



EUROPÄISCHE
KOMMISSION

Brüssel, den 3.2.2014
COM(2014) 44 final

**BERICHT DER KOMMISSION AN DEN RAT UND DAS EUROPÄISCHE
PARLAMENT**

**gemäß den in Artikel 20 Absatz 3 der Richtlinie 2011/24/EU des Europäischen
Parlaments und des Rates vom 9. März 2011 über die Ausübung der Patientenrechte in
der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung vorgesehenen Verpflichtungen**

(Text von Bedeutung für den EWR)

INHALTSVERZEICHNIS

BERICHT DER KOMMISSION AN DEN RAT UND DAS EUROPÄISCHE PARLAMENT
gemäß den in Artikel 20 Absatz 3 der Richtlinie 2011/24/EU des Europäischen Parlaments
und des Rates vom 9. März 2011 über die Ausübung der Patientenrechte in der
grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung vorgesehenen Verpflichtungen

1.	Einleitung	3
2.	Hintergrund	4
2.1.	Richtlinie 2011/24/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 9. März 2011 über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung	4
2.2.	Verordnungen (EG) Nrn. 883/2004 und 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit.....	5
2.3.	Das Verhältnis zwischen der Richtlinie und den Verordnungen	7
3.	Wichtigste Feststellungen	7
3.1.	Nutzung der Systeme der Vorabgenehmigung	8
3.2.	Finanzielle Folgen im Fall der Zahlung von Pauschalbeträgen nach den Verordnungen.....	9
4.	Daten für künftige Berichte.....	11
4.1.	Nullmessung.....	12
4.2.	Messung nach der Umsetzung der Richtlinie.....	12
4.3.	Messung der Auswirkungen.....	13
5.	Schlussfolgerungen	13

BERICHT DER KOMMISSION AN DEN RAT UND DAS EUROPÄISCHE PARLAMENT

gemäß den in Artikel 20 Absatz 3 der Richtlinie 2011/24/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 9. März 2011 über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung vorgesehenen Verpflichtungen

(Text von Bedeutung für den EWR)

1. EINLEITUNG

In diesem Bericht werden die Folgen beleuchtet, die sich aus der Richtlinie 2011/24/EU¹ des Europäischen Parlaments und des Rates vom 9. März 2011 über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung für versicherte Patienten ergeben, die die Kosten für die von ihnen in einem anderen Mitgliedstaat der EU als ihrem Wohnsitzland in Anspruch genommenen Gesundheitsdienstleistungen erstattet bekommen möchten. Der Bericht befasst sich im Einzelnen mit den potenziellen Auswirkungen der nach der Richtlinie 2011/24/EU eingeführten Systeme der Vorabgenehmigung und der Bestimmung des Mitgliedstaats, der für die Rückerstattung der den Patienten für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung anfallenden Kosten zuständig ist. Der letztere Faktor ist insbesondere für Rentner von Bedeutung, die ihren Wohnsitz und somit den Zugang zur Gesundheitsversorgung in ihren neuen Wohnsitzmitgliedstaat verlegt haben, der sich von dem Mitgliedstaat unterscheidet, der ihren Anspruch auf Sozialversicherungsleistungen anerkannt hat. Der letztere Mitgliedstaat bleibt für die Deckung der Kosten der von dieser Gruppe von Rentnern in Anspruch genommenen Gesundheitsdienstleistungen zuständig. Mit diesem Bericht trägt die Kommission der Anforderung in Artikel 20 Absatz 3 der Richtlinie 2011/24/EU Rechnung.

Seit 25. Oktober 2013 finden zwei Rechtsinstrumente auf die Lage von Patienten Anwendung, die außerhalb ihres Wohnsitzlandes Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch nehmen: die Richtlinie 2011/24/EU (nachstehend „die Richtlinie“) und die Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 und (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (nachstehend „die Verordnungen“). Da die Frist für die Umsetzung der Richtlinie in nationales Recht durch die Mitgliedstaaten bis 25. Oktober 2013 lief, gibt es zurzeit verständlicherweise noch keine Daten zu ihrer Wirkung, weder, was ihre Wirkung als alleinstehendes Instrument, noch ihre Wechselwirkungen mit der Verordnung anbelangt. Der erste Bericht befasst sich somit mit den Folgen, die die gleichzeitige Anwendung der Verordnung und der Richtlinie auf die Lage von Patienten, die in einem anderen Mitgliedstaat als ihrem Wohnsitzland Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch nehmen, nach sich ziehen könnte. Er soll als ein Bezugsdokument für künftige Berichte nach Artikel 20 Absatz 3 der Richtlinie dienen.

Dieser Bericht umreißt zunächst die zwei Instrumente und bewertet hiernach die möglichen Folgen, die sich aus ihren Wechselwirkungen in zwei Bereichen ergeben. Hierzu zählen die möglichen Substitutionseffekte zwischen den Systemen der Vorabgenehmigung, die gemäß den zwei Instrumenten Anwendung finden, sowie die Angemessenheit des gemäß der Verordnung stattfindenden finanziellen Ausgleichs der Kosten von Gesundheitsdienstleistungen zwischen den Mitgliedstaaten. Was Letzteres betrifft, werden insbesondere die Fälle betrachtet, in denen die Mitgliedstaaten Pauschalbeträge zur Deckung

¹

Siehe <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:088:0045:0065:DE:PDF>

der Kosten von medizinischen Sachleistungen für Rentner erhalten. Schließlich wird erklärt, dass aufgrund des vorerwähnten Informationsmangels keine eindeutigen Schlüsse im Hinblick auf diese zwei Fragen möglich sind. Nichtsdestotrotz können bereits einige wichtige Feststellungen getroffen werden, die für die künftige Verwaltung der zwei Instrumente maßgeblich sein werden.

Dieser Bericht wurde unter Beteiligung und mit Hilfe der Mitgliedstaaten über ihre Delegierten in der Verwaltungskommission für die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (im Folgenden „Verwaltungskommission“ genannt) und im Ausschuss zur Durchführung der Richtlinie erarbeitet.

2. HINTERGRUND

2.1. Richtlinie 2011/24/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 9. März 2011 über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung

Die Richtlinie soll im Allgemeinen den Zugang zu sicheren grenzüberschreitenden Gesundheitsdienstleistungen hoher Qualität in einem anderen Mitgliedstaat erleichtern und die Rückerstattung der in diesem Zusammenhang anfallenden Kosten gemäß den vom Gerichtshof festgelegten Grundsätzen sicherstellen sowie die Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten im Gesundheitswesen fördern.

