

Warum so wenig genutzt?

Nationale Hindernisse für eine grenzüberschreitende Patientenversorgung in der EU

Autor:

Susanna Kochskämper
Telefon: 0221 4981-887
E-Mail: kochskaemper@iwkoeln.de

22. März 2017

Inhalt

Zusammenfassung	3
Abstract	3
1. Problemstellung	4
2. Europäischer Rechtsrahmen für grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung	5
3. Nationale Regeln als mögliches Hemmnis für grenzüberschreitende Medizin	8
3.1 Fehlende Informationen über Leistungskataloge und Leistungskosten	8
3.2 Implizite Rationierung	9
3.3 Steuerfinanzierte medizinische Infrastruktur	13
4. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen	14
Literatur	16

JEL-Klassifikation:

I18: Gesundheitspolitik; Regulierung; Öffentliches Gesundheitswesen

O52: Europa

Zusammenfassung

Warum wissen so wenige Patienten, dass sie sich auch im EU-Ausland medizinisch behandeln lassen dürfen – zu den gleichen Konditionen wie im Inland und ohne zusätzliche Auslandsrankenversicherung? Und warum wird diese Möglichkeit bisher so wenig genutzt, obwohl die nationalen Gesundheitssysteme davon profitieren könnten? Denn Kostenvorteile, die aus einer medizinischen Behandlung der Patienten im EU-Ausland entstehen, kommen vollständig den inländischen Kostenträgern zugute.

Der Grund ist nicht nur in Sprachbarrieren oder Verwaltungsprozessen zu suchen. Denn die Gesundheitssysteme der Mitgliedstaaten sind bisher stark national ausgerichtet. Es finden sich einige Organisationsformen und Gestaltungselemente, die sich im Zusammenspiel mit dem EU-Regelwerk negativ auswirken – beispielsweise die Nutzung von impliziten Rationierungsstrategien oder die Steuerfinanzierung medizinischer Infrastruktur. Um das Potenzial auszuschöpfen, das der gemeinsame Binnenmarkt für das Gesundheitswesen bietet, bedarf es daher eines Umdenkens in der nationalen Gesundheitspolitik. Die gegenwärtige Organisation des jeweiligen Gesundheitssystems ist dahingehend zu überprüfen, ob sie mit einem gemeinsamen Markt vereinbar ist und gegebenenfalls dahingehend zu reformieren. Denn insbesondere der demografische Wandel, der viele EU-Mitgliedstaaten betrifft, macht es notwendig, das Gesundheitswesen effizient zu gestalten, um eine nachhaltige medizinische Versorgung auf hohem Niveau sicherstellen zu können. Vor diesem Hintergrund sollten auch die Möglichkeiten genutzt werden, die der gemeinsame Binnenmarkt bietet. Die grenzüberschreitende Versorgung bietet hierzu bislang nicht ausgeschöpfte Potenziale.

Abstract

Why do so few patients know that they are allowed to be medically treated in other EU member states – on the same terms as within their own state and without additional health insurance? And why is this potential so far hardly used, even though national health systems could benefit from it? Cost advantages resulting from a medical treatment of patients abroad fully benefit the country of affiliation. Besides in language barriers and administrative processes, the reason might also be in the general organisation of the national health systems. There are some elements which have a negative effect on the interaction with the EU rules – for example the use of implicit rationing strategies or the tax financing of medical infrastructure. In order to make full use of the potential offered by the common market, a rethinking of national health policy is necessary.

1. Problemstellung

Die Idee eines gemeinsamen Binnenmarktes ist, dass grenzüberschreitender Handel und grenzüberschreitende Dienstleistungen ökonomisch vorteilhaft sind. Nachfrager können zwischen den Produkten und Leistungen einer größeren Vielfalt von Anbietern wählen, was sich letztlich positiv auf die Qualität und den Preis auswirkt. In vielen Bereichen ist dieser gemeinsame europäische Markt mit all seinen Handelsverflechtungen heute kaum mehr wegzudenken.

Theoretisch könnten auch die Gesundheitssysteme der Mitgliedstaaten von diesem gemeinsamen Markt profitieren. Er eröffnet ein zusätzliches Potenzial, Kosten zu senken und/oder die Versorgungsqualität zu erhöhen: Grenzüberschreitender Handel von medizinischen Produkten, der Austausch von medizinischem Fachpersonal, um kurzfristige Engpässe oder länger andauernden Fachkräftemangel zu beheben, Patienten, die auch medizinische Dienstleistungen im EU-Ausland nutzen, ehealth für Patienten europaweit und eine digitale Vernetzung zum schnellen fachlichen Austausch über Grenzen hinweg – die Möglichkeiten für das Gesundheitswesen im gemeinsamen Binnenmarkt sind vielfältig. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund des demografischen Wandels, der viele Mitgliedstaaten betrifft, interessant. Denn eine zunehmende Bevölkerungsalterung lässt auch die nationalen Gesundheitssysteme unter finanziellen Druck geraten und kann gleichzeitig Fachkräfteengpässe hervorrufen. Der gemeinsame Binnenmarkt bietet hier eine zusätzliche Option, die medizinische Versorgung der Bevölkerung aufrecht zu erhalten, ohne dass gleichzeitig die Kosten immer weiter steigen.

