche (Arbeitnehmer 4 %, Arbeitgeber 8,5 % des Bruttolohns). Jeder zweite Bürger hat eine Zusatzversicherung, die der Staat fördert. Ausgaben 2002: 75,2 % aus Steuern/Beiträgen, der Rest Zuzahlungen/private Zusatzversicherungen.



### Großbritannien (GB)

Einw.	Jahre	BIP/€	Ärzte	Betten
61,19	77,1 m 81,1 w (2005)	31.500	2,4 (2005)	3,1 (2005)

Steuerfinanziertes System. Geldleistungen werden über einen Globalbeitrag (2005: 13,8 %) finanziert. 2001 nutzten 11,5 % eine private Krankenversicherung. Zuzahlungen für Medikamente, Augen- und Zahnarzt. 2002: 83 % der Ausgaben aus Steuern und Beiträgen, der Rest private Zahlungen.



### Niederlande (NL)

Einw.	Jahre	BIP/€	Ärzte	Betten
16,41	77,7 m 82,0 w	32.700	3,7 (2005)	2,8

Drei-Säulen-System: obligatorische Pflege- und Langzeitversicherung (Krankenhaus, Pflege, Psychiatrie), finanziert durch einkommensabhängige Beiträge (nur Versicherte); Bürgerpflichtversicherung für die Akutversorgung (die Hälfte der Beiträge trägt der Versicherte, die andere der Arbeitgeber); private Zusatzversicherungen.



### Dänemark (DK)

Einw.	Jahre	BIP/€	Ärzte	Betten
5,48	76,1 m 80,7 w	40.500	3,2	2,9

Steuerfinanziertes System. Sachleistungen steuer, Geldleistungen beitragsfinanziert (Arbeitnehmer und Selbstständige zahlen in Arbeitsmarktfond). Kosten für Zahnbehandlung tragen die Patienten oder eine Zusatzversicherung. Steuern und Beiträge deckten 2002 rund 83 %, private Zahlungen etwa 17 % der Ausgaben.



### Belgien (B)

Einw.	Jahre	BIP/€	Ärzte	Betten
10,66	76,6 m 82,3 w	30.000	4	4,4

Pflichtversicherung (Beiträge und Steuern). Gemeinsamer Beitrag für alle Sozialversicherungsbereiche. Arbeitnehmeranteil rund 13 %, Arbeitgeberanteil rund 25 % des Bruttolohns. Beiträge, Abgaben und Steuern decken mehr als 70 % der Gesundheitskosten, private Ausgaben knapp 30 %.



### Deutschland (D)

Einw.	Jahre	BIP/€	Ärzte	Betten
82,22	77,2 m 82,4 w	28.200	3,5	6,2

Beitragsfinanziertes System. Versicherte und Arbeitgeber teilen sich den Beitragssatz von derzeit 15,5 % (7,3 % Arbeitgeber, 8,2 % Arbeitnehmer). 2006 waren rund 77 % der Ausgaben öffentlich, private Haushalte schulterten 13,6 % und die private Krankenversicherung 9,2 %.



### Luxemburg (L)

Einw.	Jahre	BIP/€	Ärzte	Betten
0,48	76,8 m 81,9 w	71.600	3,3 (2004)	4,5

Beitragsfinanziertes System. Arbeitnehmer und Arbeitgeber zahlen je 2,55 % des Bruttolohns für Sachleistungen bei Krankheit, zusätzlich bei Arbeitern je 0,1 % und bei Angestellten je 2,35 % für Geldleistungen. 2004 hatten 75 % eine private Zusatzversicherung. 2000: 72,7 % der Ausgaben aus Beiträgen, 15,1 % aus Steuern finanziert, private Zahlungen 10,5 %.



### Frankreich (F)

Einw.	Jahre	BIP/€	Ärzte	Betten
63,75	77,3 m 84,4 w	28.400	3,34 (2005)	3,7

Überwiegend beitragsfinanziertes System, einkommensabhängige Beiträge und Zuschüsse aus Steuern. 2006 deckte die gesetzliche Krankenversicherung 77 % der individuellen Gesundheitskosten. 23 % entfielen auf private Zusatzversicherungen und Zuzahlungen der Patienten.



