

Der Ordnungspolitische Kommentar

Nr. 3/2010

02. März 2010

Gesundheitspolitik in der Europäischen Union: Endlich Grenzen überschreiten!

Von Susanna Kochskämper

Wie viele es tun, darüber gibt es bisher keine genauen Angaben. Wie viele wissen, dass sie es tun könnten, ist auch nicht ganz klar. Eine Umfrage der Europäischen Kommission aus dem Jahr 2007, die einzige umfassende ihrer Art, kommt zu dem Ergebnis, dass das Wissen von 30 Prozent der befragten europäischen Bürger begrenzt ist. Vier Prozent hingegen haben bereits Grenzen überschritten – allen voran die Luxemburger (European Commission/The Gallup Organization (2007): Cross-border health services in the EU – Analytical Report, in: Flash Eurobarometer, No. 210.).

Ob Luxemburger weniger Grenzen kennen als die übrigen Europäer oder ob die eingegrenzte Lage ihres Landes zu diesem Verhalten führt, soll an dieser Stelle nicht weiter diskutiert werden. Was vielmehr erstaunt ist, dass eine Europäische Union, der ansonsten eine wahre Regelungswut unterstellt wird (man denke an Glühbirnen), an dieser Stelle keine eindeutige Regel finden kann. Die Unsicherheit in der Bevölkerung kommt also nicht von ungefähr. Oder wussten Sie, dass Sie als europäischer Bürger prinzipiell auch medizinische Leistungen im europäischen Ausland in Anspruch nehmen dürfen – einfach so und ohne Vorabgenehmigung ihres Krankenversicherungsträgers? Das gilt zumindest für ambulante Leistungen im Umfang des inländischen Leistungskatalogs. Und es könnte sein, dass Sie erst bis zum Europäischen Gerichtshof gehen müssen, um dieses Recht geltend zu machen.

Unklare Regeln

In einem Europa, in dem Grenzen ohne Probleme überschritten werden können, sind wir im Gesundheitsbereich noch nicht angekommen. Generell liegt die Gestaltung der Gesundheitspolitik im Kompetenzbereich der Nationalstaaten, eine europäische Harmonisierung ist nach gegenwärtigem europäischem Recht ausgeschlossen (vgl. Art. 152 EUV). Daran ist auch nichts zu kritisieren. Gleichzeitig ist das Gesundheitswesen nicht grundsätzlich von den Wettbewerbsregeln und den Regeln, die die Freizügigkeit betreffen, ausgenommen. Auch das ist begrüßenswert, denn den Bürgern können so nur Vorteile entstehen. Warum sollte man sich nicht von einem Arzt im Ausland behandeln lassen dürfen, wenn man dies möch-

te? Natürlich mit der Einschränkung, dass die Träger der Kosten – sei dies nun eine Krankenkasse, eine private Krankenversicherung oder, wie im Fall der Briten beispielsweise, ein Nationaler Gesundheitsdienst - nur die Kosten erstatten, die auch im Inland übernommen würden.

Doch leider ist es nicht so einfach: Dem Gesundheitsbereich wurde in der Vergangenheit immer wieder eine Sonderstellung zugesprochen, die eine Anwendung eben jener europäischen Wettbewerbs- und Freizügigkeitsregelungen einschränkt oder ausschließt. Die Richtlinie über Dienstleistungen im Binnenmarkt (Richtlinie 2006/123/EG vom 12. Dezember 2006) gilt explizit nicht für das Gesundheitswesen. Die Verabschiedung der angekündigten eigenen Gesundheitsrichtlinie scheiterte im Dezember 2009 an einem Veto von Spanien, Portugal, Ungarn, Irland, Rumänien, Slowenien, Griechenland, Litauen und der Slowakei. Somit können Patienten ihre Rechte momentan nur aus der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs ableiten: Dieser entschied, dass im ambulanten Bereich die grenzüberschreitende Leistungsanspruchnahme ohne Vorabgenehmigung des inländischen Kostenträgers möglich ist (vgl. z.B. EuGh, Rs. C-120/95 (Decker); Rs. C-158/96 (Kohll)). Im stationären Bereich bedarf es einer Vorabgenehmigung, die allerdings nur in bestimmten Fällen verwehrt werden darf (vgl. z.B. EuGh, Rs. C-372/04 (Watts)).

Weist das Scheitern einer Richtlinie, in der genau diese Rechtsprechung in nationales Recht umgewandelt werden sollte, auf mögliche Probleme hin, die der Europäische Gerichtshof übersehen hat?

Geringere Qualität im europäischen Ausland?