In der Praxis sind die Gesundheitssysteme jedoch nach wie vor stark national ausgerichtet. Gesundheitspolitik wird in den Europäischen Mitgliedstaaten vermehrt, eben gerade nicht in einem EU-weiten Zusammenhang gedacht. Viele Regeln, die die Organisation des nationalen Gesundheitswesens bestimmen, funktionieren zwar in einem nationalen Rahmen. Eine europäische Vernetzung der verschiedenen Akteure zum Vorteil der Patienten verhindern sie jedoch an vielen Stellen.

Dies zeigt sich unter anderem am Beispiel der grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen. Seitens der EU wird Patienten durch ein detailliertes Regelwerk generell die Möglichkeit eröffnet, Gesundheitsleistungen EU-weit nachzufragen. Dennoch bleibt die tatsächliche Nutzung dieser Rechte bisher hinter den Erwartungen der EU-Akteure zurück (Europäische Kommission, 2015).

In der folgenden Analyse wird näher herausgearbeitet, welche Hindernisse gegenwärtig in den Europäischen Mitgliedstaaten einer grenzüberschreitenden Patientenversorgung entgegenstehen können. Es wird die These vertreten, dass nicht alleine

Sprachbarrieren und Preisunterschiede zu geringen grenzüberschreitenden Behandlungsströmen führen. Vielmehr wird gezeigt, dass auch das nationale Regelwerk dafür verantwortlich sein kann, dass dieses Potenzial ungenutzt bleibt.

Allerdings sind die Gesundheitssysteme der Mitgliedstaaten in vielen Details sehr verschieden und damit auch diese jeweiligen Hindernisse für grenzüberschreitende Patientenströme. Alle nationalen Besonderheiten aufzulisten, wäre ein umfangreiches Unterfangen. Hier wird deshalb exemplarisch das deutsche System und hierbei insbesondere die im Rahmen der Pflichtversicherung existierenden Regeln untersucht und gleichzeitig auf die Notwendigkeit künftiger Forschungsarbeit hingewiesen.

2. Europäischer Rechtsrahmen für grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung

Die nationale Gesundheitspolitik steht in einem Spannungsfeld zwischen einer umfangreichen nationalen Regulierung und den Regeln der Europäischen Union. Zwar wird in Art. 168 7 AEUV die vorrangige Verantwortung der Mitgliedstaaten für die Gesundheitspolitik und für die Organisation des Gesundheitswesens hervorgehoben. Gleichwohl werden in demselben Artikel die Bereiche genannt, in denen die EU ebenfalls zuständig sein kann – unter anderem die Festlegung von Qualitäts- und Sicherheitsstandards für Arzneimittel und Medizinprodukte (Art. 168 4c AEUV). Des Weiteren ist das Gesundheitswesen auch nicht per se von den Regeln des europäischen Binnenmarktes und von dem europäischen Wettbewerbsrecht ausgenommen.

Ob und in wie weit diese Regeln für die nationalen Gesundheitssysteme Anwendung finden, hängt allerdings davon ab, wie die Entscheidungsträger auf europäischer Ebene einzelne Akteure und ihre Tätigkeit innerhalb dieser Systeme bewerten (zu den folgenden Absätzen s. Kochskämper, 2013, 118 f.). Erstens gelten Wettbewerbsrecht sowie Niederlassungs- und Dienstleistungsfreiheit nur für unternehmerische Tätigkeiten. Zweitens bestehen Ausnahmen für sogenannte „Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichen Interesse“ – insofern, als dass diese „in der Erfüllung der ihnen übertragenen besonderen Aufgabe rechtlich oder tatsächlich“ (s. Art. 106 2 AEUV) nicht behindert werden dürfen.

Gegenwärtig stellt sich die Rechtslage für die medizinischen Leistungserbringer folgendermaßen dar (s. Kochskämper, 2013, 130 ff.): Die ambulante Leistungserbringung ist nach Auffassung der Europäischen Kommission und des Europäischen Gerichtshofs eine wirtschaftliche Tätigkeit (Europäische Kommission, 2012, S. 7; EuGH Rs. C-180/98 bis C-184/98, Urteil vom 12. September 2000), sie kann jedoch als „Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichen Interesse“ bewertet werden. In der stationären Versorgung werden zwei Fälle unterschieden:

