



Die TK in Europa

TK-Europabefragung 2009

Deutsche Patienten
auf dem Weg nach Europa

TK
Techniker Krankenkasse
Gesund in die Zukunft.

TK-Vertragseinrichtungen in Europa



Die TK in Europa – Deutsche Patienten auf dem Weg nach Europa; herausgegeben von der Techniker Krankenkasse, Hamburg; Internet: www.tk-online.de; Stabsbereich Unternehmensentwicklung und Wissenschaftliches Institut der TK für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen (WINEG); Autoren: Dr. Caroline Wagner (WINEG), Dr. Frank Verheyen (WINEG); Auswertung: Dr. Caroline Wagner (WINEG), Julia Weller (UE), Malte Höhle (UE); Datenselektion: Martin Zieger; Gestaltung: Wolfgang Geigle; Produktion: Christian Nickel; Druck: TK-Hausdruckerei

© Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck und sonstige Formen der Vervielfältigung – auch auszugsweise – nicht gestattet.

Vorwort

Deutsche Patienten befinden sich auf dem Weg nach Europa - in den europäischen Gesundheitsmarkt. Dies gilt auch für die TK-Versicherten. Was veranlasst deutsche Patienten die Grenzen zu überqueren, um sich geplant in anderen EU-Gesundheitssystemen medizinisch behandeln zu lassen? Wodurch zeichnet sich diese Patientengruppe aus? Und wie hoch ist die Inanspruchnahme tatsächlich? Diesen und anderen Fragen ist das „Wissenschaftliche Institut der TK für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen“ (WINEG) in der vorliegenden Studie nachgegangen.

In der Europa-Studie aus dem Jahre 2008 wurde ein erstes Gesamtbild über die Nachfrage der TK-Mitglieder nach EU-Auslandsbehandlungen gezeichnet. Das entscheidende Ergebnis war der überraschende Anstieg von TK-Mitgliedern mit geplanten EU-Auslandsbehandlungen gegenüber der Gesamtheit der TK-Mitglieder mit EU-Auslandsbehandlungen. Deshalb wurde der Schwerpunkt der vorliegenden Europa-Studie 2009 auf dieses Phänomen gelegt.

Einige Aspekte der grenzüberschreitenden Versorgung sind für die Patienten noch nicht ausreichend geregelt, wie zum Beispiel die Frage der Ansprüche bei Nach- und Fehlbehandlungen. Der Richtlinienvorschlag der Europäischen Kommission zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, über den die EU-Gesundheitsminister keine politische Einigung erzielen konnten, wäre grundsätzlich ein notwendiger europapolitischer Meilenstein, um die Patientenrechte im europäischen Gesundheitsmarkt zu stärken. Im deutschen Recht ist jedoch bereits seit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz 2004 zumindest verankert, dass deutschen Krankenversicherten die Kosten für die EU-Auslandsbehandlungen auf der Grundlage gesetzlicher Bedingungen erstattet werden.

Die TK hat begonnen, für ihre Versicherten direkte Selektivverträge mit Leistungsanbietern in anderen EU-Mitgliedsstaaten zu schließen. Die Hauptmotive sind hierbei, den Versicherten den bürokratischen Aufwand eines langwierigen Abrechnungsverfahrens abzunehmen und ihnen ein hohes Qualitätsniveau mit deutschsprachigen Ansprechpartnern bei der Behandlung anzubieten. Dieser TK-EuropaService umfasst heute 88 Vertragskliniken in den Niederlanden, Belgien, Österreich und Italien. Zusätzlich gibt es 28 Verträge mit Kureinrichtungen in Österreich, Italien, Tschechien, Ungarn, Polen und der Slowakei.

Die vorliegende Studie hat gezeigt, dass die beiden maßgeblichen Gründe für die gezielte Inanspruchnahme einer EU-Auslandsbehandlung die Kostenersparnis und die Kombination der Behandlung mit einer Urlaubsreise sind. Letzteres spiegelt den Trend zum Gesundheitstourismus auch unter TK-Mitgliedern wider. Es handelt sich dabei mehrheitlich um Senioren ab 60 Jahren. Wir möchten diese TK-Mitgliedergruppe in Zukunft auf ihrem Weg in den europäischen Gesundheitsmarkt noch stärker fachkundig beraten. Deshalb planen wir eine weitere Europa-Studie, die sich mit deren Bedürfnissen und Erfahrungen bei der EU-Auslandsbehandlung beschäftigt.



Prof. Dr. Norbert Klusen
Vorsitzender des Vorstandes

Inhaltsverzeichnis

Tabellen und Abbildungen	5
1 Zielsetzung, Ergebnisüberblick, Datenbasis und Methodik	6
2 Vergleich geplanter und ungeplanter EU-Auslandsbehandlungen	10
2.1 Merkmale des typischen deutschen Patienten im EU-Ausland	10
2.1.1 Patienten mit geplanten und ungeplanten EU-Auslandsbehandlungen	10
2.1.2 Die wichtigsten soziodemographischen Faktoren	11
2.1.3 Die häufigsten zugrunde liegenden Krankheiten	17
2.1.4 Die meistbesuchten EU-Länder	17
2.2 Charakterisierung der Inanspruchnahme von geplanten und ungeplanten EU-Auslandsbehandlungen	18
2.2.1 Die Nachfrage nach Behandlungsarten	18
2.2.2 Gründe für die Wahl einer EU-Auslandsbehandlung	20
2.2.3 Ausmaß der Zufriedenheit mit der EU-Auslandsbehandlung	21
2.2.4 Art der Auswahl des Leistungserbringers	23
2.2.5 Finanzierungsquellen der EU-Auslandsbehandlung	23
2.2.6 Notwendigkeit und Standort von Nachbehandlungen	24
3 Wissen, Einstellung und Erfahrungen der Patienten	25
3.1 Informationsaustausch zwischen Leistungserbringern und Abrechnung	25
3.2 Rechtsrahmen und Erwartungen an den europäischen Gesundheitsmarkt	27

Tabellen und Abbildungen

- Tabelle 1: Gesamtinanspruchnahme der Auslandsbehandlungen in den EU-Ländern (Mitglieder und Behandlungen)
- Tabelle 2: Gesamtinanspruchnahme der EU-Auslandsbehandlungen nach Bundesländern (Mitglieder)
- Tabelle 3: Geplante und ungeplante EU-Auslandsbehandlungen nach Bundesländern (Fälle)
- Abbildung 1: Geplante Behandlungen sowie Akut- und Notfallbehandlungen im EU-Ausland
- Abbildung 2: TK-Mitglieder mit EU-Auslandsbehandlungen nach Alter
- Tabelle 4: TK-Mitglieder nach Alter
- Abbildung 3: TK-Mitglieder mit EU-Auslandsbehandlungen nach Beruf
- Abbildung 4: TK-Mitglieder mit EU-Auslandsbehandlungen nach monatlichem Bruttoeinkommen
- Abbildung 5: TK-Mitglieder mit EU-Auslandsbehandlungen nach Gesundheitszustand
- Abbildung 6: TK-Mitglieder mit EU-Auslandsbehandlungen nach Versichertenstatus
- Abbildung 7: TK-Mitglieder mit EU-Auslandsbehandlungen nach Erkrankungsart
- Abbildung 8: TK-Mitglieder mit EU-Auslandsbehandlungen nach Ländern
- Abbildung 9: TK-Mitglieder mit EU-Auslandsbehandlungen nach Behandlungsarten
- Abbildung 10: Gründe der TK-Mitglieder für EU- Auslandsbehandlungen
- Abbildung 11: Zufriedenheit der TK-Mitglieder mit den EU- Auslandsbehandlungen im Vergleich zu Deutschland
- Abbildung 12: Auswahl der Leistungserbringer bei EU-Auslandsbehandlungen
- Abbildung 13: Kostenübernahme bei EU-Auslandsbehandlungen
- Abbildung 14: Notwendigkeit einer Nachbehandlung bei EU-Auslandsbehandlungen
- Abbildung 15: Hatte der ausländische EU-Arzt Zugang zur Patientendokumentation in Deutschland?
Ist die Höhe der im Voraus zu zahlenden Kosten ein Grund für die Vermeidung von EU-Auslandsbehandlungen?
- Abbildung 16: Kennen Sie die Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC)?
Haben Sie versucht die EHIC einzusetzen?
- Abbildung 17: Ist der Anspruch auf Kostenerstattung ambulanter Behandlungen im EU-Ausland bekannt?
- Abbildung 18: Einschätzung der Auswirkungen des sich öffnenden EU-Gesundheitsmarktes und des Gesundheitstourismus
- Abbildung 19: Haben Sie von der geplanten EU-Richtlinie zur Ausübung der Patientenrechte gehört?
- Abbildung 20: Wie stehen Sie zu einem europäischen Rechtsrahmen, der die Patientenrechte und die Patientensicherheit bei EU-Auslandsbehandlungen stärken würde?

1 Zielsetzung, Ergebnis- überblick, Datenbasis und Methodik

Einleitung

Die zunehmende Patientenmobilität und die Herausbildung des europäischen Gesundheitsmarktes führen zu einer verstärkten Inanspruchnahme grenzüberschreitender EU-Auslandsbehandlungen. Neben den Akut- und Notfällen, die sich im Urlaub oder auf Dienstreise ereignen, gibt es eine wachsende Gruppe von Patienten, die sich gezielt über ihre Behandlungsmöglichkeiten in anderen EU-Staaten informieren und von dieser Wahlmöglichkeit Gebrauch machen.

Bei den TK-Mitgliedern mit ungeplanten Behandlungen handelt es sich um eine relativ heterogene Patientengruppe. Im Gegensatz dazu lassen sich die TK-Mitglieder mit geplanten EU-Auslandsbehandlungen auf bestimmte soziodemographische Eigenschaften, Erkrankungen, Behandlungsarten und Beweggründe festlegen.

Ergebnisüberblick

Geplante grenzüberschreitende Behandlungen werden von einer anderen TK-Mitgliedergruppe mit einem anderen Beratungsbedarf und -zeitraum nachgefragt als ungeplante Behandlungen. Durch den Zufallsfaktor einer Akut- oder Notfallbehandlung sind hier die unterschiedlichsten TK-Mitglieder betroffen, deren Beratungsbedarf sehr kurzfristig besteht. Im Gegensatz dazu entsteht bei den TK-Mitgliedern mit geplanten Behandlungen ein längerer und intensiverer Beratungsbedarf, bevor sie die grenzüberschreitenden Versorgungsangebote nutzen. Trotzdem wählen die meisten ihren Leistungsanbieter noch über Empfehlungen von erfahrenen Freunden, vom Reiseleiter oder vom Hotel sowie über die eigene Internetrecherche aus. Hier ist die TK gefragt, ihre Mitglieder noch stärker zu unterstützen.

TK-Mitglieder, die sich bewusst für eine EU-Auslandsbehandlung statt für eine Behandlung im deutschen Gesundheitssystem entscheiden, haben gemeinsame soziodemographische Merkmalsausprägungen: Es handelt sich überwiegend um die TK-Mitgliedergruppe der über 60-Jährigen (79 Prozent), überwiegend Rentner und Pensionäre (79 Prozent), mit geringeren Einkommen, die das Ziel der Kombination von Urlaub und Behandlung (45 Prozent) und/oder der Ersparnisse bei selbst zu tragenden Kosten (33 Prozent) und bei Eigenbeteiligungen (24 Prozent) verfolgen. Damit lässt sich die These belegen,

dass die Senioren auch beim Konsum von Auslandsbehandlungen auf dem europäischen Gesundheitsmarkt bereits die dominierende, richtungsweisende Zielgruppe mit der höchsten Patientenmobilität sind.

In dieses Bild passt auch, dass am häufigsten Erkrankungen des Bewegungsapparates und Herz-Kreislauf-Erkrankungen auftraten und dementsprechend am häufigsten Heilmittel (55 Prozent) und Kuren (37 Prozent) nachgefragt wurden. Eine weitere These, die durch die Ergebnisse unterstützt wird, ist, dass die Inanspruchnahme geplanter EU-Auslandsbehandlungen in den neuen Bundesländern höher ist (65-84 Prozent) als in den alten Bundesländern (33-48 Prozent). Gründe hierfür könnten die geographische Nähe zu den klassischen osteuropäischen Kurbädern und die historische Bindung zwischen der ehemaligen DDR und den damaligen Ostblockländern sein. Weitere Analysen haben gezeigt, dass überdurchschnittlich viele TK-Mitglieder aus den neuen Bundesländern nach Tschechien (29-40 Prozent) und Polen (31-45 Prozent) fahren, um sich medizinisch behandeln zu lassen. Im Vergleich dazu ist die Inanspruchnahme der TK-Mitglieder aus den alten Bundesländern in Tschechien (11-25 Prozent) und Polen (0-18 Prozent) deutlich niedriger. Die Nachfrage nach EU-Auslandsbehandlungen in Ungarn ist in den alten Bundesländern (8-22 Prozent) allerdings vergleichbar mit der in den neuen Bundesländern (7-17 Prozent). Hier wäre zu untersuchen, ob dies an den bundesweit attraktiven Angeboten für Zahnbehandlungen liegen könnte.

Zielsetzung

Es war das Ziel der TK-Europabefragung 2009, Erkenntnisse über die Eigenschaften und Bedürfnisse derjenigen TK-Mitglieder (nicht TK-Versicherte, das heißt ohne Familienversicherte) zu erhalten, die im Jahre 2008 geplante EU-Auslandsbehandlungen in Anspruch genommen hatten. Diese neuen Erkenntnisse sollen genutzt werden, um das Service-, Beratungs- und Versorgungsangebot der TK für diese Mitgliedergruppe gezielt weiterzuentwickeln. Die Ergebnisse spiegeln die Besonderheiten der TK-Mitglieder wider und es wird daher nicht der Anspruch erhoben, eine allgemein repräsentative Studie generiert zu haben. Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt überwiegend deskriptiv und es werden auch Ergebnisse beschrieben, die nicht in den hier ausgewählten Graphiken zu finden sind.

Datenbasis und Methodik

Der Projektstart für die schriftliche Befragung war im Januar 2009. Es wurden alle zum Stichtag aktuellen über 18-jährigen TK-Mitglieder ohne Wohnort im EU-Ausland selektiert, die 2008 mindestens eine EU-Auslandsbehandlung hatten, sei es eine ambulante Kur, eine stationäre Behandlung, eine Behandlung in einer der TK-Vertragskliniken (TK-EuropaService) oder

eine andere EU-Auslandsbehandlung, die über die „European Health Insurance Card“ (EHIC) oder als Kostenerstattungsfall abgerechnet wurde.

Bei der Befragung wurden sämtliche Auslandsbehandlungen – geplant und ungeplant – in allen Ländern berücksichtigt, in denen das Sozialversicherungsabkommen durch die EWG-Verordnung 1408/71 gilt. Dies betrifft alle Mitgliedsstaaten der EU sowie des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR) und die Schweiz. Durch das Abkommen des EWR mit den Mitgliedsstaaten der Europäischen Freihandelsassoziation (EFTA) sind auch Island, Liechtenstein und Norwegen berücksichtigt worden. Damit sind in die Untersuchung sämtliche Behandlungen in allen europäischen Ländern miteinbezogen, in denen die Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC) gilt, welche 2004 das Formular E111 ablöste. Diese werden der Einfachheit halber unter dem Begriff „EU-Ausland“ zusammengefasst.

