

**GRENZÜBERSCHREITENDE  
INANSPRUCHNAHME VON  
GESUNDHEITSLEISTUNGEN IN DER  
EUROPÄISCHEN UNION**

**Rück- und Anreizwirkungen im  
deutschen Gesundheitssystem**

**Dissertation**

bei Prof. Dr. Jürgen Siebke

vorgelegt von

**Sandra Hérault**

Schützenweg 7a

82211 HERRSCHING

## VORWORT

Ich danke besonders Herrn Prof. Dr. Jürgen Siebke, der diese Arbeit von der Entstehung bis zum Fertigprodukt betreut hat. Er hat- wie zwischen uns ausgemacht – der Arbeit die wissenschaftliche Freiheit großzügig gewährt. Seiner Kritik und dem zugesprochenen Mut verdanke ich wesentliche Impulse.

Mein Dank gilt ebenso PD Dr. Frank Jöst, der Zweitgutachter meiner Dissertation, der mir vor allem während der Disputation und bei der Druckfreigabe aufmunternd zur Seite stand.

Bei meinem Ehemann, Dr. Christoph Hegele, möchte ich mich vor allem bedanken, für die zahlreichen gewinnbringenden Gespräche, für die hilfreichen juristischen Einschätzungen und vor allem dafür, dass er immer an mich geglaubt hat.

Auch meine vier Kinder, Samuel, Leander, Selma und Lilian haben auf ihre Weise einen Beitrag zu der Arbeit geleistet.

Mein Dank gilt ferner meinem Vater, meinen Schwiegereltern sowie meinen Freunden für Ihre Geduld und für Ihre praktische Hilfe bei der Durchsicht des Manuskripts oder bei der Betreuung der Kinder.

Gliederung

## **EINLEITUNG**

### **TEIL I**

#### **THEORETISCHES FUNDAMENT**

- A. Einführung
- B. Die Neue Politische Ökonomie
- C. Gesundheitsökonomik
- D. Besonderheiten der Gesundheitsgüter
- E. Ausblick

### **TEIL II**

#### **DAS DEUTSCHE GESUNDHEITSSYSTEM**

- A. Einführung
- B. Die Geschichte der Krankenversicherung in Deutschland
- C. Die Institutionen der Krankenversicherung und ihre Aufgaben
- D. Das System der ambulanten Versorgung
- E. Das System der stationären Versorgung
- F. Das System der Arzneimittelversorgung
- G. Zwischenergebnis

### **TEIL III**

#### **EUROPÄISCHE GESUNDHEITSPOLITIK**

- A. Einführung
- B. Entstehungsprozess rechtlicher Grundlagen der europäischen Gesundheitspolitik
- C. Instrumente der europäischen Gesundheitspolitik heute
- D. Rezeption der mittelbaren europäischen Gesundheitspolitik im deutschen Krankenversicherungsrecht
- E. Zusammenfassung

### **TEIL IV**

#### **INTERESSENKONSTELLATIONEN IM DEUTSCHEN GESUNDHEITSWESEN BEI EINER GRENZÜBERSCHREITENDEN GESUNDHEITSVERSORGUNG**

- A. Einführung
- B. System der ambulanten Versorgung
- C. System der stationären Versorgung
- D. System der Arzneimittelversorgung
- E. Zusammenfassung der Interessen nach den einzelnen Akteure bei einer grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

### **TEIL V**

#### **RÜCKWIRKUNGEN NEU ENTSTANDENER INTERESSENKONSTELLATIONEN AUF DIE SYSTEMELEMENTE, AUF DIE ANREIZSTRUKTUREN IM DEUTSCHEN GESUNDHEITSWESEN**

- A. Einführung
- B. Erosion von Systemelementen
- C. Verbesserung der Anreizstrukturen im deutschen Gesundheitswesen
- D. Expansion selektiver Verträge auf europäischer Ebene

## **ZUSAMMENFASSUNG**

# INHALTSVERZEICHNIS

## Abkürzungsverzeichnis

<b>EINLEITUNG</b>	1
-------------------	---

## TEIL I

### THEORETISCHES FUNDAMENT

A. Einführung	3
B. Die Neue Politische Ökonomie	3
1. Individuelle Ebene	5
1.1 Der methodologische Individualismus	5
1.2 Individualismus und externe Effekte	5
2. Kollektive Ebene	6
3. Staatliche Ebene	8
C. Gesundheitsökonomik	10
1. Entstehung der Gesundheitsökonomik als Disziplin und Definition	11
2. Entscheidungsebenen und Akteure in der Gesundheitspolitik	11
2.1 Individuelle Ebene oder Mikrobereich	11
2.2 Kollektive Ebene oder Mesobereich	11
2.3 Politische Ebene oder Makrobereich	11
3. Eine ökonomische Theorie des Gesundheitswesens	12
4. Ausblick	13
D. Besonderheiten der Gesundheitsgüter	14
1. Einführung	14
2. Marktversagen auf den Märkten für Gesundheitsgüter	15
2.1 Externe Effekte und Kollektivgüter	15
2.2 Gesundheitsgüter als Optionsgüter	16
2.3 Gesundheitsgüter als Zukunftsgüter	17
2.4 Unvollkommene Information auf Gesundheitsmärkten – Gesundheitsgüter als Dienstleistungen	17
2.5 Gesundheitsgüter als meritorische Güter	18
2.6 Zusammenfassung	19
3. Marktversagen auf den Märkten für Krankenversicherungen	19
3.1 Trittbrettfahrer-Problem	20
3.2 Asymmetrische Informationsverteilung über das Krankheitsrisiko	20
3.2.1 Adverse Selection	21
3.2.2 Moral-Hazard-Verhalten	22
4. Begründung staatlicher Eingriffe im Gesundheitswesen	23
4.1 Aufgrund des Versagens der Märkte für Gesundheitsgüter?	23
4.2 Aufgrund des Versagens des Krankenversicherungsmarktes?	24
4.3 Aus Gerechtigkeitserwägungen?	24
E. Ausblick	25

## TEIL II

### DAS DEUTSCHE GESUNDHEITSSYSTEM

A. Einführung	26
B. Die Geschichte der Krankenversicherung in Deutschland	27
1. Von der Antike bis 1970	27
2. Auswahl an Gesundheitsreformgesetzen von 1970 bis 2011	30
C. Die Institutionen der Krankenversicherung und ihre Aufgaben	35
1. Das Nebeneinander von GKV und PKV	35
2. Die Finanzierung der GKV	36
3. Die Institutionen innerhalb der GKV als 3-Ebenen-Modell	37
3.1 Graphische Darstellung der Finanzbeziehungen aller Akteure des deutschen Gesundheitssystems	38
3.2 Graphische Darstellung der Leistungs- und Steuerungsbeziehungen aller Akteure des deutschen Gesundheitssystems	39
3.3 Die Akteure des deutschen Gesundheitssystems	39
3.3.1 Untere Ebene	39
3.3.2 Mittlere Ebene	40
3.3.3 Obere Ebene	41
D. Das System der ambulanten Versorgung	43
1. Steuerungsbeziehungen der ambulanten Versorgung	43
2. Leistungserbringung der ambulanten Versorgung	45
3. Finanzierung der ambulanten Versorgung	45
3.1 Allgemeiner Kreislauf der Finanzierung in der ambulanten Versorgung	45
3.2 Besondere Berücksichtigung der Honorierung der Vertragsärzte in der ambulanten Versorgung	46
4. Interessenkonstellationen	50
4.1 Untere Ebene	50
4.1.1 Interessen der Akteure der unteren Ebene	50
4.1.1.1 Patient	50
4.1.1.2 Arzt	52
4.1.2 Interdependenzen auf der unteren Ebene	55
4.2 Mittlere Ebene	56
4.2.1 Interessen der Akteure der mittleren Ebene	56
4.2.1.1 Kassen	56
4.2.1.2 Kassenärztliche Vereinigungen	58
4.2.2 Interdependenzen zwischen unterer und mittlerer Ebene	59
4.2.3 Interdependenzen auf der mittleren Ebene	60
4.3 Obere Ebene	61
4.3.1 Interessen der Politiker	61
4.3.2 Interdependenzen zwischen mittlerer und oberer Ebene	62
E. Das System der stationären Versorgung	64
1. Steuerungsbeziehungen der Krankenhausversorgung	65
2. Leistungsströme und Steuerungsmittel der Krankenhausversorgung	67
3. Interessenkonstellationen	68