- Krankenhäuser, die „direkt über Sozialversicherungsbeiträge sowie aus staatlichen Mitteln finanziert“ werden und „ihre Dienste für Versicherte unentgeltlich nach dem Prinzip der allgemeinen Gesundheitsversorgung“ erbringen (Europäische Kommission, 2012; S. 7, EuGH, Rs. T-319/99 (FENIN)) gelten nicht als Unternehmen nach EU-Recht.
- Krankenhäuser hingegen, die „ihre Dienstleistungen gegen ein Entgelt“ anbieten, dass entweder direkt von den Patienten oder deren Versicherungen gezahlt wird (Europäische Kommission, 2012, S. 7), werden grundsätzlich als Unternehmen, die eine wirtschaftliche Tätigkeit ausüben, angesehen. Gleichzeitig können diese jedoch als „Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichen Interesse“ eingestuft werden. Welche stationären Leistungen allerdings genau hierunter fallen – beispielsweise auch Unterkunft und Verpflegung – und inwieweit die Binnenmarktregeln deshalb nicht gelten, ist bisher nicht im Einzelnen geklärt (s. Hatzopoulos, 2010).

Die EU-rechtliche Perspektive auf medizinische Leistungserbringer bedeutet jedoch nicht, dass die Mitgliedstaaten die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung beliebig einschränken dürfen. Gerade in diesem Bereich ist die europäische Gesetzgebung sehr weit fortgeschritten. Zuletzt wurde in 2011 die „Richtlinie 2011/24/EU über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung“ in Kraft verabschiedet, die bis Ende Oktober 2013 in nationales Recht umgesetzt werden musste.

Geplante und ungeplante medizinische Behandlungen im EU-Ausland

Laut dieser Richtlinie 2011/24/EU dürfen Patienten geplante medizinische Behandlungen auch im EU-Ausland nachfragen. Die wichtigsten Regeln sind hierbei folgende:

- Erstattet werden die medizinischen Leistungen, die auch im Inland von den zuständigen Kostenträgern erstattet werden. Hierbei wird ausdrücklich darauf verwiesen, dass dies für Umfang der Leistungen als auch für deren Erstattung gilt: Es können maximal die im Inland geltenden Sätze (abzüglich gegebenenfalls höherer Verwaltungskosten) erstattet werden. Eine mögliche Differenz zwischen Kosten im Behandlungsstaat und dem Erstattungsbetrag im Versicherungsstaat hat der Versicherte selbst zu tragen.

- Ambulante Behandlungen dürfen ohne Vorabgenehmigung des jeweiligen Kostenträgers im Ausland erfolgen, stationäre Behandlungen sowie Behandlungen, die den „Einsatz einer hoch spezialisierten und kostenintensiven medizinischen Infrastruktur oder medizinischen Ausrüstung erfordern“ (s. RL 2011/24/EU, Art. 8, Abs. 2), stehen mit dem Hinweis auf das Allgemeininteresse unter Genehmigungsvorbehalt.
- Allerdings darf diese Genehmigung nicht willkürlich verweigert werden. In der entsprechenden Richtlinie wird näher bestimmt, unter welchen Umständen eine Genehmigung verweigert werden darf.
- Nicht eingeschlossen in die Richtlinie sind Pflegeleistungen.

Ungeplante medizinische Leistungen, die im europäischen Ausland nachgefragt wurden, werden in der Regel nach der Verordnung (EG) Nr. 883/04 und Verordnung 978/2009 erstattet:

- Im Unterschied zu geplanten Behandlungen werden Patienten in diesem Fall nach den Regeln des Behandlungsstaates versorgt. Sachleistungen werden im Umfang des Behandlungsstaates gewährt, der Patient ist so zu behandeln als wäre er im entsprechenden Staat versichert. Der Leistungsumfang gilt für alle Leistungen einer Behandlung, die nicht bis zur Rückkehr des Patienten aufzuschieben sind. Geldleistungen werden hingegen im Umfang des Versicherungsstaates gewährt, können aber seitens der zuständigen Kostenträger mit den gewährten Sachleistungen verrechnet werden.
- Der für den Patienten zuständige Kostenträger übernimmt alle tatsächlich anfallenden Kosten.
- In Ausnahmefällen können diese Verordnungen auch für geplante medizinische Behandlungen gelten. Diese stehen, wird dieser Weg gewählt, zwar grundsätzlich unter Genehmigungsvorbehalt. Die Genehmigung ist aber zu erteilen, wenn die entsprechende Behandlung durch den zuständigen Träger nicht rechtzeitig zu erbringen ist. Der Kostenträger kann den Leistungsumfang hierbei auf bestimmte Leistungen beschränken.
- Die Kostenträger der entsprechenden Gesundheitssysteme rechnen bei erfolgter Behandlung untereinander ab.

