

Dietrich, Vera

Article

Reformbedarf für eine grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung in Europa

Wirtschaft im Wandel

Provided in Cooperation with:

Halle Institute for Economic Research (IWH) – Member of the Leibniz Association

Suggested Citation: Dietrich, Vera (1999) : Reformbedarf für eine grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung in Europa, *Wirtschaft im Wandel*, ISSN 2194-2129, Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung Halle (IWH), Halle (Saale), Vol. 5, Iss. 16, pp. 9-16

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/143010>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

Tabelle 3:

Lebenszufriedenheit^a von Ostdeutschen nach Altersgruppen, in Klammern die Werte der jeweiligen westdeutschen Referenzgruppe
- in vH (Zeilenprozent) -

	Aktuelle Lebenszufriedenheit 1997			Erwartete Lebenszufriedenheit in fünf Jahren		
	gering	mittel	hoch	gering	mittel	hoch
40- bis 44-jährige Ostdeutsche	12 (6)	68 (52)	20 (42)	16 (6)	59 (50)	25 (44)
<i>darunter: Arbeitslose</i>	32 (19)	57 (58)	11 (23)	34 (16)	46 (52)	20 (32)
20- bis 24-jährige Ostdeutsche	3 (3)	60 (45)	37 (52)	6 (3)	48 (37)	46 (60)
<i>darunter: Arbeitslose</i>	10 (14)	73 (47)	17 (39)	19 (9)	47 (46)	34 (45)

^a Die Lebenszufriedenheit wird auf einer Skala von 0 (= ganz und gar unzufrieden) bis 10 (= ganz und gar zufrieden) gemessen. Für die Gruppenbildung wurden die Werte wie folgt zusammengefaßt: 0 bis 3 = geringe Zufriedenheit; 4 bis 7 = mittlere Zufriedenheit; 8 bis 10 = hohe Zufriedenheit.

Quellen: Sozio-ökonomisches Panel (SOEP), Welle 1997, gewichtete Anteile; Berechnungen des IWH.

auf dem Arbeitsmarkt – vor allem die Bewältigung der Schwelle in die Berufstätigkeit – zu einem wichtigen Faktor für gelungene oder mißlungene Integration werden.

Das Lebensgefühl der ostdeutschen Jugendlichen und ihre Zufriedenheit mit einzelnen Lebensbereichen ähnelt dem Bild der westdeutschen Al-

tersgefährzten durchaus. Unterschiede werden dort sichtbar, wo die Perception der höheren Arbeitslosigkeit und der größeren wirtschaftlichen Unsicherheit in den neuen Ländern Relevanz besitzt.

Cornelia Lang
(cIn@iwh.uni-halle.de)

Reformbedarf für eine grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung in Europa

In einem Grundsatzurteil hat der Europäische Gerichtshof das Prinzip der Freizügigkeit auf den Gesundheitssektor übertragen und damit einer europaweiten Wahlfreiheit für Patienten zwischen Anbietern von medizinischen Leistungen den Weg bereitet. Aufgrund der zum Teil erheblichen Preis- und Qualitätsunterschiede im Bereich der medizinischen Versorgung läßt dies unter den derzeit geltenden EU-Regelungen für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung verstärkte Patientenwanderungen in Europa erwarten. Vor dem Hintergrund einer Ost-Erweiterung der EU wäre insbesondere auch für das deutsche Gesundheitswesen mit einer zunehmenden Nachfrage ausländischer Patienten zu rechnen. Der mit der Umsetzung des Binnenmarktes intendierte verstärkte Wettbewerb zwischen europäischen Anbietern von Gesundheitsleistungen ist grundsätzlich zu begrüßen. Jedoch könnte eine Wahlfreiheit aufgrund von durch die bestehenden Regulierungen verursachten Fehlanreize und Ineffizienzen unter Umständen

negative Auswirkungen auf die nationalen Gesundheitssysteme nach sich ziehen. Durch kurzfristig umsetzbare Reformmaßnahmen, insbesondere die Einführung des Ursprungslandprinzips und der Kostenerstattung bei der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung sowie einer Selbstbeteiligung von Patienten für Auslandsbehandlungen, kann das jetzige System unter Wahrung des Subsidiaritätsprinzips kompatibel mit dem Binnenmarkt gemacht werden.

Das Gesundheitswesen stellt in allen EU-Mitgliedstaaten einen hochregulierten Sektor dar, der bislang weitgehend vom innereuropäischen Wettbewerb ausgeschlossen war. Entgegen den Grundprinzipien des Binnenmarktes, die einen ungehinderten Verkehr von Gütern und Dienstleistungen in Europa vorsehen, waren EU-Bürger bisher aufgrund von nationalen Vorschriften weitgehend von einer Wahlfreiheit bei medizinischen Dienstleistungen ausgeschlossen und auf die Anbieter von

Gesundheitsleistungen im jeweiligen Sitzland beschränkt. Diese Praxis wurde in einer Grundsatzentscheidung des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) als ein Verstoß gegen das im EG-Vertrag verankerte Prinzip der Freizügigkeit verworfen.⁹ Die ökonomischen Implikationen des Urteils, das zu unterschiedlichen Reaktionen bei den Mitgliedstaaten geführt hat, sind noch weitgehend ungeklärt.¹⁰ Die Einführung einer Wahlfreiheit führe, so befürchten einige europäische Regierungen und Gesundheitsbehörden, zu einer Gefährdung der finanziellen Stabilität der nationalen Gesundheitssysteme. Dahinter dürfte auch die Sorge vor strukturellen Anpassungsprozessen und Verteilungskämpfen im inländischen Gesundheitssektor stehen.

