



Direktoren: Professor Dr. Juergen B. Donges  
Professor Dr. Johann Eekhoff  
Geschäftsführer: Dr. Steffen J. Roth

## **Herausforderungen für die nationale Gesundheitspolitik im Europäischen Integrationsprozess**

Susanna Kochskämper

Otto-Wolff-Institut Discussion Paper 1/2009

(Juli 2009)

Autorenkontakt:

Susanna Kochskämper  
Universität zu Köln  
Albertus-Magnus Platz  
50923 Köln  
kochskaemper@wiso.uni-koeln.de

Institut:

Dr. Steffen J. Roth  
Otto-Wolff-Institut für Wirtschaftsordnung  
Pohligstr. 1  
50969 Köln  
steffen.roth@wiso.uni-koeln.de

## Inhaltsverzeichnis

Abstract .....	2
1. Gefährdung der Stabilität der Gesundheitssysteme .....	3
2. Ineffiziente Wanderungsanreize durch institutionelle Ausgestaltung .....	4
2.1 Freizügigkeitsregelungen in der EU .....	4
2.2 Status quo der Finanzierung von Gesundheitssystemen .....	5
2.3 Effizienter Systemwettbewerb wird verhindert .....	6
3. Diskussion verschiedener Lösungsmöglichkeiten .....	8
3.1 Zentralisierung auf europäischer Ebene – ein einheitliches europäisches.....	8
Gesundheitssystem .....	8
3.2 Beibehaltung des Status quo in der Finanzierung.....	9
3.3 Trennung von Versicherung und Umverteilung .....	12
Ausblick .....	14
Literaturverzeichnis .....	16

*Susanna Kochskämper*<sup>1</sup>

## **Herausforderungen für die nationale Gesundheitspolitik im Europäischen Integrationsprozess**

### **Abstract**

The European national health systems - Bismarckian pay-as-you-go systems as well as Beveridge systems financed by taxes - are characterized by redistribution within and between generations. Both types are more or less similar in their mode of functioning and both bear inefficiencies in many fields. The lack of resistance towards demographical changes is a threat for the stability of these systems, even without migration. Yet in a world with migration, the problem of instability has to be considered also from a different angle. Competition of health systems could induce financial difficulties or even the collapse of redistribution within these systems. This problem is even more relevant if the Enlargement of the Union continues and heterogeneity of the social and medical services granted by the states grows.

Which measures have therefore to be taken to stabilize the national health systems within the European Union, where the right of freedom of movement is granted to every citizen? Is harmonization or even centralization an efficient solution to choose? In this article it is argued that reforms of the national health systems are necessary to overcome the problems induced by migration. The main step to be taken is the separation of both the intragenerational and the intergenerational distribution from the insurance system. This is inevitable to provide an efficient health care system at the national level and to insure the freedom of movement in the European Union without undermining the solidarity of the insurance pool.

---

<sup>1</sup> Wirtschaftspolitisches Seminar der Universität zu Köln

## 1. Gefährdung der Stabilität der Gesundheitssysteme

Die Europäische Union ist inzwischen mehr als ein gemeinsamer Wirtschaftsraum. Auch wenn der wirtschaftliche Zusammenschluss der Staaten am weitesten voran geschritten ist und die Nationalstaaten in anderen Politikfeldern weiterhin die Entscheidungsmacht für sich beanspruchen, nimmt der gemeinsame Markt unwillkürlich Einfluss auf andere Institutionen der gesellschaftlichen Organisation.

Eines dieser Politikfelder ist die Gesundheitspolitik. Hier ist noch nicht abschließend geklärt, ob die Wettbewerbs- und Freizügigkeitsregelungen auch ausnahmslos Anwendung finden oder ob das Gesundheitswesen in den Ausnahmbereich der Daseinsvorsorge und als „Dienstleistung von allgemeinem wirtschaftlichen Interesse“ nach Artikel 86, Absatz 2 des EG-Vertrages eingeordnet werden soll. Bisher kann insbesondere die Finanzierung von Gesundheitsleistungen diesen Ausnahmbereichen und damit weiterhin der alleinigen Zuständigkeit der Nationalstaaten zugeordnet werden.

Die Gesundheitssysteme sind aber den neuen Gegebenheiten in einem Europäischen Raum, in dem die Freizügigkeit von Personen (vgl. Richtlinie 2004/38/EG) gilt, nicht gewachsen, bleiben sie in ihrer jetzigen Form bestehen. Die Ausgestaltung ihrer Finanzierung als beitrags- bzw. steuerfinanzierte Umverteilungssysteme setzen falsche Signale hinsichtlich der Höhe der Kosten, die der einzelne für Gesundheitsleistungen im jeweiligen Staat verursacht. Es kann dadurch Wanderungen in die bzw. aus den Systemen kommen, die bei starken Migrationsbewegungen zu Finanzierungsschwierigkeiten innerhalb der Gesundheitssysteme führen können.

Es stellt sich daher die Frage, welche institutionellen Änderungen vorgenommen werden müssen, um die Gesundheitssysteme innerhalb Europas so zu gestalten, dass ihre Stabilität auch in einem europäischen Binnenmarkt, in dem nicht nur Kapital, sondern auch Arbeitnehmer mobil sind, gewährleistet ist.