Angewendet wird diese Verordnung im Regelfall auf Patienten, die sich vorübergehend im EU-Ausland aufhalten – Geschäftsreisende oder Touristen – aber auch auf

all diejenigen, die ihren Wohnsitz in das europäische Ausland verlagern, aber weiterhin im inländischen System versichert sind. Hierzu gehören entsandte Arbeitnehmer sowie Rentner.

3. Nationale Regeln als mögliches Hemmnis für grenzüberschreitende Medizin

Trotz der seitens der Europäischen Union sehr umfangreich ausgestalteten Patientenrechte, waren die grenzüberschreitenden Patientenströme in der Vergangenheit überschaubar. In ihrem letzten Bericht über die Anwendung der Richtlinie 2011/24/EU stellte die Europäische Kommission fest, dass insbesondere geplante Behandlungen selten im EU-Ausland durchgeführt werden: In 2013 wurden EU-weit beispielsweise 1,6 Millionen Anträge auf Kostenerstattung für ungeplante Gesundheitsleistungen eingereicht, für geplante hingegen nur 30.172. In 2015 wurden in 20 EU-Mitgliedstaaten insgesamt 39.826 geplante medizinische Behandlungen im EU-Ausland erstattet, davon fielen aber allein 31.032 auf Dänemark (Europäische Kommission, 2015).

Es ist möglich, dass seitens der Patienten das Interesse, sich im EU-Ausland behandeln zu lassen (oder Telemedizin nachzufragen) eher gering ist. Mögliche Sprachbarrieren und Kostenunterschiede können hierbei durchaus eine Rolle spielen. Allerdings sind auch viele nationale Regelungen und Rechtspraktiken in den jeweiligen Gesundheitssystemen nicht auf einen gemeinsamen Binnenmarkt hin ausgerichtet.

3.1 Fehlende Informationen über Leistungskataloge und Leistungskosten

Innerhalb vieler Gesundheitssysteme der EU-Mitgliedstaaten gilt für den Großteil der medizinischen Behandlungen ein sogenanntes Sachleistungsprinzip: Patienten werden medizinisch behandelt, ohne dass sie hierfür in finanzielle Vorleistung treten müssen. Krankenkassen oder nationale Gesundheitsdienste stellen hierbei Leistungen über eigene medizinische Angestellte oder über Vertragsärzte bereit, die direkt mit den Kostenträgern abrechnen.

Diese Praxis führt jedoch dazu, dass in diesen Systemen Informationen über die detaillierten Leistungsansprüche und über die Kosten der Leistungen für Patienten oftmals nicht leicht zugänglich sind und umgekehrt auch nicht umfangreich nachgefragt werden (s. hierzu auch Busse et al., 2011, 119). Sie werden in der täglichen, inländischen Praxis schlicht kaum benötigt, da die entsprechenden Vertragsärzte beziehungsweise medizinischen Angestellten Patienten während der Behandlung informieren.

Um aber geplante medizinische Behandlungen im EU-Ausland nachzufragen, sind die Kenntnisse über den detaillierten Leistungsumfang im In- und Ausland sowie über die Kostenhöhe beziehungsweise deren Differenz essentiell. Je höher der Aufwand für Patienten ist, sich diese Informationen zu beschaffen, desto geringer wird erwartungsgemäß ihre Bereitschaft dazu sein. Sie werden gegebenenfalls dann auf eine medizinische Behandlung im EU-Ausland verzichten, um nicht Gefahr zu laufen, mit zusätzlichen Kosten belastet zu werden.

Im Rahmen der Richtlinie 2011/24/EU wurde zwar auch bestimmt, dass sogenannte Nationale Kontaktstellen diese Informationen bereitstellen sollen. Da diese Transparenz bisher jedoch im Inland kaum eingefordert wird und politische Entscheider hier wenig Druck erfahren, wird dieser Prozess wahrscheinlich noch einige Zeit in Anspruch nehmen.

3.2 Implizite Rationierung

Gleichzeitig stellt sich aber die Frage, warum nationale Gesundheitspolitiker und -akteure bisher eher zögerlich darauf eingehen, den gemeinsamen Binnenmarkt auch für Gesundheitsleistungen zu nutzen. Grundsätzlich ließen sich Kostenvorteile realisieren, wenn sich Patienten nach dem Regelwerk der Patientenrichtlinie behandeln ließen: Denn sind die Behandlungskosten im EU-Ausland höher als im Inland, muss der Patient diese Differenz tragen. Sind sie jedoch geringer, profitiert der inländische Kostenträger.

Sicher, die Gesundheitssysteme der EU-Mitgliedstaaten zeichnen sich durch ein hohes Maß an Verwaltung aus, und Verwaltungsprozesse brauchen in der Regel Zeit, um sich auf Neurungen einzustellen. Allerdings könnte es noch einen weiteren Grund geben, weshalb sich viele nationale Entscheider in der Gesundheitspolitik schwer damit tun, die grenzüberschreitende Patientenversorgung explizit zu fördern und voranzubringen. Denn fragen Patienten Leistungen auch im Ausland nach, verliert ein Instrument seine Wirkung, dass in vielen europäischen Gesundheitssystemen gegenwärtig genutzt wird, um die Kosten der Gesundheitssysteme unter Kontrolle zu halten: die implizite Rationierung.