Vor diesem Hintergrund untersucht der Beitrag, welche Effekte von der Einführung einer Wahlfreiheit bei Gesundheitsleistungen unter den bestehenden institutionellen Rahmenbedingungen, insbesondere den EG-rechtlichen Vorgaben, zu erwarten sind, wie dies unter ökonomischen Gesichtspunkten zu beurteilen ist und welche Reformmaßnahmen den Bereich der medizinischen Dienstleistungen mit den Erfordernissen des Binnenmarktes in Einklang bringen.

Rechtliche Rahmenbedingungen für medizinische Behandlungen im europäischen Ausland

Die europäischen Gesundheitssysteme sind überaus heterogen in Hinblick auf die Finanzierungsmechanismen sowie die Art und Bereitstellung der medizinischen Versorgung. Sie unterstehen, einem strengen Subsidiaritätsprinzip folgend, der alleinigen Zuständigkeit der nationalen Regierungen. In allen EU-Mitgliedsländern werden die Bedingungen auf den Märkten für Gesundheitsleistungen in hohem Maße durch staatliche Regulierungen festgelegt. Dies betrifft sowohl Regelungen zur Versicherungspflicht, zur Höhe von Versicherungsbeiträgen und Gesundheitsbudgets, als auch Art und Umfang der Leistungsansprüche, die Ausstattung des Gesundheitssektors mit medizinischer Hochtechnologie, die Qualifikationsanforderungen an die Leistungserbringer sowie die Vergütungs-

strukturen und damit die Preise für medizinische Leistungen.

Gleichzeitig ist der Bereich der medizinischen Dienstleistungen durch das sogenannte Territorialitätsprinzip bislang vom innereuropäischen Wettbewerb ausgeschlossen. Dieses führt dazu, daß Patienten lediglich Anspruch auf die in ihrem Heimatland üblichen medizinischen Leistungen haben und bei der Behandlung auf inländische Leistungserbringer beschränkt sind. Der Grund für die starke Abschottung ist nicht nur darin zu sehen, daß der Bereich der Gesundheitsversorgung besonders stark durch historisch gewachsene Wertesysteme geprägt ist und in allen Mitgliedstaaten eine hohe sozialpolitische Bedeutung genießt. Auch aufgrund der finanziellen Bedeutung – der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP beläuft sich im EU-Durchschnitt auf etwa 8 vH – und des hohen Anteils öffentlicher Finanzierung besteht ein besonderes Interesse an der Kontrolle über den Begünstigtenkreis und das Leistungsvolumen der Krankenversicherungssysteme. Nicht zuletzt ist der Gesundheitssektor aufgrund der hohen Beschäftigungsintensität – in Deutschland entfielen 1995 gut 11 vH aller Erwerbstätigen auf das Gesundheitswesen – und des Wachstumspotentials auch unter industriepolitischen Gesichtspunkten von nationalem Interesse.

Bislang ist in fast allen Mitgliedstaaten die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen im EU-Ausland nur auf der Grundlage weniger Ausnahmetatbestände gestattet, die primär darauf abzielen, die Mobilität des Faktors Arbeit im Binnenmarkt zu gewährleisten. Diese Ausnahmetatbestände sowie die Abrechnungsmodalitäten zwischen den europäischen Gesundheitssystemen in diesen Fällen sind durch EU-Verordnungen geregelt.¹¹ Demnach ist eine medizinische Versorgung im EU-Ausland primär auf Wanderarbeitnehmer bzw. Selbständige, Pendler in Grenzregionen sowie deren Familien beschränkt; alle übrigen Personen können eine Auslandsbehandlung nur in Notfällen bei Kurzaufenthalten (Urlaub, Dienstreisen) oder nach der vorherigen Zustimmung der heimischen Gesundheitsbehörde bzw. Krankenkasse beanspruchen. Die Abrechnung der Leistungen in diesen Ausnahmefällen sind gleichfalls durch europäisches

⁹ EuGH-Urteile C-120/95 und C-158/96 vom 28. April 1998.

¹⁰ Zu den unterschiedlichen Positionen der Mitgliedstaaten vgl. GOBRECHT, J.: National reactions to Kohll and Decker, in: Eurohealth, Vol. 5, No. 1, 1999, S. 16 f.

¹¹ Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 und 574/72.

Recht geregelt und werden durch bilaterale Abkommen der EU-Mitgliedstaaten ergänzt. Grundsätzlich gilt die Regel, daß die Kosten der Auslandsbehandlung vom Versicherer bzw. der Gesundheitsbehörde im Heimatland des Patienten übernommen werden.¹² Hinsichtlich der Art und des Umfangs der gewährten Leistungen gilt das Bestimmungslandprinzip, d. h. die medizinische Versorgung erfolgt entsprechend der Leistungskataloge und Regelungen des Aufenthaltslandes.