### Portugal (P)

Einw.	Jahre	BIP/€	Ärzte	Betten
10,62	75,5 m 82,3 w	14.700	2,7 (2004)	3,7 (2004)

Steuerfinanziertes System. Geldleistungen werden über einen Globalbeitrag für alle Sozialversicherungsbereiche finanziert (Arbeitnehmer 11 %, Arbeitgeber 23,5 % des Bruttolohns). 2 % der Bürger haben eine private Zusatzversicherung. Ausgaben 2004: Steuern 71 %, 29 % private Zahlungen (Zuzahlungen, Selbstbeteiligung).

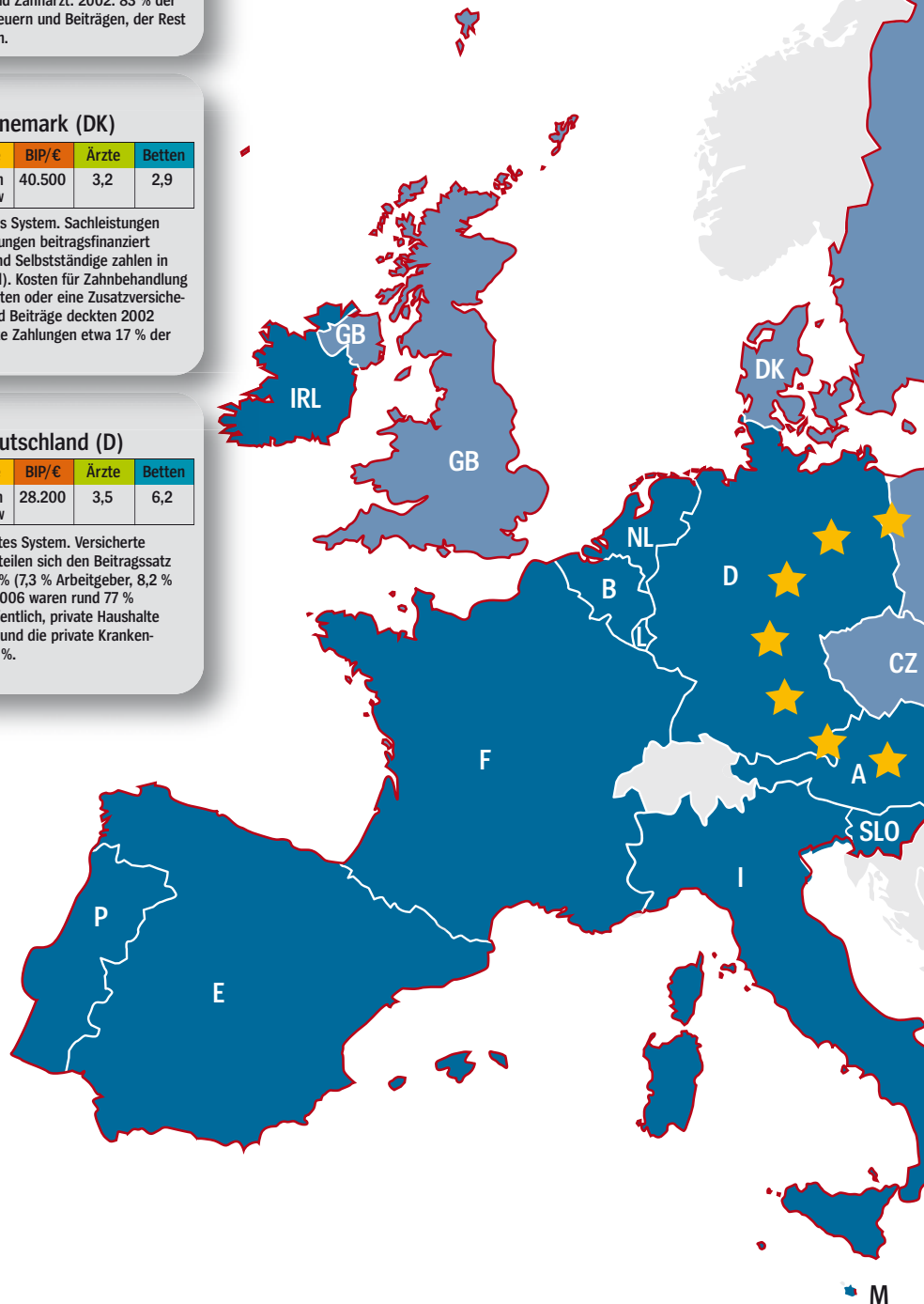


### Spanien (E)

Einw.	Jahre	BIP/€	Ärzte	Betten
45,28	77,7 m 84,4 w	22.300	3,6	2,6

Steuerfinanziertes System. Geldleistungen werden mit einem Beitrag für alle Sozialversicherungsbereiche finanziert (Arbeitnehmer 23,6 %, Arbeitgeber 4,7 %). Kosten für Zahnarzt und Psychotherapie tragen die Patienten. 