Wie oben beschrieben, existieren in den EU-Gesundheitssystemen Leistungskataloge, die die Ansprüche der Bürger oder der in den Pflichtversicherungssystemen Versicherten definieren. Gleichzeitig werden in vielen Systemen aber auch implizite Rationierungsstrategien genutzt (siehe hierzu auch Ham/Coulter, 2001).

Allgemein ist implizite Rationierung ein Instrument der staatlichen Begrenzung von Gesundheitsleistungen. Im Gegensatz zur expliziten Rationierung werden hierbei allerdings nicht medizinische Güter und Dienstleistungen benannt (oder im Rahmen einer Negativliste ausgeschlossen), auf die im Bedarfsfall Anspruch besteht. Vielmehr wird in der Regel kollektiv ein maximales Budget festgelegt, das in einem bestimmten Zeitraum für Gesundheitsleistungen ausgegeben werden darf. Ihren Ausdruck findet die implizite Rationierung dann häufig in einer Mengensteuerung: Auf der untergeordneten Ebene existieren parallel bestimmte Verteilungsmechanismen – beispielsweise eine Verteilung nach dem sogenannten „First-come-first-serve-Prinzip“, Wartezeitregelungen, oder das sogenannte „rationing at the bedside“, wo es dem medizinischen Personal überlassen wird, Gesundheitsleistungen zu verteilen.

Das Instrument dieser Mengensteuerung für Gesundheitsleistungen verliert aber nach den gegenwärtig geltenden Regeln des gemeinsamen Binnenmarktes seine Effektivität: Dürfen Patienten Leistungen auch im EU-Ausland in Anspruch nehmen und müssen diese grundsätzlich erstattet werden, umgehen sie diese so gestaltete Rationierung. Umgekehrt sind für nationale Entscheidungsträger weder freie Kapazitäten im Ausland noch die Mobilität der Patienten und damit die Höhe der Nachfrage von Leistungen im Ausland kalkulierbar.

Ganz konkret sieht die Richtlinie 2011/24/EU für Spezialisten und für stationäre Leistungen zwar einen Genehmigungsvorbehalt seitens der Kostenträger vor, so dass das Problem mit der impliziten Rationierung hier auf den ersten Blick nicht trägt. Allerdings hat der EuGH in der Vergangenheit in verschiedenen Urteilen (Vgl. hierzu beispielsweise Rs. C-372/04 (Watts), Rs. C-157/99 (Graets-Smits)) verdeutlicht, dass beispielsweise lange Wartezeiten durchaus als Begründung zur Auslandsnachfrage ausreichend sind und in diesen Fällen eine nachträgliche Genehmigung zu erteilen ist. Ein entsprechender Hinweis findet sich auch in der Richtlinie. Damit kann die nationale Politik, die auf dieses Instrument zur Budgetbeschränkung setzt, den finanziellen Rahmen für Gesundheitsdienstleistungen aber ebenso wie im Bereich der nicht genehmigungspflichtigen Leistungen schlechter kontrollieren.

Setzt die Politik auf implizite Rationierungsmaßnahmen, besteht in den Gesundheitssystemen jedoch nur ein geringer Anreiz, Behandlungen im EU-Ausland aktiv zu fördern. Dies wird im Folgenden am Fallbeispiel Deutschland gezeigt:

Fallbeispiel: Rationierung im Rahmen der korporatistischen Steuerung in Deutschland

Im deutschen Recht ist die Möglichkeit der grenzüberschreitenden medizinischen Behandlung schon länger verankert (s. §13 Abs. 4 und Abs. 5 SGB V sowie §140e SGB V). Bereits vor der endgültigen Verabschiedung der entsprechenden EU-Richtlinie wurden ihr vorangegangene Rechtsurteile des Europäischen Gerichtshofs in der Gesetzgebung berücksichtigt.

Allerdings wird auch im deutschen gesetzlichen Gesundheitssystem eine Form der impliziten Rationierung genutzt (s. hierzu auch Kochskämper, 2013, 135 f.). Medizinische Leistungserbringer werden nicht vollständig pro tatsächlich erfolgter Behandlung vergütet. Vielmehr folgt die Vergütung einem recht komplexen System im Rahmen von Kollektivverträgen. Diese werden von den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen und denen der jeweils zugelassenen medizinischen Leistungserbringer des ambulanten Sektors bzw. der Träger im stationären Sektor ausgehandelt.