Auf dieser Basis wurden im Mai 47.038 Fragebögen mit jeweils 42 Fragen per Post versendet. Die Mitglieder hatten acht Wochen Zeit, diese auf der Basis ihrer Erfahrungen auszufüllen. Bis Ende Juni wurden 16.446 Fragebögen an die TK zurückgesendet. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 35 Prozent, die nach Erfahrung der TK mit Mitgliederbefragungen so hoch ist, dass sie damit das deutliche Interesse der Mitglieder an Auslandsbehandlungen widerspiegelt. Nach Erfassung und Qualitätsbereinigung des Datensatzes blieben 15.540 Fragebögen übrig, die 30.000 Behandlungsfälle betrafen und für diese Er-

gebnisbroschüre ausgewertet wurden. Die Rückläufer wurden auf ihre Repräsentativität für die Grundgesamtheit der angeschriebenen TK-Mitglieder geprüft. Es wurde festgestellt, dass diese Repräsentativität gemessen an den wichtigsten Merkmalen gegeben ist. Abschließend wurden die Ergebnisse dem Expertenpanel – bestehend aus Prof. Dr. med. Reinhard Busse, MPH FFPH, Management im Gesundheitswesen, Technische Universität Berlin; Jeni Bremner, Direktorin der European Health Management Association (EHMA), Brüssel – vorgelegt und von diesem im Hinblick auf ihre Aussagekraft bewertet.

Inanspruchnahme in den EU-Ländern

In Tabelle 1 ist die Nachfrage nach EU-Auslandsbehandlungen der TK-Mitglieder aufgeschlüsselt nach Ländern dargestellt. Ganz allgemein und unabhängig davon, ob geplant oder ungeplant, waren die meisten TK-Mitglieder während ihrer Auslandsbehandlungen in Österreich, Spanien, Italien, Tschechien und Polen. Dies erstaunt nicht, denn es handelt sich sowohl um beliebte Urlaubs- wie auch Nachbarländer, teilweise mit attraktiven Kostenstrukturen. Es gibt auch TK-Mitglieder, die mehrere EU-Auslandsbehandlungen in Anspruch genommen haben. Betrachtet man nun die einzelnen Behandlungen statt der Mitglieder ergibt sich eine andere Rangfolge. Die meisten EU-Auslandsbehandlungen wurden in Tschechien, Polen, Österreich, Spanien und Italien in Anspruch genommen. Hier zeigt sich deutlich der Schwerpunkt auf den osteuropäischen Ländern.

Gesamtinanspruchnahme der Auslandsbehandlungen in den EU-Ländern (Mitglieder und Behandlungen)

EU-Land	TK-Mitglieder	in %	Behandlungen	in %
Österreich	3.013	19	3.711	12
Spanien	2.795	18	3.577	12
Italien	1.724	11	2.420	8
Tschechien	1.662	11	5.467	18
Polen	1.438	9	4.512	15
Schweiz	980	6	1.200	4
Frankreich	906	6	1.134	4
Ungarn	874	6	2.522	8
Andere Länder	3.020	19	5.341	18
Gesamt	15.540	106*	29.884	100

*Mehrfachnennungen möglich.

Tabelle 1

Gesamtinanspruchnahme der EU-Auslandsbehandlungen nach Bundesländern (Mitglieder)

Bundesländer	TK-Mitglieder mit Behandlung	in %	TK-Mitglieder (2008)	in %
Nordrhein-Westfalen	3 652	24	1 092 199	26
Baden-Württemberg	1 832	12	501 294	12
Bayern	1 764	12	503 536	12
Hessen	1 313	9	388 522	9
Berlin	1 286	8	310 234	7
Niedersachsen	1 161	8	411 712	10
Sachsen	1 000	7	126 653	3
Rheinland-Pfalz	578	4	199 490	5
Hamburg	523	3	157 810	4
Schleswig-Holstein	501	3	179 853	4
Brandenburg	491	3	113 580	3
Sachsen-Anhalt	349	2	76 497	2
Thüringen	270	2	70 381	2
Mecklenburg-Vorpommern	213	1	65 502	2
Saarland	148	1	48 126	1
Bremen	108	1	35 465	1
Gesamt	15 189	100	4 280 854	100

Tabelle 2

Inanspruchnahme nach Bundesländern

Wie aus Tabelle 2 ersichtlich leben in der Gesamtbetrachtung die meisten TK-Mitglieder, die sich im EU-Ausland haben behandeln lassen, in Nordrhein-Westfalen (24 Prozent), Baden-Württemberg und Bayern (jeweils 12 Prozent). Das liegt daran, dass dies die drei Bundesländer mit den höchsten Bevölkerungszahlen und gleichzeitig mit den höchsten TK-

Mitgliederzahlen sind. Auch die restliche Rangfolge der Inanspruchnahme nach Bundesländern spiegelt diese Zusammenhänge wider. Darüber hinaus handelt es sich bei den drei Bundesländern mit der höchsten Inanspruchnahme um Bundesländer mit Grenzregionen zu den Niederlanden, Belgien, Luxemburg, Frankreich, der Schweiz sowie Österreich. Dies unterstützt die These, dass die geographische Nähe von Bundesländern zu anderen EU-Ländern zu einer höheren Inanspruchnahme von EU-Auslandsbehandlungen führt.

Geplante und ungeplante EU-Auslandsbehandlungen nach Bundesländern (Fälle)

Bundesländer	Geplante Behandlung	in %	Ungeplante Behandlung	in %
Alte Bundesländer				
Berlin	2.705	73	1.013	27
Schleswig-Holstein	440	48	479	52
Baden-Württemberg	1.373	47	1.557	53
Bremen	74	46	87	54
Niedersachsen	755	42	1.027	58
Nordrhein-Westfalen	2.489	42	3.429	58
Bayern	1.095	39	1.718	61
Hessen	735	37	1.235	63
Rheinland-Pfalz	272	36	494	64
Saarland	70	36	124	64
Hamburg	234	33	474	67
Neue Bundesländer				
Sachsen	2.890	84	536	16
Sachsen-Anhalt	1.301	81	315	19
Brandenburg	1.016	77	299	23
Mecklenburg-Vorpommern	388	77	118	23
Thüringen	399	65	215	35

Tabelle 3

Unterscheidet man die Inanspruchnahme von geplanten und ungeplanten Behandlungsfällen nach Bundesländern zeigt sich ganz deutlich, dass in den neuen Bundesländern, eine stärkere Nachfrage nach geplanten Behandlungen in anderen EU-Ländern besteht. Wie in Tabelle 3 dargestellt variieren hier die Prozentzahlen je nach Bundesland zwischen

65 Prozent (Thüringen) und 84 Prozent (Sachsen). Im Gegensatz dazu liegen die Anteile geplanter EU-Auslandsbehandlungen der alten Bundesländer deutlich darunter, und zwar zwischen 33 Prozent (Hamburg) und 48 Prozent (Schleswig-Holstein). Eine Ausnahme bildet – sicherlich auch aufgrund der geografischen Lage – Berlin mit 73 Prozent.

2 Vergleich geplanter und ungeplanter EU-Auslandsbehandlungen

2.1 Merkmale des typischen deutschen Patienten im EU-Ausland

2.1.1 Patienten mit geplanten und ungeplanten EU-Auslandsbehandlungen

Die grenzüberschreitende Versorgung hat sich über die letzten Jahre gewandelt. Im Jahre 2003 beispielsweise spielten geplante Behandlungen und Gesundheitstourismus noch keine Rolle: Bei der TK-Befragung einer Stichprobe von 2.100 Mitgliedern gaben nur weniger als 7 Prozent an, eine geplante Behandlung im EU-Ausland in Anspruch genommen zu haben. Anfangs waren es eher ungeplante medizinische Behandlungen, das heißt Akut- und Notfallbehandlungen, die im Rahmen eines Urlaubs oder einer Geschäftsreise zufällig notwendig wurden.

Inzwischen hat sich zusätzlich ein europäischer Markt für geplante medizinische Behandlungen herausgebildet. Dieser wird auch zunehmend von den TK-Mitgliedern genutzt. Mit der Europäischen Krankenversicherungskarte (EHIC) haben Versicherte Anspruch auf Akut- und Notfallbehandlungen im öffentlichen Gesundheitssystem in den genannten Ländern, nicht aber auf geplante Behandlungen. Bei Akut- und Notfällen (zum Beispiel im Urlaub, auf Dienstreise, bei Entsen-

dungen) erfolgt die Abrechnung der Behandlungskosten über die EHIC. Bei geplanten Behandlungen in denselben Ländern bezahlt der Versicherte eine Privatrechnung. Die Kosten werden dann von der deutschen Krankenkasse geprüft und in der Regel bis zu dem Betrag erstattet, der auch für eine entsprechende Behandlung in Deutschland angefallen wäre. Unter den 15.540 TK-Mitgliedern, deren Fragebögen ausgewertet wurden, hatten einige im Verlauf des Jahres sowohl geplante Behandlungen als auch ungeplante Behandlungen. Bei dieser differenzierenden Betrachtung wurde ein TK-Mitglied, welches zum Beispiel jeweils eine geplante und eine ungeplante Behandlung hatte, jeweils einmal gezählt. Hieraus ergab sich daher bei dieser Analyse eine insgesamt höhere Datenbasis von 17.285 TK-Mitgliedern mit geplanten und/oder ungeplanten Behandlungen. Von diesen mussten mehr als zwei Drittel aufgrund von Akut- und Notfällen EU-Auslandsbehandlungen in Anspruch nehmen; 40 Prozent haben sich ganz bewusst für eine EU-Auslandsbehandlung entschieden, sich über die Möglichkeiten informiert und die EU-Auslandsbehandlung dann vorab geplant.

Untersucht man nicht die Anzahl der TK-Mitglieder, sondern genauer die Anzahl der Behandlungsfälle, ergibt sich eine sehr viel größere Grundgesamtheit, da ein TK-Mitglied mehrere Behandlungsfälle verursacht haben kann. Von diesen insgesamt 29.884 Behandlungsfällen waren über die Hälfte (16.476) geplant und nur noch 45 Prozent (13.408) ungeplant. An diesen Ergebnissen zeigt sich, dass die gezielte Inanspruchnahme von EU-Auslandsbehandlungen relativ zu den Akut- und Notfallbehandlungen eine mittlerweile bedeutendere Rolle spielt. Das typische TK-Mitglied reist überwiegend für geplante Behandlungen in das EU-Ausland.

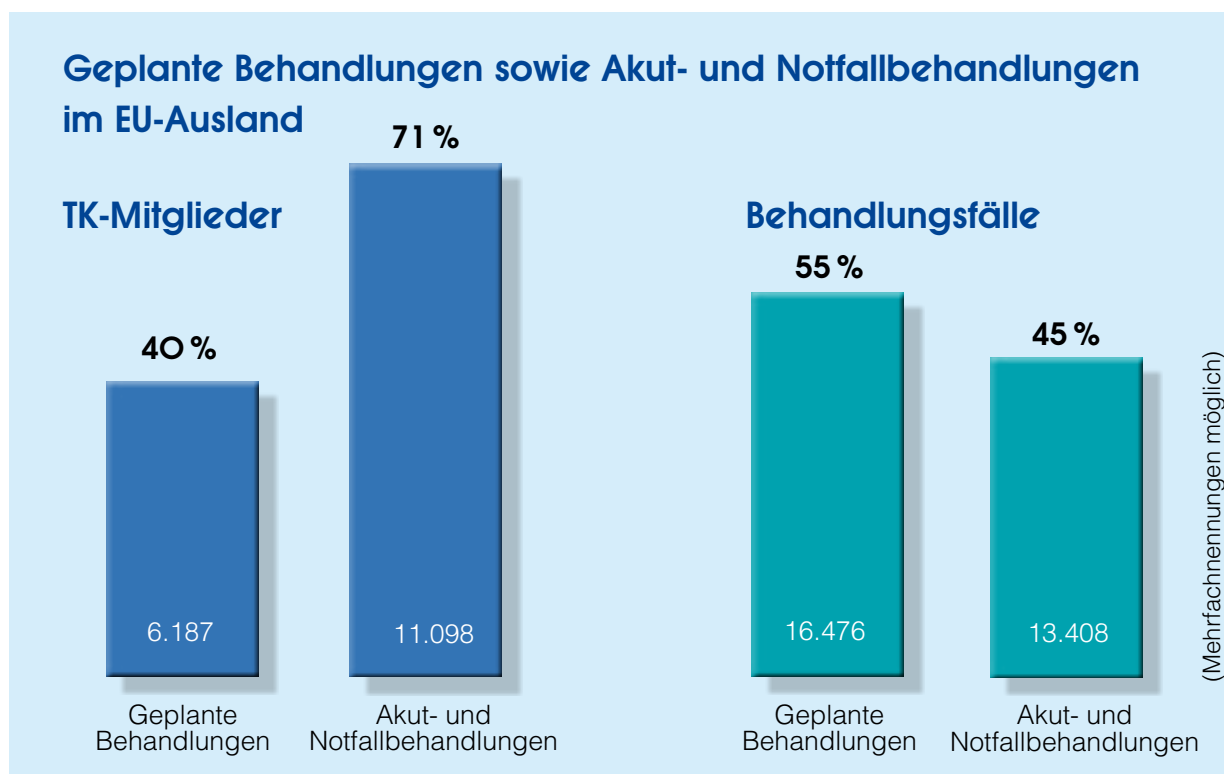
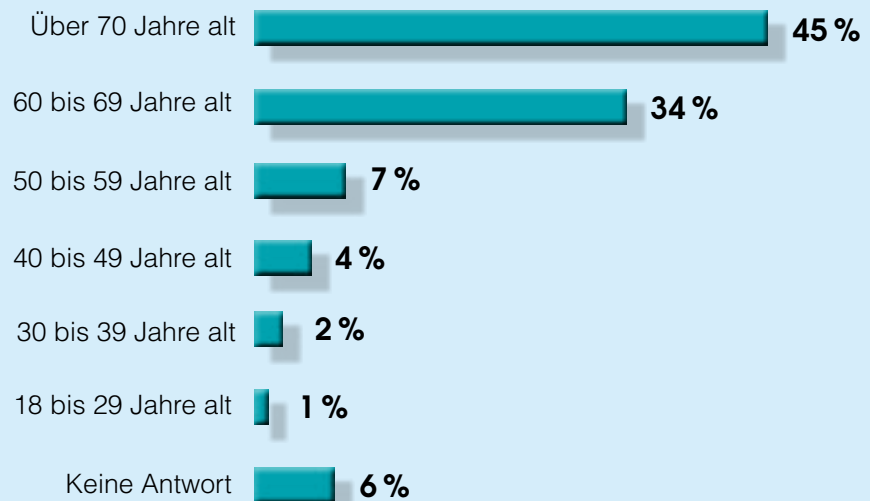


Abbildung 1

TK-Mitglieder mit EU-Auslandsbehandlungen nach Alter

Geplante Behandlung



Ungeplante Behandlung

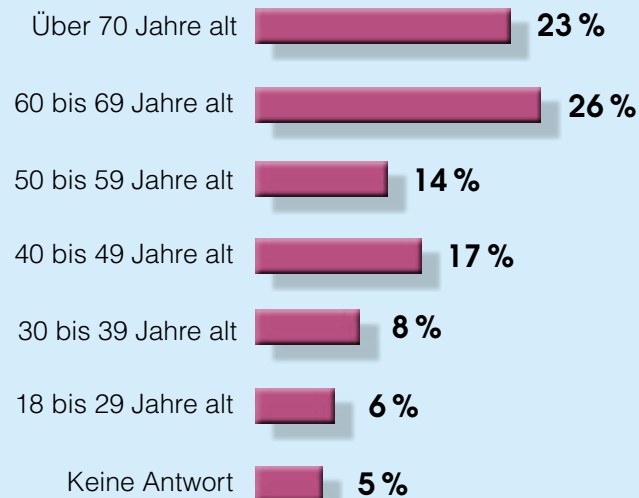


Abbildung 2

2.1.2 Die wichtigsten soziodemographischen Faktoren

Alter und Geschlecht

Untersucht man die Altersstruktur der Befragungsrückläufer, zeigt sich, dass es überwiegend die über 60-jährigen TK-Mitglieder sind, die sich gezielt im EU-Ausland behandeln lassen. Die Altersgruppe 60 bis 69 Jahre ist mit 34 Prozent vertreten und die darüber liegende Altersgruppe über 70 Jahre sogar mit 45 Prozent. Insgesamt machen diese Altersgruppen fast 80 Prozent der TK-Mitglieder mit EU-Auslandsbehandlungen aus. Jüngere Altersgruppen sind nur schwach repräsentiert, was sicherlich auch daran liegt, dass sie durchschnittlich gesünder und damit weniger behandlungsbedürftig sind, aber auch weniger Zeit zur Verfügung haben.