Die Richtlinie schreibt vor, dass der Versicherungsmitgliedstaat² die Kosten erstattet, die einem Versicherten im Zusammenhang mit grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung entstanden sind, sofern die betreffende Gesundheitsdienstleistung zu den Leistungen gehört, auf die der Versicherte in diesem Mitgliedstaat Anspruch hat. Der Versicherungsmitgliedstaat kann ein System der Vorabgenehmigung für die Kostenerstattung für eine grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung vorsehen, beschränkt auf bestimmte Fälle der geplanten Gesundheitsversorgung gemäß Artikel 8 (darunter Gesundheitsdienstleistungen, die eine Übernachtung des Patienten im Krankenhaus für mindestens eine Nacht oder den Einsatz einer hoch spezialisierten und kostenintensiven medizinischen Infrastruktur oder medizinischen Ausrüstung erfordern), falls ein solches System gerechtfertigt und angemessen ist. Eine solche Vorabgenehmigung darf nicht verweigert werden, wenn der Patient Anspruch auf die betreffende Gesundheitsversorgung hat und die betreffende Gesundheitsversorgung in seinem Hoheitsgebiet nicht innerhalb eines medizinisch vertretbaren Zeitraums (bzw. ohne „unangemessene Verzögerung“) geleistet werden kann.

Die Entscheidung, ob die Wartezeit auf eine Behandlung medizinisch vertretbar ist, muss anhand einer objektiven medizinischen Beurteilung des Gesundheitszustands des Patienten, der Vorgeschichte und der voraussichtlichen Entwicklung der Krankheit des Patienten, des

² In der Regel der Mitgliedstaat, der gemäß der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 oder der Verordnung (EG) Nr. 987/2009 dafür zuständig ist, dem Versicherten eine Vorabgenehmigung für die Inanspruchnahme angemessener Behandlungsleistungen in einem anderen Mitgliedstaat zu erteilen. Im Fall einer grenzüberschreitenden Situation eines Drittstaatsangehörigen innerhalb der EU findet die Verordnung (EG) Nr. 859/2003 oder die Verordnung (EU) Nr. 1231/2010 Anwendung. Was die letztere Situation anbelangt, gilt in besonderen Fällen, in denen kein Mitgliedstaat gemäß diesen Verordnungen zuständig ist, als Versicherungsmitgliedstaat derjenige Mitgliedstaat, in dem die betreffende Person versichert ist oder in dem sie gemäß den Rechtsvorschriften dieses Mitgliedstaats einen Anspruch auf Leistungen bei Krankheit hat. Es sei angemerkt, dass das Konzept des Versicherungsmitgliedstaats nach der Richtlinie auf dem Konzept des zuständigen Mitgliedstaats beruht, das in den Verordnungen über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit verankert ist.

Ausmaßes der Schmerzen des Patienten und/oder der Art der Behinderung des Patienten zum Zeitpunkt der erstmaligen oder erneuten Beantragung der Genehmigung getroffen werden.³

Die Nutzung der Vorabgenehmigung unterliegt im Allgemeinen der Anforderung, dass das System der Vorabgenehmigung auf das beschränkt ist, was notwendig und dem angestrebten Ziel angemessen ist.

Der Patient muss eventuell die Behandlungskosten zunächst selbst bezahlen und im Nachhinein eine Erstattung beantragen. Die Kosten der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung werden bis zu den Höchstbeträgen erstattet, die der Versicherungsmitgliedstaat übernommen hätte, wäre die betreffende Gesundheitsdienstleistung in seinem Hoheitsgebiet erbracht worden. Der erstattete Betrag darf hierbei die Höhe der tatsächlichen Kosten der Gesundheitsversorgung nicht überschreiten.

Die Anwendung der Richtlinie hängt nicht davon ab, ob der Gesundheitsdienstleister Teil des öffentlichen Gesundheitssystems ist oder nicht: Sie deckt alle Gesundheitsdienstleister ab.

2.2. Verordnungen (EG) Nrn. 883/2004 und 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit

Was die Gesundheitsversorgung anbelangt, sind die Verordnungen auf gesetzlich versicherte Personen sowie ihre Familienangehörigen ausgerichtet, die in einem anderen als dem zuständigen Mitgliedstaat⁴ wohnen oder sich dort aufhalten. Behandlungen, die sich während eines Aufenthaltes aus medizinischen Gründen als notwendig erweisen („ungeplante Gesundheitsversorgung“), werden ohne Vorabgenehmigung durchgeführt und die Kosten werden vom zuständigen Mitgliedstaat gedeckt (z. B. über die Europäische Krankenversicherungskarte).

Darüber hinaus kann ein Versicherter gemäß den Verordnungen eine Genehmigung beim zuständigen Träger beantragen, wenn er in einen anderen Mitgliedstaat reist, um sich dort medizinisch behandeln zu lassen. Diese Genehmigung wird erteilt, „wenn die betreffende Behandlung Teil der Leistungen ist, die nach den Rechtsvorschriften des Wohnsitzmitgliedstaats der betreffenden Person vorgesehen sind, und ihr diese Behandlung nicht innerhalb eines [...] medizinisch vertretbaren Zeitraums gewährt werden kann“,⁵ d. h. unter den gleichen Bedingungen wie nach der Richtlinie. Die Vorabgenehmigung wird dem Patienten vom zuständigen Träger mittels der Ausstellung eines so genannten Formulars S2 (ehemals E112) erteilt.

³ Siehe Artikel 8 Absatz 5 der Richtlinie 2011/24/EU.

⁴ Der Mitgliedstaat, in dem der zuständige Träger seinen Sitz hat. Der Ausdruck „zuständiger Träger“ bezeichnet:

„i) den Träger, bei dem die betreffende Person zum Zeitpunkt der Stellung des Antrags auf Leistungen versichert ist;

oder

ii) den Träger, gegenüber dem die betreffende Person einen Anspruch auf Leistungen hat oder hätte, wenn sie selbst oder ihr Familienangehöriger bzw. ihre Familienangehörigen in dem Mitgliedstaat wohnen würden, in dem dieser Träger seinen Sitz hat;

oder

iii) den von der zuständigen Behörde des betreffenden Mitgliedstaats bezeichneten Träger;

oder

iv) bei einem System, das die Verpflichtungen des Arbeitgebers hinsichtlich der in Artikel 3 Absatz 1 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 genannten Leistungen betrifft, den Arbeitgeber oder den betreffenden Versicherer oder, falls es einen solchen nicht gibt, die von der zuständigen Behörde des betreffenden Mitgliedstaats bezeichnete Einrichtung oder Behörde.“

⁵ Siehe Artikel 20 Absatz 2 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004.