3.1 Untere Ebene	69
3.1.1 Interessen der Akteure auf der unteren Ebene	69
3.1.1.1 Patient	69
3.1.1.2 Überweisender Arzt	69
3.1.1.3 Krankenhaus	70
3.1.2 Interdependenzen auf der unteren Ebene	71
3.2 Mittlere Ebene	73
3.2.1 Interessen der Akteure auf der mittleren Ebene	73
3.2.2 Interdependenzen zwischen unterer und mittlerer Ebene	74
3.3 Obere Ebene	75
3.3.1 Interessen der Akteure der oberen Ebene	75
3.3.2 Interdependenzen zwischen mittlerer und oberer Ebene	75
F. Das System der Arzneimittelversorgung	76
1. Steuerungsbeziehungen, Leistungsströme und Steuerungsmittel der Arzneimittelversorgung	77
2. Interessenkonstellationen	79
2.1 Untere Ebene	79
2.1.1 Interessen der Akteure auf der unteren Ebene	79
2.1.1.1 Patient	79
2.1.1.2 Arzt	80
2.1.1.3 Apotheker	81
2.1.1.4 Arzneimittelhersteller	81
2.1.2 Interdependenzen auf der unteren Ebene	82
2.2 Mittlere Ebene	85
2.2.1 Interessen der Akteure auf der mittleren Ebene	85
2.2.1.1 Krankenkassen	85
2.2.1.2 Kassenärztliche Vereinigungen	85
2.2.1.3 Verbände der Pharmazeutischen Industrie	85
2.2.2 Interdependenzen zwischen unterer und mittlerer Ebene	87
2.2.3 Interdependenzen auf der mittleren Ebene	89
2.3 Obere Ebene	90
2.3.1 Interessen der Politiker	90
2.3.2 Interdependenzen zwischen mittlere und oberer Ebene	91
G. Zwischenergebnis	92
1. Systemelemente der deutschen Krankenversicherung	92
2. Zusammenfassung der „schlechten“ Anreizstrukturen	93
3. Ausblick	95



4.1 Unterscheidung zwischen unmittelbarer und mittelbarer europäischer Gesundheitspolitik	138
4.2 Mittelbare europäische Gesundheitspolitik jenseits der vertraglichen Kompetenzen und Prinzipien	138
4.3 Übersicht	140
D. Rezeption der mittelbaren europäischen Gesundheitspolitik im deutschen Krankenversicherungsrecht	144
E. Zusammenfassung	145

## **TEIL IV**

### **INTERESSENKONSTELLATIONEN IM DEUTSCHEN GESUNDHEITSWESEN BEI EINER GRENZÜBERSCHREITENDEN GESUNDHEITSVERSORGUNG**

A. Einführung	148
B. System der ambulanten Versorgung	149
1. Ein deutscher Versicherter fragt im EU-Ausland eine ambulante Leistung nach	
1.1 Leistungs- und Finanzströme der ambulanten Versorgung bei grenzüberschreitender Leistungsanspruchnahme nach dem Sachleistungsprinzip (VO (EG) Nr. 883/2004)	150
1.1.1 Sachleistungssystem im EU-Ausland	151
1.1.2 Kostenerstattungssystem im EU-Ausland	152
1.2 Leistungs- und Finanzströme der ambulanten Versorgung bei grenzüberschreitender Leistungsanspruchnahme nach dem Kostenerstattungsprinzip (RL 2011/24/EU)	153
1.3 Leistungs- und Finanzströme der ambulanten Versorgung bei grenzüberschreitender Leistungsanspruchnahme auf der Basis eines Versorgungsvertrages zwischen einer deutschen Krankenkasse und einem Arzt aus dem EU-Ausland (§ 140e SGB V)	154
2. Patient aus dem EU-Ausland fragt in Deutschland eine ambulante Leistung nach	
2.1 Leistungs- und Finanzströme der ambulanten Versorgung bei grenzüberschreitender Leistungsanspruchnahme nach dem Sachleistungsprinzip (VO (EG) Nr. 883/2004)	155
2.2 Leistungs- und Finanzströme der ambulanten Versorgung bei grenzüberschreitender Leistungsanspruchnahme nach dem Kostenerstattungsprinzip (RL 2011/24/EU)	156
2.3 Leistungs- und Finanzströme der ambulanten Versorgung bei grenzüberschreitender Leistungsanspruchnahme auf der Basis eines Versorgungsvertrages zwischen einem deutschen Arzt und einem Krankenversicherungsträger aus dem EU-Ausland	157
3. Interessenkonstellationen in der deutschen ambulanten Versorgung bei einer grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen	158
3.1 Untere Ebene	158
3.1.1 Interessen der Akteure auf der unteren Ebene	159

3.1.1.1 Patient	159
3.1.1.1.1 Nach VO (EG) Nr. 883/2004	159
3.1.1.1.2 Nach der EU-Richtlinie (RL 2011/24/EU)	160
3.1.1.1.3 Nach § 140e SGB V	161
3.1.1.1.4 Chancen und Risiken in der Interessenstruktur des Patienten bei einer grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen	161
3.1.1.2 Arzt	163
3.1.2 Interdependenzen auf der unteren Ebene – Wechselwirkung zwischen zwei europäischen Gesundheitssystemen	165
3.1.2.1 Deutscher Patient – Arzt im EU-Ausland	165
3.1.2.2 Ausländischer Patient – Arzt in Deutschland	166
3.2 Mittlere Ebene	167
3.2.1 Interessen der Krankenkassen	167
3.2.2 Interdependenzen zwischen unterer und mittlere Ebene	168
3.3 Zusammenfassung aller Interessenkonstellationen in der deutschen ambulanten Versorgung bei einer grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen	169
C. System der stationären Versorgung	170
1. Ein deutscher Versicherter fragt im EU-Ausland eine stationäre Leistung nach	
1.1 Leistungs- und Finanzströme der stationären Versorgung bei grenzüberschreitender Leistungsinanspruchnahme nach dem Sachleistungsprinzip (VO (EG) Nr. 883/2004)	172
1.2 Leistungs- und Finanzströme der stationären Versorgung bei grenzüberschreitender Leistungsinanspruchnahme nach dem Kostenerstattungsprinzip (RL 2011/24/EU)	174
1.2.1 Der deutsche Versicherter tritt in Vorleistung	174
1.2.2 Einführung eines Gutscheinsystems	175
1.3 Leistungs- und Finanzströme der ambulanten Versorgung bei grenzüberschreitender Leistungsinanspruchnahme auf der Basis eines Versorgungsvertrages zwischen einer deutschen Krankenkasse und einem Krankenhaus aus dem EU-Ausland (§ 140e SGB V)	176
2. Patient aus dem EU-Ausland fragt in Deutschland eine stationäre Leistung nach	
2.1 Leistungs- und Finanzströme der stationären Versorgung bei grenzüberschreitender Leistungsinanspruchnahme nach dem Sachleistungsprinzip (VO (EG) Nr. 883/2004)	177
2.2 Leistungs- und Finanzströme der stationären Versorgung bei grenzüberschreitender Leistungsinanspruchnahme nach dem Kostenerstattungsprinzip (RL 2011/24/EU)	177
2.2.1 Der deutsche Versicherter tritt in Vorleistung	178
2.2.2 Einführung eines Gutscheinsystems	178