Anliegen dieses Papiers ist es, den politischen Handlungsbedarf in den europäischen Gesundheitssystemen aufzuzeigen und eine Reformoption darzustellen. Die weitere Untersuchung gliedert sich wie folgt: Zunächst wird in Abschnitt 2 gezeigt, welche Schwierigkeiten bei Freizügigkeit von Personen in den europäischen Gesundheitssystemen entstehen können. In Abschnitt 3 folgt dann eine Analyse und Bewertung möglicher Lösungen.

## 2. Ineffiziente Wanderungsanreize durch institutionelle Ausgestaltung

### 2.1 Freizügigkeitsregelungen in der EU

Die Niederlassungsfreiheit (Art. 43) und die Arbeitnehmerfreizügigkeit (Art. 39 EGV) gehören zu einer der vertraglich festgeschriebenen Grundfreiheiten im europäischen Binnenmarkt. Galt das Aufenthaltsrecht in einem anderen europäischen Staat als dem Herkunftsland zu Beginn nur für Personen, die einer Beschäftigung nachgingen, so wurde es über die Jahre sukzessive ausgeweitet, beispielsweise auf aus dem Erwerbsleben ausgeschiedene Arbeitnehmer und selbstständige Erwerbstätige (Richtlinie 90/365/EWG) und auf Studenten (Richtlinie 93/96/EWG). Mit der Annahme der Richtlinie 2004/38/EG gilt die Freizügigkeit grundsätzlich für alle Bürger der Europäischen Union und ihre Familienmitglieder, unabhängig davon, ob sie in ihrem Aufenthaltsstaat arbeiten oder nicht.<sup>2</sup>

Gleichzeitig wird das Bestimmungslandprinzip auf die Systeme der Sozialen Sicherung angewendet. Für die Absicherung des finanziellen Risikos durch Krankheit bedeutet das konkret, dass jeder Bürger einen nach den Regeln des Bestimmungslandes ausreichenden Krankenversicherungsschutz vorweisen muss. Wird beispielsweise Großbritannien als permanentes Aufenthaltsland gewählt, so kann keine Steuervergünstigung geltend gemacht und eine Versicherung im System des Herkunftslandes beibehalten werden, sondern es erfolgt eine Pflichtmitgliedschaft im National Health Service. In Deutschland müssen abhängig Beschäftigte der gesetzlichen Krankenversicherung beitreten, Selbstständige und Personen ohne Beschäftigung können sich entweder freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung oder in der privaten Krankenversicherung versichern.

Der Wechsel in ein neues Gesundheitssystem erfolgt ohne Ausgleichszahlungen; weder der innereuropäische Migrant selbst muss Eintritts- oder Austrittsprämien leisten, noch findet ein Transfer zwischen den jeweiligen Gesundheitssystemen statt. Diese Ausgestaltung kann aber aufgrund einiger Besonderheiten in der Finanzierung von Gesundheitsleistungen bei hohen Migrationsströmen zu Finanzierungsproblemen in den Gesundheitssystemen führen.

---

2 Ausnahmeregelungen existieren für Bürger der neuen mittel- und osteuropäischen Mitgliedstaaten, weil viele der ehemaligen EU-15-Staaten von der Übergangsregelung des 2+2+3-Modells Gebrauch machten. Da es sich hierbei jedoch um eine zeitlich befristete Regelung handelt, wird sie im Folgenden vernachlässigt.

## 2.2 Status quo der Finanzierung von Gesundheitssystemen

Der Großteil der europäischen Gesundheitssysteme ist erstens dadurch gekennzeichnet, dass in ihnen nicht nur eine Umverteilung zwischen Kranken und Gesunden vorgenommen, d.h. die eigentliche Versicherungsleistung erfüllt wird. Gleichzeitig werden einkommensabhängige Preise für dieselbe Leistung verlangt und damit wird zwischen Personen mit hohem und Personen mit geringem Einkommen umverteilt. Dies geschieht entweder über das Steuersystem in den nationalen steuerfinanzierten Gesundheitsdiensten, oder durch die Erhebung von lohn- bzw. einkommensabhängigen Versicherungsbeiträgen in den Sozialversicherungsstaaten. Zugrunde liegt die Idee, dass jeder Bürger unabhängig von seinem Einkommen Zugang zu Gesundheitsleistungen haben soll. Insgesamt muss die Summe der Einnahmen aus Beiträgen bzw. aus Steuern die Gesamtausgaben für die Leistungen und damit für das kollektive Risiko decken; die Kosten, die dem einzelnen entstehen, sind jedoch unabhängig von seinem jeweiligen Krankheitsrisiko und hängen ausschließlich von seinem Einkommen ab.

Dadurch, dass die Beiträge bzw. Steuern nicht individuell risikoäquivalent erhoben werden, und sich somit die Versicherungsleistungen nicht in den Preisen widerspiegeln, sind Personen mit hohem Einkommen tendenziell Nettozahler innerhalb der Systeme. Soll die Umverteilung funktionieren, müssen sie im System verbleiben, ansonsten gerät es in Finanzierungsschwierigkeiten.