Vergleicht man diese Altersgruppen mit der Altersstruktur der TK-Mitglieder insgesamt (siehe Tabelle 4), so zeigt sich, dass die 60- bis 69-jährigen und die ab 70-jährigen Senioren mit jeweils 14 Prozent und 10 Prozent deutlich geringere Anteile an der Gesamtzahl der TK-Mitglieder bilden. Die hohe Inanspruchnahme geplanter EU-Auslandsbehandlungen liegt also nicht in der hohen Anzahl an über 60-jährigen TK-Mitgliedern begründet. Es handelt sich hierbei um eine Besonderheit der grenzüberschreitenden Versorgung, die nicht repräsentativ für die gesamte TK-Mitgliederstruktur ist.

Die Untersuchung des Merkmals „Geschlecht“ hat ergeben, dass es etwas mehr männliche (52 Prozent) als weibliche (42 Prozent) TK-Mitglieder sind, die geplant eine EU-Auslandsbehandlung in Anspruch nehmen.

TK-Mitglieder nach Alter

Alter	Mitglieder*	%
0 – 19	70.879	2
20 – 29	633.384	15
30 – 39	705.622	17
40 – 49	1.077.923	25
50 – 59	742.614	17
60 – 69	613.773	14
70 –	439.894	10
Gesamt	4.284.089	100

*TK-Mitglieder 2008.

Beruf und monatliches Bruttoeinkommen

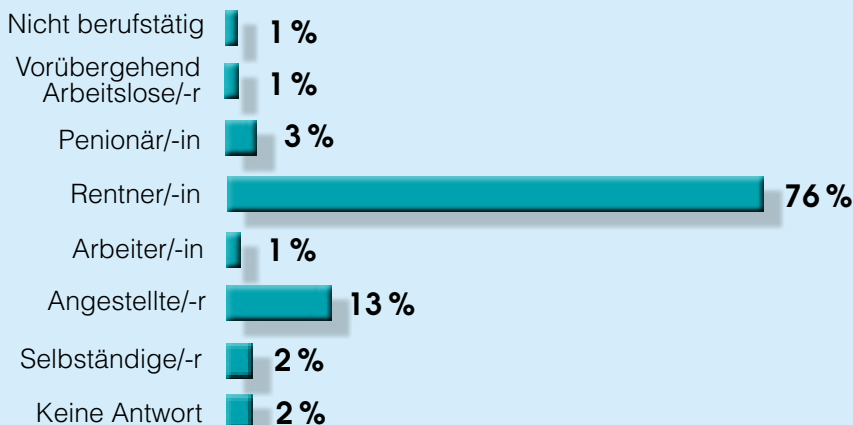
Entsprechend den Ergebnissen zur Altersstruktur der TK-Mitglieder, die sich am häufigsten geplant im EU-Ausland haben behandeln lassen, sind 76 Prozent Rentner und 3 Prozent Pensionäre. Weitere 13 Prozent sind Personen in einem Angestellten-Beschäftigungsverhältnis.

In der weiteren Untersuchung der vier EU-Länder mit der höchsten Inanspruchnahme von geplanten Behandlungen waren die Rentner sogar überdurchschnittlich stark vertreten: In Tschechien betrug der Anteil 86 Prozent, in Ungarn 84 Prozent, in Polen 82 Prozent und in Italien 77 Prozent.

Tabelle 4

TK-Mitglieder mit EU-Auslandsbehandlungen nach Beruf

Geplante Behandlung



Ungeplante Behandlung

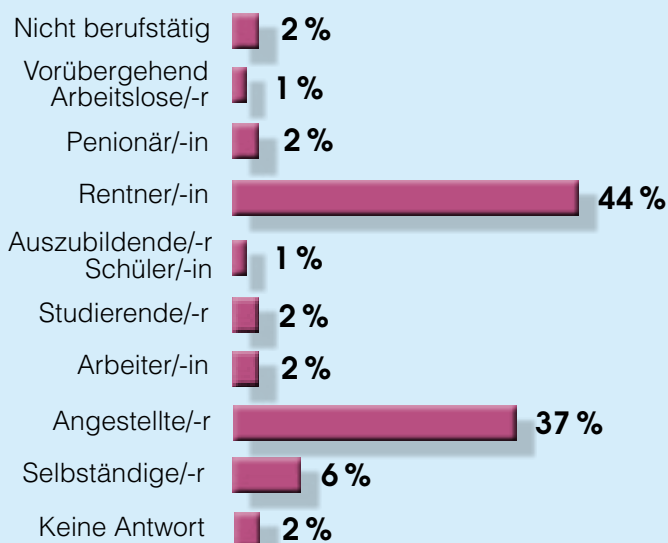
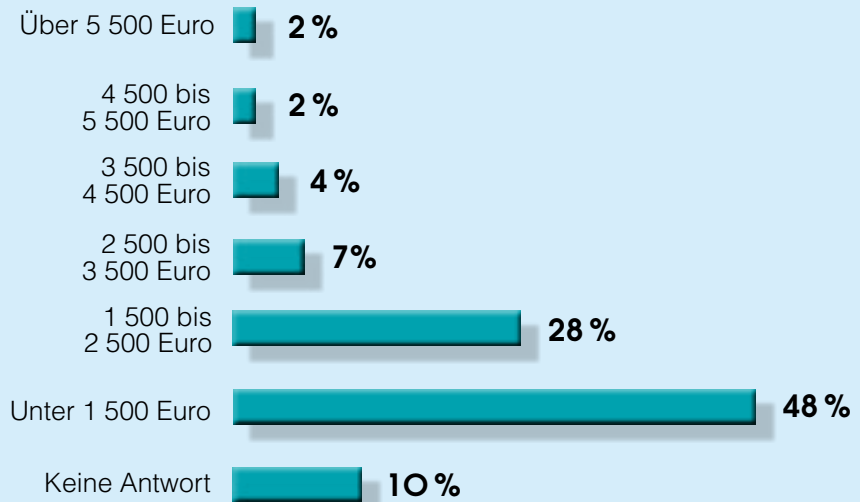


Abbildung 3

TK-Mitglieder mit EU-Auslandsbehandlungen nach monatlichem Bruttoeinkommen

Geplante Behandlung



Ungeplante Behandlung

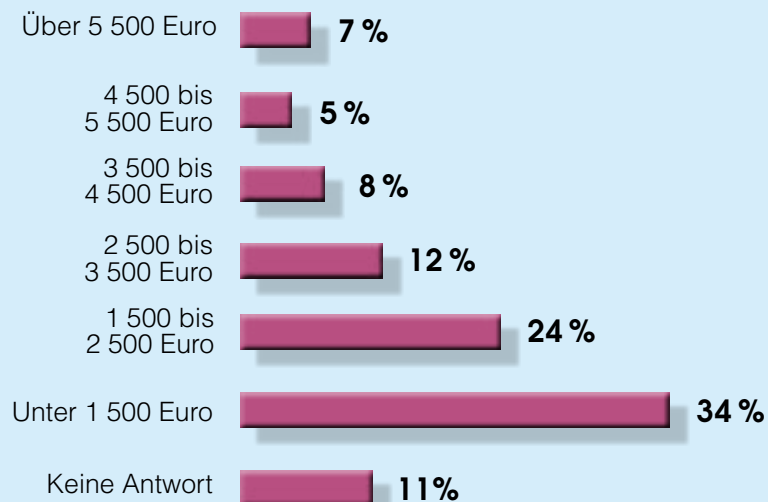


Abbildung 4

Bei der Betrachtung des monatlichen Bruttoeinkommens zeigt sich, dass es überwiegend TK-Mitglieder mit geringeren Einkommen sind, die geplant in das EU-Ausland fahren, um sich behandeln zu lassen.

Fast die Hälfte verfügt über ein monatliches Bruttoeinkommen von weniger als 1.500 Euro, ein weiteres Drittel zwischen 1.500 und 2.500 Euro.

Dies liegt sicherlich auch daran, dass höhere Einkommen (2006: gehobene Einkommenslage 9,5 Prozent der Gesamtbevölkerung) im Vergleich zu niedrigeren Einkommen (untere bis mittlere Einkommenslage: 25 Prozent der Gesamtbevölkerung) generell seltener sind. Andererseits lässt sich auch

vermuten, dass die geplanten EU-Auslandsbehandlungen von Rentnern mit geringen Renten (Altersrente 2008: Männer in den alten Ländern 970 Euro, neue Länder 999 Euro; Frauen 485 Euro und 811 Euro) in Anspruch genommen werden, um Kosten zu sparen. Diese These wird durch den hohen Anteil derjenigen TK-Mitglieder bestätigt, der Kostenersparnis als Grund für die geplante EU-Auslandsbehandlung angab.

Bei den TK-Mitgliedern mit ungeplanten EU-Auslandsbehandlungen ist das Verhältnis etwas ausgeglichener: 44 Prozent sind Rentner und 37 Prozent Angestellte.

Gesundheitszustand

Der Gesundheitszustand der TK-Mitglieder mit geplanten Behandlungen ist bei 46 Prozent zufriedenstellend und bei 21 Prozent weniger gut. In einem guten Gesundheitszustand zu sein gaben 23 Prozent der TK-Mitglieder an. Dass sehr wenig EU-Auslandsbehandlungen geplant werden, wenn der Gesundheitszustand schlecht ist, zeigt sich an dem geringen Anteil mit 3 Prozent.

Chronisch Kranke gehen jedoch für eine Behandlung öfter in das EU-Ausland als Gesunde: Auf die Frage, ob eine chronische Krankheit vorliege, antworteten zwei Drittel mit „Ja“ und nur ein Drittel mit „Nein“. Auch diese Ergebnisse spiegeln die Präsenz der Se-

nieren bei den geplanten EU-Auslandsbehandlungen wider, da die Wahrscheinlichkeit, chronisch krank zu sein oder nicht in einem guten bis sehr guten Gesundheitszustand zu sein, mit der Höhe des Alters steigt.

Ein abweichendes Bild zeigt sich bei den ungeplanten EU-Auslandsbehandlungen: Hier traf es eher TK-Mitglieder mit einem besseren Gesundheitszustand. 40 Prozent bezeichneten ihren Gesundheitszustand als gut und 12 Prozent als sehr gut. Das ist naheliegend, da Not- und Akutfälle wie Unfälle und Verletzungen sich unabhängig vom Gesundheitszustand ereignen. Dieses Ergebnis bestätigte sich auch bei den Angaben zur Frage nach chronischen Krankheiten: Über die Hälfte der TK-Mitglieder mit ungeplanten Behandlungen gab an nicht chronisch krank zu sein.