2.3 Leistungs- und Finanzströme der ambulanten Versorgung bei grenzüberschreitender Leistungsanspruchnahme auf der Basis eines Versorgungsvertrages zwischen einem deutschen Krankenhaus und einem Krankenversicherungsträger aus dem EU-Ausland	179
3. Interessenkonstellationen in der deutschen stationären Versorgung bei einer grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen	179
3.1 Untere Ebene	179
3.1.1 Interessen der Akteure auf der unteren Ebene	179
3.1.1.1 Patient	180
3.1.1.1.1 Nach VO (EG) Nr. 883/2004	180
3.1.1.1.2 Nach der EU-Richtlinie (RL 2011/24/EU)	180
3.1.1.1.3 Nach § 140e SGB V	181
3.1.1.1.4 Chancen und Risiken in der Interessenstruktur des Patienten bei einer grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen	182
3.1.1.2 Krankenhaus	182
3.1.1.2.1 Nach VO (EG) Nr. 883/2004	183
3.1.1.2.2 Nach der EU-Richtlinie (RL 2011/24/EU)	183
3.1.1.2.3 Nach § 140e SGB V	184
3.2 Mittlere Ebene	184
3.2.1 Interessen der Krankenkassen	184
3.2.1.1.1 VO (EG) Nr. 883/2004 versus RL 2011/24/EU	185
3.2.1.1.2 Nach § 140e SGB V	186
3.2.1.1.3 Zusammenfassung	187
3.2.2 Interdependenzen zwischen unterer und mittlerer Ebene anhand von zwei Beispielen aus der Praxis	187
3.3 Zusammenfassung aller Interessenkonstellationen in der deutschen stationären Versorgung bei einer grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen	189
D. System der Arzneimittelversorgung	190
1. Ein deutscher Versicherter fragt im EU-Ausland ein erstattungsfähiges Arzneimittel nach	190
1.1 Leistungs- und Finanzströme der Arzneimittelversorgung bei grenzüberschreitender Leistungsanspruchnahme nach dem Sachleistungsprinzip (VO (EG) Nr. 883/2004)	190
1.1.1 Sachleistungssystem im EU-Ausland	191
1.1.2 Kostenerstattungssystem im EU-Ausland	192
1.2 Leistungs- und Finanzströme der Arzneimittelversorgung bei grenzüberschreitender Leistungsanspruchnahme nach dem Kostenerstattungsprinzip (RL 2011/24/EU)	193
1.3 Leistungs- und Finanzströme der Arzneimittelversorgung bei grenzüberschreitender Leistungsanspruchnahme auf der Basis eines Versorgungsvertrages zwischen einer deutschen Krankenkasse und einer Apotheke aus dem EU-Ausland (§ 140e SGB V)	194

2.	Patient aus dem EU-Ausland fragt in Deutschland ein erstattungsfähiges Arzneimittel nach	195
2.1	Leistungs- und Finanzströme der Arzneimittelversorgung bei grenzüberschreitender Leistungsanspruchnahme nach dem Sachleistungsprinzip (VO (EG) Nr. 883/2004)	195
2.2	Leistungs- und Finanzströme der Arzneimittelversorgung bei grenzüberschreitender Leistungsanspruchnahme nach dem Kostenerstattungsprinzip (RL 2011/24/EU)	196
2.3	Leistungs- und Finanzströme der Arzneimittelversorgung bei grenzüberschreitender Leistungsanspruchnahme auf der Basis eines Versorgungsvertrages zwischen einer deutschen Apotheke und einem Krankenversicherungsträger aus dem EU-Ausland	197
3.	Interessenkonstellationen in der deutschen Arzneimittelversorgung bei grenzüberschreitender Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen	198
3.1	Untere Ebene	198
3.1.1	Interessen der Patienten	198
3.1.1.1	Allgemeine Interessen	198
3.1.1.2	Nach VO (EG) Nr. 883/2004	199
3.1.1.3	Nach der EU-Richtlinie (RL 2011/24/EU)	200
3.1.1.4	Nach § 140e SGB V	200
3.1.2	Interessen der Ärzte	200
3.1.3	Interessen der Apotheker	201
3.1.4	Interessen der Pharmazeutischen Industrie	202
3.2	Mittlere Ebene	202
3.2.1	Interessen der Krankenkassen	202
3.2.1.1	VO (EG) Nr. 883/2004 versus RL 2011/24/EU	203
3.2.1.2	Nach § 140e SGB V	204
3.2.2	Interessen der Verbände der Pharmazeutischen Industrie	204
3.2.3	Interdependenzen zwischen unterer und mittlerer Ebene	206
3.3	Zusammenfassung aller Interessenkonstellationen in der deutschen Arzneimittelversorgung bei einer grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen	206
E.	Zusammenfassung der Interessen nach den einzelnen Akteure bei einer grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen	207
1.	Versicherte	207
2.	Krankenkasse	207
3.	Ärzte	208
4.	Krankenhäuser	209
5.	Apotheker	209
6.	Arzneimittelhersteller	209

## **TEIL V**

### **RÜCKWIRKUNGEN NEU ENTSTANDENER INTERESSENKONSTELLATIONEN AUF DIE SYSTEMELEMENTE, AUF DIE ANREIZSTRUKTUREN IM DEUTSCHEN GESUNDHEITSWESEN**

A. Einführung	211
B. Erosion von Systemelementen	212
1. Rückwirkungen der mittelbaren europäischen Gesundheitspolitik auf den Sicherstellungsauftrag	212
2. Rückwirkungen der mittelbaren europäischen Gesundheitspolitik auf das Sachleistungsprinzip im deutschen Gesundheitssystem	214
3. Rückwirkungen auf die duale Finanzierung in der Krankenhausversorgung	217
C. Verbesserung der Anreizstrukturen im deutschen Gesundheitswesen	219
1. In der ambulante Versorgung	220
2. In der stationären Versorgung	222
3. In der Arzneimittelversorgung	224
D. Expansion selektiver Verträge auf europäischer Ebene	225
1. §140e SGB V als Königsweg?	225
2. Folgewirkungen für die gesetzlichen Krankenkassen?	228

<b>ZUSAMMENFASSUNG</b>	230
------------------------	-----

#### **Literaturverzeichnis**

## Abkürzungsverzeichnis

ABDA	Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände
ABl.	Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaften
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AEUV	Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union
a. F.	Alte Fassung
AMG	Arzneimittelgesetz
BAH	Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BKK	Betriebskrankenkasse
BPI	Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DRG	Diagnosis Related Groups
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EEA	Einheitliche Europäische Akte
EGV	Europäischer Gemeinschaftsvertrag
EHIC	Europäische Krankenversicherungskarte
EMEA	Europäische Agentur für die Beurteilung von Arzneimitteln
EuGH	Europäischer Gerichtshof
EWGV	Europäischer Wirtschaftsgemeinschaftsvertrag
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-FinG	Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung
GKV-WSG	Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV
GMG	Modernisierungsgesetz
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GRG	Gesundheitsreformgesetz
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz
IGeL	Individuelle Gesundheitsleistungen
KÄG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KHG	Krankenhausgesetz
KHGR	Krankenhausfinanzierungsreformgesetz
KVEG	Kostendämpfungsergänzungsgesetz
MGV	Morbiditätsorientierte Gesamtvergütung
n. F.	Neue Fassung
NOG	Neuordnungsgesetz
NPÖ	Neue Politische Ökonomie
OMK	Offene Methode der Koordinierung
OTC	Over the Counter
PKV	Private Krankenversicherung
QZV	Qualifikationsgebundene Zusatzvolumen
RL	Richtlinie
RLV	Regelleistungsvolumen
RS	Rechtssache
RSA	Risikostrukturausgleich
RVO	Reichsversicherungsordnung
SGB	Sozialgesetzbuch
SWP	Stabilitäts- und Wachstumspakt
TK	Techniker Krankenkasse
VFA	Verband forschender Arzneimittelhersteller
VO	Verordnung
WHO	World Health Organization
WWU	Wirtschafts- und Währungsunion