Was diese „geplante“ Gesundheitsversorgung anbelangt, ist der zuständige Mitgliedstaat für die Übernahme der Kosten der gemäß den Vorschriften des Behandlungsmitgliedstaats durchzuführenden Behandlungen verantwortlich, und die Erstattung der Kosten erfolgt auf Ebene der Sozialversicherungen, wobei der Patient zu keinen Vorauszahlungen außer der in dem Behandlungsmitgliedstaat festgelegten Selbstbeteiligung verpflichtet ist.

Die Verordnungen decken nicht alle Gesundheitsdienstleister ab: Manche Gesundheitsdienstleister, die nicht Teil des öffentlichen Gesundheitssystems sind, fallen nicht unter die Bestimmungen der Verordnung.

Die Verordnungen regeln auch Fälle, in denen bestimmte Versicherte ihren Wohnsitz in einen Mitgliedstaat verlegen, aber weiterhin vom Sozialversicherungssystem eines anderen Mitgliedstaats abgesichert bleiben. In diesen Fällen erhält die Person das Formular S1, mit dem sie ihren Anspruch auf Gesundheitsleistungen in ihrem Wohnsitzmitgliedstaat geltend machen kann. Der Wohnsitzmitgliedstaat erhält die Kosten der Gesundheitsversorgung vom zuständigen Mitgliedstaat erstattet. Der Wohnsitzmitgliedstaat hat die Wahl zwischen zwei Formen der Erstattung:

- Erstattung auf der Grundlage der tatsächlichen Kosten, was den Nachweis der tatsächlichen Aufwendungen erfordert; oder
- (bei bestimmten Personengruppen) Erstattung auf der Grundlage von Pauschalbeträgen; Letzteres trifft auf die Mitgliedstaaten zu, in denen „eine Erstattung auf der Grundlage der tatsächlichen Aufwendungen nicht zweckmäßig ist“.^{6,7}

Die letztere Form der Erstattung kann nur bei Rentnern und ihren Familienangehörigen oder den Familienangehörigen eines Versicherten Anwendung finden, die in einem anderen Mitgliedstaat als der Versicherte leben und deren Wohnsitzmitgliedstaat die auf den Pauschalbeträgen beruhende Form der Erstattung gewählt hat.

Der Rechnungsausschuss – das nach Artikel 74 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 eingerichtete Organ – bestimmt die Verfahren und Modalitäten, nach denen die Berechnungsfaktoren für die Pauschalbeträge festgelegt werden. Diese Faktoren sind in der Verordnung (EG) Nr. 987/2009 aufgeführt und die Verwaltungskommission – ein Organ nach der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 –, „der ein Regierungsvertreter jedes Mitgliedstaats angehört und die insbesondere damit beauftragt ist, alle Verwaltungs- und Auslegungsfragen zu behandeln, die sich aus dieser Verordnung ergeben, und die Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten zu fördern“, legt 2015 einen gesonderten Bericht über die Anwendung des entsprechenden Artikels und insbesondere über die anwendbaren Kürzungen vor, um sicherzustellen, dass die Berechnung der Pauschalbeträge den tatsächlichen Aufwendungen so nahe wie möglich kommt und dass die Kürzungen für die Mitgliedstaaten nicht zu unausgewogenen Zahlungen oder zu Doppelzahlungen führen.

⁶ Dies ist der Fall, wenn der tatsächliche Betrag der Aufwendungen für die in Anspruch genommenen Leistungen nicht in den Büchern der Einrichtung erscheint, von der sie erbracht wurden.

⁷ Siehe Artikel 63 Absatz 1 der VERORDNUNG (EG) Nr. 987/2009 DES EUROPÄISCHEN PARLAMENTS UND DES RATES vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit.

Zu den Mitgliedstaaten, denen die Kosten in Form von Pauschalbeträgen erstattet werden, zählen Norwegen, Irland, Spanien, Zypern, die Niederlande, Portugal, Finnland, Schweden und das Vereinigte Königreich.⁸

2.3. Vergleich zwischen der Richtlinie und den Verordnungen

Im Folgenden sind die wichtigsten Ähnlichkeiten und Unterschiede zwischen den beiden Instrumenten aufgeführt:

Was den **persönlichen Geltungsbereich** anbelangt, gilt die Richtlinie für Personen, die von der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 abgedeckt werden, als auch für Drittstaatsangehörige und ihre Familienangehörigen, die sich rechtmäßig im Hoheitsgebiet eines Mitgliedstaats aufhalten.⁹

Grundsätzlich gilt, dass, sofern die Bedingungen der Verordnungen erfüllt werden, die Behandlung gemäß den Verordnungen durchgeführt werden sollte, sofern der Patient, der vollständig über seine Rechte aufgeklärt ist, dem nicht widerspricht. In den Fällen, in denen der Patient eine Vorabgenehmigung für grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung beantragt, und die Anwendung der Verordnungen für den Patienten vorteilhafter ist, sollte dem Patienten die Vorabgenehmigung nach Maßgabe der Bedingungen der Verordnungen gewährt werden, sofern der Patient, der vollständig über seine Rechte aufgeklärt ist, dem nicht widerspricht.

Die in den Verordnungen und der Richtlinie festgelegten **Verfahren und Erstattungssätze** unterscheiden sich, wie oben erwähnt. Was die Verfahrensgarantien anbelangt, werden im Großen und Ganzen ähnliche Anforderungen an die Übermittlung von Informationen angewandt, und den Mitgliedstaaten wird empfohlen, das allgemeine Verfahren und die Verwaltungsgarantien, die ausdrücklich in Artikel 9 der Richtlinie festgelegt sind, nach Maßgabe der Verordnungen zugunsten des Patienten anzuwenden.

Fälle, in denen Versicherte außerhalb des zuständigen Mitgliedstaats leben: Die Richtlinie findet keine Anwendung auf den Zugang zu den Gesundheitsleistungen im Wohnsitzmitgliedstaat.