Aus diesem Grund ist es bisher auch nicht möglich, die Wettbewerbsregeln des EU-Vertrags auf die Finanzierung von Gesundheitsleistungen anzuwenden: Zwar handelt es sich hierbei, betrachtet man diese losgelöst von ihrer gegenwärtigen Ausgestaltung, durchaus um eine unternehmerische Tätigkeit, die privatwirtschaftlich von Versicherungen angeboten werden könnte.<sup>3</sup> Da innerhalb der Gesundheitssysteme jedoch eine einkommensabhängige Umverteilung vorgenommen wird und diese gefährdet würde, sobald die Nettozahler zu aus ihrer Sicht günstigeren privaten Versicherungsanbietern wechselten, muss sie gegenwärtig den Ausnahmereichen zugerechnet werden, auf die die Binnenmarktregeln nicht angewendet werden können.<sup>4</sup> Entsprechend entschied auch der Europäische Gerichtshof, indem er die gesetzlichen Krankenkassen nicht als Unternehmen, sondern als Anbieter von

---

3 Vgl. hierzu beispielsweise Jankowski (2006).

4 Vgl. Eekhoff et al. (2008), S. 205.

Sozialleistungen deklarierte, die sozialen Zwecken dienen und ein System darstellen, das auf dem Grundsatz der Solidarität beruhe, weshalb die in Deutschland praktizierte Pflichtversicherung innerhalb bestimmter Einkommensklassen zulässig sei.<sup>5</sup>

Ein weiteres Merkmal der europäischen Gesundheitssysteme ist ihre Ausgestaltung als Umlagesystem und damit ihre Anfälligkeit gegenüber demografischen Verschiebungen. Die Systeme sind darauf angewiesen, dass die jeweils junge Generation für die (Netto-)Kosten der jeweils älteren aufkommt. Je schwächer die junge und je stärker die alte Generation besetzt ist, desto höher wird die Finanzierungslast für die junge Generation. In vielen europäischen Staaten zeichnet sich schon jetzt ab, dass die demografische Entwicklung zu Schwierigkeiten auf der Einnahmen- sowie auf der Ausgabenseite der Gesundheitssysteme führen wird. Die Staaten sind deshalb umso mehr darauf angewiesen, dass junge leistungsfähige Personen in ihren Gesundheitssystemen verbleiben, wenn die Leistungsversprechen an die ältere Generation zumindest teilweise eingehalten werden sollen. Allerdings werden starke Beitrags- bzw. Steuersteigerungen oder Leistungskürzungen in Zukunft unvermeidbar sein.

### **2.3 Effizienter Systemwettbewerb wird verhindert**

Der gemeinsame europäische Markt mit den geltenden Freiheiten für Kapital und Personen, sich ohne Schranken innerhalb der Europäischen Union zu bewegen, führt dazu, dass die Staaten in Europa im Wettbewerb um Kapital und um Bürger stehen. Können Individuen durch Wanderung darüber entscheiden, in welchem Staat sie Mitglied sein wollen, werden sie den Staat auswählen, in dem öffentliche Leistungen und individuelle Belastung in dem Verhältnis stehen, das ihnen den größten Nettonutzen verspricht.<sup>6</sup> Der Systemwettbewerb als Entdeckungsverfahren<sup>7</sup> kann, findet er unter den richtigen Voraussetzungen statt, somit auch hier Anreize zur Erhöhung der Effizienz von staatlichen Leistungen bieten, die Staaten hinsichtlich ihrer Ausgabenpolitik disziplinieren und die Politik dazu zwingen, die Präferenzen der Bürger stärker zu berücksichtigen<sup>8</sup>. Generell trifft dies auch für die Sozialpolitik zu, wie beispielsweise Schuster und Vaubel (1996) anmerken:

---

5 Vgl. EuGH, Rs C-159/91 und C-160/91 vom 17.2.1993 (Poucet).

6 Vgl. Tiebout (1956).

7 Vgl. v. Hayek (1968)

8 vgl. Siebert/Kopp 1990, S. 442; Sinn, Stefan 1992, S. 190 ff.)



*„In kaum einem Politikfeld ist die Ungewißheit und der Dissens über das, was eine effiziente Lösung darstellt, so groß wie gerade in der Sozialpolitik. Die Bürger und vielleicht auch die Politiker der verschiedenen Länder benötigen den institutionellen Wettbewerb als Entdeckungsverfahren (im Sinne von Hayeks).“<sup>9</sup>*

Was Schuster und Vaubel für die Sozialpolitik allgemein formulieren, trifft auch im Speziellen auf die Gesundheitspolitik zu. Hier geht es um die Frage, wie den Bürgern der Zugang zu einer bestimmten Menge von Gesundheitsleistungen unter der geringsten Verschwendung von Ressourcen gewährleistet werden kann<sup>10</sup>. Auch der Umfang dieses Mindestleistungskatalogs könnte, betrachtet man ihn als Clubgut, durch den Systemwettbewerb näher bestimmt werden und sich stärker an den Präferenzen der Bürger orientieren.