## Abkürzungsverzeichnis der benutzten Symbolen in den Schaubildern

Ä	Ärzte
AEP	Apothekeneinkaufspreis
AG	Arbeitgeber
AM	Arzneimittel
Apo	Apotheke
AVP	Apothekenverkaufspreis
b	Beiträge
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
dh	Honorar in Deutschland
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
dKK	deutsche Krankenkasse
dr	Rechnung in Deutschland
dV	deutscher Versicherter
e	Rückerstattung
EHIC	Europäische Krankenversicherungskarte
EU-AMp	Arzneimittelpreis im EU-Mitgliedstaat
EU-Apo	Apotheke im EU-Mitgliedstaat
Eu-h	Honorar im EU-Mitgliedstaat
EU-KH	Krankenhaus eines EU-Mitgliedstaates
Eu-r	Rechnung im EU-Mitgliedstaat
EU-R-AMp	Rechnung über die geleistete Zahlung für das Arzneimittel im EU-Mitgliedstaat
EU-Soz.Vers.	Sozialversicherungssystem eines EU-Mitgliedstaates
EU-Zz	Zuzahlung im EU-Mitgliedstaat
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GH	Großhändler
GS	gemeinsamer Selbstverwaltung
HAP	Herstellerabgabepreis
InEK	Institut für das Entgeltssystem im Krankenhaus
Inv	Investition
KH	Krankenhaus
KK	Krankenkasse
KV	Kassenärztliche sowie Kassenzahnärztliche Vereinigung
KVK	Krankenversicherungskarte
m	medizinische Leistung
P	Patient
PI	Pharmazeutische Industrie
QM	Quasimarkt
R	Rechnung
r	Rezept
s	staatliche Rechtsaufsichtspflicht
S2	Formular S2 als Genehmigungsnachweis einer geplanten medizinischen Behandlung
sv	Selektivverträge
V	Versicherter
w	Wahlen
Zz	Zuzahlung

## **EINLEITUNG**

In Deutschland – aber auch in zahlreichen anderen Ländern – wird seit Jahren um eine finanzierbare Struktur der gesetzlichen Krankenversicherung gestritten. So begann die Diskussion um die sogenannte „Kostenexplosion im Gesundheitswesen“ schon 1977 mit den Kostendämpfungsgesetzen. Seither wird Wachstum in der Gesundheitsbranche als Ausgabenexplosion interpretiert. Die häufig thematisierte Knappheit von Gesundheitsgütern und das zunehmende Streben nach Effizienzsteigerungen im Gesundheitswesen haben eine ständige Aufwertung der Gesundheitsökonomie begünstigt. Gesundheitspolitische Entscheidungen fallen auf verschiedenen Ebenen und unter der Beteiligung verschiedener Akteure. Nach der hier vertretenen Auffassung sind daher gerade die Methoden der Neuen Politischen Ökonomie besonders geeignet, um die Strukturen und Abläufe in den Institutionen der Gesundheitsversorgung sowie die Steuerungsfunktion finanzieller Anreize zu untersuchen.

Seit Jahren wird auch über die Funktion und die Kompetenzen der Europäischen Union in der Sozialpolitik gerungen. Es wird darüber diskutiert, ob die Union eine eigene unmittelbare Gesundheitspolitik betreiben darf. Bereits im Jahr 1992 wurden mit der Aufnahme des Titels „Gesundheitswesen“ im EU-Vertrag erste gesundheitspolitische Ambitionen der Union sichtbar. Mit den grundlegenden Entscheidungen des EuGH zur Bedeutung der Waren- und Dienstleistungsverkehrsfreiheit auf die nationalen Gesundheitssysteme zwischen 1998 und 2004, und der politischen Umsetzung dieser Rechtsprechung 2011 in eine Patientenmobilitätsrichtlinie (RL 2011/24/EU) zeichnet sich hier – wie zu zeigen sein wird – ein Trend zur „Europäisierung“ der Gesundheitspolitik ab, dies obwohl die Nachfrage nach einer geplanten und ungeplanten grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung nur etwa 1% der Gesundheitsausgaben in der EU – das heißt rund 10 Milliarden Euro - ausmacht<sup>1</sup>.

Die vorliegende Arbeit hat sich zum Ziel gesetzt, mit den Methoden der Neuen Politischen Ökonomie einen Beitrag zur Gesundheitsökonomie zu leisten und dabei insbesondere die aktuelle europäische Gesundheitspolitik zu berücksichtigen. Es werden Schnittpunkte zwischen diesen drei Bereichen bezeichnet und ihre Bedeutung für die zukünftige Entwicklung des Gesundheitssystems in Deutschland dargestellt. Dabei gilt es folgende vier Leitfragen zu beantworten:

---

<sup>1</sup> In Urlaubsregionen wie Spanien und den Alpenländern oder auch im deutsch-polnischen Grenzgebiet ist der Anteil höher. Zahlen abrufbar unter URL: <http://www.boerse-online.de/tools/ftd/494808.html> (überprüft am 27.02.12).

- Gibt es im deutschen Gesundheitswesen „schlechte Anreize“, die zu einer Erhöhung der Gesamtausgaben führen? (Teil II)
- Gibt es Schnittpunkte zwischen einer europäischen und einer nationalen Gesundheitspolitik? (Teil III)
- Welche Rückwirkungen folgen daraus auf die Interessenkonstellationen im deutschen Gesundheitswesen mit Bezug zum EU-Ausland? (Teil IV)
- Verlieren dabei historisch gewachsene Systemelemente an Bedeutung und besteht eventuell die Chance, historisch gewachsene Fehlanreize zu korrigieren? (Teil V)

Die Antwort auf diese vier Leitfragen lässt sich nach Auffassung des Verfassers in drei Thesen formulieren:

**Erste These: Die grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen führt zu einer Erosion zahlreicher althergebrachter System- und Steuerungselemente des deutschen Gesundheitssystems.**

**Zweite These: Durch den europäischen Einfluss können Anreizstrukturen auf der Angebots- und auf der Nachfrageseite in allen drei Aggregaten des deutschen Gesundheitsversorgungssystems verbessert werden. Der Wettbewerb zwischen den Akteuren steigt, zugunsten von mehr Wirtschaftlichkeit, Qualität und Präferenzorientierung in der Gesundheitsversorgung.**

**Dritte These: Aus deutscher Sicht sind die Anreize, eine Nachfrage nach europäischen Gesundheitsleistungen auf der Basis von selektiven Versorgungsverträgen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern im EU-Ausland durchzuführen, am größten.**

Mit der folgenden Untersuchung soll eine Begründung dieser Thesen erfolgen.

## **TEIL 1**

### **THEORETISCHES FUNDAMENT**

#### A. Einführung

Künftige Entwicklungstendenzen der Gesundheitspolitik in Europa werden mit dem Instrumentarium der Neuen Politischen Ökonomie (NPÖ) ermittelt. Die gesundheitspolitischen Akteure auf der nationalen und auf der europäischen Ebene werden als *Homines oeconomici* modelliert. Vor diesem Hintergrund werden ihre Anreize untersucht.