3. WICHTIGSTE FESTSTELLUNGEN

Im Bericht werden auf Verlangen der gesetzgebenden Organe zwei spezifische Bereiche näher beleuchtet:

- die Nutzung der Vorabgenehmigung durch die Mitgliedstaaten nach der Richtlinie, insbesondere die Folgen der Anforderung, gemäß der nachzuweisen ist, dass jedes Genehmigungssystem angemessen ist, sowie etwaige Substitutionseffekte zwischen den zwei Rechtsinstrumenten, die auf das Vorhandensein von zwei Systemen der Vorabgenehmigung zurückzuführen sind;
- die finanziellen Folgen in den Mitgliedstaaten, die die Erstattung in Form von Pauschalbeträgen nach den Verordnungen gewählt haben und auf die die in der Richtlinie festgelegte Definition des „Versicherungsmitgliedstaats“ (Mitgliedstaats,

⁸ Siehe Artikel 63 Absatz 1 der Verordnung (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, aufgeführt in Anhang 3 derselben Verordnung.

⁹ Oder, im Fall von Dänemark, für Personen, die die für einen Leistungsanspruch nach den Rechtsvorschriften des Versicherungsmitgliedstaats festgelegten Voraussetzungen erfüllen und deren Situation mit einem Element über die Grenzen eines Mitgliedstaats hinausweist.

der für die Erstattung der Kosten für grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung zuständig ist) zutrifft.¹⁰

3.1. Nutzung der Systeme der Vorabgenehmigung

Wie oben dargelegt, gibt es zwei Rechtsinstrumente, die sich mit der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung befassen und die beide Systeme der Vorabgenehmigung vorsehen. Je nach den Entscheidungen, die die einzelnen Mitgliedstaaten treffen, kann dies dazu führen, dass zwei Systeme der Vorabgenehmigung nebeneinander vorhanden sind.

Diese zwei Systeme weisen Ähnlichkeiten auf (so kann in beiden Fällen ein Antrag auf Genehmigung abgelehnt werden, wenn die Behandlung ohne „unangemessene Verzögerung“ durchgeführt werden kann). Es gibt zwischen ihnen jedoch auch nennenswerte Unterschiede.

Gemäß den Verordnungen sind die Mitgliedstaaten verpflichtet, das System der Vorabgenehmigung zu nutzen, während es ihnen nach der Richtlinie frei steht, diese Option zu wählen oder nicht. Aus diesem Grund wird es eine Menge von Behandlungen geben, die nach der Verordnung einer Genehmigung unterliegen werden, nicht jedoch nach der Richtlinie. Wie oben in Abschnitt 2 beschrieben, unterliegen nach den Verordnungen alle Behandlungen einer Vorabgenehmigung, während nach der Richtlinie die Vorabgenehmigung nur für manche Behandlungen genutzt werden kann (siehe oben). Das Genehmigungssystem nach der Richtlinie deckt alle Dienstleistungsanbieter ab, während das gemäß den Verordnungen eingerichtete System manche Dienstleistungsanbieter, die nicht Teil des öffentlichen Gesundheitssystems sind, außer Acht lässt. Ein weiterer wichtiger Faktor ist, wie oben erwähnt, die Tatsache, dass sich die gemäß den zwei Instrumenten gewährten Erstattungssätze bedeutend unterscheiden können.

Dies bedeutet, dass sich das Maß der Anwendung des Vorabgenehmigungssystems gemäß der Richtlinie von Mitgliedstaat zu Mitgliedstaat unterscheiden wird (es kann sogar sein, dass nicht alle Mitgliedstaaten diese Option wählen werden).

Die Richtlinie legt zudem bestimmte Verfahrensgarantien fest, die auf die Genehmigungssysteme Anwendung finden sollen: Sie sieht zum Beispiel ein Berufungsrecht vor und verlangt von den Mitgliedstaaten, dass sie Fristen setzen, innerhalb deren die Genehmigungsanträge zu behandeln sind. Gemäß der Richtlinie müssen ferner die Entscheidungen über die Erteilung einer Genehmigung „entsprechend begründet“ werden, was bedeutet, dass in den Fällen, in denen die Genehmigung wegen des Fehlens einer „unangemessenen Verzögerung“ abgelehnt wird, dem Patienten mitgeteilt wird, was in seinem konkreten Fall eine „unangemessene Verzögerung“ dargestellt hätte. Diese Unterschiede stellen in Wirklichkeit explizite Grundsätze einer verantwortungsvollen Verwaltung dar, die gleichermaßen auf die Genehmigungen nach den Verordnungen Anwendung finden sollten, und deswegen sollten diese Unterschiede in den Wortlauten der Instrumente in der Praxis kaum eine Rolle spielen.

Aufgrund der Überlappung der zwei Systeme ist es sehr wahrscheinlich, dass Substitutionseffekte auftreten werden. Im Folgenden sind einige Beispiele zur Veranschaulichung aufgeführt:

¹⁰ Gemäß Artikel 20 Absatz 3 der Richtlinie sollten diese finanziellen Folgen in den Fällen näher beleuchtet werden, die unter Artikel 20 Absatz 4 und Artikel 27 Absatz 5 der Verordnung fallen. Der Bericht wird sich im Interesse der Übersichtlichkeit und in Anbetracht der Tatsache, dass es sich um einen Bericht zur Methodik handelt, mit der Situation von Rentnern befassen, wie in der Verwaltungskommission am 17. April 2013 und im Ausschuss für grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung am 3. Juni 2013 den Mitgliedstaaten vorgelegt.

- Patienten, die kein Interesse am Genehmigungsverfahren haben, werden sich im Fall von Gesundheitsdienstleistungen, die nach der Richtlinie keinem Genehmigungsverfahren unterliegen, eher für die Anwendung der Richtlinie als für die Anwendung der Verordnungen entscheiden;
- Patienten, die von einem Privatdienstleister behandelt werden möchten, werden sich möglicherweise eher gegen die Anwendung der Verordnungen entscheiden, da Privatbehandlungen nicht von der Verordnung abgedeckt werden;
- auf der anderen Seite ist es möglich, dass die Anwendung der Verordnungen verstärkt von Patienten in Anspruch genommen wird, die eine Genehmigung nach der Richtlinie beantragen und bei denen festgestellt wird, dass eine „unangemessene Verzögerung“ vorliegt; für diese Patienten ist es dann von Vorteil, die Genehmigung nach den Verordnungen zu beantragen, da der Erstattungssatz nach den Verordnungen höher ausfallen kann (und die Genehmigung aufgrund des Kriteriums der „unangemessenen Verzögerung“ erteilt werden muss).