8 % haben eine private Zusatzversicherung. Ausgaben 2003: 71 % aus Steuern, knapp 30 % private Zahlungen der Patienten.

# Die EU-Staaten und ihre Gesundheitssysteme



### Italien (I)

Einw.	Jahre	BIP/€	Ärzte	Betten
59,62	77,9 m 83,8 w (2004)	25.100	3,9 (2005)	3,2

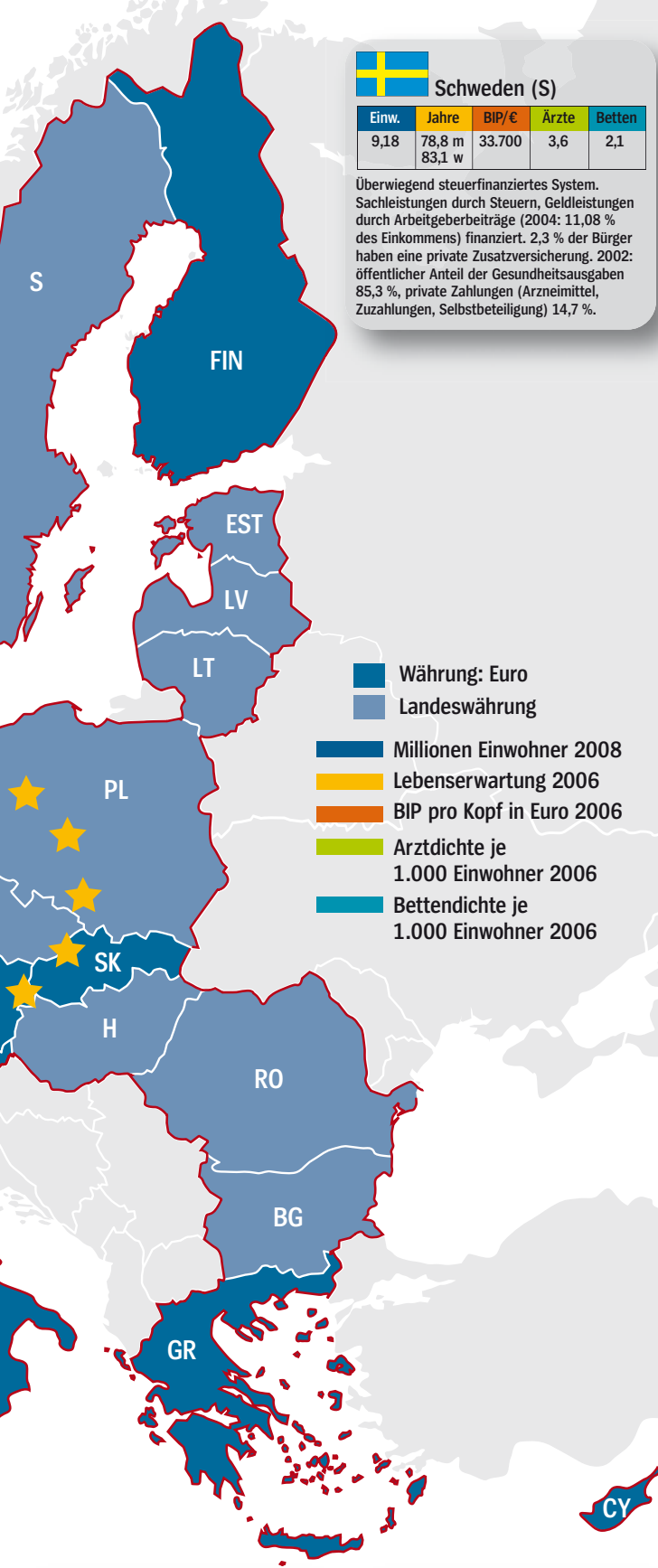
Steuerfinanziertes System. Staatliche Ausgaben decken ca. 75 % der öffentlichen Versorgung. Patienten leisten hohe Zuzahlungen (u.a. Röntgen, Labor); so liegt der Anteil privater Ausgaben bei etwa 25 %. Ein Drittel der Italiener ist privat krankenversichert (Vollversicherungen oder private Zusatzversicherungen).