Um abzuleiten, wozu der Systemwettbewerb in der Gesundheitspolitik unter Status quo-Bedingungen jedoch zunächst führen würde, ist es wichtig, sich die oben dargestellten institutionellen Merkmale der europäischen Gesundheitssysteme noch einmal zu vergegenwärtigen. In den europäischen Gesundheitssystemen spiegeln die Preise für die empfangene Leistung, die der einzelne für eine Absicherung der finanziellen Risiken durch Krankheit in den jeweiligen Ländern zu zahlen hat, nicht die tatsächlichen Kosten dieser Leistung wieder.

Erstens zahlen Personen mit hohem Einkommen und einem durchschnittlichen oder geringen Krankheitsrisiko im Vergleich zu einer individuellen risikoäquivalenten Versicherungsprämie zu viel. Ihr Beitrag wird umso höher, je mehr Personen mit niedrigem oder gar keinem Einkommen im jeweiligen Gesundheitssystem finanziert werden müssen, ohne dass sich die Leistung des Gesundheitssystem – der Leistungskatalog, der abgesichert wird – verändert. Die Nettozahlung ist also c.p. in dem Land höher, in dem mehr Mittel für die Umverteilung im Rahmen eines „sozialen Ausgleichs“ benötigt werden.

Zweitens werden junge Personen umso stärker belastet, je mehr alte Personen einen Anspruch auf Gesundheitsleistungen haben, ohne dass erstere zusätzliche Leistungsversprechen erwerben. Bei identischem Leistungskatalog steigt somit die

---

9 Schuster/Vaubel (1996), S. 191.

10 Zwar wäre es auch theoretisch denkbar, mit vorher festgelegten Ressourcen den umfangreichsten Katalog an Leistungen bereitzustellen. Für die Gesundheitspolitik ist dieser Ansatz in der Praxis jedoch irrelevant.

Nettozahlung für junge Menschen in dem Land stärker an, in dem die Rate des Bevölkerungsrückgangs höher ist.

Durch die innerhalb der Gesundheitssysteme vorgenommene Umverteilung werden somit die tatsächlichen Kosten des Systems verschleiert, weshalb der institutionelle Wettbewerb zwischen den Staaten letztlich zu folgendem Ergebnis führen muss: Junge Personen und Personen mit hohem Einkommen, die Nettozahler in den Gesundheitssystemen, werden sich, sind sie vor die Wahl gestellt, für das Gesundheitssystem entscheiden, in dem sie den geringsten Preis für einen gegebenen Leistungskatalog zahlen müssen bzw. den umfangreichsten Leistungskatalog für einen gegebenen Preis erhalten. Der Preis ist umso geringer, je weniger Nettoempfänger finanziert werden müssen, weshalb Gesundheitssysteme mit einem geringen Umverteilungsbedarf attraktiv erscheinen. Je mehr Nettozahler jedoch aus einem System abwandern, umso höher wird die Belastung für die verbliebenen Nettozahler, wodurch auch deren Anreiz steigt abzuwandern. Da weder Eintritts- bzw. Austrittsprämien von wandernden europäischen Bürgern durch die Staaten erhoben werden und auch keinerlei Ausgleichszahlungen zwischen den Staaten vorgenommen werden, kann es letztlich zu kumulativen Prozessen und zu Finanzierungsschwierigkeiten in den Gesundheitssystemen der Abwanderungsländer kommen<sup>11</sup>, obwohl letztere möglicherweise die Versicherungsleistung effizienter bereitstellen. Der „race to the bottom“, der für die europäischen Steuer-Transfer-Systeme befürchtet wird<sup>12</sup>, kann demnach aufgrund der Vermischung von Versicherungsleistung und Umverteilung ebenso in den Gesundheitssystemen stattfinden.

### **3. Diskussion verschiedener Lösungsmöglichkeiten**

#### **3.1 Zentralisierung auf europäischer Ebene – ein einheitliches europäisches Gesundheitssystem**

Die Etablierung eines europäischen Gesundheitssystems, in dem alle Europäer entweder in einem steuerfinanzierten europäischen Gesundheitsdienst oder in einem europaweit einheitlichen Sozialversicherungssystem versichert sind, könnte zwar diesen Prozess dauerhaft verhindern. Dennoch ist diese Alternative zum Status quo aufgrund der entstehenden Präferenzkosten als ineffizient abzulehnen:<sup>13</sup>

---

11 Vgl. Eekhoff (2008), S. 17.

12 Vgl. beispielsweise Sinn (1995).

13 Ableiten lässt sich dieser Gedanke aus den Ausführungen von W.E. Oates (1972).

Die europäischen Krankenversicherungssysteme unterscheiden sich bezüglich des Umfangs ihrer (Mindest-)Leistungskataloge, die in den jeweiligen Staaten abzuschließen sind. Der Leistungskatalog kann aber nicht nur als Mindestleistungskatalog angesehen werden, der anzeigt, wann die Versicherungspflicht erfüllt ist. Er ist ebenso als eine Komponente des soziokulturellen Existenzminimums zu betrachten, das jedem bei Bedürftigkeit innerhalb der Solidargemeinschaft eines Staates gewährt wird.

Ein Vergleich der Europäischen Staaten zeigt, dass die Unterschiede für Sozialausgaben nach wie vor beträchtlich sind.<sup>14</sup> Homogene Präferenzen bezüglich eines soziokulturellen Existenzminimums im Allgemeinen und eines Mindestleistungskatalogs im Gesundheitssystem im Besonderen können daher nicht angenommen werden.