In einem ersten Schritt werden die Grundaussagen der Neuen Politischen Ökonomie kurz vorgestellt. Dabei wird zunächst das Individuum als ökonomisch handelnder Mensch untersucht, dann sein Verhalten in Kollektiven und schließlich die resultierenden Interdependenzen auf staatlicher Ebene. In einem zweiten Schritt gilt es, die ökonomische Theorie des Gesundheitswesens als übergreifender Ansatz vorzustellen und zu zeigen, dass die Darstellung der Akteure als *Homines oeconomici* Lösungsansätze zu einer Reihe bekannter Probleme bieten kann. Schließlich werden in einem dritten und letzten Schritt die Besonderheiten des hier untersuchten Gutes „Gesundheit“ dargestellt.

#### B. Die Neue Politische Ökonomie

Zu dem Modell des individuellen Verhaltens, wie es der modernen ökonomischen Theorie zugrunde liegt, hat G.S. Becker<sup>1</sup> insbesondere folgende Annahmen herausgearbeitet:

##### (a) Die Annahme des methodologischen Individualismus

Das Individuum ist die einzige maßgebende Handlungseinheit. Der Staat handelt nicht als Organ, sondern aufgrund von Entscheidungen eines oder mehrerer Individuen. Der Staat kann keine eigenen Interessen haben. Dies können nur die Individuen, die hinter ihm stehen.

##### (b) Die Eigennutzannahme

Die Individuen entscheiden und handeln zu ihrem eigenen Vorteil. Dabei können sie böse, egoistisch oder altruistisch sein<sup>2</sup>. Im Durchschnitt handeln sie jedoch egoistisch. Der

---

<sup>1</sup> Becker, *The Economic Approach to Human Behavior*, Chicago 1976.

<sup>2</sup> Blankart, *Öffentliche Finanzen in der Demokratie*, München 1994, S.10, Fn2, "Altruismus heißt hier, dass eine Handlung ausschließlich deswegen unternommen wird, um einen anderen besser zu stellen. Bei Böseheit wird eine Handlung mit dem alleinigen Ziel unternommen, den anderen zu schädigen, ohne sich selbst Nutzen zuzufügen."

repräsentative Mensch ist eigennutzorientiert. Die Interessen der anderen werden nur insofern berücksichtigt, als sie den Handlungsraum des Individuums beeinflussen<sup>3</sup>.

(c) Die Annahme gegebener Präferenzen und veränderlicher Beschränkungen

Der eigennutzorientierte Mensch unterliegt Beschränkungen, z.B. dem Güterangebot, Preisen, Kosten, dem Einkommen, dem Rechtssystem. Es wird unterstellt, dass seine Präferenzen gegeben und die Beschränkungen variabel sind. Das individuelle Verhalten ändert sich nur bei einer Veränderung der Beschränkungen. Das Individuum passt sich an die Beschränkungen rational an und wird dann, seinen Präferenzen folgend, im Rahmen der Beschränkungen das Maximale "herausholen".

(d) Die Annahme der Existenz relevanter Alternativen

Das Individuum kann zwischen verschiedenen Handlungsalternativen wählen. Eine Substitution als Folge veränderter Beschränkungen ist möglich. Sie verursacht jedoch Kosten. Das Individuum muss dabei immer bei unvollständiger Information entscheiden. Möchte es sich zusätzliche Information beschaffen, muss das Individuum dafür bezahlen.

Mit Hilfe dieses ökonomischen Verhaltensmodells versucht die Neue Politische Ökonomie komplexe Zusammenhänge im Bereich von Wirtschaft, Staat, Verbänden und sozialen Institutionen darzustellen. Sie verbindet hierbei Ökonomik, politische Analyse, Verbändelehre, Sozialpolitik und Finanzwissenschaft mit ihrem analytischen Instrumentarium<sup>4</sup>.

In der Literatur weichen verschiedene Phasen der Entwicklung der NPÖ voneinander ab: In einer ersten Phase wurde untersucht, mit welchen Instrumenten unter welchen Bedingungen welche Ziele erreicht werden können. In einer zweiten Phase wurde erforscht, unter welchen Bedingungen und in welchem Umfang theoretische Erkenntnisse Eingang in den politischen Entscheidungsprozess finden. In einer dritten und letzten Phase werden dann Inhalt und Form der Politik, Strukturen und Prozesse der politischen Entscheidungsfindung in ihrem wechselseitigen Bezug betrachtet. Hierzu gehört auch die Analyse des Gesundheitswesens.

---

<sup>3</sup> Rawls, Eine Theorie der Gerechtigkeit, Frankfurt am Main, 1979, nennt solches Verhalten "gegenseitig desinteressierte Vernünftigkeit", S. 168.

<sup>4</sup> Herder-Dorneich, Neue Politische Ökonomie – Eine kur gefasste Hinführung, Rückblick – Anwendung, Ausblick, Baden-Baden 1992, S. 36.

Kirsch betont, dass diese Phase vor dem Hintergrund der gesellschaftlichen Wirklichkeit zu sehen ist<sup>5</sup>. Politik kann zunehmend weniger im Rahmen bestehender Institutionen betrieben werden. Es ist vielmehr notwendig, im Rahmen werdender und vergehender Institutionen politisch zu handeln. Daher werden im Rahmen der Untersuchung die Wechselwirkungen zwischen den Inhalten der Gesundheitspolitik und den Strukturen und Prozessen der Entscheidungsfindung im Kontext einer fortschreitenden europäischen Gesundheitspolitik im Vordergrund stehen.

Die methodischen Ansatzpunkte, die zur späteren Analyse beitragen, werden vorgestellt. Hierbei wird eine Struktur geschaffen, die im Verlauf der gesamten Analyse beibehalten wird: die Unterteilung zwischen individueller, kollektiver und staatlicher Ebene.

## 1. Individuelle Ebene

### 1.1 Der methodologische Individualismus

Die Methode der Neuen Politischen Ökonomie ist individualistisch: Der einzelne Mensch hat Bedürfnisse und Ziele, die er kennt. Seine Entscheidungen und Handlungen richten sich nach der Befriedigung dieser Bedürfnisse und nach der Realisierung dieser Ziele. Dabei wird im Verständnis des methodologischen Individualismus der Mensch nicht durch, sondern in der Gesellschaft geformt<sup>6</sup>. Für den Gang der Untersuchung hat dies zur Folge, dass mit Hilfe des methodologischen Individualismus das Gesundheitssystem analysiert wird, indem Aktionen und Interaktionen von einzelnen Systemmitgliedern betrachtet werden.

### 1.2 Individualismus und externe Effekte

Unter externen Effekten versteht man Entscheidungskonsequenzen, die andere als denjenigen, der die Entscheidung getroffen hat, sei es positiv oder negativ, in ihrer Bedürfnisbefriedigung betreffen. Daher unterscheidet man zwischen positiven und negativen externen Effekten.

Externe Effekte führen zu fehlerhaften Entscheidungen bei der Allokation der Ressourcen. Sie werden nicht in dem Kosten-Nutzen-Kalkül des entscheidenden Individuums berücksichtigt. Externe Effekte haben nicht nur allokatiospolitische Folgen, sondern auch

---

<sup>5</sup> Kirsch, Neue Politische Ökonomie, 4. Auflage, Düsseldorf 1997, S. 13.

<sup>6</sup> Kirsch, a.a.O., S. 18.

distributionspolitische, denn das einzelne Individuum ist im Falle negativer externer Effekte nicht für die Folgen seiner Entscheidung verantwortlich.

Diese unerwünschten Folgen von Externalitäten können auf dreierlei Weise beseitigt werden. Alle drei Lösungen basieren auf Kollektiventscheidungen und sind daher Gegenstand der Neuen Politischen Ökonomie.