### Malta (M)

Einw.	Jahre	BIP/€	Ärzte	Betten
0,41	77 m 81,9 w	12.400	3,5 (2005)	7,5 (2005)

Steuerfinanziertes System, das medizinische Leistungen für alle kostenlos bereitstellt. Dennoch steigende Beanspruchung kostenpflichtiger privater Anbieter. Etwa 60 % der Ausgaben werden durch Steuern finanziert, rund 40 % durch private Zahlungen.



**Schweden (S)**

Einw.	Jahre	BIP/€	Ärzte	Betten
9,18	78,8 m 83,1 w	33.700	3,6	2,1

Überwiegend steuerfinanziertes System. Sachleistungen durch Steuern, Geldleistungen durch Arbeitgeberbeiträge (2004: 11,08 % des Einkommens) finanziert. 2,3 % der Bürger haben eine private Zusatzversicherung. 2002: öffentlicher Anteil der Gesundheitsausgaben 85,3 %, private Zahlungen (Arzneimittel, Zuzahlungen, Selbstbeteiligung) 14,7 %.

**Finnland (FIN)**

Einw.	Jahre	BIP/€	Ärzte	Betten
5,30	75,9 m 83,1 w	31.700	2,4 (2005)	2,2

Überwiegend steuerfinanziertes Gesundheitswesen. Sachleistungen werden aus Steuern, Geldleistungen über Beiträge finanziert. Arbeitnehmer und Arbeitgeber zahlen zwischen 1,9 und 2 % des Einkommens an die obligatorische Krankenversicherung. Steuern und Beiträge deckten 2005 rund 78 % der Ausgaben, private Zahlungen rund 22 %.

**Estland (EST)**

Einw.	Jahre	BIP/€	Ärzte	Betten
13,40	67,4 m 78,6 w	9.800	3,3	3,9

Überwiegend beitragsfinanziertes System mit Pflichtversicherung (95 % der Bevölkerung). Arbeitnehmer zahlen 13 % des Erwerbseinkommens. 2006 deckten Beiträge 62,5 % der Ausgaben, Steuern 11,2 % und private Zahlungen der Patienten 25,6 % (vor allem Zuzahlungen für Arzneimittel und zahnärztliche Behandlung).

**Litauen (LT)**

Einw.	Jahre	BIP/€	Ärzte	Betten
3,37	65,3 m 77,0 w	7.000	3,6	5,1

Beitragsfinanziertes System. Globalbeitrag für alle Sozialversicherungsbereiche (Arbeitgeber 31 %, Arbeitnehmer 3 %). Zuzahlungen für Arzneimittel, Zahnarzt, Labor. 1998: 66,2 % der Ausgaben durch Beiträge, 4,5 % aus Steuern, gut 23 % private Zahlungen. Informelle Zahlungen an Ärzte gehen zurück, existieren aber weiter. Private Krankenversicherung bedeutungslos.

**Lettland (LV)**

Einw.	Jahre	BIP/€	Ärzte	Betten
2,27	65,4 m 76,3 w	7.100	2,9	5,3

Steuerfinanziertes System mit Mix aus privaten und staatlichen Anbietern. Steuermittel deckten 2004 gut 75 % der Gesundheitsausgaben, der Rest entfiel auf private Zahlungen der Patienten, darunter zahnärztliche Behandlung und Zuzahlungen (19,5 %) und die private Krankenversicherung (4,4 %).