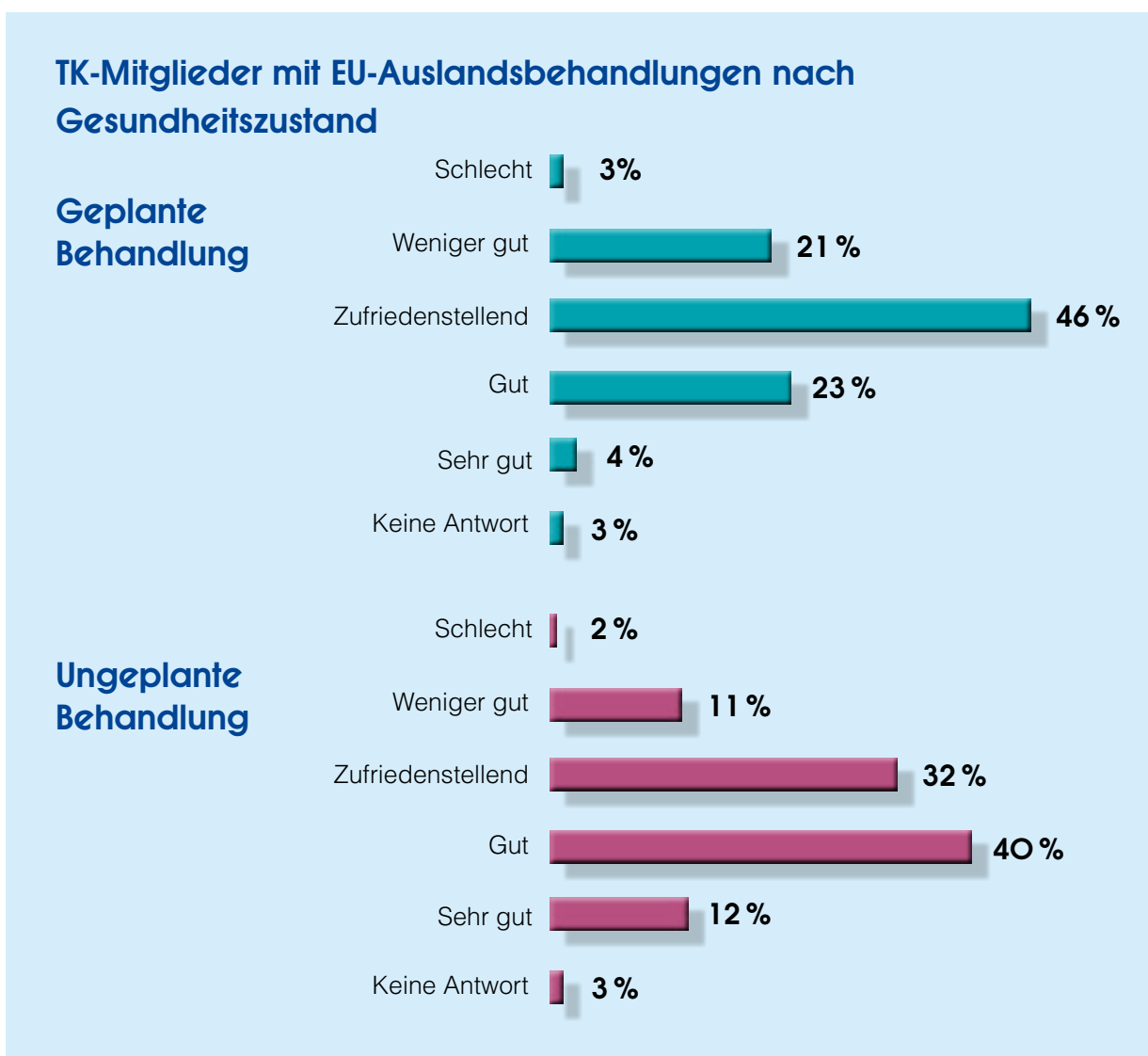
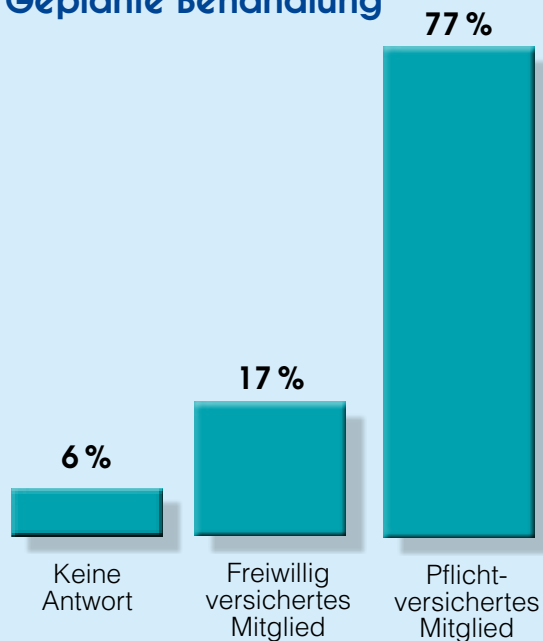


Abbildung 5

TK-Mitglieder mit EU-Auslandsbehandlungen nach Versichertenstatus

Geplante Behandlung



Ungeplante Behandlung

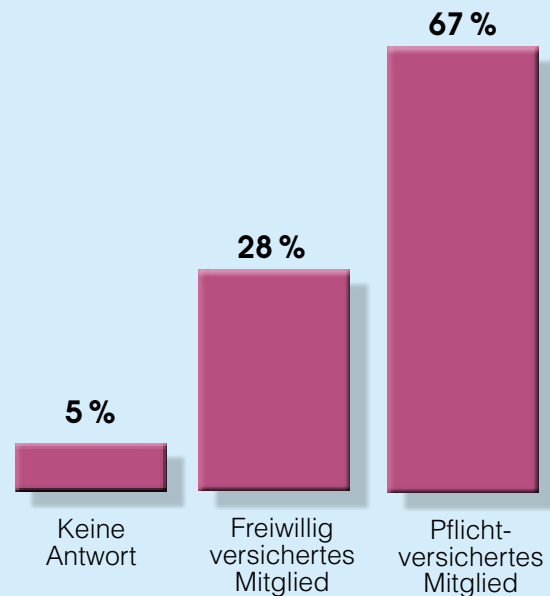


Abbildung 6

Versichertenstatus

Entsprechend den Ergebnissen bei der Einkommensverteilung wird auch beim Versichertenstatus deutlich, dass es sich bei TK-Mitgliedern mit geplanten EU-Auslandsbehandlungen um TK-Mitglieder mit tendenziell geringeren Einkommen handelt: 77 Prozent sind pflichtversicherte und nur 17 Prozent freiwillig versicherte TK-Mitglieder. Nur letztere liegen mit ihrer Einkommenshöhe über der Versicherungspflichtgrenze.

Auch dieses Ergebnis ist konsistent mit der Erkenntnis, dass es sich bei den TK-Mitgliedern mit EU-Auslandsbehandlungen überwiegend um Rentner handelt, da diese in der Regel pflichtversichert sind.

Durch den Zufallscharakter von Akut- und Notfallbehandlungen findet sich bei den TK-Mitgliedern, die ungeplant EU-Auslandsbehandlungen in Anspruch nehmen mussten, eine etwas gleichmäßigere Verteilung auf pflichtversicherte und freiwillig versicherte TK-Mitglieder: Auch wenn mehr als zwei Drittel pflichtversichert sind, ist noch fast ein Drittel freiwillig versichert.

TK-Mitglieder mit EU-Auslandsbehandlungen nach Erkrankungsart

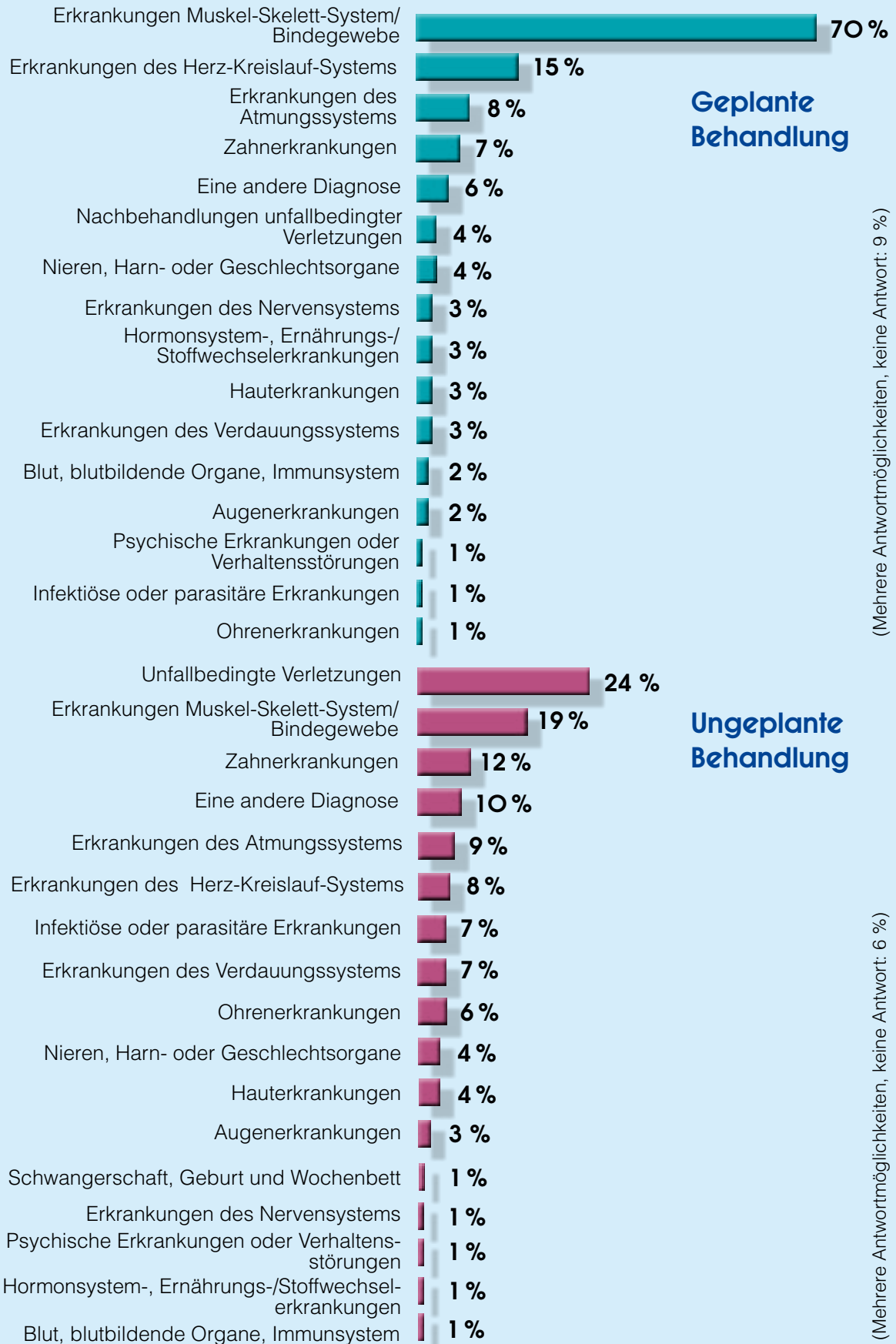


Abbildung 7

2.1.3 Die häufigsten zugrunde liegenden Krankheiten

Untersucht wurde auch, welche Krankheiten den geplanten EU-Auslandsbehandlungen zugrunde lagen: Über zwei Drittel der TK-Mitglieder mit geplanten EU-Auslandsbehandlungen litten unter Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems oder des Bindegewebes. 15 Prozent hatten eine Erkrankung des Herz-Kreislauf-Systems und weitere 8 Prozent eine Erkrankung des Atmungssystems. Diese drei häufigsten Erkrankungen lassen einen entsprechend hohen Anteil von Kuren bei den Behandlungsarten vermuten. Diese These wird in Abschnitt 2.2.1 bestätigt.

Erkrankungen des Bewegungsapparates (Gelenk-, Bandscheiben-, Knochen- und Rückenleiden), Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie Lungenerkrankungen sind gleichzeitig verbreitete Erkrankungen der höheren Altersgruppen. Diese Ergebnisse decken sich mit dem hohen Seniorenanteil bei den geplanten EU-Auslandsbehandlungen. Weitere 7 Prozent wiesen Zahnerkrankungen auf. Dies bestätigt in gemäßiger Weise den Trend zum Dentaltourismus. Alle anderen Krankheitsbilder spielten eine eher untergeordnete Rolle.

Erwartungsgemäß ist die Vielfalt der Erkrankungsarten bei TK-Mitgliedern, die ungeplant eine EU-Auslandsbehandlung in Anspruch nehmen mussten, deutlich größer. An erster Stelle stehen mit knapp einem Viertel naturgemäß die unfallbedingten Verletzungen (wie zum Beispiel offene Wunden, Verbrennungen, Brüche und Vergiftungen), gefolgt von 19 Prozent Muskel-Skelett- oder Bindegewebserkrankungen. Zahnerkrankungen, Atemwegs-, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, typische Urlaubserkrankungen (wie zum Beispiel infektiöse oder parasitäre Erkrankungen), sowie Erkrankungen des Verdauungssystems oder der Ohren, waren mit jeweils zwischen 6 und 12 Prozent vertreten.

2.1.4 Die meistbesuchten EU-Länder

Unter den TK-Mitgliedern, die sich geplant im EU-Ausland haben behandeln lassen, sind die osteuropäischen Ziele am beliebtesten: Fast ein Viertel dieser Mitglieder zog es nach Tschechien, ein Fünftel nach Polen, 14 Prozent nach Italien und weitere 13 Prozent nach Ungarn. Bei Tschechien, Polen und Ungarn handelt es sich besonders um Länder, die sowohl durch potentielle Kosteneinsparungsmöglichkeiten attraktiv sind als auch

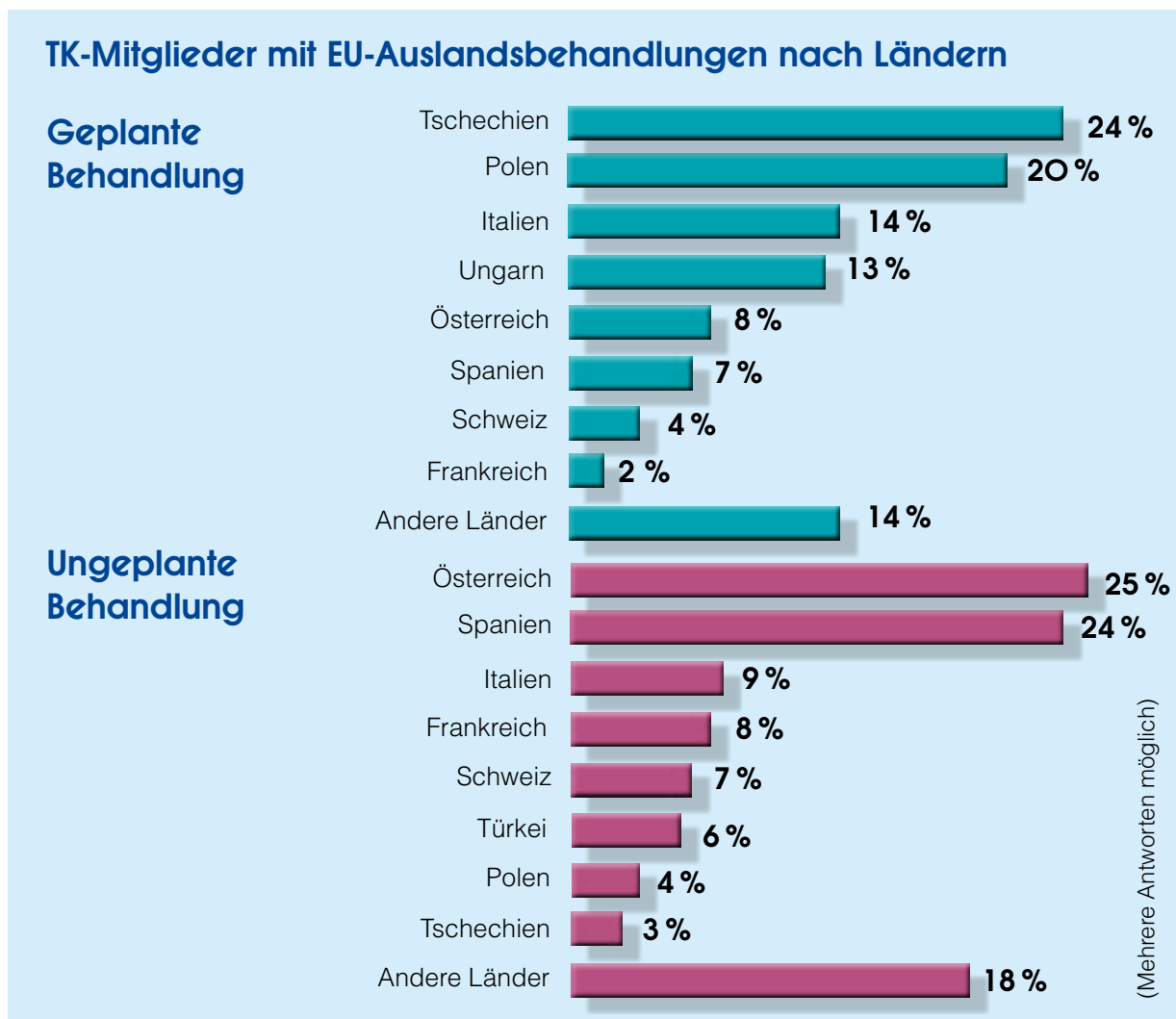


Abbildung 8

durch die alte historische Verbundenheit in Form der deutschen Kurtradition in Osteuropa. Es hat sich in den weiteren Analysen nach Bundesländern gezeigt, dass dies insbesondere die TK-Mitglieder aus den neuen Bundesländern betrifft; sicherlich auch als Relikt der engen Beziehungen zu den osteuropäischen Nachbarländern während der DDR-Zeit.