Ein europaweites Gesundheitssystem mit einheitlichem Leistungskatalog für alle Europäer muss daher zwangsläufig mit hohen Präferenzkosten verbunden sein: Für einige Bürger wäre er im Vergleich zu dem von ihnen präferierten Niveau zu niedrig, für andere zu hoch. Aus diesem Grund sollte die Entscheidung über den Umfang der im Gesundheitssystem abzuschließenden Leistungen weiterhin dezentral auf der Ebene der Nationalstaaten getroffen werden, eine Zentralisierung der Finanzierung von Gesundheitsleistungen auf europäischer Ebene stellt daher gegenwärtig keine Alternative dar.

### **3.2 Beibehaltung des Status quo in der Finanzierung**

Eine weitere Möglichkeit, diese durch Wanderung in den Gesundheitssystemen entstehenden Effekte zu verhindern, wäre die Beibehaltung des Status quo der Finanzierung bei gleichzeitiger Anpassung der Freizügigkeitsregelungen.

#### *Anwendung des Herkunftslandprinzips*

Eine Möglichkeit wäre die Ablösung der Anwendung des Bestimmungslandprinzips durch die Anwendung des Herkunftslandprinzips bei Freizügigkeit von Personen. Vorstellbar ist eine ähnliche Regelung wie die der grenzüberschreitenden Leistungsanspruchnahme: Personen bleiben in ihrem Herkunftsland versichert. Nehmen sie

---

14 Vgl. Pertrášová (2008).

Leistungen in einem anderen Land in Anspruch und übersteigen die Kosten die Kosten vergleichbarer Leistungen im Herkunftsland, müssen die Versicherten diese selbst tragen oder eine entsprechende zusätzliche Versicherung abschließen. Letztere müsste dann verpflichtend sein, wenn die Kostenunterschiede so groß sind, dass ein Freifahrerverhalten des Wandernden aufgrund des sogenannten Samariter-Dilemma<sup>15</sup> zu erwarten ist.

Allerdings muss zur Diskussion gestellt werden, ob mit der Anwendung des Herkunftslandprinzips sozialstaatliche Ordnungsprinzipien nicht verletzt würden. Denn die (pflicht-)versicherten Leistungskataloge der einzelnen Gesundheitssysteme unterscheiden sich, wie oben dargestellt, in ihrem Umfang. Die konstitutionen-ökonomische Begründung einer Mindestabsicherung innerhalb einer Gemeinschaft<sup>16</sup> schließt aber die unterschiedliche Behandlung von Personen, die sich innerhalb einer Solidargemeinschaft befinden aus, wobei eine Solidargemeinschaft nicht durch Nationalität begrenzt, sondern durchaus als auch räumlich definierte Gemeinschaft verstanden werden kann. Folgt man dieser Annahme, so muss für die europäischen Staaten gelten, dass mindestens jeder, der sich innerhalb ihres Staatsgebiets aufhält, Mitglied dieser Gemeinschaft ist. Zumindest in dem Fall, in dem ein Migrant bedürftig wird, kann dann bezüglich des gewährten Mindestleistungskatalogs in der Krankenversicherung nicht mehr mit unterschiedlichem Maß gemessen werden: Entweder würde der Mindestleistungskatalog des Bestimmungslandes als ein Bestandteil der zugesagten Mindestsicherung gewährt oder der Zugewanderte müsste konsequenterweise in sein Herkunftsland zurückgesendet werden. Aus diesem Grund kann sich nicht abschließend für das Herkunftslandprinzip ausgesprochen werden.

### *Eintritts- und Austrittsprämien oder Ausgleichszahlungen zwischen den Gesundheitssystemen*

Eine letzte Option stellen Eintritts- bzw. Austrittsprämien für wandernde Europäer<sup>17</sup> bzw. Ausgleichszahlungen zwischen den Gesundheitssystemen dar<sup>18</sup>. Verlässt ein Nettozahler ein Gesundheitssystem, muss er diesem Gedanken nach eine

---

15 Vgl. Buchanan (1975).

16 Vgl. hierzu u.a. Buchanan/Tullock (1962), S. 192-194, Brennan (1973), S. 55-56. Eine gute Zusammenfassung der konstitutionenökonomischen Begründung für eine Mindestabsicherung findet sich auch bei Roth (2002), S. 57ff.

17 Vgl. Berthold (1993), S. 35-36.

18 Vgl. Daumann (2000)

Austrittsprämie in Höhe der Differenz zwischen dem Barwert seiner erwarteten Einzahlungen abzüglich des Barwerts seiner erwarteten Kosten leisten. Ist er in seinem Bestimmungsland ebenfalls Nettozahler, so kann ihm die Differenz zwischen dem Barwert der erwarteten Zahlungen und dem Barwert der erwarteten Kosten ausbezahlt werden. Genau umgekehrt könnte bei der Wanderung eines Nettoempfängers verfahren werden. Beide Gesundheitssysteme würden dadurch neutral gestellt. Die Beträge, die zu leisten sind bzw. die erhalten werden, müssen nicht identisch sein, sondern hängen von der Höhe des Leistungskatalogs, der zu versichern ist, und der realen Kosten der Gesundheitsleistungen in den jeweiligen Staaten ab. Dadurch kann sich eine Differenz zwischen ausgezahltem und erhaltenem Betrag ergeben, die von dem Migranten getragen werden müsste bzw. ihm gutgeschrieben werden kann. Letztlich handelt es sich hierbei um Wanderungskosten bzw. -vorteile, die auch bei unterschiedlichen Preisen von anderen privaten Gütern entstehen.