**Tschechien (CZ)**

Einw.	Jahre	BIP/€	Ärzte	Betten
10,38	73,5 m 79,9 w	11.100	3,6	5,4

Überwiegend beitragsfinanziertes System. Beiträge für Nichterwerbstätige (56 % der Versicherten) zahlt der Staat. Beitrag: 13,5 % des Bruttoeinkommens (4,5 % Arbeitnehmer, 9 % Arbeitgeber). Zuzahlungen für Zahnarzt, Arznei- und Hilfsmittel. Ausgaben 2002: 81,5 % aus Beiträgen, 10,2 % aus Steuern, 8,3 % Zuzahlungen. Private Zusatzversicherungen sind selten.

**Polen (PL)**

Einw.	Jahre	BIP/€	Ärzte	Betten
38,12	70,9 m 79,7 w	7.100	2,2	4,7

Überwiegend beitragsfinanziertes System. Arbeitnehmer zahlen 2007 9 % ihres Erwerbseinkommens an die Krankenversicherung. Ausgaben 2002: aus privaten Zahlungen 27,5 %, der Rest Beiträge und geringe staatliche Zuschüsse. Zuzahlungen für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, Zahnarzt. Informelle Zahlungen sind verbreitet. Private Zusatzversicherungen sind unwichtig.

**Slowakei (SK)**

Einw.	Jahre	BIP/€	Ärzte	Betten
5,40	70,4 m 78,4 w	8.300	3,2	4,9

Vorwiegend beitragsfinanziertes System. Beitragssatz 2003: 14 % des Bruttoeinkommens (Arbeitgeber 10 %, Arbeitnehmer 4 %). Zuzahlungen für Arzneimittel, Hilfsmittel, Zahnarzt. Ausgaben 2002: 85,9 % aus Beiträgen, 3,2 % aus Steuern, 10,9 % aus privaten Ausgaben. Private Zusatzversicherungen sollen informelle Zahlungen zurückdrängen.

**Ungarn (H)**

Einw.	Jahre	BIP/€	Ärzte	Betten
10,05	69,2 m 77,8 w	8.900	3	5,5

Vorwiegend beitragsfinanziertes System. Beitragssatz: 14 % des Bruttoeinkommens (Arbeitgeber 11 %, Arbeitnehmer 3 %). Defizite werden aus Steuern beglichen. Zuzahlungen für Arztbesuche, Arznei- und Hilfsmittel. Ausgaben 2000: 63,3 % aus Beiträgen, 12,2 % aus Steuern, 24,5 % private Zahlungen. Das Ausmaß informeller Zahlungen ist unbekannt.

**Österreich (A)**

Einw.	Jahre	BIP/€	Ärzte	Betten
8,33	77,2 m 82,8 w	31.100	3,7	6,1 (2005)

Überwiegend beitragsfinanziertes System. Die Beiträge (2008: 7,5 % des Erwerbseinkommens) zahlen Arbeitgeber und Arbeitnehmer zu gleichen Teilen. Rund ein Drittel der Bevölkerung ist privat (zusatz)versichert. Finanzierung: Mehr als zwei Drittel über Beiträge und Steuern, rund 25 % private Zahlungen (z.B. Selbstbeteiligungen).

**Rumänien (RO)**

Einw.	Jahre	BIP/€	Ärzte	Betten
21,53	69,2 m 76,2 w	4.500	2,2	4,6

Beitragsfinanziertes System, steuersubventioniert. Beitragssatz 2004: Arbeitnehmer 6,5 % des steuerpflichtigen Einkommens, Arbeitgeber 7 % der Gesamtlöhne. Ausgaben 2004: zwei Drittel aus Beiträgen und Steuern, private Zahlungen etwa ein Drittel (Arzneimittel, Behandlungskosten). Informelle Zahlungen sind weit verbreitet. Keine private Krankenversicherung.