Insgesamt ist die Bedeutung von Auslandsbehandlungen mit unter 1 vH der gesamteuropäischen Gesundheitsausgaben bislang noch sehr gering.¹³ Durch das Grundsatzurteil, in dem der EuGH die Binnenmarktprinzipien der Güter- und Dienstleistungsfreiheit auf den Gesundheitssektor übertragen hat und damit eine grundsätzliche Neuorientierung im Bereich des europäischen Sozialrechts einleitete, werden die Mitgliedstaaten gezwungen, die rechtlichen Rahmenbedingungen für eine grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung zu schaffen. Anlaß war die Klage zweier luxemburgischer Bürger, die medizinische Güter bzw. Leistungen in Deutschland bezogen hatten und deren Versicherungen die Kostenerstattung mit dem Argument verweigerten, die Versicherten hätten vorher nicht die Zustimmung der Versicherung eingeholt. Die Kläger sahen ihr vom EG-Vertrag garantiertes Recht auf Freizügigkeit beschnitten. Der Fall wurde vom luxemburgischen Sozialgericht an den EuGH verwiesen, der einen Verstoß gegen die Binnenmarktprinzipien feststellte und gleichzeitig die Relevanz der Artikel 36 und 66 des EG-Vertrages verneinte, die den Mitgliedstaaten zur Abwehr einer Gefährdung der öffentlichen Gesundheit eine Beschränkung der Güter- und Dienstleistungsfreiheit gestatten.

¹² Im allgemeinen erfolgt eine Abrechnung der vollen Kosten, in einzelnen Fällen kommen aber auch Pauschalen zur Anwendung oder die Mitgliedstaaten verzichten auf die gegenseitigen Ansprüche, vgl. HERMESSE, J.; u. a.: Patient Mobility within the European Union, in: European Journal of Public Health, 7, (3 Supplement), 1997, S. 6.

¹³ Die verfügbaren Daten lassen auf ein Volumen von unter 1 vH der gesamteuropäischen Gesundheitsausgaben schließen, vgl. CRIVELLI, L; ZWEIFEL, P.: Patientenwanderungen in der EU: Modellierung und Implikationen für die Schweiz, in: Swiss Journal for Economics and Statistics, (132) 2, 1996, S. 377.

Viele Rechtsfragen im Zusammenhang mit dem Urteil sind bislang noch offen.¹⁴ So bezieht sich das Urteil auf den spezifischen Fall des luxemburgischen Kostenerstattungssystems und es ist ungeklärt, welche Folgen sich für Staaten wie Deutschland ergeben, in denen das Sachleistungsprinzip vorherrscht. Gleichzeitig deckt das Urteil nur den Bereich der ambulanten Leistungen ab und es ist bislang fraglich, welche Implikationen sich für den stationären Sektor ergeben, der mit einem Anteil von etwa 40 vH der Gesundheitsausgaben im EU-Durchschnitt gleichzeitig der kostenintensivste Bereich ist. Es ist jedoch davon auszugehen, daß der EuGH im Rahmen weiterer Urteile seine Rechtsposition konkretisieren wird und daß dabei auch der stationäre Sektor nicht ausgespart bleibt. Erste Verfahren dazu sind schon anhängig. Für die Mitgliedstaaten ergibt sich damit die Frage, welche potentiellen Auswirkungen von der Einführung einer Wahlfreiheit bei Gesundheitsleistungen zu erwarten sind und welche Modifikationen des derzeitigen Regulierungssystems gegebenenfalls vorzunehmen sind.

Preis- und Qualitätsunterschiede bei medizinischen Leistungen

Die Auswirkungen einer Wahlfreiheit bei medizinischen Leistungen hängen primär von der Bereitschaft der Patienten ab, medizinische Leistungen im europäischen Ausland nachzufragen. Damit stellt sich zunächst die Frage, von welchen Determinanten die Patientenmobilität beeinflusst wird. Existierende Forschungsergebnisse aus dem Bereich der Gesundheitsökonomik legen nahe, daß die Wahl zwischen den Anbietern medizinischer Leistungen neben Transaktionskosten, die aus Such- und Reiseaktivitäten erwachsen, vor allem von zwei Faktoren bestimmt wird: von der individuellen finanziellen Belastung, die den Patienten aus der Behandlung entsteht, sowie von Unterschieden in der Qualität medizinischer Leistungen.¹⁵ Die bisherigen Erfahrungen zeigen, daß die

¹⁴ Vgl. EICHENHOFER, E.: Das europäische koordinierende Krankenversicherungsrecht nach den EuGH-Urteilen Kohll und Decker, in: Vierteljahresschrift für Sozialrecht, Nr. 2, 1999.

¹⁵ Vgl. BURNS, L. R.; WHOLEY, D. R.: The impact of physician characteristics in conditional choice models for hospital care, in: Journal of Health Economics, 1992, S. 43-62.