Ein Problem, das Skeptiker bei grenzüberschreitenden Gesundheitsleistungen sehen, ist das der Qualität medizinischer Leistungen: Es könne sein, dass Ärzte im Ausland eine geringere Qualität der Leistungen anbieten, was im inländischen Gesundheitssystem Kosten verursache, da Behandlungsfehler korrigiert werden müssten – so die Argumentation. Grundsätzlich kann das aber erstens nur gelten, wenn bezweifelt wird, dass die Qualifikation des medizinischen Personals im europäischen Ausland zufriedenstellend ist. Die Richtlinie 2005/36/EG vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen setzt aber europäische Mindeststandards für die Qualifikation von medizinischem Personal. Damit

kann generell davon ausgegangen werden, dass alle Ärzte in einem anderen europäischen Staat qualifiziert genug sind. Es existiert in Beitrittsländern zwar eine „Übergangsgeneration“ von Ärzten, deren Qualifikation im europäischen Ausland nicht automatisch anerkannt wird. Sie brauchen weitere Bescheinigungen, beispielsweise über die Dauer ihrer Berufsausübung. Aber hier kommt ein zweiter Aspekt hinzu: Geht man vom mündigen Patienten aus, und nur das ist für Staaten überhaupt zulässig, sollte man erwarten, dass sich dieser vor einer Behandlung über die Qualifikation des entsprechenden Arztes informiert, wenn die Behandlung geplant ist. Es ist kaum vorstellbar, dass sich jemand wissentlich von einem Mediziner behandeln lässt, von dem er eine nicht ausreichende Behandlungsqualität erwartet.

Dass ein Arzt trotz ausreichender Berufsqualifikation Behandlungen von minderer Qualität anbietet, kann natürlich sein. Aber diese Gefahr ist auch bei inländischen Medizinerinnen nicht ausgeschlossen. Dem können klare Haftungsregeln entgegen wirken, von deren grundsätzlicher Existenz in den EU-Staaten auszugehen ist, da sich die Staaten auf die sogenannten Kopenhagener Kriterien verständigt haben. Würde sich zeigen, dass hier Verbesserungsbedarf bestünde, um die grenzüberschreitende Leistungsanspruchnahme zu erleichtern, wäre an dieser Stelle die politische Diskussion gefragt. Mindere Qualität medizinischer Leistungen im europäischen Ausland kann hingegen nicht als Gegenargument gelten.

Kostenexplosion?

Als weiteres Argument gegen die grenzüberschreitende Leistungsanspruchnahme wird genannt, dass es zu einer Zunahme der Kosten in den nationalen Gesundheitssystemen kommen würde. Aber auch hier muss genauer hingesehen werden: Handelt es sich um zusätzliche Verwaltungskosten, gibt es keinen Grund, weshalb diese nicht von dem Patienten selbst getragen werden sollten. Ebenso verhält es sich mit zusätzlichen Kosten, die entstehen, falls eine Behandlung im europäischen Ausland teurer sein sollte als eine vergleichbare im Inland. Für den Finanzträger würden also keine Zusatzkosten entstehen und der Patient könnte selbst entscheiden, ob er diese Kosten

tragen möchte. Bestünde außerdem die Möglichkeit, dass inländische Kostenträger auch direkt Verträge mit ausländischen medizinischen Einrichtungen abschließen dürften, könnten die Kosten des Gesundheitssystems insgesamt mit zunehmender Nachfrage nach medizinischen Leistungen im europäischen Ausland sinken. Sind die Bodenpreise benachbarter Regionen unterschiedlich hoch, was wiederum die Kosten des medizinischen Angebots entscheidend beeinflusst, können Vorteile für alle Patienten entstehen. Denn fragen Patienten in Grenzregionen neben inländischen auch regelmäßig Leistungen im kostengünstigeren Nachbarland nach, hat das positive Auswirkungen auf die Kostenhöhe des gesamten Gesundheitssystems.

Dass bei grenzüberschreitender Leistungsanspruchnahme in den gegenwärtigen Gesundheitssystemen tatsächlich Kostenzunahmen erwartet werden können, liegt an einem anderen entscheidenden Punkt: In den meisten europäischen Staaten existieren umfangreiche medizinische Leistungskataloge. Die Illusion, dass diese jederzeit für alle Bürger gelten, wird durch grenzüberschreitende Leistungsanspruchnahme als solche entlarvt: Denn innerhalb der Systeme wird eben doch rationiert, durch Budgetierungen, Wartelisten etc. Würden nun die Patienten die Leistungen, die ihnen offiziell zustehen, die aber zum gewünschten Zeitpunkt im Inland tatsächlich nicht verfügbar sind, im Ausland nachfragen, stieße die Finanzierbarkeit der existierenden Systeme schnell an ihre Grenzen. Die Folge wären Beitrags- bzw. Steuererhöhungen. Grenzüberschreitung zu verbieten und damit auf die Vorteile der Dienstleistungsfreiheit zu verzichten, kann aber in diesem Fall nicht die Lösung sein. Angebracht ist vielmehr eine Diskussion über die Möglichkeit und den gesellschaftlichen Willen, alle existierenden Behandlungsmöglichkeiten zu finanzieren. Die ist zugegebenermaßen nicht einfach, aber dafür ehrlich.

8415 Zeichen

Dieser Ordnungspolitische Kommentar reflektiert die Meinung der Autorin, nicht notwendigerweise die des Instituts für Wirtschaftspolitik oder des Otto-Wolff-Instituts für Wirtschaftsordnung. Der Inhalt kann vollständig oder auszugsweise bei Erwähnung der Autorin zu Publikationszwecken verwendet werden. Für weitere Informationen und Rückfragen zum Inhalt wenden Sie sich bitte direkt an die Autorin.

Die Autorin ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Wirtschaftspolitik an der Universität zu Köln.

Kontakt: Tel. 0221-470 5351 oder E-Mail: kochskaemper@wiso.uni-koeln.de