Die Osteuropa-Orientierung wird noch eindeutiger, wenn man nicht die TK-Mitglieder, sondern wie in einer weiteren Analyse die Anzahl der Behandlungsfälle betrachtet. Hier steht Ungarn nicht an vierter, sondern an dritter Stelle. Auch die Prozentzahlen der Inanspruchnahme sind noch höher: In Tschechien fanden 29 Prozent der geplanten EU-Auslandsbehandlungen statt (4.819 Behandlungen), in Polen 23 Prozent (3.756 Behandlungen) und in Ungarn 13 Prozent (2.219 Behandlungen).

Neben Italien sind Österreich (8 Prozent) und Spanien (7 Prozent) beliebte Urlaubsländer der Deutschen, bei denen sicherlich das Motiv der Kombination von Urlaub und Behandlung eine größere Rolle als die Kostenersparnis gespielt haben dürfte.

Ein anderes Bild ergibt sich bei den TK-Mitgliedern, die sich ungeplant im EU-Ausland haben behandeln lassen. Hier finden sich ausschließlich die beliebtesten Urlaubsländer der Deutschen, die auch fast alle Nachbarländer sind: Jeweils ein Viertel reiste nach Österreich und Spanien, gefolgt von Italien (9 Prozent), Frankreich (8 Prozent), der Schweiz (7 Prozent) und der Türkei (6 Prozent). Auch die Analyse der Behandlungsfälle führt zu keinen bemerkenswerten Abweichungen von diesen Ergebnissen.

2.2 Charakterisierung der Inanspruchnahme von geplanten und ungeplanten EU-Auslandsbehandlungen

2.2.1 Die Nachfrage nach Behandlungsarten

Heilmittel sind mit 55 Prozent bei den TK-Mitgliedern mit geplanter EU-Auslandsbehandlung die beliebteste Form der Behandlung. Heilmittel sind zum Beispiel Massagen, Krankengymnastik, Chirogymnastik, Inhalationen, Bäder sowie Wärme- und Kälteanwendungen, an deren Kosten sich die TK-Mitglieder mit einer Zuzahlung in Höhe von 10 Prozent der Kosten zuzüglich 10 Euro je Verordnung, allerdings nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten, beteiligen.

In den einzelnen vier Ländern mit der höchsten Inanspruchnahme von geplanten Behandlungen war der Anteil der Heilmittel sogar überdurchschnittlich hoch: Tschechien (67 Prozent), Polen (65 Prozent), Italien (68 Prozent) und Ungarn (73 Prozent).

Am zweithäufigsten (37 Prozent) nahmen TK-Mitglieder mit geplanten EU-Behandlungen Kuren in Anspruch. Betrachtet man auch hier die beliebtesten Länder, ergeben sich in den osteuropäischen Ländern wieder überdurchschnittliche Ergebnisse der Inanspruchnahme: Tschechien (52 Prozent), Polen (43 Prozent), Italien (38 Prozent) und Ungarn (43 Prozent).

Die starke Nachfrage nach Heilmitteln und Kuren ist auch ein Ergebnis, das zu dem hohen Anteil der Senioren bei geplanten EU-Auslandsbehandlungen passt. Auch Allgemeinärzte (22 Prozent) und Fachärzte (14 Prozent) wurden von den TK-Mitgliedern sehr häufig im EU-Ausland gezielt aufgesucht. Medikamente stehen bei der Nachfrage mit 11 Prozent an fünfter Stelle, gefolgt von Zahnarztbehandlungen mit 8 Prozent.

Weitere Analysen zeigen, dass Medikamente in Tschechien mit 11 Prozent, in Polen mit 7 Prozent, in Italien mit 6 Prozent und in Ungarn mit 10 Prozent gezielt eingekauft wurden. Zahnbehandlungen wurden von den TK-Mitgliedern am stärksten mit 11 Prozent in Ungarn nachgefragt. In Tschechien, Polen und Italien fielen die Anteile mit jeweils 5 Prozent, 7 Prozent und 2 Prozent im Vergleich niedriger aus.

TK-Mitglieder mit EU-Auslandsbehandlungen nach Behandlungsarten

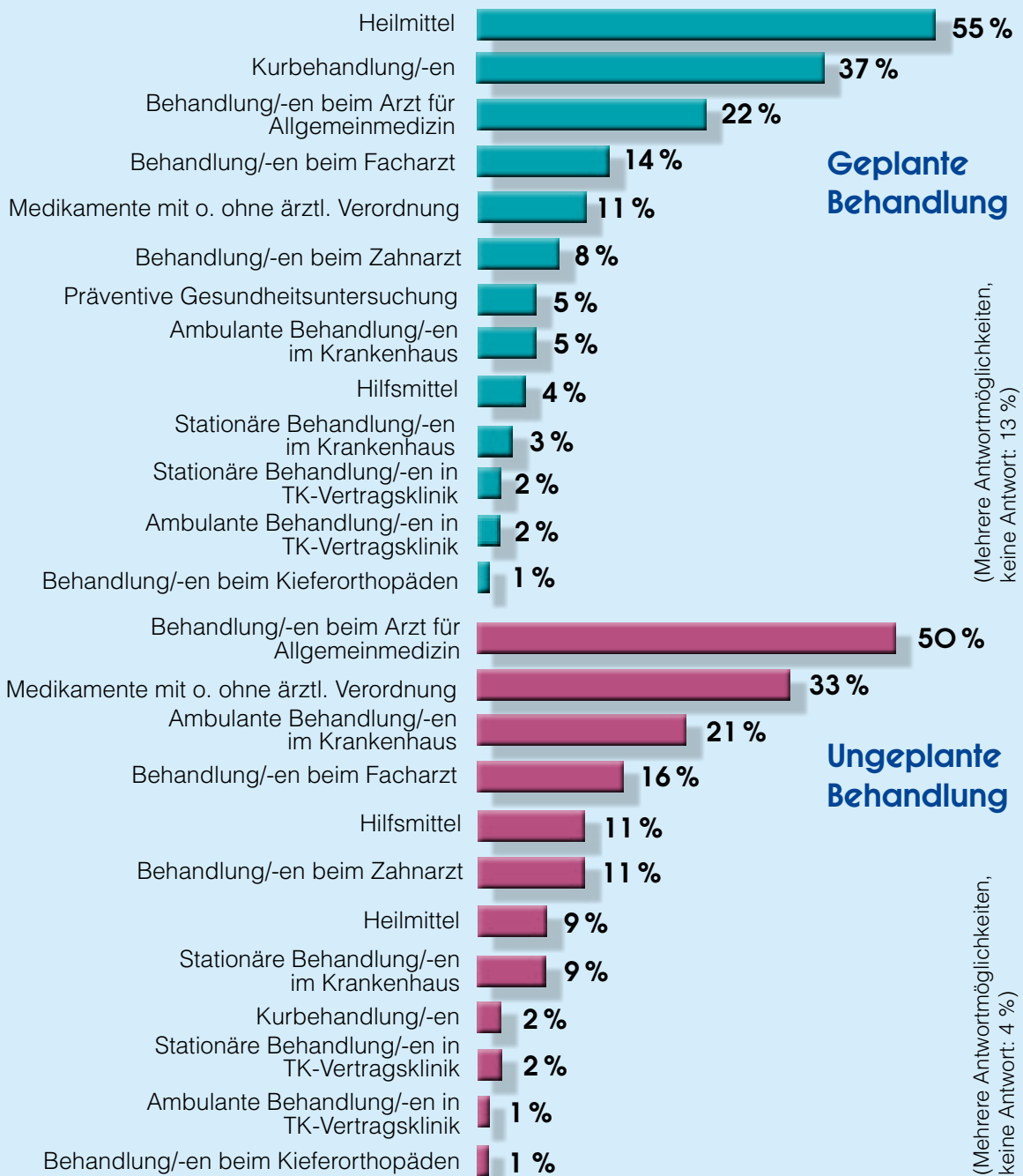


Abbildung 9

Die TK-Mitglieder, die ungeplante EU-Auslandsbehandlungen in Anspruch nehmen mussten, haben mit 50 Prozent am häufigsten den Allgemeinmediziner aufgesucht. Weitere 33 Prozent brauchten im Rahmen ihrer Akut- und Notfallbehandlung Medikamente und 11 Prozent Hilfsmittel. Auch Facharzt- oder Zahnarztbehandlungen wurden mit 16 Prozent und 11 Prozent jeweils stärker nachgefragt als bei den geplanten Behandlungen.

Im Gegensatz zu den geplanten EU-Auslandsbehandlungen spielten naturgemäß bei den Akut- und Notfällen insbesondere ambulante Behandlungen im Krankenhaus mit 21 Prozent und stationäre Behandlungen im Krankenhaus mit 9 Prozent eine deutlich größere Rolle.

Gründe der TK-Mitglieder für EU-Auslandsbehandlungen

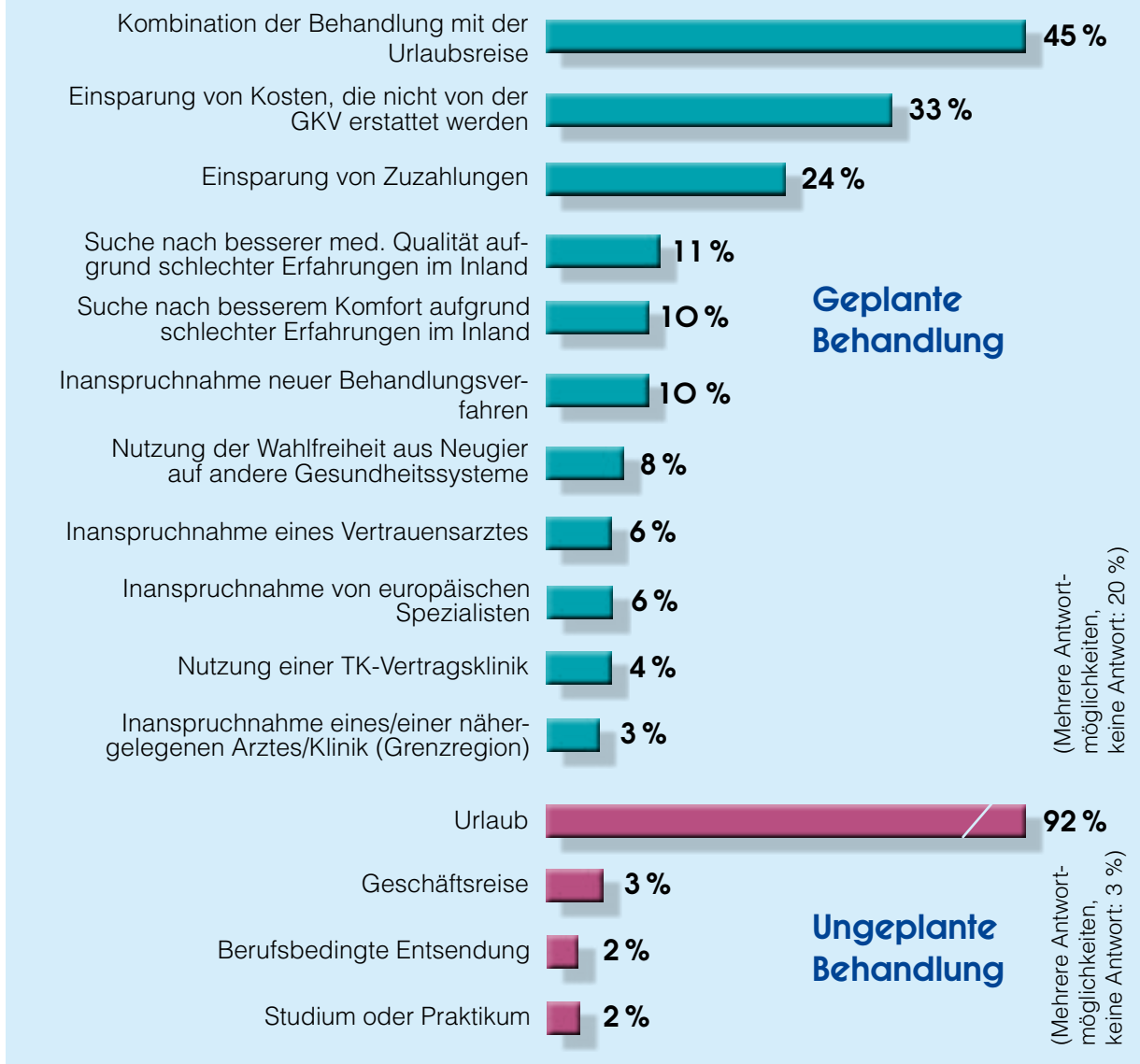


Abbildung 10

2.2.2 Gründe für die Wahl einer EU-Auslandsbehandlung

Der wichtigste Grund der TK-Mitglieder, eine Behandlung im EU-Ausland in Anspruch zu nehmen, ist mit 45 Prozent die Kombination der Behandlung mit einer Urlaubsreise. Dieses Ergebnis spiegelt eindeutig wider, dass der Trend zum Gesundheitstourismus auch vor den TK-Mitgliedern nicht haltmacht.

Die zweitwichtigste Motivation ist die Einsparung von Kosten, sei es für Leistungen, die von der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übernommen werden (33 Prozent), oder für Zuzahlungen (24 Prozent). Dieses Ergebnis erklärt die starke Nachfrage nach Kuren, Heilmitteln und Zahnbehandlungen.

Weitere relevante Gründe für die geplante EU-Auslandsbehandlung sind die Suche nach besserer Qualität (11 Prozent) oder besserem Komfort (10 Prozent) im Ausland aufgrund schlechter Erfahrungen mit dem inländischen Gesundheitssystem, die Nutzung neuer Behandlungsverfahren (10 Prozent) oder der Wahlfreiheit zwischen den europäischen Gesundheitssystemen (8 Prozent).

Fast alle TK-Mitglieder, die eine Akut- oder Notfallbehandlung im EU-Ausland benötigten (92 Prozent), passierte dies während des Urlaubs. Berufliche oder ausbildungsbezogene Aufenthalte spielten nur eine unwesentliche Rolle. Bei 59 Prozent der TK-Mitglieder wurde die ungeplante EU-Auslandsbehandlung aufgrund einer leichten bis mittleren Erkrankung bzw. eines leichten bis mittleren Unfalls notwendig, bei 19 Prozent aufgrund eines schweren Unfalls oder Notfalls und bei 14 Prozent aufgrund der Verschlechterung einer chronischen Erkrankung.