Die Zahlungen könnten auch anstelle der Erhebung von Eintritts- und Austrittsprämien direkt zwischen den Gesundheitssystemen stattfinden und die Differenz dem einzelnen angerechnet werden.

Soll ein ruinöser Wettbewerb zwischen Gesundheitssystemen bei gleichzeitiger Aufrechterhaltung ihrer gegenwärtigen Finanzierungsform vermieden werden, so erscheint die letzte Option als die wahrscheinlich beste Alternative, wenn auch in der Praxis mit hohen Transaktionskosten verbunden. Allerdings muss durchaus bezweifelt werden, dass die Beibehaltung der Finanzierungsform der Gesundheitssysteme die bestmögliche Lösung darstellt. Denn was an dieser Stelle nicht weiter vertieft werden kann, aber durchaus in Betracht zu ziehen ist, sind die zahlreichen Ineffizienzen durch Verzerrungen auf den Versicherungs- und Arbeitsmärkten, die durch die gegenwärtigen Ausgestaltung der Systeme hervorgerufen werden und die teilweise durch einen gemeinsamen europäischen Binnenmarkt noch stärker hervortreten.<sup>19</sup> Norbert Berthold merkt beispielsweise an:

---

19 Vgl. beispielsweise für die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland Eekhoff et. al (2008), S. 33ff.

*„Die These, wonach offenerere Faktormärkte und mobilere Produktionsfaktoren in der EG den „Tod“ der europäischen Versicherungsstaaten bedeuten, ist somit sicher richtig. Dies ist allerdings nicht negativ zu bewerten, sondern vielmehr erwünscht, kann doch das Gut „Sicherheit“ wesentlich effizienter auf privaten Märkten als durch den Staat produziert werden.“<sup>20</sup>*

### **3.3 Trennung von Versicherung und Umverteilung**

Die Trennung von Versicherung und Umverteilung ist weniger zu verhindern als vielmehr zu begrüßen. Eine Neugestaltung der Finanzierung der Gesundheitsleistungen auf dezentraler nationalstaatlicher Ebene erscheint somit als Handlungsoption für die Politik attraktiv. Alle Bürger eines Landes können in einem einheitlichen, wettbewerblich organisierten und auf Kapitaldeckung basierenden Versicherungssystem versichert werden<sup>21</sup>; dessen Ausgestaltung in weiten Teilen dem der privaten Krankenversicherung in Deutschland gleicht – mit dem entscheidenden Unterschied, dass Versicherte jederzeit ihre Versicherung wechseln können, wodurch der Wettbewerb zwischen den Versicherungsunternehmen gewährleistet ist. Grund ist, dass individuelle risikoäquivalente Altersrückstellungen übertragen werden, die sich nach der Differenz zwischen dem Barwert der erwarteten Kosten eines Versicherten und dem Barwert seiner erwarteten Einzahlungen bemessen. Diese Altersrückstellungen werden bei Wechsel eines Versicherten von seiner alten auf seine neue Versicherung übertragen, was dazu führt, dass das in dem ursprünglichen Unternehmen verbliebene Versichertenkollektiv keine Vor- oder Nachteile aus dem Wechsel eines Versicherten hat. Ebenso wenig werden für das Kollektiv des neuen Unternehmens Vor- oder Nachteile realisiert. Der Versicherte selbst präferiert den Wechsel dann, wenn ihm unter Berücksichtigung seiner individuellen risikoäquivalenten Altersrückstellungen eine geringere Prämie für die gleichen Versicherungsleistungen oder eine höhere Qualität zu derselben bzw. auch einer etwas höheren Prämie angeboten wird. Durch eine derartige Ausgestaltung des Krankenversicherungssystems sind somit Effizienzgewinne zu erwarten, da Versicherungsunternehmen im Wettbewerb um die effiziente und nachhaltige Versorgung von Versicherten stehen.<sup>22</sup>

---

20 Berthold (1993), S. 30.

21 Dass eine solche Umstellung möglich ist, zeigt ausführlich Zimmermann (2007) für die deutsche gesetzliche Krankenversicherung. Für steuerfinanzierte Systeme würde sich eine Umstellung ähnlich gestalten.