Bedeutung von Transaktionskosten in einem wettbewerblichen Umfeld abnimmt.¹⁶ In Europa dürften daher bei der Einführung einer Wahlfreiheit für medizinische Leistungen Patientenwanderungen primär durch die interregionalen Preis- und Qualitätsunterschiede motiviert sein. Für den Einfluß des Preises ist dabei entscheidend, daß unter den derzeitigen EU-Vorschriften die tatsächlichen Behandlungskosten keine relevante Größe im Entscheidungskalkül der Patienten darstellen, da diese von der Sozialversicherung in ihrem Heimatland übernommen werden. Aus Patientensicht wären daher lediglich die Höhe der Zuzahlungen in den potentiellen Zielländern entscheidungsrelevant, die vom Patienten selbst getragen werden müssen. Sowohl hinsichtlich der Qualität der medizinischen Versorgung als auch bei der Höhe der Selbstbeteiligung an den Behandlungskosten weisen die EU-Mitgliedstaaten deutliche Unterschiede auf.¹⁷

Die zum Teil erheblichen Differenzen bei den Zuzahlungen (vgl. Tabelle)¹⁸ werden allerdings auch für Patienten aus zuzahlungsfreien Systemen kein grundsätzliches Hindernis darstellen, sich einer Behandlung im Ausland zu unterziehen. Denn auch in europäischen Staaten mit einer weitgehend kostenlosen Grundversorgung, insbesondere durch staatliche Gesundheitsdienste, weichen die Patienten aufgrund von Versorgungsdefiziten häufig auf private Anbieter von Gesundheitsleistungen aus und leisten hierfür faktisch erhebliche Zahlungen aus eigener Tasche.¹⁹

Größere Unterschiede zwischen den nationalen Gesundheitssystemen bestehen ebenfalls in Hinblick auf die Qualität der medizinischen Leistungen und das Versorgungsniveau. Dies betrifft sowohl den Umfang der von der Sozialversicherung abgedeckten Leistungen, die medizinische Kom-

– CRIVELLI, L.: Grenzüberschreitende Patientenwanderungen, Bern 1998.

¹⁶ So haben bspw. in der Vergangenheit Kliniken, die vermehrt ausländische Patienten attrahieren wollen, über ihre Leistungen informiert, fremdsprachiges Personal eingestellt und Unterkunftsmöglichkeiten für Angehörige geschaffen.

¹⁷ Vgl. KEMENADE, Y.W. van: Health Care in Europe 1997, Maarsen 1997. – SCHNEIDER, M.; u.a.: Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich, Augsburg 1995 und 1998.

¹⁸ Hierbei handelt es sich um eine stark vereinfachende Zusammenstellung. Für detaillierte Informationen zu Befreiungsregeln und jährlichen Belastungsgrenzen, vgl. ebenda.

¹⁹ Vgl. ebenda.

Tabelle:

Beteiligung der Patienten an den Behandlungskosten (1997)

	Ambulanter Sektor	Stationärer Sektor
Belgien	A: 30 vH, F: 40 vH	1. Tag: 85 DM, ab 2. Tag: 25 DM
Dänemark	25 vH bei freier Arztwahl, ansonsten zuzahlungsfrei	zuzahlungsfrei*
Deutschland	zuzahlungsfrei	14/17 DM/Tag
Finnland	max. 50 DM/Jahr	max. 42 DM/Tag
Frankreich	30 vH	22 DM + 20 vH Tagessatz
Griechenland	zuzahlungsfrei	zuzahlungsfrei
Großbritannien	zuzahlungsfrei	zuzahlungsfrei
Irland	abhängig vom Versicherungstarif	
Italien	A: max. 76 DM/Jahr F: 15 – 71 DM	zuzahlungsfrei*
Luxemburg	5-20 vH	11 DM/Tag
Niederlande	A: 0, F: 20 vH	8 DM/Tag
Österreich	7-21 DM/ Quartal	9-10 DM/Tag
Portugal	unterschiedlich	zuzahlungsfrei
Schweden	A: 12-29 DM, F: 21-54 DM	max. 17 DM/Tag
Spanien	zuzahlungsfrei*	zuzahlungsfrei*

A: Allgemeinmediziner, F: Facharzt, * Grundversorgung. Beträge wurden gerundet.

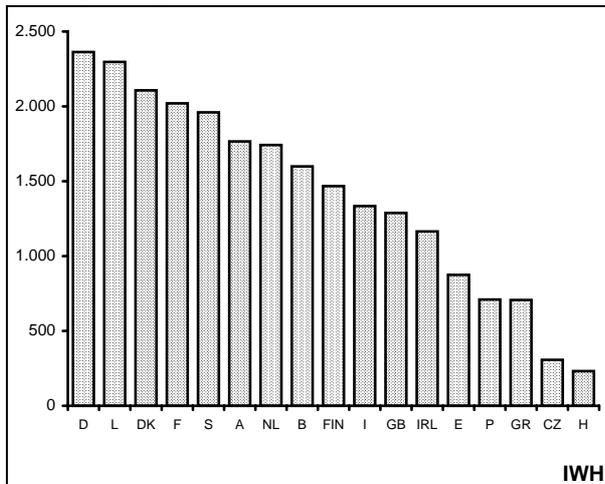
Quellen: Kemenade, Y. W. van (1997). – Schneider, M. (1998), a. a. O.

petenz und die technologische Ausstattung im Gesundheitssektor, als auch die Existenz von angebotsseitigen Versorgungsengpässen, die zur Rationierung von Leistungen und Wartelisten führen. In diesen Unterschieden spiegelt sich letztlich auch die Tatsache wider, daß die nationalen Zahlungsbereitschaften für die Gesundheitsversorgung, auch bedingt durch die bestehenden Einkommensunterschiede, europaweit stark differieren (vgl. Abbildung).