Um diese Effekte zu überwachen und zu beurteilen, bedarf es genauerer Angaben, die zurzeit nicht zur Verfügung stehen. Die einzigen zurzeit zur Verfügung stehenden Daten beziehen sich auf die Verordnungen (siehe Anhang 1). Diese lassen (mit einigen Ausnahmen) darauf schließen, dass relativ wenig Vorabgenehmigungen beantragt werden und dass der Anteil der Anträge, denen stattgegeben wird, hoch ist. Darüber hinaus ist aus diesen Daten ersichtlich, dass die Mitgliedstaaten im Allgemeinen keine Aufzeichnungen über die Art der Behandlungen führen, für die die Genehmigungen beantragt werden.

Es ist auch wichtig anzumerken, dass jedes Genehmigungssystem nach der Richtlinie im Hinblick auf das zu erreichende Ziel notwendig und angemessen sein muss und keine ungerechtfertigte Behinderung der Freizügigkeit der Patienten darstellen darf. Dies zieht nach sich, dass die Mitgliedstaaten Daten zur Verfügung stellen müssen, mit denen die Einhaltung des Grundsatzes der Vorabgenehmigung zu rechtfertigen ist. Aus aktuellen Daten geht hervor, dass es schwierig sein wird, umfassende gemäß der Richtlinie eingerichtete Vorabgenehmigungssysteme zu rechtfertigen, sofern nicht eindeutig nachgewiesen wird, warum sich die Situation unter Anwendung der Richtlinie so sehr von der Situation unter Anwendung der Verordnung unterscheidet.

3.2. Finanzielle Folgen im Fall der Zahlung von Pauschalbeträgen nach den Verordnungen

Oben in Abschnitt 2 wird der Fall erwähnt, in dem manche Personengruppen in einem anderen als dem Mitgliedstaat leben, der ihren Anspruch auf Sozialversicherungsleistungen anerkannt hat (der „zuständige Mitgliedstaat“), und der Wohnsitzmitgliedstaat die Option der Kostenerstattung in Form von Pauschalbeträgen wählt. Die Methode zur Berechnung dieser Pauschalbeträge ist in Artikel 64 der Verordnung (EG) Nr. 987/2009 festgelegt und soll den tatsächlichen Ausgaben möglichst nahe kommen. Die entsprechenden Beträge unterliegen deswegen regelmäßigen Anpassungen, um eventuellen Unverhältnismäßigkeiten oder Fällen von Doppelzahlungen vorzubeugen.

Dieser Bericht befasst sich mit den Pauschalerstattungen für die Gesundheitsversorgung von Rentnern und nicht mit den Pauschalerstattungen für die Gesundheitsversorgung anderer in Frage kommender Personengruppen (z. B. Erasmus-Studenten). Dies geschieht aus Gründen der Größenordnung: Die Rentner werden voraussichtlich sowohl zahlenmäßig als auch im Hinblick auf das Ausmaß der genutzten Gesundheitsdienstleistungen die bedeutendste Gruppe ausmachen.

Die Richtlinie könnte sich in zweierlei Hinsicht auf die Berechnungen dieser Beträge auswirken.

Erstens umfassen die beiden Instrumente unterschiedliche Vorschriften über die Behandlung von Rentnern und deren Familienangehörigen in deren zuständigem Mitgliedstaat. Nach den Verordnungen wird bei allen Pauschalbeträge erstattenden Mitgliedstaaten als Ausgleich für die Kosten der ungeplanten Gesundheitsversorgung von Rentnern und ihren Familienangehörigen in einem anderen als ihrem Wohnsitzmitgliedstaat eine 15-prozentige Kürzung auf den Betrag angewandt. Der Grund hierfür liegt darin, dass gemäß den Verordnungen diese Kosten letztendlich vom zuständigen Mitgliedstaat zu tragen sind (zum Beispiel über das System der Europäischen Krankenversicherungskarte). Was die Gesundheitsversorgung im zuständigen Mitgliedstaat anbelangt, haben die Rentner und ihre Familienangehörigen in der Regel nur einen beschränkten Zugang zu den Leistungen – ihr Anspruch auf Zugang zur Gesundheitsversorgung ist im Grunde auf Behandlungen beschränkt, die sich während ihres Aufenthaltes im gegebenen Mitgliedstaat als medizinisch notwendig erweisen.

Bestimmte Mitgliedstaaten geben den Rentnern und ihren Familienangehörigen einen erweiterten Anspruch auf Zugang zur Gesundheitsversorgung. Diese Mitgliedstaaten, die im Anhang IV der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 aufgeführt sind, haben als Ausgleich hierfür Anspruch auf eine 20-prozentige Kürzung der Pauschalbeträge.

Die Richtlinie umfasst andere Bestimmungen. Die Rentner und ihre Familien, die in einem Pauschalbeträge erstattenden Mitgliedstaat leben, der nicht ihr zuständiger Mitgliedstaat ist, können gemäß den Bestimmungen der Richtlinie in ihrem zuständigen Mitgliedstaat Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen. Ist der zuständige Mitgliedstaat im Anhang IV aufgeführt, so gelten die gleichen Bedingungen wie bei den Verordnungen. Ist der zuständige Mitgliedstaat nicht im Anhang IV aufgeführt, unterscheiden sich die Bestimmungen je nachdem, ob die betreffende Behandlung im Wohnsitzmitgliedstaat einer Vorabgenehmigung unterliegt oder nicht. Falls ja, richtet sich die Erstattung nach der üblichen Bestimmung in der Richtlinie: Der Wohnsitzmitgliedstaat ist als der Versicherungsmitgliedstaat für die Erstattung verantwortlich. Unterliegt die Behandlung im Wohnsitzmitgliedstaat keiner Vorabgenehmigung, trägt der zuständige Mitgliedstaat die Kosten.

Dies kann wie folgt zusammengefasst werden: Gemäß der Richtlinie sind die Mitgliedstaaten, die nicht im Anhang IV aufgeführt sind, nichtsdestotrotz verpflichtet, den Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen sicherzustellen, die sie gemäß den Verordnungen nicht anbieten müssen. Sie könnten somit die Auffassung vertreten, dass sie für einen größeren Teil der Gesamtkosten für die Gesundheitsversorgung der betreffenden Versicherten verantwortlich sind als früher und dass dies bei der Anpassung der Pauschalbeträge berücksichtigt werden sollte.