- Für ambulante Leistungen wird – im Rahmen der sogenannten morbiditätsorientierten Gesamtvergütung (§ 87 2 SGB V und §§ 87a – 87e SGB V) ein Jahresbehandlungsbedarf für die gesamte vertragsärztliche Versorgung der gesetzlich Versicherten festgesetzt und darüber anhand eines Punktesystems das Gesamtbudget für das Folgejahr abgeleitet. Dieses Budget wird dann zu Anfang des Jahres an alle Vertragsärzte verteilt. Eine nachträgliche Budgetbereinigung der gesetzlichen Krankenkassen ist nur im Zusammenhang mit inländischen Selektivverträgen in engen Grenzen vorgesehen.
- Die ambulanten Ärzte und andere medizinischen Leistungserbringer erhalten ein praxisbezogenes Budget als sogenanntes Regelleistungsvolumen pro Quartal. Dieses Budget leitet sich aus dem arztgruppenspezifischen Fallwert und der praxisindividuellen Fallzahl des Vorjahresquartals ab. Zudem fließt das Alter des Patientenstammes als Gewichtungsfaktor mit ein. Wird das Leistungsvolumen überschritten, werden die zusätzlichen Leistungen in der Vergütung für das entsprechende Quartal nicht oder nur teilweise berücksichtigt (Ausnahmen existieren seit 2012 für Ärzte in unterversorgten Regionen). Allerdings werden zusätzliche Patienten für die Berechnung des praxisbezogenen Budgets im Folgejahr berücksichtigt.
- Die Vergütung stationärer Leistungen unterscheidet sich etwas von der im ambulanten Sektor. Mit den Krankenkassen abgerechnet werden landeseinheitliche Fallpauschalen (DRGs). Allerdings werden auch hier im Vorfeld Bud-

gets ausgehandelt, die dem Regelleistungsvolumen im ambulanten Sektor nicht unähnlich sind: Krankenhausträger und der zuständige Landesverband der Krankenkassen sowie der Ersatzkassen schließen einen Versorgungsvertrag ab (§ 108 SGB V). Im Rahmen dieses Versorgungsvertrags wird jährlich ein Gesamtbudget vereinbart (§ 4 Abs 1 und 2 KHEntgG und § 6 Abs. 3 KHEntgG). Wird dieses Gesamtbudget überschritten, werden die so erzielten Mehrerlöse nur zu 65 Prozent ausgeglichen, wird es unterschritten, werden Mindererlöse zu 20 Prozent entgolten (§ 4 Abs. 3 KHEntgG).

In diesem System entstehen ausschließlich zusätzliche Kosten, falls Patienten Leistungen im Ausland nachfragen. Denn nachträglich sind für die gesetzlichen Krankenkassen keine Budgetbereinigungen vorgesehen, falls Patienten Behandlungen im Ausland vornehmen lassen.

- Im ambulanten Sektor hat eine einzelne gesetzliche Krankenkasse daher im ambulanten Sektor keinerlei Kostenvorteile, falls sie beispielsweise mit ausländischen Anbietern Selektivverträge schließt. Im Gegenteil: Die Behandlung im EU-Ausland, selbst wenn sie dort kostengünstiger ist, führt kurzfristig zu einer zusätzlichen Kostenbelastung für die Krankenkassen und damit für die Versicherten. Denn diese Leistungen müssen zusätzlich zu der Vergütung im Inland finanziert werden.
- Im stationären Sektor lohnen sie sich nur dann, wenn die Kostenersparnis durch stationäre Behandlung im Ausland die Kosten aus dem Begleich der Mindererlöse übersteigt. Die Anreize, Selektivverträge im Kostenwettbewerb zu nutzen, sind daher insgesamt schwach (vgl. hierzu auch Cassel et al., 2006, 66 f.; Monopolkommission, 2010, 380 ff., die dieses Problem für Selektivverträge im Inland darstellen).

Dass die Nachfrage im Ausland darüber hinaus inländische Nachfrage substituiert, ist in diesem System ebenfalls unwahrscheinlich: Denn die Leistungserbringer haben hier den Anreiz, solange Patienten zu behandeln bis das Regelleistungsvolumen im ambulanten Bereich beziehungsweise das Gesamtbudget im stationären Bereich ausgeschöpft sind. Fehlende Nachfrage, die durch die Wanderung der Patienten ins Ausland entsteht, wird so wahrscheinlich durch Leistungsausweitung im Inland kompensiert. Denn ansonsten droht den Leistungserbringern eine geringere Vergütung in den Folgejahren, bedingt durch eine geringere Fallzahl. Damit ist aber auch langfristig keine Kostensenkung durch Auslandsnachfrage spürbar.