2.2.3 Ausmaß der Zufriedenheit mit der EU-Auslandsbehandlung

Von den TK-Mitgliedern, die sich gezielt haben behandeln lassen, war fast die Hälfte etwas oder sehr viel zufriedener mit den Behandlungen im EU-Ausland als mit denjenigen in Deutschland. Weitere 29 Prozent waren gleich zufrieden und nur 4 Prozent waren etwas bis sehr viel unzufriedener.

Die subjektiven Gründe der TK-Mitglieder für die höhere Zufriedenheit mit der Behandlung im EU-Ausland waren an erster Stelle die nicht vorhandenen oder kürzeren Wartezeiten bis zum Erhalt eines Behandlungstermins.

Ein weiterer entscheidender Grund war mit 47 Prozent die freundlichere und höflichere Betreuung durch das Personal; aber auch geringere selbst zu zahlende Kosten (41 Prozent), eine subjektiv bessere Behandlungsqualität (39 Prozent), nicht vorhandene oder kürzere Wartezeiten im Wartezimmer (36 Prozent) und

eine längere, persönlichere Behandlung durch geringeren Zeitdruck der Ärzte (32 Prozent) waren relevante Gründe. Unter den 4 Prozent vergleichsweise unzufriedeneren TK-Mitgliedern waren die wesentlichen Gründe eine subjektiv schlechtere Behandlungsqualität (43 Prozent), weniger Komfort zum Beispiel durch veraltete Technik und veraltete Gebäude (28 Prozent), höherer Zeitdruck der Ärzte (20 Prozent), unerwartete selbst zu zahlende Kosten (16 Prozent), ein Mangel an seriösen Vorabinformationen (15 Prozent), kein deutsch- oder englischsprachiger Ansprechpartner (15 Prozent) und unfreundlichere, unhöflichere Betreuung durch das Personal (13 Prozent).

Bei den TK-Mitgliedern, die sich im EU-Ausland ungeplant behandeln lassen mussten, war die Mehrheit von 52 Prozent mit den Auslandsbehandlungen genauso zufrieden wie mit denjenigen in Deutschland und weitere 32 Prozent etwas bis sehr viel zufriedener. Der Anteil der Unzufriedeneren war mit 13 Prozent höher als bei den TK-Mitgliedern mit geplanten EU-Auslandsbehandlungen.

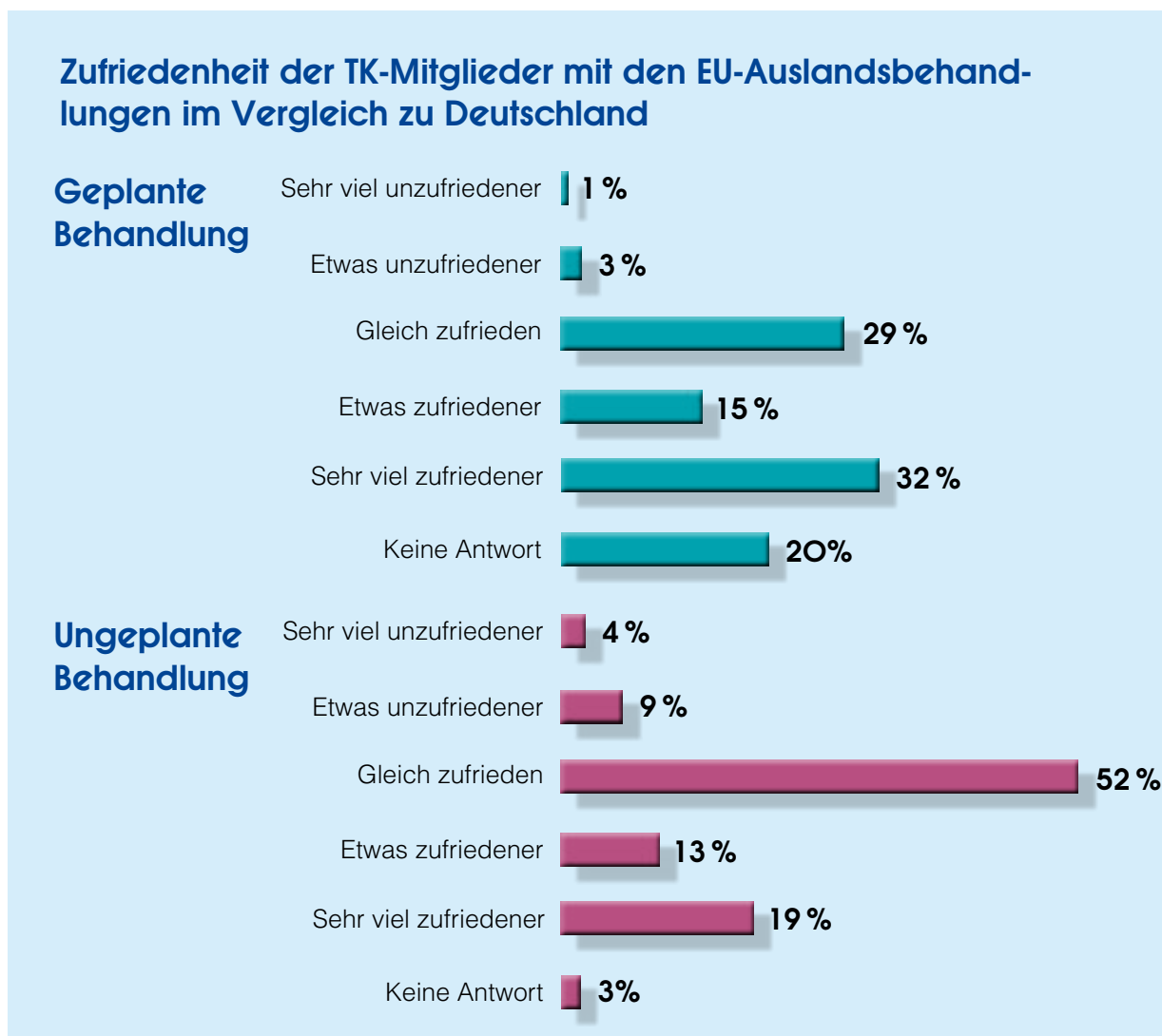


Abbildung 11

Die fünf wichtigsten subjektiven Gründe der zufriedeneren TK-Mitglieder waren mit 53 Prozent die nicht vorhandenen oder kürzeren Wartezeiten bis zum Erhalt eines Behandlungstermins, mit 49 Prozent die längere, persönlichere Behandlung durch geringeren Zeitdruck der Ärzte, mit 48 Prozent nicht vorhandene oder kürzere Wartezeiten im Wartezimmer, mit 46 Prozent die freundlichere und höflichere Betreuung durch das Personal und mit 33 Prozent die bessere Behandlungsqualität.

Die sechs Hauptgründe der TK-Mitglieder, die mit der ungeplanten EU-Auslandsbehandlung vergleichsweise unzufriedener waren, sind folgende: eine subjektiv schlechtere Behandlungsqualität (43 Prozent), unerwartete selbst zu zahlende Kosten (40 Prozent), weniger Komfort zum Beispiel durch veraltete Technik und veraltete Gebäude (31 Prozent), kein deutsch- oder englischsprachiger Ansprechpartner (25 Prozent), längere Wartezeiten im Wartezimmer (18 Prozent) und ein Mangel an seriösen Vorabinformationen (17 Prozent).

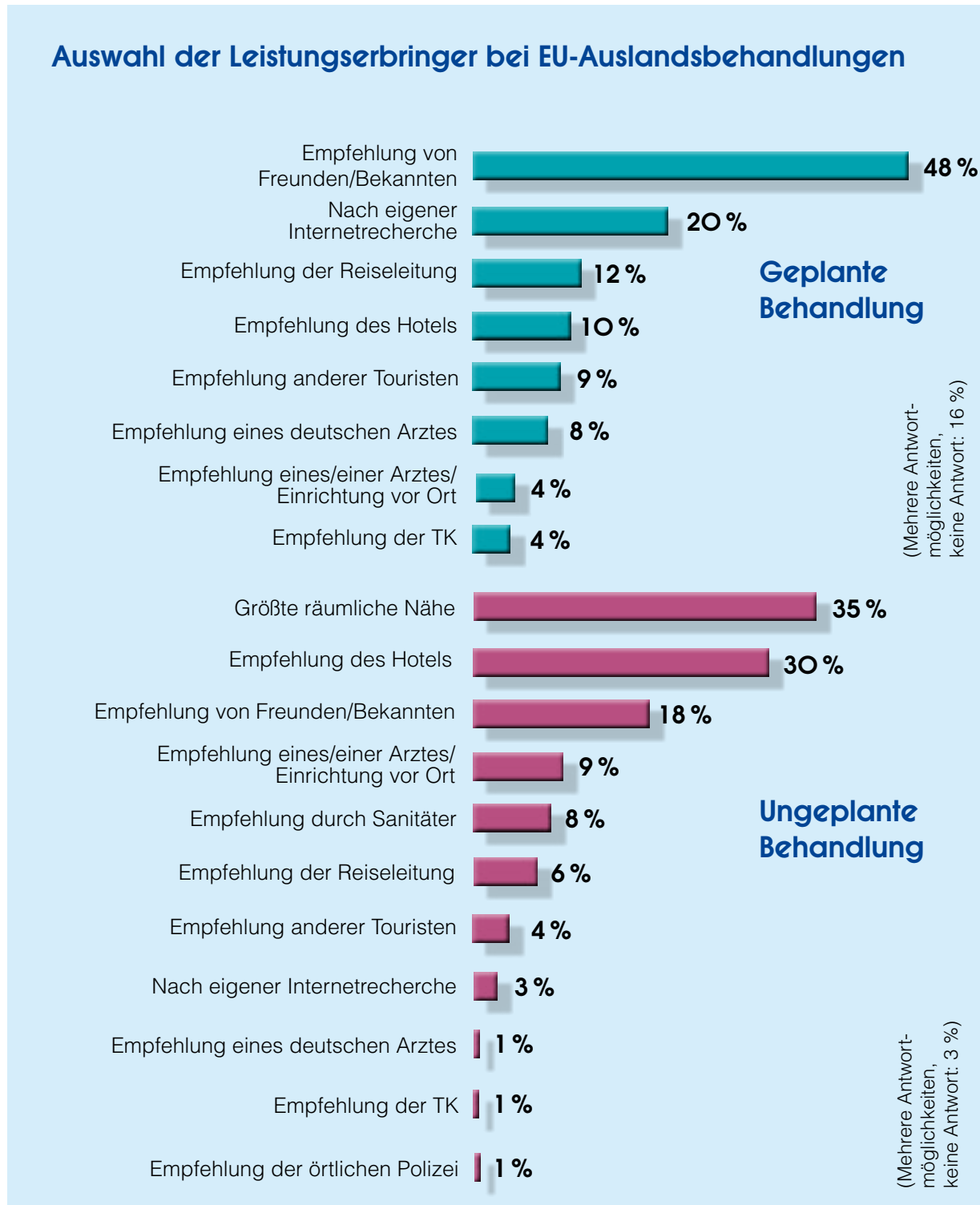


Abbildung 12

2.2.4 Art der Auswahl des Leistungserbringers

Fast die Hälfte der TK-Mitglieder, die gezielt in ein anderes EU-Gesundheitssystem gereist sind, um sich dort medizinisch behandeln zu lassen, hat dies auf der Basis einer Empfehlung von Freunden oder Bekannten getan.

Weitere 20 Prozent gaben an, selbst im Internet recherchiert zu haben, während 12 Prozent einer Empfehlung der Reiseleitung sowie 10 Prozent einer Hotелеmpfehlung und 9 Prozent der Empfehlung anderer Touristen folgten.

Auch die Praxis hat gezeigt, dass bei der Auswahl eines Leistungserbringers im EU-Ausland noch Bedarf

besteht, die TK-Mitglieder mit der Fachkompetenz der TK-Mitarbeiter zu beraten.

Bei den Akut- und Notfällen der TK-Mitglieder im EU-Ausland erfolgte die Auswahl der Leistungserbringer bei 35 Prozent aufgrund der größten räumlichen Nähe, 30 Prozent wendeten sich für ihre Entscheidung ebenfalls an das Hotel, 18 Prozent an Freunde oder Bekannte.

Aber auch die Empfehlung von Ärzten vor Ort, Sanitätern oder der Reiseleitung (jeweils 9 Prozent, 8 Prozent und 6 Prozent) beeinflussten die Auswahl maßgeblich. Auch hier wird deutlich, dass die bestehende Beratungsmöglichkeit durch die TK bei Akut- und Notfällen im EU-Ausland von den TK-Mitgliedern als Option nur unzureichend genutzt wird.