22 Für eine ausführliche Beschreibung dieses Versicherungssystems vgl. Eckhoff et al. (2008), S. 75ff.

Würden die Gesundheitssysteme als Versicherungsmärkten nach diesem Modell konzipiert, sind aufgrund des Wettbewerbs zwischen europaweit agierenden Versicherungsunternehmen Effizienzgewinne zu erwarten. Denn grundsätzlich ist die Versicherung von Gesundheitsleistungen keine primär staatliche Aufgabe, sondern kann privatwirtschaftlich angeboten werden.<sup>23</sup> Die möglichen Probleme, die in der Europäischen Union durch die Freizügigkeit von Personen entstehen können, sind nicht der Dienstleistung „Krankenversicherung“ zuzurechnen, sondern werden durch die Verbindung von Versicherungsleistung und Umverteilung in den staatlichen Gesundheitssystemen und die Ausgestaltung der Krankenversicherungen als Umlagesysteme hervorgerufen. Erfolgte demnach eine Trennung zwischen Versicherungsleistung und Umverteilung verbunden mit der Umstellung auf ein Kapitaldeckungs-system, könnte das Problem der oben dargestellten Auswirkungen von Wanderungen auf die Versorgung mit Gesundheitsleistungen vermieden werden<sup>24</sup>:

Bei Gültigkeit des Bestimmungslandprinzips könnten die Personen, die von einem europäischen Staat in einen anderen migrieren, ihre Versicherung beibehalten, wenn diese den Mindestleistungskatalog des neuen Aufenthaltsortes umfasst oder darüber hinaus geht. Bei unterschiedlichen Preisen des Versicherungsschutzes müsste gegebenenfalls, wie oben dargestellt, eine Zusatzversicherung abgeschlossen oder der Versicherungsschutz aufgestockt werden. Dies ist ebenso der Fall, wenn der Mindestleistungskatalog im Bestimmungsland den des Herkunftslandes im Umfang übersteigt. Als Wanderungshemmnis ist dies insofern nicht zu werten, als dass die Migranten über ihren Lebenszyklus hinweg nicht schlechter gestellt werden als die Einwohner des Bestimmungslandes. Gleichzeitig ist es auch durch diese Ausgestaltung der Krankenversicherungsmärkte für jeden Europäer möglich, dauerhaft einen höheren Versicherungsschutz zu versichern als den, der durch den Mindestleistungskatalog vorgegeben ist. Ein Wechsel des Versicherungsunternehmens ist zu keinem Zeitpunkt notwendig, geht man davon aus, dass durch diese Ausgestaltung Anbieter von Krankenversicherungen europaweit agieren. Aber auch für den Fall, dass der Wandernde zu einem anderen Unternehmen wechseln möchte, würden weder er selbst noch sein altes Versichertenkollektiv aufgrund der Übertragung von individuellen risikoäquivalenten Altersrückstellungen schlechter gestellt.

---

23 Vgl. beispielsweise Jankowski (2006), insbes. S. 107 ff.

24 Vgl. hierzu auch Eekhoff (2008).

Eine derartige Ausgestaltung des Krankenversicherungsmarkts bedeutet nicht, dass Personen mit geringem Einkommen, die sich die Versicherungsprämie nicht leisten können, nicht versichert sind. Die Umverteilung, die bisher innerhalb des Gesundheitssystems stattfindet, wird in diesem System in das Steuer-Transfer-System verlagert und die Kosten der Krankenversicherung zum Teil des Warenkorb, der Bedürftigen im Rahmen des soziokulturellen Existenzminimums zusteht. Zwar ist damit die Möglichkeit eines ruinösen Systemwettbewerbs nicht ausgeschlossen – sie kann aber unabhängig von einem funktionierenden Gesundheitssystem ausschließlich für das Steuer-Transfer-System diskutiert werden. Die Gesundheitssysteme könnten dadurch ihrer primären Aufgabe, der effizienten Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen, zugeführt werden und die europäischen Binnenmarktregelungen könnten auch in diesem Bereich Anwendung finden; die Frage, welche Regelungen für das Steuer-Transfer-System getroffen werden müssen, wäre davon unabhängig.

Auch zukünftige demografische Herausforderungen hätten bei einer Umstellung auf Kapitaldeckung weitgehend keine Auswirkungen auf die Gesundheitssysteme, sondern wären ebenfalls im Rahmen des Steuersystems zu lösen.

### **Ausblick**

Bisher wird in der europäischen Gesetzgebung die Frage, wie sich die Freizügigkeit von Personen auf die Sozialen Sicherungssysteme und hierbei auch auf die nationalen Gesundheitssysteme auswirkt, weitgehend vernachlässigt.<sup>25</sup> Gesundheitspolitik ist nach wie vor der Kompetenz der Nationalstaaten zugeordnet und insbesondere die Finanzierung der Gesundheitsausgaben wird als ein Bereich gesehen, der von den Binnenmarktregelungen auszunehmen ist. Zwar hat die inner-europäische Migration bisher noch kein so großes Ausmaß angenommen, dass es zu einer akuten Gefährdung der Gesundheitssysteme kommen würde.<sup>26</sup> Gleichzeitig ist auch nicht zu erwarten, dass das Gesundheitssystem als einziger Grund die Entscheidung zu Wandern beeinflusst, sondern dass viele Faktoren in das individuelle Kalkül einfließen<sup>27</sup>.