Ein Verhalten, das externe Effekte zur Folge hat, kann erstens verboten werden. Dabei werden jedoch zugleich positive externe Effekte verhindert. Zweitens ist aber auch eine Internalisierung möglich, indem man den Verursacher über Entschädigungszahlungen dazu bringt, die negativen externen Effekte in sein Kosten-Nutzen-Kalkül mit einzubeziehen. Drittens können externe Effekte durch Kollektivbildung aufgehoben werden: die Betroffenen werden an der Entscheidungsfindung beteiligt.

In dem Zusammenwirken mit anderen Wirtschaftssubjekten kann das Individuum externe Effekte verursachen, die zu einer unvollkommenen Allokation der Ressourcen führen und die dem Ideal der Selbstverantwortlichkeit des Individuums widersprechen. Eine Möglichkeit zur Bewältigung dieser allokatons- und distributionspolitischen Folgen ist die Bildung von Kollektiven. Aber wie Mancur Olson gezeigt hat, ist eine solche Bildung sowie deren Weiterbestand keineswegs selbstverständlich. Dieser Umstand wird für die Analyse des deutschen Gesundheitssystems ebenfalls von großer Bedeutung sein.

## 2. Kollektive Ebene

Zusammenschlüsse von Individuen zu organisierten Gruppen mit dem Zweck der besseren individuellen Zielerreichung nennt man Interessengruppen. Ein solcher Zusammenschluss von Individuen zu einer organisierten Gruppe ist sinnvoll, wenn für jedes Mitglied der Nutzen der Mitgliedschaft die Kosten der Mitgliedschaft übersteigt<sup>7</sup>.

Die Analyse von Olson<sup>8</sup> basiert auf der Erkenntnis, dass sich rational handelnde Individuen gegenüber kollektiven Zielen anders verhalten als gegenüber individuellen Zielen. Rational

---

<sup>7</sup> Siehe Erlei/Leschke/Sauerland, Neue Institutionenökonomik, Stuttgart 1999, S. 346. Es werden zwei Richtungen der ökonomischen Gruppentheorie unterschieden, die im Ergebnis voneinander abweichen. Organisierte Gruppen beeinflussen zu ihren Gunsten die Gesetzgebung und das Verwaltungshandeln des Staates, und zwar nicht ohne dass spürbare Kosten für alle die Folge sind. So vertritt Olson die These, dass dieses Rent-seeking letztlich sogar zum Niedergang von Nationen führen kann. Becker hingegen behauptet, dass die Kosten des Rent-seeking in Demokratien nicht ausufern können. Das entgegengesetzte Ergebnis beider Theorien wird im Rahmen der Untersuchung der Interdependenzen zwischen Staat und Verbänden im späteren Verlauf der Analyse diskutiert.

<sup>8</sup> Olson, Die Logik des kollektiven Handelns: Kollektivgüter und die Theorie der Gruppen, Tübingen 1968.

eingestellte Individuen geben zwar in der Regel das Bestmögliche, um ihre individuellen Ziele zu erreichen, leisten dagegen zumeist sehr viel weniger, wenn es gilt, kollektive Ziele zu erreichen. So zeigt Olson, dass sich auch dann nicht immer Verbände bilden, wenn größere Bevölkerungsteile aus deren Tätigkeit Vorteile ziehen können und keine staatlichen Verbote bestehen, Verbände zu bilden: Die Vorteile, die ein Verband am Markt oder durch politischen Druck bei Regierung und Parlament erzielen kann, substantiieren sich in Kollektivgütern, d.h. das Ausschlussprinzip kommt nicht zur Geltung. Erreicht ein Verband einen solchen Vorteil, so werden notwendigerweise Nichtmitglieder ebenso begünstigt wie Mitglieder. Wenn das Ausschlussprinzip nicht gilt, liegt es im Interesse des Einzelnen als Trittbrettfahrer (free-rider), kostenlos seinen Nutzen aus den von anderen erstellten Kollektivgütern zu ziehen. Aus diesem Grund lohnt es sich nicht, Mitglied zu bleiben oder Mitglied zu werden. Es liegt im Interesse des Einzelnen zu warten, bis andere das Kollektivgut bereitgestellt haben. Er wird nicht als erster seine Präferenzen offenbaren. Der Verband kommt dann möglicherweise erst gar nicht zustande. Auch diesen Befund gilt es im Hinblick auf die Grundprinzipien des Gesundheitswesens im Auge zu behalten.

Nach Olson sind drei Mechanismen denkbar, die – wenn eine Zwangsmitgliedschaft ausgeschlossen ist – ein solches Dilemma überwinden können: Eine wechselseitige Kontrolle in kleinen Gruppen; Gruppen, in denen sich Individuen befinden, die ein starkes Interesse an dem Kollektivgut haben und zahlungskräftig sind; oder selektive Anreize<sup>9</sup>.

Ist die Zahl der Betroffenen gering, bilden sich Kollektive auf der Basis eines freiwilligen Zusammenschlusses. In kleinen Gruppen hat das Verhalten des Einzelnen Einfluss auf die Erreichung des kollektiven Vorteils. Bei größeren Gruppen hingegen ist die Konstituierung eines Verbandes höchst unwahrscheinlich. Dies gilt erst recht, wenn die einzelnen Personen die gleiche Bedürfnisintensität nach dem Kollektivgut haben. Es ist dann für jeden Einzelnen rational, seine Präferenzen nicht zu offenbaren<sup>10</sup>. So ist es wahrscheinlicher, dass sich Arzneimittelhersteller freiwillig in einem Interessenverband organisieren, als dass Konsumenten pharmazeutischer Produkte sich in Verbänden organisieren werden. In kleineren Gruppen hingegen besteht eine starke soziale Kontrolle durch wechselseitige Überwachung. Der Trittbrettfahrer kann ohne Staatsapparat sanktioniert werden. Das oben beschriebene Dilemma bleibt aus und die Organisation kommt zustande.

---

<sup>9</sup> Siehe Erlei/Leschke/Sauerland, a.a.O., S. 350.

<sup>10</sup> Siehe Kirsch, a.a.O., S. 150ff.

Hat mindestens ein Mitglied der Gruppe eine hohe Bedürfnisintensität und ist dieses Mitglied zudem zahlungskräftig, so kann es auch zu einer Bereitstellung von Kollektivgütern in gewissem Umfang kommen, wenn viele der Gruppenmitglieder „Trittbrett fahren“. Olson bezeichnet solche Gruppen als privilegierte Gruppen.

Obwohl die Bereitstellung von Kollektivgütern in größeren Gruppen auf der Grundlage der Freiwilligkeit nicht zu erwarten ist, gibt es gleichwohl solche Zusammenschlüsse. Neben der Freiwilligkeit gibt es also weitere Gründe, die für die Befriedigung von Bedürfnissen in Kollektiven sprechen: Große Gruppen müssen private Güter zur Verfügung stellen, um die für die ausreichende Bereitstellung kollektiver Güter notwendigen Mitgliederleistungen zu motivieren<sup>11</sup> oder aber die Mitgliedschaft wird erzwungen. Im ersten Fall spricht man von positiven selektiven Anreizen, im zweiten von negativen selektiven Anreizen.

Durch einen positiven selektiven Anreiz ist die Gründung eines Kollektivs denkbar, wenn der Nutzen, den der Einzelne aus dem Privatgut zieht, höher ist als die ihm aus der Kollektivmitgliedschaft entstehenden Kosten. In einem solchen Fall findet die Bildung ebenfalls freiwillig statt, bei negativen selektiven Anreizen hingegen wird die Bildung durch Zwang erreicht. Der Einzelne kann durch Beitragszahlungen Wohlfahrtseinbußen minimieren, indem er sich von Strafen freikaufte. Da solche negativen selektiven Anreize nicht problemlos sind, bedürfen sie einer staatlichen Legitimation. Die Entscheidungsfindung wird dem Staat übertragen, das heißt in einer repräsentativen Demokratie zum Beispiel durch allgemeine Wahlen auf Politiker, die als Mandatsträger auf der staatlichen Ebene agieren. Es entscheiden also nicht mehr diejenigen, die unmittelbar von den Entscheidungskonsequenzen betroffen sind, sondern die auf der staatlichen Ebene agierenden Politiker.