Den zweiten Bereich, in dem sich die Richtlinie auf die Pauschalbeträge auswirken kann, stellt die ungeplante Gesundheitsversorgung dar, die die Rentner und ihre Familienangehörigen, die in einem Pauschalbeträge erstattenden Mitgliedstaat leben, der nicht ihr zuständiger Mitgliedstaat ist, in einem dritten Mitgliedstaat in Anspruch nehmen. Gemäß den Verordnungen ist, wie oben angeführt, der zuständige Mitgliedstaat für die Kosten dieser Gesundheitsversorgung verantwortlich und kommt hierfür in den Genuss einer 15-prozentigen Kürzung des Pauschalbetrags. Gemäß der Richtlinie kann der Patient die Kostenerstattung direkt beim Wohnsitzmitgliedstaat beantragen, da dies sein Versicherungsmitgliedstaat ist. Der Wohnsitzmitgliedstaat könnte somit die Auffassung vertreten, dass er nun Kosten trägt, die er nicht über die Pauschalbeträge erstattet bekommt, und dass dies bei der Anpassung der Pauschalbeträge berücksichtigt werden sollte.

Ob es zu diesen Auswirkungen kommt oder nicht, hängt von den Entscheidungen ab, die die Mitgliedstaaten und die einzelnen Patienten in Bezug auf die Nutzung von Vorabgenehmigungen, die Wahl des Landes für die geplante Gesundheitsversorgung, das bevorzugte System der Erstattung usw. treffen. Für die Überwachung der Effekte und die Bewertung der eventuellen Auswirkungen auf die Pauschalbeträge werden deswegen verlässliche Daten benötigt werden.

Zurzeit liegen keine Informationen vor, anhand deren die finanziellen Folgen der Anwendung der Richtlinie auf Pauschalbeträge erstattende Mitgliedstaaten bewertet werden könnten. Gemäß einer vorläufigen Beurteilung durch die Mitgliedstaaten, die im März 2013 an einer Umfrage zu den Berichtspflichten nach Artikel 20 Absatz 3 der Richtlinie 2011/24/EU betreffend die potenzielle Auswirkung der Richtlinie auf die Angemessenheit der Pauschalbeträge teilgenommen haben, haben die Mitgliedstaaten unterschiedliche Erwartungen. Einige dachten, dass sich die Pauschalbeträge erhöhen würden; andere dachten, dass der Anhang IV seine Gültigkeit verlieren würde; wiederum andere dachten, dass keine bedeutende Auswirkung zu erwarten sei oder dass sich die Richtlinie nur auf Behandlungen auswirken würde, die keiner Vorabgenehmigung unterlägen, dies jedoch zum Zeitpunkt der Umfrage nicht quantifizierbar sei.

Angesichts der fehlenden Daten kann zurzeit keine Bewertung etwaiger Unverhältnismäßigkeiten vorgenommen werden. Eventuelle Meinungsverschiedenheiten zwischen den Mitgliedstaaten über die Unverhältnismäßigkeiten bei der Zahlung und dem Empfang von Pauschalbeträgen in Bezug auf die tatsächlichen Kosten der in Anspruch genommenen Gesundheitsdienstleistungen werden zu einem späteren Zeitpunkt behandelt werden müssen.

Artikel 64 Absatz 5 der Verordnung (EG) Nr. 987/2009 schreibt vor, dass die Verwaltungskommission spätestens bis 1. Mai 2015 einen Bericht über die Anwendung des Artikels 64 der Verordnung (EG) Nr. 987/2009, insbesondere über die in Artikel 64 Absatz 3 erwähnten Kürzungen, vorlegt. Durch diese Untersuchung soll sichergestellt werden, dass die Berechnung der Pauschalbeträge den tatsächlichen Aufwendungen so nahe wie möglich kommt und dass die Kürzungen nach Artikel 64 Absatz 3 für die Mitgliedstaaten zu keinen Unverhältnismäßigkeiten oder Doppelzahlungen führen. Der Bericht könnte Änderungsvorschläge enthalten, die sich angesichts der Erfahrung mit der Anwendung der vorerwähnten Bestimmung als notwendig erweisen. Kurz gefasst: Jeder Mitgliedstaat wird ersucht, eine Analyse vorzulegen, aus der hervorgeht, ob die auf die Durchschnittskosten angewandte grundlegende Kürzung realistisch ist oder nicht. Die Analyse sollte möglichst durch quantitative Nachweise und Daten unterstützt und bis spätestens 30. Juni 2014 von den Mitgliedstaaten dem Rechnungsausschuss vorgelegt werden.

4. DATEN FÜR KÜNFTIGE BERICHTE

Um beurteilen zu können, wie sich die Richtlinie auf die Zahl der Patienten auswirken wird, die die Verordnung nutzen, muss eine Ausgangs-Nullmessung durchgeführt werden, durch die die Patientenmobilität zur Zeit der Anwendung der Verordnungen vor der Durchführung der Richtlinie bestimmt wird. Diese Nullmessung muss im nächsten Schritt mit einer weiteren Messung verglichen werden, die nach der Umsetzung der Richtlinie 2011/24/EU durchgeführt wird.

Aus diesem Grund wird es notwendig sein, den zurzeit vorherrschenden Mangel an statistischen Daten zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung anzugehen.

Im Großteil der Fälle werden die Mitgliedstaaten, die ein Vorabgenehmigungssystem nach der Richtlinie einführen, ebenfalls bedeutend bessere Daten benötigen, um nachweisen zu

können, dass diese Systeme den allgemeinen Anforderungen an die Verhältnismäßigkeit gerecht werden.

4.1. Nullmessung

Für eine künftige Analyse der in diesem Bericht behandelten Schwerpunkte wird als Ausgangsbasis eine Nullmessung benötigt, anhand deren künftige Auswirkungen gemessen werden können. Die Kommission hat festgestellt, dass dies nicht mit historischen Daten erzielt werden kann. Im Anhang 1 werden die verfügbaren statistischen Daten zur Patientenmobilität im Zusammenhang mit der geplanten Gesundheitsversorgung nach den Verordnungen vorgestellt und erörtert. Es wird der Schluss gezogen, dass die in den Mitgliedstaaten zur Verfügung stehenden Daten lückenhaft sind und keinen Aufschluss darüber geben, ob die betreffenden Gesundheitsdienstleistungen zum öffentlichen Leistungskorb im zuständigen Mitgliedstaat zählen oder nicht. Darüber hinaus stehen keine Daten zur Art der Gesundheitsversorgung zur Verfügung.