---

25 Vgl. hierzu auch Hailbronner (2006).

26 Vgl. beispielsweise El-Cherkeh, Steinhardt, Straubhaar (2006).

27 Vgl. hierzu das Problem der funktionellen Undifferenziertheit, Knappe 1980, S. 147 ff.



Dennoch sollte in der Gesundheitspolitik nach langfristigen Lösungen gesucht werden, die zum einen die Vorteile eines einheitlichen europäischen Binnenmarkts auch für die Finanzierung von Gesundheitsleistungen nutzbar machen können und zum anderen auch in dem Fall einer zunehmenden Migration die Stabilität der Gesundheitssysteme gewährleisten können. Der hier vorgestellte Ansatz, die Finanzierung des Gesundheitswesens in kapitalgedeckten Versicherungssystemen vorzunehmen und die intragenerationelle und intergenerationelle Umverteilung vollständig in das Steuer-Transfer-System zu überführen, ist anderen Reformmöglichkeiten insofern überlegen, als dass er diesen beiden Anforderungen gerecht wird.

## Literaturverzeichnis

Brennan, G. (1973); Pareto Desirable Redistribution: The Non-Altruistic Dimension; in: Public Choice, 14. Jg., S. 43-67.

Berthold, N. (1993), Sozialunion in Europa. Integrationsfaktor oder Sprengsatz einer europäischen Wirtschafts- und Währungsunion?, Walter Eucken Institut. Vorträge und Aufsätze, Tübingen.

Buchanan, J.M. (1975), The Samaritan's Dilemma; in: E. S. Phelps (ed.), Altruism, Morality and Economic Theory, New York, 75–85.

Buchanan, J.M. ;Tullock, G. (1962); The Calculus of Consent. Logical Foundations of Constitutional Democracy, Michigan.

Daumann, F. (2000), Nationale Krankenversicherungssysteme Europas im Systemwettbewerb, in: Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik, vol. 220, No. 5, S. 527-540.

Eekhoff, J. (2008); Verflechtung der gesundheits- und Sozialsysteme in Europa; in: Gesundheitswesen zwischen Regulierung und Wettbewerb; Consilium der Bundeszahnärztekammer, Diskussionsdokumente 2, Berlin, S. 13-22.

Eekhoff, J; Bünnagel, V.; Kochskämper, S.; Menzel, K. (2008); Bürgerprivatversicherung; Tübingen.

El-Cherkeh, T.; Steinhardt, M.; Straubhaar, T. (2006); Did the European Free Movement of Persons and Residence Directive change Migration Patterns within the EU? A First Glance; in: CESifo DICE Report 4/2006, S. 14-20.

Hailbronner, K. (2006); The EU Directive on Free Movement and Access to Social benefits; in: CESifo DICE Report 4/2006; S. 8-13.

von Hayek, F. A. (1968); Der Wettbewerb als Entdeckungsverfahren. Kieler Vorträge 56, Kiel.

Jankowski, M. (2006); Wettbewerb, Versicherungspflicht und Risikoanpassung. Zur Begründung und Gestaltung einer obligatorischen Krankenversicherung in der Wettbewerbsordnung; Untersuchungen zur Wirtschaftspolitik 130, Köln.

Knappe, E. (1980), Einkommensverteilung in der Demokratie. Der Beitrag der ökonomischen Theorie der Demokratie zur Analyse der Verteilungspolitik, Freiburg.

Oates, W. E. (1972); Fiscal Federalism; New York.

Pertrášová, A. (2008); Social protection in the European Union; in: eurostat; Statistics in focus 46/2008.

Roth, S. J. (2002); Beschäftigungsorientierte Sozialpolitik. Gemeinnützige Beschäftigung als Brücke zwischen Sozialsystem und Arbeitsmarkt; Untersuchungen zur Wirtschaftspolitik 125, Köln.

Siebert, H.; Kopp; M. J. (1990), Institutional Competition, A Concept for Europe, in: aussenwirtschaft, 45. Jg., S. 439-462.

Sinn, H.-W.(1995); Grundfreiheiten in der EU und nationale Fiskalpolitik; in: Wirtschaftsdienst 75, 5, S. 240-249.

Sinn, S. (1990), The Taming of Leviathan: Competition among Governments, in: Constitutional Political Economy, Vol. 3, S. 177-196.

Schuster, T.; Vaubel, R. (1996); Europäische Sozialpolitik; in: Ohr, R. (Hrsg.); Europäische Integration, Stuttgart, S. 173-199.

Tiebout, C. M. (1956); A Pure Theory Of Local Expenditure; in: The Journal of Political Economy, Vol. 64, No. 5, S. 416-424.

Zimmermann, A. (2007), Umverteilung in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Staus quo und Perspektiven der Ausgestaltung; Untersuchungen zur Wirtschaftspolitik 132, Köln.

## Inhaltsverzeichnis

Abstract .....	2
1. Gefährdung der Stabilität der Gesundheitssysteme .....	3
2. Ineffiziente Wanderungsanreize durch institutionelle Ausgestaltung .....	4
2.1 Freizügigkeitsregelungen in der EU .....	4
2.2 Status quo der Finanzierung von Gesundheitssystemen .....	5
2.3 Effizienter Systemwettbewerb wird verhindert .....	6
3. Diskussion verschiedener Lösungsmöglichkeiten .....	8
3.1 Zentralisierung auf europäischer Ebene – ein einheitliches europäisches Gesundheitssystem .....	8
3.2 Beibehaltung des Status quo in der Finanzierung .....	9
3.3 Trennung von Versicherung und Umverteilung .....	12
Ausblick .....	14
Literaturverzeichnis .....	16