Insgesamt sind daher die Anreize im Rahmen dieses Vergütungssystems für gesetzliche Krankenkassen und für medizinische Leistungserbringer gering, Patienten aktiv

auf die Möglichkeit der Behandlung im EU-Ausland hinzuweisen. Für die Krankenkassen wäre einzig ein Vorteil im Qualitätswettbewerb denkbar: Da sie grundsätzlich Selektivverträge auch mit ausländischen Leistungserbringern abschließen dürfen, könnten sie ausländische Leistungserbringer höherer Qualität unter Vertrag nehmen und damit Versicherte gewinnen. Insbesondere in Grenzregionen könnten Versicherte diese zusätzliche Leistung schätzen. Über den Zusatzbeitrag, der im deutschen System kassenindividuell festgelegt werden kann, können sich gesetzliche Krankenkassen diese verbesserte Leistung auch entsprechend vergüten lassen. Allerdings gilt dieser Zusatzbeitrag dann für alle Versicherten und kann beispielsweise nicht regional differenziert erhoben werden. Das könnte aber wiederum Krankenkassen abschrecken, da sie bei einem im Vergleich höheren Zusatzbeitrag die Abwanderung ihrer anderen Versicherten befürchten müssen, die diese zusätzliche Leistung nicht nutzen wollen.

3.3 Steuerfinanzierte medizinische Infrastruktur

Gerade für Grenzregionen innerhalb der Europäischen Union ist es sinnvoll, in der Gesundheitsversorgung zusammenzuarbeiten und so beispielsweise Doppelstrukturen innerhalb eines kleinen Radius zu vermeiden.

Nationale oder regionale Entscheidungsträger haben hierbei allerdings oftmals geringe Anreize, Patienten aus dem EU-Ausland in ihrem Hoheitsgebiet behandeln zu lassen (s. hierzu auch Kochskämper, 2013, 134 f.). Denn in den meisten EU-Staaten wird die medizinische Leistungserbringung auch aus Steuermitteln finanziert. Schlagen sich diese jedoch im Inland nicht in der Abrechnung zwischen Kostenträger und Leistungserbringer nieder, dürfen laut Rechtsprechung des EuGH (RS C-411/98 (Ferlini)) auch keine höheren Leistungsentgelte von EU-Ausländern gefordert werden. Wird die medizinische Infrastruktur jedoch zum Teil oder größtenteils über Steuermittel finanziert und wird dieser Steueranteil nicht in der Abrechnung mit Patienten aus dem EU-Ausland berücksichtigt, kommt es zu sogenannten Kosten-Spillover-Effekten: Patienten aus dem EU-Ausland können das inländische medizinische Angebot zu einem geringeren, nicht kostendeckenden Preis nutzen als Inländer. Eine hohe Nachfrage aus dem EU-Ausland würde dann die inländischen Steuerzahler belasten, die für die medizinische Infrastruktur aufkommen.

In den Gesundheitssystemen, in denen die Kapazitätsplanung und die medizinische Versorgung durch einen hoheitlichen Akteur vorgenommen und größtenteils steuerfinanziert werden, ist daher eher mit einer Abwehr von Nachfrage aus dem Ausland zu rechnen.

Für Gesundheitssysteme, in denen Leistungserbringer teilweise unabhängig agieren können, stellt sich der Fall komplexer dar. Wird beispielsweise wie im stationären Sektor in Deutschland nur die medizinische Infrastruktur von staatlichen Akteuren bereitgestellt und steuerfinanziert, wird aber die Leistungserbringung autonom vergütet, besteht für letztere der Anreiz, freie Kapazitäten mit Patienten aus dem Ausland zu „füllen“. Ein solches System kann dazu neigen, dauerhaft staatlich finanzierte Überkapazitäten (im Verhältnis zur Nachfrage durch inländische Patienten) zu erzeugen.

4. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

In den letzten Jahren wurde durch die Europäische Union ein Regelwerk geschaffen, dass Patienten die grenzüberschreitende Nachfrage nach medizinischen Leistungen ohne große rechtliche Hindernisse ermöglicht. In der Praxis wird diese Möglichkeit bisher wenig genutzt. Dies ist auf den ersten Blick insofern überraschend, als hier nicht nur für die Patienten selbst, sondern auch für die Gesundheitssysteme insgesamt viele Vorteile liegen können. Insbesondere in der Versorgung strukturschwacher Grenzregionen bietet sich eine grenzüberschreitende Zusammenarbeit an, insgesamt könnten sich aber auch Potenziale zu einer kostengünstiger medizinischen Versorgung realisieren lassen.

Dass diese Möglichkeit bisher nicht umfassend genutzt wird, liegt sicher an Faktoren wie Sprachbarrieren oder für Patienten höhere Kosten, wenn sie sich im EU-Ausland behandeln lassen. Bei näherer Betrachtung zeigt sich aber auch, dass die Gesundheitssysteme selbst viele Strukturen aufweisen, die einer grenzüberschreitenden Kooperation entgegenstehen. Bisher ist ihre Organisation stark auf einen nationalen Rahmen ausgerichtet. Gerade hier könnte ein weiterer Grund liegen, weshalb die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung bisher nur marginal stattfindet.