Um künftige Berichte zur Patientenmobilität unter dem System der Vorabgenehmigung nach der Richtlinie erstellen zu können, müssen weitere und genauere Daten für 2012 und 2013 gesammelt werden. Zu diesem Zweck wurde im Rahmen der Verwaltungskommission eine neue Runde der Datenerhebung gestartet. Bestimmte Mitgliedstaaten gaben jedoch an, dass sie keine Daten für 2012 oder 2013 übermitteln würden. Hinzu kommt, dass nicht garantiert werden kann, dass die Mitgliedstaaten, die die Übermittlung von Daten für 2012 und 2013 zugesichert haben, ausreichend aufschlussreiche Daten liefern werden, aus denen zum Beispiel hervorgehen würde, ob die entsprechenden Behandlungen zum Umfang des Leistungskorbs zählen oder nicht, wie dies von ihnen verlangt wird.

Um eine den Tatsachen möglichst entsprechende Nullmessung als Ausgangsbasis für alle Mitgliedstaaten zu bestimmen, werden die zur Verfügung stehenden begrenzten Daten wahrscheinlich extrapoliert und interpoliert werden müssen.

4.2. Messung nach der Umsetzung der Richtlinie

Die Daten für das Jahr 2014 werden für die Bewertung der praktischen Anwendung der Richtlinie im Rahmen des Ausschusses zur Durchführung der Richtlinie gesammelt werden.

Die für die Zwecke der Untersuchungen gesammelten Daten zu den Vorabgenehmigungen sollten

- nach dem Jahr der Antragstellung gesammelt werden,
- von den Versicherungsmitgliedstaaten gesammelt werden, bei denen die Anträge gestellt wurden,
- die Anträge auf die Gesundheitsdienstleistungen betreffen, die zum öffentlichen Güter-/Leistungskorb des Versicherungsmitgliedstaats zählen,
- die Zahl oder den Anteil der Anträge angeben, denen stattgegeben wurde,
- möglichst die Zahl oder den Anteil der Anträge angeben, denen stattgegeben wurde und bei denen vom Vorliegen einer „unangemessenen Verzögerung“ ausgegangen wurde,
- den Anteil der abgelehnten Anträge und die Hauptgründe für die Ablehnung angeben,
- möglichst nach der Art der Indikation der Patienten unterscheiden (um z. B. Patienten mit seltenen Krankheiten zu ermitteln).

4.3. Messung der Auswirkungen

Die Kommission wird ihre Untersuchungen erst anstellen können, falls und wenn die Nullmessung und die Messung nach der Umsetzung der Richtlinie durchgeführt worden sind. Zu den zu untersuchenden Fragen zählt Folgendes:

- Substitutionseffekte (in direktem Vergleich mit der Nullmessung): z. B. eine Verringerung der nach den Verordnungen erteilten Genehmigungen, die mit einem Anstieg der nach der Richtlinie erteilten Genehmigungen erklärt werden kann? Handelt es sich um eine bewusste Wahl der Patienten (z. B., was die Nutzung der Richtlinie wegen der Möglichkeit der freien Wahl des Dienstleistungsanbieters anbelangt)?
- Dynamische Auswirkungen: Zum Beispiel, ob aufgrund der zusätzlichen Informationen über die „unangemessene Verzögerung“, die den Patienten nach der Richtlinie zur Verfügung stehen, oder aufgrund einer höheren Sensibilisierung für Patientenrechte mehr Patienten eine Vorabgenehmigung nach den Verordnungen beantragen und erhalten werden.

5. SCHLUSSFOLGERUNGEN

Zu diesem Zeitpunkt – so kurz nach dem Ablauf der Frist für die Umsetzung der Richtlinie – kann die Kommission natürlich keine Schlüsse darüber ziehen, inwieweit die Mitgliedstaaten die Möglichkeit nutzen, Vorabgenehmigungssysteme nach der Richtlinie einzuführen, und welche Substitutionseffekte mit der Verordnung dies zur Folge hat.

Aus dem gleichen Grund kann die Kommission nicht mit Sicherheit feststellen, ob aufgrund der Durchführung der Richtlinie Unverhältnismäßigkeiten entstehen oder nicht.

Es ist jedoch bereits möglich, einige Schlüsse zu ziehen, die für die vollständige Behandlung dieser beiden Fragen im Bericht zur praktischen Anwendung der Richtlinie, den die Kommission bis 25. Oktober 2015 vorlegen muss, maßgeblich sein werden. Dies wird der erste in einer Reihe von dreijährlichen Berichten sein.

Was die Vorabgenehmigungssysteme anbelangt, sollten beide Instrumente ein und dasselbe Konzept des „medizinisch vertretbaren Zeitraums“ anwenden. Ferner sollten die gemäß der Richtlinie aufgestellten Verfahrensgarantien auf alle gemäß der Verordnung eingerichteten Genehmigungssysteme Anwendung finden.

Die Mitgliedstaaten, die ein Vorabgenehmigungssystem gemäß der Richtlinie einzuführen beabsichtigen, müssen ihre derzeitigen Datenerhebungssysteme überprüfen, da die zurzeit vorliegenden Daten in den meisten Fällen nicht ausreichen würden, um ein umfassendes System der Vorabgenehmigung zu rechtfertigen.

Um die Auswirkungen der Richtlinie auf die Nutzung der Verordnungen und die Angemessenheit der Pauschalbeträge richtig untersuchen zu können, wäre es nützlich, eine Methode zu entwickeln, mit der die Daten gemäß den Vorgaben in Abschnitt 4.2 gesammelt würden.

Die Entwicklung eines Überwachungssystems nach der Richtlinie durch die Mitgliedstaaten wird eine Herausforderung im Hinblick auf die Koordinierung mit dem nach der Verordnung eingerichteten System darstellen. Es wird notwendig sein, methodologische Fragen zu besprechen, um diese Systeme an die internationalen statistischen Standards anzupassen. Die Mitgliedstaaten sollten im Interesse der Effizienz die Erhebung der Informationen möglichst vereinheitlichen.