In manchen EU-Mitgliedstaaten werden beispielsweise im Zuge einer Altersrationierung Leistungen für ältere Patienten eingeschränkt oder bestimmte Leistungen sind überhaupt nicht Bestandteil des Leistungskataloges.²⁰ Gleichzeitig bestehen in vielen Ländern (Großbritannien, Irland, Schweden, Finnland, Italien, Griechenland) erhebliche Wartezeiten von zum Teil mehreren Jahren

²⁰ Vgl. BREYER, F.: Zwischen Rationalisierung und Rationierung am Krankenlager, in: Handelsblatt vom 11. November 1998, S. 2. – FISCHERMANN, T.; HOFFMANN, W.: Müssen Arme früher sterben?, in: Die Zeit vom 5. August 1999, S. 17-18.

Abbildung:
Gesundheitsausgaben in Europa
- ECU pro Kopf, 1997 -



Quelle: OECD.

für operative Eingriffe und fachärztliche Behandlungen, die je nach individuellem Leidensdruck einen starken Anreiz bilden können, sich einer sofortigen Behandlung im Ausland zu unterziehen.²¹

Einfluß auf die Qualität der medizinischen Versorgung in einem Land hat auch die Verbreitung anspruchsvoller Diagnose- und Therapieverfahren. Ebenfalls mit dem Ziel der Kostenbegrenzung im Gesundheitswesen wird die Anwendung dieser Technologien, die mit hohen Investitions- und Betriebskosten verbunden sind, in vielen Staaten durch spezifische Regulierungen eingeschränkt. Entsprechend weist daher auch die Ausstattung und räumliche Dichte im Bereich der Gerätemedizin in Europa große Unterschiede auf.²²

Die bestehenden Unterschiede hinsichtlich des Versorgungsniveaus bei hochqualitativen medizinischen Leistungen lassen sich am Beispiel der Herzchirurgie und der Transplantationsmedizin demonstrieren. Diese Eingriffe erfordern nicht nur

eine hohe medizinische Kompetenz und eine entsprechende Infrastruktur, sondern sind gleichzeitig auch sehr kostenintensiv. So ist die Anzahl der Herz-, Nieren- und Lebertransplantationen je 100.000 Einwohner in Griechenland, Portugal, Polen und Ungarn zwischen 55 vH und 75 vH niedriger als im europäischen Durchschnitt. Ähnliche Differenzen existieren bei herzchirurgischen Eingriffen, beispielsweise bei Bypass-Operationen oder der operativen Erweiterung von Herzkranzgefäßen.

Verstärkte Patientenwanderungen zu erwarten

Angesichts der bestehenden Unterschiede bei den Zuzahlungen und dem Versorgungsniveau läßt die Einführung einer Wahlfreiheit bei medizinischen Leistungen einen Anstieg innereuropäischer Patientenwanderungen erwarten. Denn nach den derzeit gültigen Regelungen könnten Patienten für den von ihnen im Heimatland zu entrichtenden Versicherungs- bzw. Steuerbetrag, zuzüglich der im Zielland zu entrichtenden Zuzahlungen, unter Umständen im Ausland umfangreichere, bzw. qualitativ bessere Leistungen in Anspruch nehmen. Naturgemäß wird dies nicht den Bereich der Notfallmedizin oder der medizinischen Standardversorgung, sondern in erster Linie schwerere oder langwierige (und daher i. d. R. auch kostenintensiv zu behandelnde) Erkrankungen betreffen, bei denen der Patient von einer Auslandsbehandlung einen entscheidenden Einfluß auf seine Gesundung bzw. Überlebenschance erwartet.

Auch die Erfahrungen der Vergangenheit zeigen, daß sich die räumliche Allokation der Fälle von Auslandsbehandlungen an der medizinischen Reputation und der technologischen Ausstattung der Anbieter orientiert und einzelne Staaten Patienten mit bestimmten Krankheiten attrahieren.²³ Aufgrund der hohen Qualität der medizinischen Versorgung, der guten technologischen Ausstattung im Gesundheitssektor und der vergleichsweise niedrigen Zuzahlungsbeträge zählt Deutschland bei einer Einführung der Wahlfreiheit sicherlich zu den potentiellen Zielländern für migrierende Patienten. Der Anreiz deutscher Patienten, sich für eine Behandlung ins Ausland zu begeben,

²¹ Die Bedeutung von Wartelisten ist in einigen EU-Mitgliedstaaten erheblich. In den skandinavischen Ländern betragen die Wartezeiten für bestimmte Eingriffe zum Teil bis zu 9 Jahren, vgl. PREUSKER, U. K.: Warten auf die Warteliste, in: Gesellschaft und Gesundheit Nr. 2, 1999, S. 16 f. In Ländern wie Griechenland und Italien führten Wartelisten und interregionale Qualitätsunterschiede schon in der Vergangenheit zu größeren Patientenwanderungen.