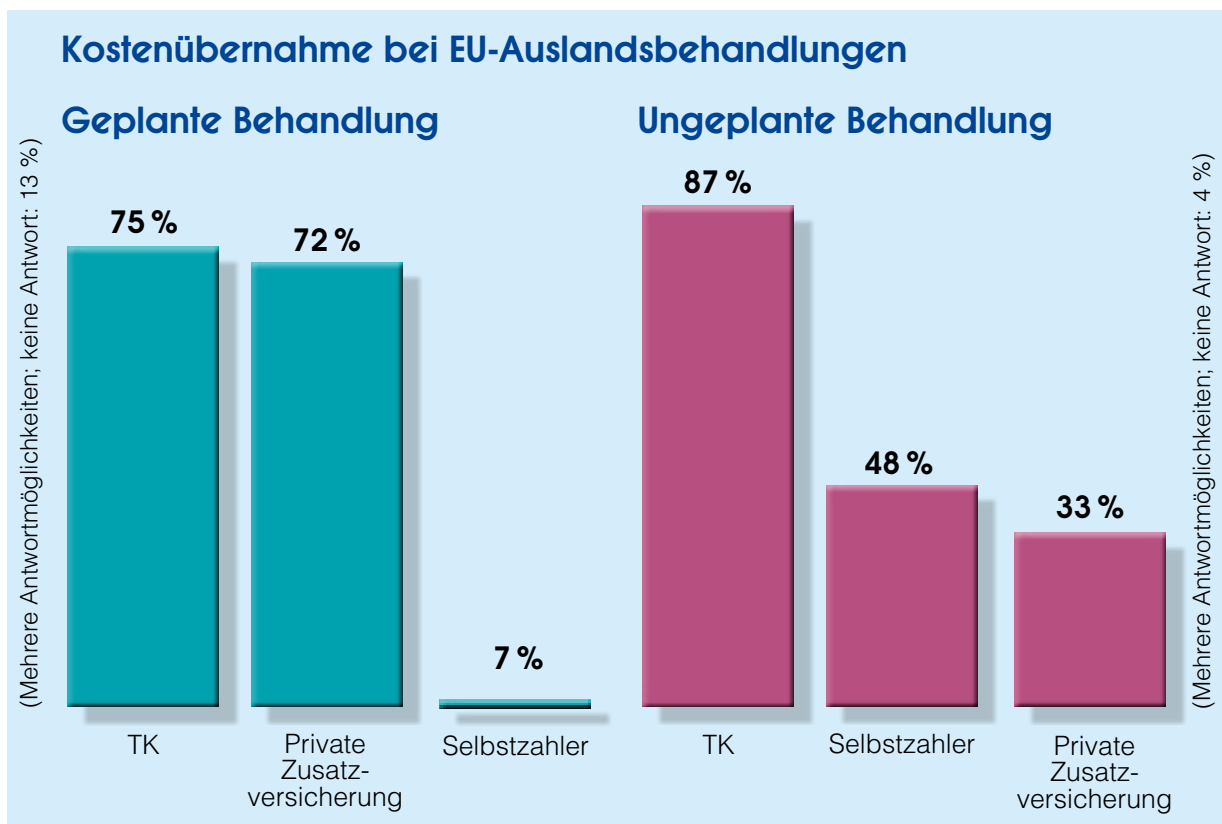


Abbildung 13

2.2.5 Finanzierungsquellen der EU-Auslandsbehandlung

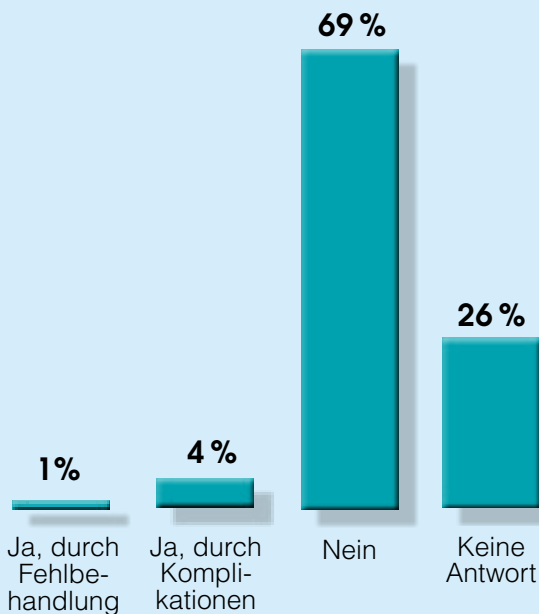
Unter den TK-Mitgliedern, die gezielt in das EU-Ausland gefahren sind, um sich medizinisch behandeln zu lassen, gaben 75 Prozent an, dass die Kosten ganz oder teilweise von der TK übernommen wurden, und 72 Prozent, dass die private Zusatzkrankenversicherung die Kosten ganz oder teilweise übernommen hat.

Lediglich 7 Prozent haben die Kosten ganz oder teilweise selbst gezahlt.

Der Anteil der TK-Mitglieder, die die Kosten für die ungeplante EU-Auslandsbehandlung ganz oder teilweise selbst getragen haben, war mit 48 Prozent deutlich höher als bei den geplanten Behandlungen. Dies könnte daran liegen, dass in Akut- und Notfällen oft vorab keine Zeit zur Verfügung steht oder kein Bedürfnis besteht, vor der Behandlung noch die Kostenübernahme verbindlich zu klären oder zu diskutieren. Die Mehrheit von 87 Prozent gab an, dass die TK die Kosten ganz oder teilweise erstattet hat, bzw. 33 Prozent, dass diese von der privaten Zusatzversicherung getragen wurden.

Notwendigkeit einer Nachbehandlung bei EU-Auslandsbehandlungen

Geplante Behandlung



Ungeplante Behandlung

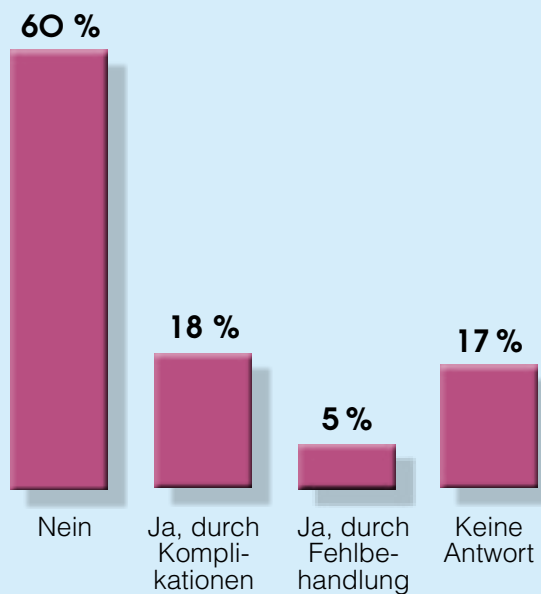


Abbildung 14

2.2.6 Notwendigkeit und Standort von Nachbehandlungen

Eine Nachbehandlung wurde bei insgesamt lediglich 5 Prozent der TK-Mitglieder mit geplanten EU-Auslandsbehandlungen notwendig: bei 4 Prozent aufgrund von Komplikationen und bei 1 Prozent aufgrund von Fehlbehandlungen.

76 Prozent dieser TK-Mitglieder gaben an, dass die Nachbehandlung in Deutschland stattfand, und nur 18 Prozent bei einem Arzt im Ausland.

15 Prozent besuchten erneut den verantwortlichen Auslandsarzt und 3 Prozent einen neuen Auslandsarzt.

Ein schlechteres Bild ergibt sich bei den TK-Mitgliedern mit ungeplanten Akut- und Notfällen. Hier wurde mit 23 Prozent mehr als viermal so häufig nach-

behandelt: bei 18 Prozent aufgrund von Komplikationen und bei weiteren 5 Prozent aufgrund einer Fehlbehandlung.

Die überwiegende Mehrheit von 93 Prozent dieser TK-Mitglieder hat dann vermutlich auch aufgrund dieser schlechten Erfahrungen und/oder aufgrund der geographischen Nähe einen deutschen Arzt für die Nachbehandlung gewählt, denn lediglich 3 Prozent ließen sich bei dem verantwortlichen Auslandsarzt behandeln und 1 Prozent bei einem neuen Auslandsarzt.

Auch sind Nachbehandlungsansprüche bei grenzüberschreitenden Behandlungen rechtlich noch nicht geregelt. Dieses ist jedoch ein Anliegen der EU-Richtlinie zu Patientenrechten bei grenzüberschreitender Versorgung. Auch aus Sicht der TK sollte es ein Bestreben sein, die Zahl der Nachbehandlungen aufgrund von Komplikationen und Fehlbehandlungen zu reduzieren.

3 Wissen, Einstellung und Erfahrungen der Patienten

3.1 Informationsaustausch zwischen Leistungserbringern und Abrechnung

Im europäischen Gesundheitsmarkt gibt es keine Regelung für ein strukturiertes Austauschverfahren zwischen inländischen und ausländischen Leistungsanbietern – auch nicht elektronisch.

Der Zugang zu den Informationen erfordert die organisatorische Eigeninitiative des Patienten und der Ärzte, die nicht immer gegeben ist: Über die Hälfte der TK-Mitglieder mit EU-Auslandsbehandlungen gab an, dass der ausländische Arzt keinen Zugang zur Patientendokumentation in Deutschland gehabt hat.

Bei 22 Prozent der TK-Mitglieder mit EU-Auslandsbehandlungen gab es hingegen einen Informationsaustausch zwischen dem ausländischen und dem deutschen Arzt. Ein anderes Bild ergibt sich beim Datenaustausch in umgekehrter Richtung: Nach der EU-Auslandsbehandlung hatte der deutsche Arzt bei 48 Prozent der TK-Mitglieder Zugriff auf die Patientendokumentation des ausländischen Arztes und nur bei 31 Prozent war dies nicht der Fall.

Der Einfluss von Kosten

Die Patienten geraten im Rahmen von EU-Auslandsbehandlungen oft in die Situation, Kosten übernehmen zu müssen, die ihnen später ganz oder zum Teil erstattet werden. Auf die Frage, ob die Höhe der im Voraus zu zahlenden Kosten ein Hinderungsgrund für EU-Auslandsbehandlungen sei, antworteten zwei Drittel mit „Nein“. Nur 21 Prozent sahen in der Vorauszahlung solcher Kosten einen Hinderungsgrund.

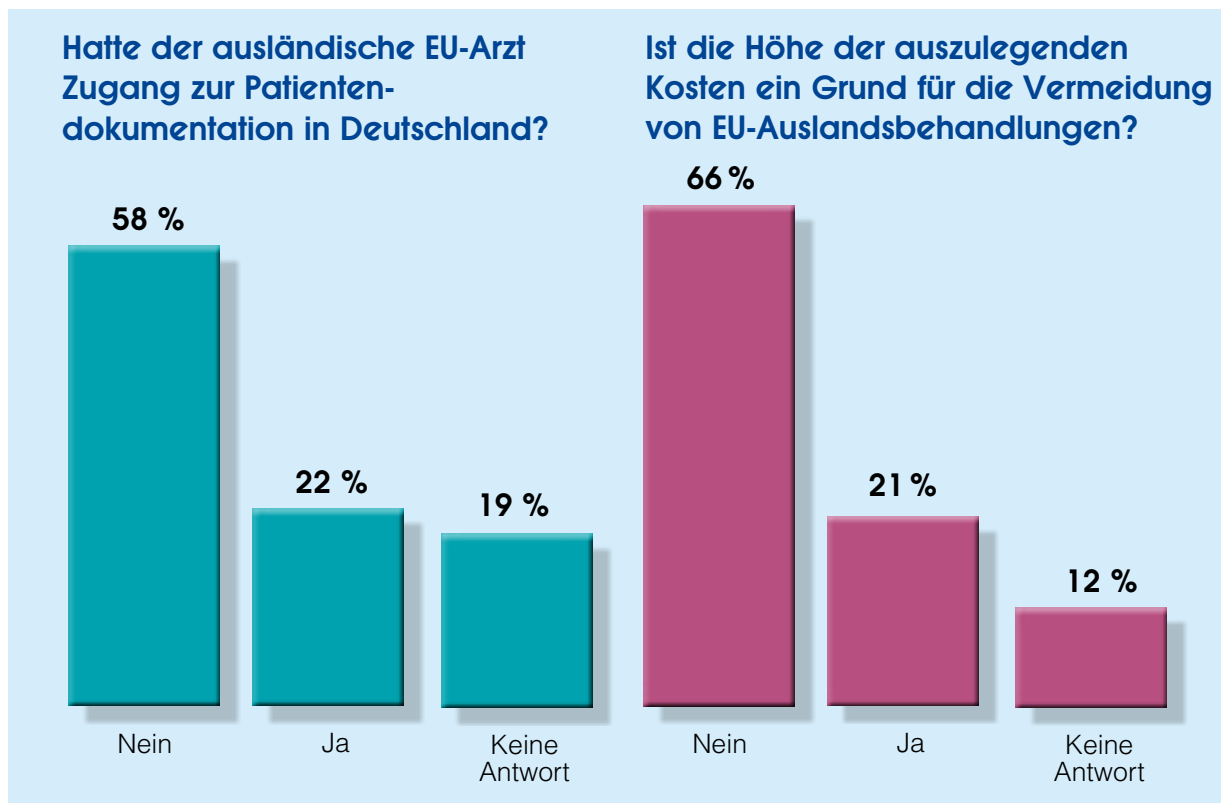


Abbildung 15

Die Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC)

Aktuell besitzen 173 Millionen EU-Bürger die Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC). Das sind 35 Prozent der EU-Bevölkerung. Die EHIC befindet sich derzeit auf der Rückseite der TK-Versichertenkarte und ersetzt den bisher bei Krankheitsfällen im EU-Ausland üblichen Auslandskrankenschein (E111). Sie wird auch auf der geplanten elektronischen Gesundheitskarte zu finden sein.

Mit der EHIC erhalten die TK-Versicherten bei medizinischer Notwendigkeit in Akut- und Notfällen Behandlungen in den EU-Mitgliedsstaaten, in Island, Liechtenstein, Norwegen und der Schweiz alle Leistungen, als wären sie dort versichert. Der Bekanntheitsgrad der Europäischen Kranken-

versicherungskarte unter den TK-Mitgliedern mit EU-Auslandsbehandlungen liegt bei 42 Prozent. Fast der Hälfte ist sie jedoch trotz der Erfahrungen mit grenzüberschreitender Versorgung nicht bekannt.

Von denjenigen TK-Mitgliedern, denen die EHIC bekannt ist, besitzen sie auch 90 Prozent.

Von den TK-Mitgliedern, die eine EHIC besitzen, haben 59 Prozent versucht, diese bei ihren EU-Auslandsbehandlungen einzusetzen. 35 Prozent haben es nicht versucht.

Von denjenigen, die es versucht haben, gaben 50 Prozent an, dass die EHIC ohne Probleme angenommen wurde, bei weiteren 5 Prozent wurde sie angenommen, aber ungern und bei 42 Prozent wurde sie abgelehnt. Dies spiegelt deutlich das Akzeptanzproblem der EHIC bei grenzüberschreitender Versorgung wider.

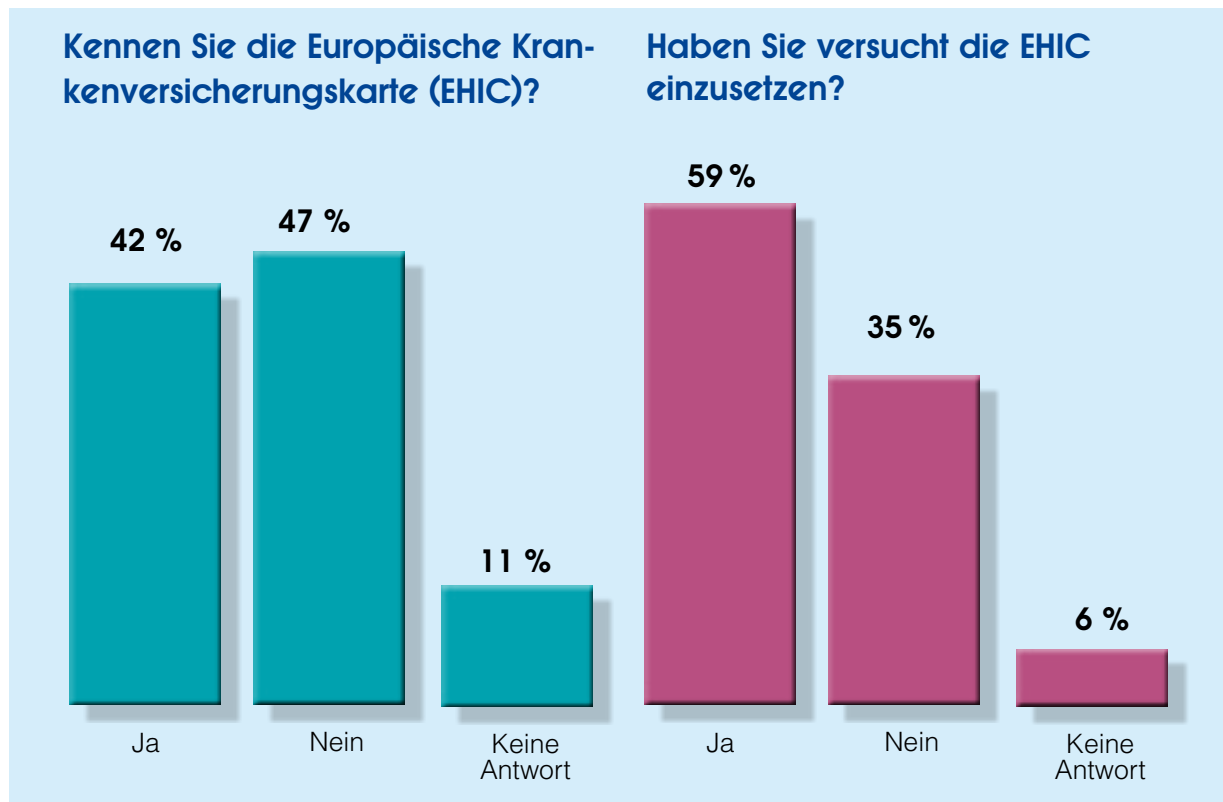


Abbildung 16

Ist der Anspruch auf Kostenerstattung ambulanter Behandlungen im EU-Ausland bekannt?