Anhang 1: Historische Daten zu den Patientenströmen

Ein Vermerk der Generaldirektion Beschäftigung, Soziales und Integration aus dem Jahr 2008 zu einem Fragebogen zum Formular E112, das an die Delegierten in der Verwaltungskommission gesandt wurde, enthielt einige interessante Feststellungen: Die meisten Mitgliedstaaten gaben an, dass niedrige Zahlen von Vorabgenehmigungsanträgen gestellt wurden und dass einem hohen Anteil von Anträgen stattgegeben wurde.¹¹ Nach den Angaben der Mitgliedstaaten wurden, bis auf wenige bemerkenswerte Ausnahmen, die meisten Vorabgenehmigungsanträge wegen fehlender „unangemessener Verzögerung“ abgelehnt, und nur eine geringe Zahl der Ablehnungen wurde angefochten;¹² die Patientenmobilität betrifft hauptsächlich benachbarte Mitgliedstaaten oder jene, in denen die gleiche Sprache gesprochen wird; und sechs Mitgliedstaaten (DK, EE, CY, LT, MT und NL) machten auf vorhandene Parallelverfahren (wie besondere bilaterale Vereinbarungen zwischen den Mitgliedstaaten) über grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung aufmerksam.

Darüber hinaus werden im Vermerk zwei Probleme im Hinblick auf die einschlägigen Daten erwähnt:

- Die Daten zur klinischen Indikation (Diagnose und/oder besonderes Verfahren) fallen nicht in den herkömmlichen Zuständigkeitsbereich der Verwaltungskommission.
- Es ist schwierig, von der Zahl der Anträge auf die tatsächliche Zahl der Patienten, die eine Genehmigung beantragt haben, zu schließen, da sich oft mehrere Genehmigungen auf ein und denselben Patientenfall beziehen.

Unten ist ein Überblick aufgeführt, aus dem die verfügbaren Daten aus den Formularen E112 für die Jahre 2006, 2007 und 2008 nach Mitgliedstaat ersichtlich sind. Es sind nur Daten für 24 Mitgliedstaaten verfügbar. Die Zahl der ausgestellten Vorabgenehmigungen und die Entwicklung in diesem Bereich unterscheiden sich stark von Land zu Land. Wie aus Anhang 1 ersichtlich, verzeichnen die Mitgliedstaaten LU, AT, SI, CY die höchsten Raten (pro Kopf der Bevölkerung) (die Raten lagen in diesen Ländern im Jahr 2008 über dem Durchschnitt). Die Durchschnittsrate ohne LU (das 36 046 ausgestellte Genehmigungen je eine Million Einwohner verzeichnete) betrug 55 Genehmigungen je eine Million Einwohner. Zu den Mitgliedstaaten, deren Raten über diesem Durchschnitt lagen, zählen AT, SI, CY, SK, BE, IE, EL und LV.

Es ist wichtig hervorzuheben, dass bei den historischen Datensammlungen der Verwaltungskommission nicht unterschieden wurde, ob die Gesundheitsdienstleistungen, für die die Vorabgenehmigungsanträge gestellt wurden, zum Leistungskorb des Wohnsitzmitgliedstaat zählten, und dass diese Sammlungen auch keine Einsicht in die betreffenden unterschiedlichen klinischen Indikationen boten.

Ferner vermitteln diese Sammlungen kein vollständiges Bild der Lage, da die Daten die Patientenmobilität nach Parallelsystemen (z. B. bilateralen Vereinbarungen zwischen den Mitgliedstaaten oder Regionen über die Planung und Organisation von Patiententransporten) außer Acht lassen.

¹¹ Nur ein Mitgliedstaat (LU) meldete über 17 000 und zwei Mitgliedstaaten (BE und AT) mehrere Tausend Anträge; der Großteil (CZ, DK, IE, EL, CY, HU, PT, RO, SI, SK, SE, UK,) meldete wenige Hundert; und der Rest (BG, EE, LT und PL) meldete weniger als 100.

¹² Weniger als 1 % in den meisten Mitgliedstaaten.

Zahl der E112-Anträge/-Formulare nach dem Jahr des Eingangs der Anträge

Mitgliedstaat	2006			2007			2008
	Beantragt	Ausgestellt	% ausgestellt / beantragt	Beantragt	Ausgestellt	% ausgestellt / beantragt	Ausgestellt
AT	3 643	3 566	98	2 946	2 835	96	2 935
BE	1 222	1 066	87	1 322	1 094	83	1 165
BG	keine Angaben	keine Angaben		81	4	5	10
CY	keine Angaben	keine Angaben		156	156	100	146
CZ	keine Angaben	keine Angaben		425	411	97	328
DK	396	65	16	733	64	9	84
EE	8	8	100	1	1	100	5
IE	656	630	96	690	648	94	372
EL	813	768	94	795	770	97	816
ES	keine Angaben	722		keine Angaben	722		800
FR	1 169	695	59	keine Angaben	keine Angaben	keine Angaben	keine Angaben
HU	209	193	92	185	215	116	232
LT	7	6	86	19	14	74	12
LU	17 825	17 290	97	17 280	16 800	97	17 439
LV	46	29	63	132	110	83	127
MT	keine Angaben	keine Angaben	keine Angaben	0	0		0
NL	3 482	2 912	84	keine Angaben	keine Angaben	keine Angaben	keine Angaben
PL	12	10	83	25	13	52	keine Angaben
PT	218	200	92	207	178	86	166
RO	keine Angaben	keine Angaben		213	124	58	562
SE	163	81	50	330	115	35	keine Angaben
SI	493	340	69	504	262	52	442
SK	679	640	94	792	743	94	685
UK	560	366	65	634	552	87	keine Angaben

Quelle: VERWALTUNGSKOMMISSION FÜR DIE KOORDINIERUNG DER SYSTEME DER SOZIALEN SICHERHEIT

Zahl der E112-Anträge/-Formulare je eine Million Einwohner nach dem Jahr des Eingangs der Anträge

Mitgliedstaat	2006	2007	2008
DURCHSCHNITT	110	112	163
AT	432	342	353
BE	101	103	109
BG		1	1
CY		200	185
CZ		40	32
DK	12	12	15
EE	6	1	4
IE	150	150	85
EL	69	69	73
ES	16	16	18
FR	11		
HU	19	21	23
LT	2	4	4
LU	36 859	35 280	36 046
LV	13	48	56
MT		0	0
NL	178		

PL	0	0	
PT	19	17	16
RO		6	26
SE	9	13	
SI	170	130	220
SK	119	138	127
UK	6	9	

Quelle: eigene Berechnungen auf der Grundlage der Informationen der VERWALTUNGSKOMMISSION FÜR DIE KOORDINIERUNG DER SYSTEME DER SOZIALEN SICHERHEIT