²² Vgl. KÖNIG, H.-H.: Diffusion of High-Cost Medical Devices: Regulations in Four European Member States, in: Leidl, R. (Hrsg.): Health Care and its Financing in the Single European Market, Amsterdam 1998.

²³ Vgl. KYRIOPOULOS, J.; GITONA, M.: Cross-border Health Care in Greece: A Macro- and Micro-Analysis of Pre-Authorized Care, in: Leidl, R. (Ed.): Health Care and its Financing in the Single Market, Amsterdam 1998, S. 313.

ist aus den gleichen Gründen als gering einzuschätzen.²⁴

Vor dem Hintergrund einer Ost-Erweiterung der EU wäre für Deutschland als EU-Grenzregion unter den derzeitigen Regelungen insbesondere mit einer steigenden Nachfrage aus den mittelosteuropäischen Staaten zu rechnen. Die Gesundheitswesen dieser Länder befinden sich in einer Umbruchsituation, die durch Finanzierungsengpässe und Versorgungsmängel geprägt ist.²⁵ Obwohl die Grundversorgung offiziell kostenfrei ist, sind die Patienten – auch aufgrund des niedrigen Einkommensniveaus der Ärzte – häufig genötigt, aus eigener Tasche sogenannte „Trinkgelder“ zu zahlen, um eine gute Behandlung zu erhalten.²⁶ Die gerätetechnische Ausstattung im Gesundheitssektor und die Qualität der medizinischen Versorgung liegen deutlich unter deutschem Standard, so daß von einem vergleichsweise hohen Anreiz für die Patienten auszugehen ist, für größere Behandlungen über die Grenze zu gehen.

Ökonomische Probleme bei einer Wahlfreiheit für medizinische Leistungen

Obgleich das Prinzip der Freizügigkeit grundsätzlich auch auf den Gesundheitssektor anwendbar ist, wäre eine europaweite Wahlfreiheit bei Gesundheitsleistungen unter den derzeitigen Rahmenbedingungen für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung, insbesondere den durch die geltenden EU-Regelungen vorgegebenen Anreizstrukturen, mit Problemen verbunden. Die Gründe hierfür liegen erstens in den Spezifika von Gesundheitsmärkten, insbesondere der langfristigen Steuerung des Angebots von Gesundheitsleistungen. Zweitens führen – verstärkt durch das derzeit für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung geltende Bestimmungslandprinzip – unterschiedliche Zahlungsbereitschaften und Finanzie-

rungsmechanismen für Gesundheitsleistungen in Europa zu negativen externen Effekten zwischen den Mitgliedstaaten und innerhalb der nationalen Versicherungsgemeinschaften.

Externalitäten zwischen den Mitgliedstaaten entstehen, wenn die Preise von im Ausland bezogenen Gesundheitsleistungen nicht den wahren Kosten entsprechen. Die Wahrscheinlichkeit für eine Divergenz von Kosten und Preisen ist im Gesundheitsbereich recht hoch, da die medizinische Versorgung in mehr oder minder starkem Maße aus öffentlichen Mitteln bezuschusst wird, während gleichzeitig die Preise administriert werden bzw. von den vorgegebenen Gesundheitsbudgets abhängen. Hinzu kommt, daß die Versorgungsstrukturen auf der Angebotsseite häufig gar keine Anreize zu Preis- und Kostentransparenz bieten. Bei einer grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung führt dies unter Umständen dazu, daß die Versicherungssysteme des Heimatstaates von subventionierten Leistungen profitieren, deren Kosten zum Teil vom Zielstaat finanziert werden.²⁷

Zu negativen externen Effekten kommt es zweitens auch innerhalb der nationalen Versicherungsgemeinschaften, wenn nur ein Teil der Versicherten von Auslandsbehandlungen profitiert, diese jedoch solidarisch finanziert werden. Bei Einführung einer Wahlfreiheit unter den derzeitigen EU-Regeln könnten Patienten Leistungen in einem Umfang konsumieren, für den im heimischen Sozialversicherungssystem faktisch keine Zahlungsbereitschaft besteht. Realistischerweise ist davon auszugehen, daß vor allem Patienten mit schweren und daher kostenintensiv zu behandelnden Erkrankungen einen Anreiz haben, sich für eine qualitativ höherwertige Behandlung ins Ausland zu begeben. Der Import der entsprechenden Leistungen wird daher zu steigenden Gesundheitsausgaben in den Entsendeländern führen, die sich mittelfristig in höheren Sozialversicherungsbeiträgen bzw. Steuern niederschlagen und von allen Versicherten finanziert werden müssen. Dieser Effekt würde durch das in den geltenden EU-Regelungen verankerte Bestimmungslandprinzip beim grenzüberschreitenden Leistungsaustausch noch ver-

²⁴ Potentielle Ausnahmen sind vergleichsweise zuzahlungsintensive Bereiche (Zahnmedizinische Versorgung, Kuren).