### 3. Staatliche Ebene

Nach den bisher vorgestellten Theorien konnten auf der kollektiven Ebene Mitglieder von Kollektiven unmittelbar auf der staatlichen Ebene über die Befriedigung ihrer Bedürfnisse entscheiden. Dieser Fall „direkter Demokratie“ wird durch eine „indirekte Demokratie“ ersetzt. Es entscheiden dann andere im Namen und auf Rechnung der Mitglieder und zwar die Politiker. Aber richten Politiker ihre Entscheidungen an den Bedürfnissen der Kollektivmitglieder und nicht an ihren eigenen Wünschen aus? Welche Freiräume der Politiker sind aus der Sicht der Bürger zweckmäßig und nützlich?

---

<sup>11</sup> Vgl. Nohlen, Wörterbuch Staat und Politik, München 1995, S. 480.

Institutionelle Vorkehrungen sind zu schaffen, damit Einsparungen von Entscheidungskosten möglich sind und die Politiker ihre Freiräume zur Förderung der Wohlfahrt ihrer Bürger nutzen. Es ist ein Positivsummen-Spiel anzustreben, in dem die Politiker ihre Wohlfahrt dadurch erhöhen, dass sie die Bürger fördern, und die Bürger ihre Wohlfahrt dadurch erhöhen, dass sie zur Wohlfahrt der Politiker beitragen<sup>12</sup>. Die Analogie zum Marktverständnis von Adam Smith ist offenkundig. Wie auf einem Markt gibt es Anbieter und Nachfrager.

Das allgemeine ökonomische Modell wird politisch interpretiert. Die ökonomische Theorie der Demokratie, die der amerikanischen Nationalökonom A. Downs 1957 auf der Basis einer Konzeption von J.A. Schumpeter<sup>13</sup> entwickelt hat, stellt eine der bedeutsamsten "Pionierleistungen" der Neuen Politischen Ökonomie dar<sup>14</sup>. Ihr Ziel ist das Verhalten von Wählern und Parteien sowie der sich daraus ergebenden Konsequenzen für das Handeln von Regierungen in Demokratien zu erklären<sup>15</sup>. Diese Theorie wurde um die Wahlökonomik erweitert. Es wurde berücksichtigt, dass die bisherigen Überlegungen auf die Analyse einer einzelnen Wahl abstellen, in der Gesellschaft jedoch eine Vielzahl von Wahlen stattfindet<sup>16</sup>. Die Ökonomische Theorie der Demokratie wurde fortgeschrieben. Der wesentliche Einfluss von Verbänden und Bürokratie innerhalb der „Wahlgeflechte“ sollte nun im Modell berücksichtigt werden<sup>17</sup>. Die reinen Wahlmechanismen wurden um die Willensbildungsmechanismen der Verbände und Bürokratien erweitert. Die Neue Politische Ökonomie beschäftigt sich nicht allein mit der Wahlökonomik, sondern mit der Wahlökonomik, einschließlich der Verbandsökonomik<sup>18</sup> und der Ökonomischen Theorie der Bürokratie<sup>19</sup> und deren Wechselbeziehungen.

---

<sup>12</sup> Vgl. Kirsch, a.a.O., S. 184.

<sup>13</sup> „Die demokratische Methode ist diejenige Ordnung der Institutionen zur Erreichung politischer Entscheidung, bei welcher einzelne die Entscheidungsbefugnisse vermittels eines Konkurrenzkampfes um die Stimmen des Volkes erwerben. Das Prinzip der Demokratie bedeutet dann einfach, dass die Zügel der Regierung jenen übergeben werden sollten, die über mehr Unterstützung verfügen als die anderen in Konkurrenz stehenden Individuen oder Teams.“ Joseph A. Schumpeter, Kapitalismus, Sozialismus und Demokratie, 1946, S. 397.

<sup>14</sup> Vgl. Nohlen, a.a.O., S. 477.

<sup>15</sup> Demokratie wird definiert als ein Regierungssystem, in welchem mindestens 2 Parteien konkurrieren, periodische Wahlen stattfinden und jeder erwachsene Bürger eine Stimme abgeben darf.

<sup>16</sup> Kirsch unterscheidet zwischen drei Wahlkombinationen: Wahlfolgen, zirkuläre Wahlen und parallele Wahlen. Siehe Kirsch, a.a.O., S. 276-307.

<sup>17</sup> Vgl. Herder-Dorneich, a.a.O., S. 32.

<sup>18</sup> Siehe Bernholz, Die Machtkonkurrenz der Verbände im Rahmen des politischen Entscheidungssystems, in: Hans-Karl Schneider und Christian Watrin (Hrsg.), „Macht und ökonomisches Gesetz“, Schriften des Vereins für Socialpolitik 74/II, S. 859-81, hier S. 866.

<sup>19</sup> Niskanen, Bureaucracy and Representative Government, Chicago 1971, siehe auch Blankart, a.a.O..

## C. Gesundheitsökonomik

### 1. Entstehung der Gesundheitsökonomik als Disziplin und Definition

Amerika und Großbritannien gelten ohne Zweifel als „gesundheitsökonomische Brutstellen“, da anglo-amerikanische und britische Gesundheitsökonomien als Erste begonnen haben, Verhaltensweisen und Marktstrukturen im Gesundheitswesen sowie die Krankenversicherung durch eine konsequente Anwendung ökonomischer Modelle zu analysieren. In Deutschland wurde diese Entwicklung lange nicht aufgenommen, so dass Deutschland gar als „gesundheitsökonomisches Entwicklungsland“ bezeichnet wurde<sup>20</sup>. Inzwischen sind aber die ersten übergreifenden Lehrbücher geschrieben und erste gesundheitsökonomische Studiengänge eingerichtet.

Breyer, Zweifel und Kifman<sup>21</sup> unterteilen die Ökonomie des Gesundheitswesens in einen positiven und einen normativen Zweig. In dem positiven Zweig wird bei gegebener Produktivität der medizinischen Leistungen danach gefragt, wodurch die Menge und Qualität medizinischer Leistung determiniert wird. In dem normativen Zweig werden die Mechanismen zur Erbringung der Leistungen und ihre Aufteilung auf die Nachfrage untersucht. Es geht also um das System der Organisation und der Finanzierung von medizinischen Leistungen.

Graf von der Schulenburg und Greiner definieren die Gesundheitsökonomik als die umfassende ökonomische Analyse der Interdependenzen und der Verhaltensweisen sowie der Produktionsbedingungen im Gesundheitswesen<sup>22</sup>. Sie beschreiben die Gesundheitsökonomik als Verhaltenstheorie. Ihre Ansatzpunkte sind einerseits die Akteure mit ihren Zielen, d.h. die Versicherten, Patienten, Ärzte, Gesundheitsmanager und Gesundheitspolitiker. Andererseits geht es um das Zusammenspiel dieser Akteure in dem Gesundheitssystem, das durch dessen rechtliche Rahmenbedingungen und die ökonomischen Anreize wesentlich beeinflusst wird.<sup>23</sup> Rosenbrock und Gerlinger weisen darauf hin, dass in den zurückliegenden Jahren eine Aufwertung der Gesundheitsökonomie stattgefunden hat. Die Gesundheitsökonomie soll sich insbesondere mit dem Zuschnitt der Strukturen und Abläufe in den Institutionen der

---

<sup>20</sup> Vgl. Schulenburg/Greiner, Gesundheitsökonomik, Tübingen 2000, S. 13-16.