**Griechenland (GR)**

Einw.	Jahre	BIP/€	Ärzte	Betten
11,21	77,2 m 81,9 w	19.300	4,9 (2004)	3,9 (2005)

Steuer- und beitragsfinanziertes System. Arbeitgeber 5,1 % des Einkommens, Arbeitnehmer 2,55 %. Steuern/staatliche Zuschüsse schließen Finanzierungslücken. Rund 8 % der Bevölkerung haben eine private Voll- oder Zusatzversicherung. 2002: 53 % der Ausgaben aus Beiträgen und Steuern, 47 % aus privaten Ausgaben (Zuzahlungen, Selbstbeteiligungen).

**Zypern (CY)**

Einw.	Jahre	BIP/€	Ärzte	Betten
0,78	78,8 m 82,4 w	18.900	2,5	3,5

Steuerfinanziertes System, das bis 2009 in eine beitragsfinanzierte gesetzliche Krankenversicherung überführt werden soll. Patienten leisten im steuerfinanzierten System je nach Einkommen unterschiedlich hohe Zuzahlungen (20, 30 oder 40 % der Behandlungskosten). Private Krankenversicherungen sind kaum verbreitet.

**Slowenien (SLO)**

Einw.	Jahre	BIP/€	Ärzte	Betten
2,03	74,5 m 82 w	15.200	2,4	3,8

Vorwiegend beitragsfinanziertes System. Den Beitragssatz (2002: 13,45 % des Bruttoeinkommens) teilen sich Arbeitgeber (6,56 %) und Arbeitnehmer (6,36 %). Fast alle Bürger haben eine private Zusatzversicherung für Zuzahlungen und Selbstbeteiligungen. Ausgaben 1998: 85,1 % Versichertenbeiträge, 3,3 % aus Steuern und 11,6 % von der privaten Krankenversicherung.

**Bulgarien (BG)**

Einw.	Jahre	BIP/€	Ärzte	Betten
7,64	69,2 m 76,3 w	3.300	3,7	4,8

Steuer- und beitragsfinanziertes System. Den monatlichen Versicherungsbeitrag von 6 % des Einkommens tragen Arbeitnehmer und Arbeitgeber zu gleichen Teilen. 2003 wurden 28,1 % der Ausgaben aus Beiträgen, 26,4 % aus Steuern finanziert. 44,8 % entfielen auf offizielle und inoffizielle Selbstbeteiligung.

## ■ EG-Vertrag

Der »Vertrag zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft« (EG-Vertrag) wurde 1957 zunächst von Belgien, der Bundesrepublik Deutschland, Frankreich, Italien, Luxemburg und den Niederlanden unterzeichnet. Durch ihn wurde die Europäische Gemeinschaft gegründet. Er ist eine der wichtigsten Rechtsquellen im Europarecht. Der EG-Vertrag dokumentiert das fortgesetzte Bestreben der Zusammenarbeit in Europa auf bestimmten Teilgebieten nach dem Zweiten Weltkrieg. Er ist ein völkerrechtliches Übereinkommen und wird im Europarecht als »Primärrecht« bezeichnet. Dadurch haben seine Vorgaben Vorrang vor nationalen rechtlichen Vorschriften.

## ■ Europäischer Gerichtshof (EuGH)

Der »Gerichtshof der Europäischen Gemeinschaften« in Luxemburg ist das oberste rechtsprechende Organ und nimmt so im politischen System der Europäischen Union (EU) die Rolle der Judikative ein. Seine wichtigste Aufgabe ist es, die einheitliche Auslegung des europäischen Rechts zu gewährleisten.

## ■ Europäische Kommission

Im politischen System der Europäischen Union das ausführende Organ (Exekutive) und als solches für die Umsetzung der Beschlüsse von Ministerrat und Parlament zuständig. Außerdem schlägt die Kommission Rechtsvorschriften, politische Maßnahmen und Programme vor. Sie ist ein von den Mitgliedstaaten unabhängiges Organ. Die Europäische Kommission besteht aktuell aus 27 Kommissaren, von denen einer als Kommissionspräsident die Kommission leitet. Sie wird alle fünf Jahre binnen sechs Monaten nach der Wahl des Europäischen Parlamentes neu besetzt. Geplant ist, die Zahl der Kommissare nach der Europawahl im Juni 2009 auf eine noch unbestimmte Zahl zu reduzieren.