²⁵ Vgl. ADAM, J.: Reform of the Pension and the Health Care Systems in the Czech Republic, in: Osteuropa Wirtschaft, Nr. 3/1998, S. 281-294. – SCHNEIDER, M.; u. a.: Recent Reforms in Organisation, Financing and Delivery of Health Care in Central and Eastern Europe in Light of Accession to the European Union, Augsburg 1998. – SOB CZAK, A.: Universal Health Insurance in Poland, University of Warsaw, Institute of Finance. Working Paper No. 56, 1998.

²⁶ Vgl. ebenda.

²⁷ Der gegenteilige Fall von überhöhten Preisen stellt kein Externalitätenproblem dar, da der Preiswettbewerb zwischen den Anbietern automatisch zu einer Angleichung von Kosten und Preisen führt.

stärkt, da die Versicherten nicht nur qualitativ höherwertige und daher in der Regel teurere Leistungen nachfragen werden, sondern auch eine Tendenz zur Leistungsausweitung besteht, weil ein umfangreicheres Leistungspaket ebenfalls ein Motiv für eine Auslandsbehandlung darstellt.²⁸

Vor dem Hintergrund der bestehenden Unterschiede in der Qualität und dem Versorgungsniveau bei medizinischen Leistungen in Europa ist abzu- sehen, daß die sozialen Sicherungssysteme der Herkunftsstaaten durch eine unkontrollierte Patientenmigration an den Rand ihrer Zahlungsfähigkeit gelangen könnten. Denn angesichts der bestehenden Unterschiede bei Einkommen und Gesundheitsausgaben (vgl. Abbildung) sind der Finanzierung der importierten Leistungen durch Beitrags- bzw. Steuererhöhungen deutliche Grenzen gesetzt.

Ein weiteres Problem der Freizügigkeit betrifft schließlich die Angebotsplanung, die der Gesundheitssektor aus Gründen der Kostenkontrolle und der Versorgungssicherheit in allen europäischen Staaten unterliegt. Nicht-antizipierbare Änderungen in der Kapazitätsauslastung aufgrund von Patientenmigration führen daher nicht nur zu einzelwirtschaftlichen Verlusten, sondern können aufgrund kurzfristig nicht variabler Kapazitäten und den damit verbundenen Fix- und Betriebskosten in den *Herkunftsländern* erhebliche gesamtwirtschaftliche Folgekosten nach sich ziehen. Denn zusätzlich zu den Vorhaltekosten im Inland müssen die Kosten für die importierten Leistungen finanziert werden. Kapazitätsprobleme ergeben sich auch in den *Zielländern*, wenn die Zuwanderung von Patienten zu Engpässen in der Versorgung führt. Eine Liberalisierung muß diesen strukturellen Anpassungsprobleme und dem Erfordernis der Versorgungssicherheit Rechnung tragen.

Graduelle Reformen erforderlich

Die mit den bestehenden institutionellen Rahmenbedingungen verbundenen Fehlanreize und die daraus resultierenden ökonomischen Probleme bei der Einführung des Binnenmarktes für Gesund-

heitsleistungen lassen sich im Rahmen eines zweistufigen Reformkonzepts beheben. Die erste Stufe läßt sich kurzfristig umsetzen und führt durch die Einführung des Ursprungslandprinzips und der Kostenerstattung bei Auslandsleistungen sowie einer Selbstbeteiligung der Patienten automatisch zu einer Beseitigung negativer Auswirkungen auf die nationalen Systeme. Die zweite Stufe erfordert einen längeren Umsetzungszeitraum durch die Mitgliedstaaten. Sie umfaßt den Abbau preisverzerrender Subventionen bzw. eine größere Kostentransparenz bei medizinischen Leistungen sowie erweiterte Kontrahierungsmöglichkeiten mit ausländischen Leistungsanbietern und ermöglicht eine größere Effizienz bei der Produktion und dem grenzüberschreitenden Handel. Insgesamt ergeben sich folgende Maßnahmen:

1. Einführung des Ursprungslandprinzips

Das bislang geltende Bestimmungslandprinzip bei der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung sollte durch das Ursprungslandprinzip abgelöst werden. Damit wären nur die im Heimatland der Patienten enumerierten Leistungen und die inländischen Behandlungskosten erstattungsfähig. Dadurch entfielen der Anreiz, sich aufgrund großzügigerer Leistungskataloge ins Ausland zu begeben, und der Wettbewerb würde sich lediglich auf die Qualität der Leistungen beziehen.

2. Kostenerstattung für Auslandsleistungen

Auch in den Staaten, in denen das Sachleistungsprinzip gilt, muß als Voraussetzung eine Kostenerstattung für Auslandsbehandlungen eingeführt werden. Bei einer Erstattung nach den inländischen Sätzen führt dies, wie auch der EuGH in seiner Urteilsbegründung anführte, zu keinem finanziellen Mehraufwand.