Explizit genannt wurden hier die fehlenden Informationen für Patienten über Umfang und Kosten der Leistungskataloge, die auch im vorherrschenden Sachleistungsprinzip begründet liegt. Darüber hinaus ist implizite Rationierung ein häufig genutztes Instrument, um die Kosten der Gesundheitssysteme unter Kontrolle zu halten. Darüber hinaus steht auch die Steuerfinanzierung von medizinischer Infrastruktur einer grenzüberschreitenden Zusammenarbeit entgegen.

Deshalb ist es nun primär an den Mitgliedstaaten, ihre in den Gesundheitssystemen vorherrschende Praxis zu hinterfragen und gegebenenfalls neue Organisationsformen zu finden. In den hier dargelegten Beispielen wäre dies unter anderem Folgendes:

- Eine Ausformulierung der Leistungskataloge mit dargelegtem Leistungsumfang und -kosten, die für Patienten leicht zugänglich ist.
- Der mittelfristige Verzicht auf Instrumente der Mengensteuerung im Rahmen der impliziten Rationierung beziehungsweise die Suche nach neuen Formen der internationalen Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich, die diese Instrumente teilweise überflüssig machen.
- Das Überprüfen, ob eine vollständige oder teilweise Steuerfinanzierung medizinischer Infrastruktur tatsächlich notwendig ist, um diese Leistung bereitzustellen. Denkbar wäre beispielsweise auch eine Kombination aus Leistungsvergütung und Investitionszuschüssen, die vom Leistungserbringer abgerechnet werden können.

Denn grundsätzlich bietet der gemeinsame Binnenmarkt die Chance, auch im Gesundheitsbereich verstärkt zusammenzuarbeiten und Potenziale zur Kostensenkung und Qualitätsverbesserung zu nutzen. Insbesondere vor dem Hintergrund des in vielen Mitgliedstaaten stattfindenden demografischen Wandels, der auch das Gesundheitswesen vor neue Herausforderungen stellt, wäre dies notwendig. Die Europäische Union kann diesen Prozess unterstützen und begleiten, gefordert sind aber vor allem die nationalen Entscheidungsträger, diese Chance zu nutzen.

Literatur

Busse, Reinhard / van Ginneken, Ewout / Schreyögg, Jonas / Garrido, Marcial Velasco, 2011, Benefit baskets and tariffs, in: Wismar, Matthias / Palm, Willy / Figueras, Josep / Ernst, Kelly / van Ginneken, Ewout (Hrsg.), Cross-border Health Care in the European Union. Mapping and analysing practices and policies, Observatory Studies Series 22, Kopenhagen, S. 91–120, http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/135994/e94875.pdf [20.03.2017]

Cassel, Dieter / Ebsen, Ingwer / Greß, Stefan / Jacobs, Klaus / Schulze Sabine / Wasem, Jürgen, Weiterentwicklung des Vertragswettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung, Vorschläge für kurzfristig umsetzbare Reformschritte, Gutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbandes, https://www.mm.wiwi.uni-due.de/fileadmin/fileupload/BWL-MEDMAN/Forschung/gutachten_vertragswettbewerb_lang.pdf [15.3.2017]

Europäische Kommission, 2012, Mitteilung der Kommission über die Anwendung der Beihilfavorschriften der Europäischen Union auf Ausgleichsleistungen für die Erbringung von Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichen Interesse (2012/C8/02)

Europäische Kommission, 2015, Bericht der Kommission an das Europäische Parlament und den Rat. Bericht der Kommission über die Anwendung der Richtlinie 2011/24/EU über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, Brüssel, <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/?uri=celex:52015DC0421> [8.3.2017]

Ham, Chris / Coulter, Angela, 2001, Explicit and implicit rationing: taking responsibility and avoiding blame for health care choices, in: Journal of Health Services Research and Policy, 6(3), S. 163–169

Hatzopoulos, Vassilis, 2010, Public procurement and state aid, in national health care systems in: Mossialos, Elias / Permanand, Govin / Baeten, Rita / Hervey, Tamara K. (Hrsg.), Health Systems Governance in Europe: The Role of EU Law and Policy, Copenhagen, S. 379–418, <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/studies/health-systems-governance-in-europe-the-role-of-eu-law-and-policy-2010> [13.3.2017]

Kochskämper, Susanna, 2013, Das Gesundheitswesen in der Europäischen Union. Perspektiven für eine künftige Ausgestaltung, Untersuchungen zur Wirtschaftspolitik 138, Köln

Monopolkommission, 2010, Hauptgutachten XVIII (2008/2009). Mehr Wettbewerb, wenig Ausnahmen, in: Deutscher Bundestag (Hrsg.): Unterrichtung durch die Bundesregierung, Drucksache 17/2600, <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/17/026/1702600.pdf> [15.3.2017]