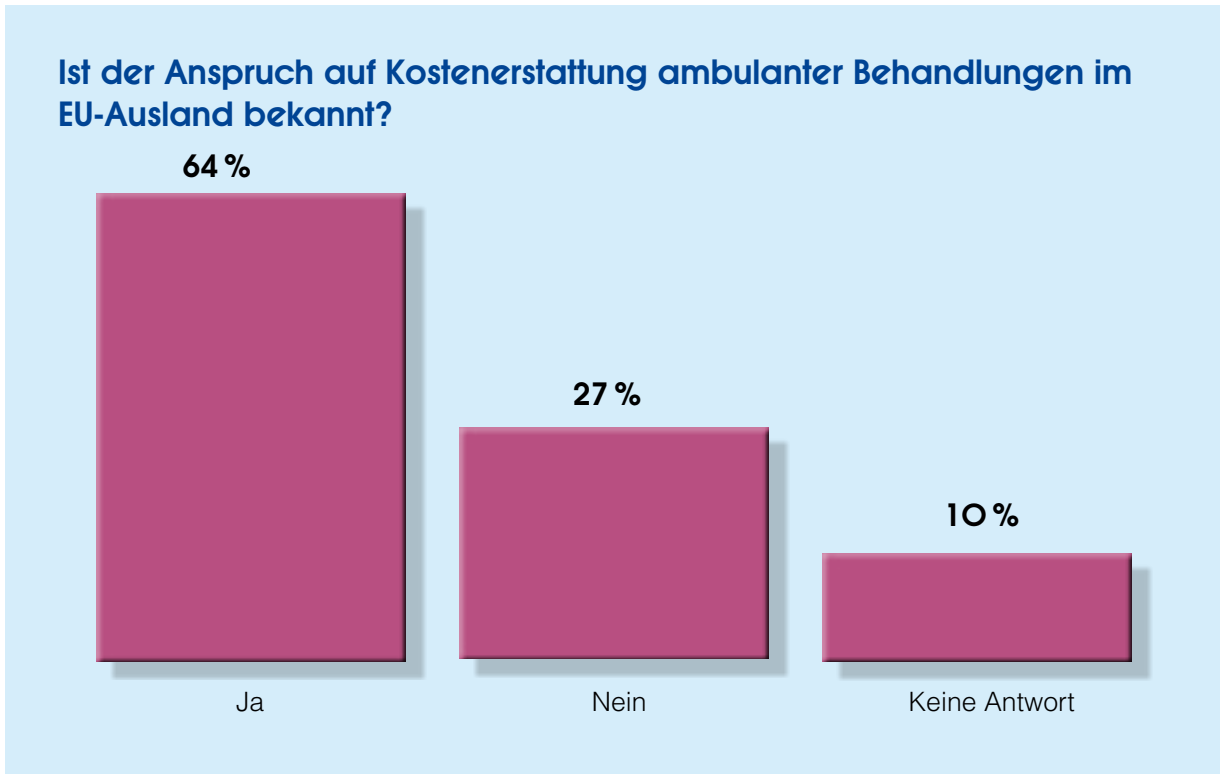


Abbildung 17

3.2 Rechtsrahmen und Erwartungen an den europäischen Gesundheitsmarkt

Rechtsanspruch in Deutschland

Der Anspruch auf Kostenerstattung bei Patienten mit ambulanten Behandlungen in anderen EU-Mitgliedsstaaten, der mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz 2004 im deutschen Recht verankert wurde, ist 64 Prozent der TK-Mitglieder mit EU-Auslandsbehandlungen bekannt und 27 Prozent nicht bekannt. Im Unterschied dazu bedürfen stationäre Leistungen einer vorherigen Genehmigung durch den Kostenträger.

Einstellung zum europäischen Gesundheitsmarkt

Den sich öffnenden europäischen Gesundheitsmarkt und den Trend zum Gesundheitstourismus sehen 60 Prozent der TK-Mitglieder mit EU-Auslandsbehandlungen als Chance für die Patienten und 18 Prozent als Chance auch für deutsche Gesundheitsdienstleister.

Für eine Minderheit von 17 Prozent steht das Risiko für Patienten und für weitere 13 Prozent die Bedrohung für deutsche Gesundheitsdienstleister im Vordergrund.

Einschätzung der Auswirkungen des sich öffnenden EU-Gesundheitsmarktes und des Gesundheitstourismus

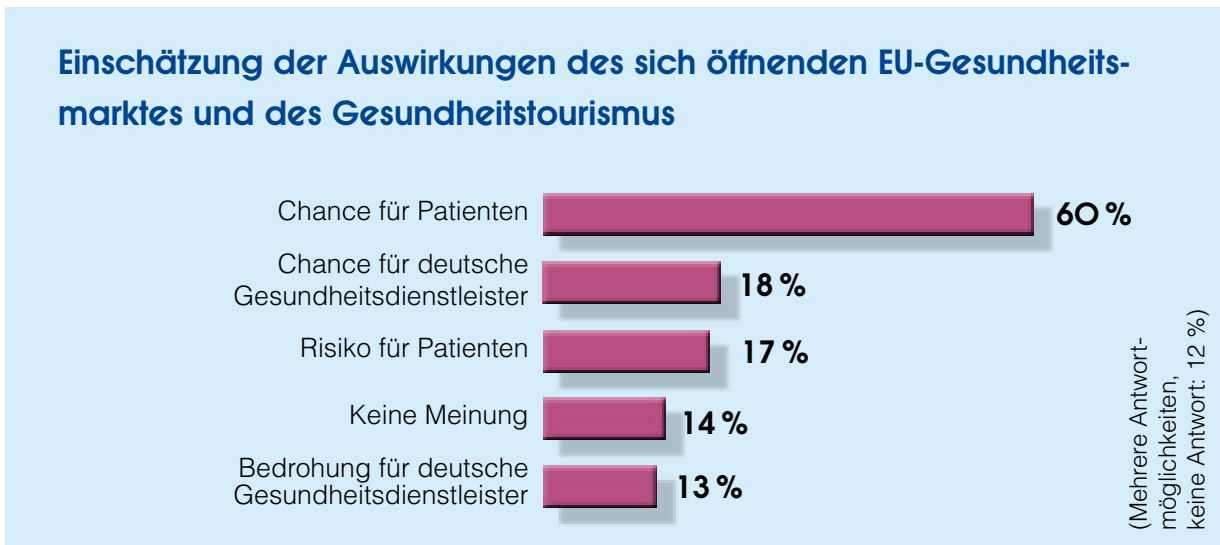


Abbildung 18

Haben Sie von der geplanten EU-Richtlinie zur Ausübung der Patientenrechte gehört?

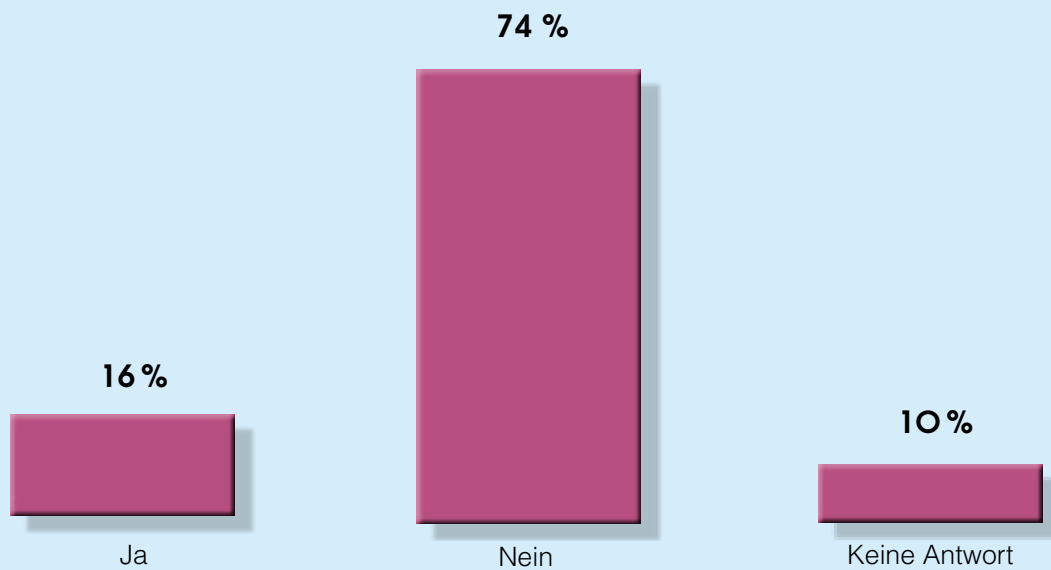


Abbildung 19

Die EU-Richtlinie zu Patientenrechten

Die EU-Kommission hat als Teil eines Sozialpakets am 2. Juli 2008 einen Richtlinienvorschlag verabschiedet, der die Patientenrechte bei grenzüberschreitender Versorgung stärken und die freie Wahl der Gesundheitsdienstleister im europäischen Markt fördern soll.

Bei Inkrafttreten dieser Richtlinie würde erstmals ein europäischer Rechtsrahmen entstehen, dessen Maßnahmen so direkt die einzelnen nationalen Gesundheitssysteme betreffen. Und obwohl die Richtlinie zum Ziel hat, die Patientenrechte und die Patientensicherheit zu stärken, haben nur 16 Prozent der TK-Mitglieder mit EU-Auslandsbehandlungen je von dieser aktuellen Richtlinie gehört.

Der überwiegenden Mehrheit von 74 Prozent ist die Richtlinie gar nicht erst bekannt.

Wie stehen Sie zu einem europäischen Rechtsrahmen, der die Patientenrechte und -sicherheit bei EU-Auslandsbehandlungen stärken würde?

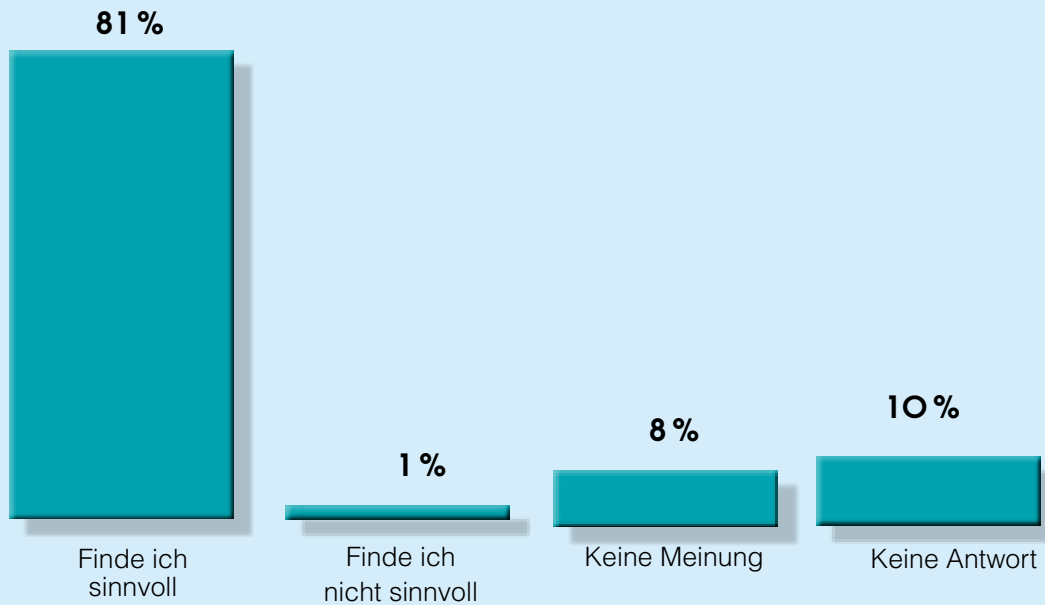


Abbildung 20

Auf die Frage nach ihrer Einstellung zu einer solchen Patientenrechterichtlinie haben 81 Prozent der TK-Mitglieder mit EU-Auslandsbehandlungen geantwortet, dass sie diese sinnvoll finden.

Nur 1 Prozent der TK-Mitglieder mit EU-Auslandsbehandlungen hat die Richtlinie für nicht sinnvoll befunden.

Kontakt

Dr. Caroline Wagner
Wissenschaftliches Institut der TK
für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen
(WINEG)

Techniker Krankenkasse
Bramfelder Straße 140
22305 Hamburg
E-Mail: dr.caroline.wagner@wineg.de

Danksagung

Unser besonderer Dank gilt dem Expertenpanel für die fachliche Unterstützung bei der Entwicklung des Fragebogens sowie für die konstruktiv-kritische Diskussion der Befragungsergebnisse und ihrer Implikationen.

Wir danken daher Prof. Dr. med. Reinhard Busse, MPH FFPH, Management im Gesundheitswesen, Technische Universität Berlin, und Jeni Bremner, Direktorin der European Health Management Association (EHMA), Brüssel, für das Einbringen ihres wertvollen Expertenwissens aus wissenschaftlicher und europapolitischer Perspektive.

Die Techniker Krankenkasse (TK)

ist eine bundesweite Krankenkasse mit rund 5,1 Millionen Mitgliedern und insgesamt rund 7,3 Millionen Versicherten. Die Hauptverwaltung befindet sich in Hamburg.

Die TK wurde als „Eingeschriebene Hilfskasse für Architekten, Ingenieure und Techniker Deutschlands“ am 27. Oktober 1884 in Leipzig gegründet.

Als gesetzliche Krankenversicherung ist die TK eine Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung. Sie wird von einem hauptamtlichen Vorstand geführt. Der 30-köpfige ehrenamtliche Verwaltungsrat besteht je zur Hälfte aus Vertretern der Arbeitgeber und der Versicherten. Über die Zusammensetzung des Verwaltungsrates wird alle sechs Jahre in einer Sozialwahl entschieden.

Für weitere Informationen: www.tk-online.de



Techniker Krankenkasse
Gesund in die Zukunft.