3. Selbstbeteiligung bei Auslandsbehandlungen

Dem Ursprungslandprinzip folgend ist die Differenz zwischen inländischen und ausländischen Behandlungskosten vom Patienten zu übernehmen. Hierdurch würde nicht nur verhindert, daß der Konsum besonders teurer Auslandsleistungen durch einzelne Patienten auf die anderen Versicherten abgewälzt wird. Durch diese Regelung ließe sich ebenfalls das Problem unkontrollierbarer Patientenwanderungen aus Ländern mit einem vergleichsweise niedrigen Qualitätsniveau und einer dadurch

²⁸ Von einem Festhalten an dem Bestimmungslandprinzip im Hinblick auf den Leistungskatalog ist jedoch nicht auszugehen, da dies den Mitgliedstaaten die Kontrolle über den Leistungsumfang entzöge. So hat sich auch der EuGH in seiner Argumentation ausdrücklich nur auf Leistungen bezogen, die im Heimatland der Versicherten vorgesehen sind.

ausgelösten möglichen Zahlungsunfähigkeit der entsprechenden Krankenversicherungssysteme lösen. Verglichen mit der jetzigen Situation bedeutete dies keine Verschlechterung für die entsprechenden Patienten und stellt eine ökonomisch effiziente Lösung dar, da sie zu einer Leistungsanspruchnahme entsprechend der tatsächlichen Zahlungsbereitschaften führt. Gleichzeitig würde das verbraucherseitige Preisbewußtsein zu einem stärkeren Wettbewerb bei den Anbietern führen.

4. Abbau von Subventionen

Die Subventionierung des Angebots von Gesundheitsleistungen sollte abgebaut werden, so daß die Preise von Gesundheitsleistungen die wahren Kosten reflektieren. Um dem sozialpolitischen Ziel einer einkommensunabhängigen Grundversorgung nachzukommen, ist statt dessen auf eine Subventionierung des Konsums von Gesundheitsleistungen überzugehen. Die dadurch hergestellte Preistransparenz führt nicht nur zu Wettbewerb zwischen europäischen Anbietern, sondern ermöglicht auch die Aufdeckung von Ineffizienzen im inländischen Gesundheitssektor. Mittelfristig wird das EU-Wettbewerbsrecht, wie in allen dem innereuropäischen Wettbewerb ausgesetzten Sektoren, einen Subventionsabbau ohnehin notwendig machen.

5. Kontrahierung mit ausländischen Anbietern

Um das Kapazitätsproblem im stationären Sektor zu umgehen, sollten im Rahmen der nationalen Gesundheitssysteme zunehmend Kontrahierungsmöglichkeiten mit ausländischen Leistungsanbietern ermöglicht werden. Durch eine grenz-

überschreitende Bedarfsplanung würde das Erfordernis der Planbarkeit und Versorgungssicherheit berücksichtigt und gleichzeitig Spielraum für Kostensenkungen und Qualitätsverbesserungen geschaffen. Entsprechende Modellvorhaben in Grenzregionen gibt es schon. Gerade im Bereich kostenintensiver Gerätemedizin und bei Erkrankungen, deren Behandlung ein hohes und sich ständig verbreiterndes Fachwissen erfordern, lassen sich nicht nur Kosten-, sondern auch Kompetenzvorteile durch Spezialisierung realisieren. So könnten medizinische Zentren beispielsweise im Bereich der Herz- und Neurochirurgie oder der Krebstherapie durchaus gemeinsam von mehreren europäischen Staaten betrieben werden.

Fazit

Der mit dem Urteil des EuGH auftretende Konflikt zwischen der Verwirklichung der Binnenmarktprinzipien und der finanziellen Stabilität der nationalen Gesundheitssysteme wird durch eine ökonomisch effiziente Gestaltung der Wettbewerbsbedingungen, insbesondere der Einführung des Ursprungslandprinzips für eine grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, automatisch beseitigt. Darüber hinaus kann, gleichsam als Nebeneffekt, das Subsidiaritätsprinzip gewahrt werden, da die Kontrolle der Mitgliedstaaten über den Umfang und die Finanzierung des inländischen Leistungsangebots bestehen bleibt.

Vera Dietrich
(die@iwh.uni-halle.de)

Die Nachfrage nach Dienstleistungen im Spiegel von Mikrodaten

Dem Dienstleistungsleistungssektor fällt in Deutschland eine zunehmend wichtigere Rolle in der gesamtwirtschaftlichen Produktion zu. Eine Erklärung hierfür ist u. a. der erhöhte Konsum von Dienstleistungen durch die privaten Haushalte.

Die vorliegende Analyse der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe zeigt, daß private Haushalte mit überdurchschnittlich hohen Gesamtausgaben einen höheren Anteil für Dienstleistungen verwenden als durchschnittliche Haushalte. Bei der Betrachtung einzelner Dienstleistungskategorien zeigt

sich, daß vor allem die Dienstleistungen im Bereich Gesundheitspflege, aber auch die Häuslichen Dienste, sowie die Ausgaben für Urlaubsreisen mit zunehmenden Ausgaben überdurchschnittlich steigen.

Einen positiven Effekt auf die Dienstleistungsnachfrage haben aus gesamtwirtschaftlicher Sicht zudem die zunehmenden Anteile der Einpersonnen- und Rentnerhaushalte an der Gesamtbevölkerung. Auch die steigende Erwerbsneigung der Frauen läßt einen positiven Effekt auf die Dienstleistungsnachfrage erkennen.