## ■ Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC)

Seit dem 1. Juni 2004 wurde die EHIC schrittweise in den Staaten der Europäischen Union eingeführt. Alle 27 Mitgliedsstaaten sowie Island, Norwegen, Liechtenstein und die Schweiz geben sie seit dem 1. Januar 2006 aus und erkennen sie an. Sie berechtigt zur Inanspruchnahme medizinischer Leistungen im Notfall und ersetzt den »Auslandskrankenschein« E111. Die EHIC kann als separate Karte gestaltet sein oder sich auf der Rückseite der normalen Krankenversicherungskarte befinden.

## ■ Europäisches Parlament

Im politischen System der EU das gesetzgebende Organ (Legislative). Seit 1979 wird es alle fünf Jahre von den Bürgern der EU gewählt. Seit seiner Gründung 1952 wurden seine Kompetenzen mehrmals erweitert.

## ■ Rat der Europäischen Union

Umgangssprachlich Ministerrat genannt, ist er das wichtigste Entscheidungsorgan der Europäischen Union. Er setzt sich aus den

Ministern der Mitgliedstaaten zusammen, wobei je nach behandeltem Thema die Vertreter unterschiedlicher Ressorts zusammenkommen. Der Rat kann mit dem Europäischen Parlament Gesetze erlassen und ist damit Teil der Legislative. Seine Mitglieder (nationale Minister) sind in ihren Mitgliedstaaten aber Teil der nationalen Regierungen, also der Exekutive.

## ■ Europäische Wirtschaftsgemeinschaft (EWG)

Um eine gemeinsame Wirtschaftspolitik zu fördern, gründeten Belgien, die Bundesrepublik Deutschland, Frankreich, Italien, Luxemburg und die Niederlande 1957 mit der Unterzeichnung der Römischen Verträge die EWG. 1993 wurde die EWG angesichts ihrer erweiterten Aufgaben in Europäische Gemeinschaft (EG) umbenannt.

## ■ Europäischer Wirtschaftsraum (EWR)

Der Europäische Wirtschaftsraum entstand 1992 in einem Abkommen, das die Staaten der Europäischen Gemeinschaft 1992 mit der Europäischen Freihandelsassoziation EFTA schlossen. Dieses Abkommen erweitert den EU-Binnenmarkt um Island, Liechtenstein und Norwegen.

## ■ Grundfreiheiten des EU Binnenmarktes

Die vier Grundfreiheiten sind der Kern des EG-Vertrags. Sie umfassen den freien Verkehr von Waren, Personen, Dienstleistungen und Kapital. Für einen freien Warenverkehr müssen Warenkontrollen abgebaut sowie technische und steuerliche Hürden beseitigt werden. Freier Personenverkehr existiert, wenn es keine Personenkontrollen (z.B. Passkontrollen) mehr gibt. Außerdem dürfen Arbeitnehmer frei entscheiden, in welchem Land sie arbeiten. Unternehmen wiederum dürfen sich überall im EU-Binnenmarkt niederlassen. Freier Dienstleistungsverkehr heißt, dass Freiberufler, Handwerker und Unternehmen ihre Dienste ebenfalls überall im EU-Binnenmarkt anbieten können. Für einen freien Kapitalverkehr müssen unter anderem Beschränkungen beim Zahlungsverkehr abgebaut werden.

## ■ Richtlinie

Eine EU-Rechtsvorschrift, die sich an die Mitgliedstaaten richtet und sie verpflichtet, bestimmte Ziele zu verwirklichen. Dabei bleibt den Mitgliedstaaten aber ein Gestaltungsspielraum, in welcher Form und mit welchen Mitteln sie die Richtlinie in nationales Recht umsetzen.

## ■ Verordnung

Ein EU-Rechtsvorschrift, die direkt in allen Mitgliedstaaten gilt. Verordnungen sind für die Mitgliedstaaten, ihre Behörden und Organe unmittelbar verbindlich. Steht eine Verordnung im Konflikt mit einem nationalen Gesetz, so hat die Verordnung Vorrang. Als »Gesetze der Gemeinschaften« müssen Verordnungen von ihren Adressaten (Einzelpersonen, Mitgliedstaaten, Gemeinschaftsorganen) in vollem Umfang befolgt werden.