<sup>21</sup> Breyer/Zweifel/Kifman, Gesundheitsökonomie, 2005, 5. Auflage, S. 12f.

<sup>22</sup> Vgl. Schulenburg/Greiner, a.a.O., S. 16.

<sup>23</sup> Schulenburg/Greiner, a.a.O., S. 18.

Gesundheitsversorgung sowie mit der Steuerungsfunktion finanzieller Anreize für die Versorgung mit gesundheitlichen Dienstleistungen beschäftigen<sup>24</sup>.

## 2. Entscheidungsebenen und Akteure in der Gesundheitspolitik

Im Gesundheitswesen fallen Entscheidungen auf verschiedenen Ebenen unter Beteiligung unterschiedlicher Akteure. Rosenbrock und Gerlinger ordnen den Akteuren der Gesundheitspolitik drei unterschiedliche Bereiche zu: dem Mikro-, dem Meso- und dem Makrobereich<sup>25</sup>. In der vorliegenden Untersuchung wird in Anlehnung an die Neue Politische Ökonomie begrifflich zwischen der individuellen, der kollektiven und der politischen Ebene unterschieden.

### 2.1 Individuelle Ebene oder Mikrobereich

Auf dieser Ebene werden das Handeln und das Zusammenwirken der individuellen Akteure der Gesundheitspolitik analysiert, vor allem der Patienten, der Ärzte, der Unternehmen und der Apotheker. Hier sollen die einzelnen Interessen dieser Akteure untersucht werden, deren Interdependenzen, aber auch wie die Akteure auf die Steuerungsversuche übergeordneter Instanzen reagieren.

### 2.2 Kollektive Ebene oder Mesobereich

Hier wird die verbandliche Ebene der Gesundheitspolitik untersucht: Ihre Akteure sind die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen, die die Konkretisierung bundesstaatlicher Rahmenvorgaben zum Ziel haben, aber im gesundheitspolitischen Prozess auch eine eigenständige Bedeutung haben.

### 2.3 Politische Ebene oder Makrobereich

Hier sind die nationalstaatliche und die supranationale Ebene der Gesundheitspolitik anzusiedeln. Der Staat hat einen Einfluss auf die Gestaltung des Gesundheitssystems, er bestimmt die institutionelle Struktur der gesundheitspolitischen Versorgung, die Finanzierung

---

<sup>24</sup> Rosenbrock/Gerlinger, Gesundheitspolitik, eine systematische Einführung, Bern 2009, S. 12.

<sup>25</sup> Vgl. Rosenbrock/Gerlinger, a.a.O., S. 13f.

der Gesundheitsleistungen, ihre Qualität und den Zugang der Patienten zu den Versorgungseinrichtungen. Darüber hinaus hat die Europäische Union im Zuge des europäischen Integrationsprozesses eine wachsende Bedeutung in der Gesundheitspolitik. Die europäischen Staaten müssen bei der Organisation ihrer Krankenversorgungssysteme und der medizinischen Leistungserbringung die Grundsätze des freien Verkehrs von Waren, Dienstleistungen, Kapital und Personen beachten. Hier liegt der Kern der vorliegenden Untersuchung.

### 3. Eine ökonomische Theorie des Gesundheitswesens

Die Neue Politische Ökonomie versteht sich insofern interdisziplinär, als sie, von der Volkswirtschaftslehre ausgehend, auch politologische, betriebswirtschaftliche, juristische, soziologische und sozial-philosophische Fragestellungen einbeziehen will<sup>26</sup>. Daher erscheint die Neue Politische Ökonomie besonders geeignet zur Untersuchung komplexer Krankenversicherungssysteme. Diese bestehen aus Märkten, Wahlen, Bürokratie und Gruppenverhandlungen, in denen ganz unterschiedliche wissenschaftliche Disziplinen eine Rolle spielen.

Die Neue Politische Ökonomie ist in der Lage mit ihren Instrumenten nicht nur die individuelle Ebene, sondern auch die kollektive Ebene sowie die politische Ebene einzubeziehen und die Verbindung zwischen den einzelnen Ebenen durch Wahlen oder Verhandlungen zu erfassen<sup>27</sup>. Nicht nur die politischen Wahlen, sondern auch die Wahlen in den Verbänden haben einen Einfluss auf die Gesundheitsökonomie. Auch die europäische Ebene mit ihren zahlreichen Institutionen spielt im Rahmen der Gesundheitspolitik eine wichtige Rolle. Sie weist ebenso vielfältige vertikale Verknüpfungen zwischen diesen Entscheidungsebenen auf. Ein Beispiel kann vorab illustrieren, dass konträre Interessen des Einzelnen als Individuum und als Individuum im Kollektiv bestehen und dass die Neue Politische Ökonomie es ermöglicht, die Wirkungen der Institutionen auf das Verhalten von Individuen und damit auf wirtschaftliche und politische Prozesse systematisch zu analysieren.

Bei Nichtgeltung des Ausschlussprinzips wird eine mögliche Wohlfahrtssteigerung für alle verfehlt, wenn jeder für sich rational entscheidet und handelt. Herder-Dornreich spricht von

---

<sup>26</sup> Boettcher/Herder-Dorneich/Schenk, Jahrbuch für Neue Politische Ökonomie, Tübingen 1983, Vorwort.

<sup>27</sup> Vgl. Herder-Dorneich, a.a.O., S. 33f.

einer Rationalitätsfalle<sup>28</sup>. Sind die Beiträge bereits gezahlt, wird es jedem Versicherten vermeintlich als rational erscheinen, so viel Leistungen wie möglich in Anspruch zu nehmen, dies auch über den Bedarf hinaus, der seinen Präferenzen entsprechen würde, d.h. über die "Sättigungsmenge" hinaus, denn die Kosten seiner hohen Leistungsanspruchnahme werden auf alle Mitglieder umgelegt. In dem umgekehrten Fall, im Fall des Konsumverzichts dagegen, käme es höchstens zu einer infinitesimal geringen Beitragsabnahme, denn die Einsparung wird ebenfalls auf alle Beteiligten umgelegt. Den Leistungsverzicht jedoch trägt der sparsame Versicherte allein.

Wenn nun alle Versicherten versuchen, durch eine starke Inanspruchnahme von Leistungen ihre einmal bezahlten Beiträge zu amortisieren, kommt es "unterm Strich" zu einem Anstieg des Leistungsvolumens und somit zu einem Anstieg der Beiträge, da dieses Leistungsvolumen finanziert werden muss. Eine solche Erhöhung wiederum verstärkt den Anreiz für die Versicherten, intensiv Leistungen des Versicherungssystems in Anspruch zu nehmen. Das Individuum trägt unter diesen institutionellen Umständen durch sein rationales Verhalten selbst dazu bei, dass andere Ziele, die es gemeinsam mit allen anderen Mitgliedern anstrebt, z.B. stabile Beitragssätze, nicht erreicht werden<sup>29</sup>. Aus diesem Kreislauf entsteht die schon angesprochene Rationalitätsfalle<sup>30</sup>: individuelle und kollektive Rationalität fallen auseinander. In diesem Zusammenhang ist dann von einer „Umlagenrationalität“ die Rede<sup>31</sup>.

Somit stellt die "Ökonomische Theorie des Gesundheitswesens", in der die ökonomischen Theorien der Demokratie, der Verbände und der Bürokratie miteinander kombiniert werden und die ebenfalls die europäische Ebene mit einbezieht, einen möglichen Ansatz dar, um die gesundheitspolitischen Akteure und ihre Interdependenzen zu analysieren.

#### 4. Ausblick

Die Untersuchung baut daher auf dem Instrumentarium der Neuen Politischen Ökonomie auf, um die Anreizwirkungen unterschiedlicher Regelungen im Gesundheitswesen zu analysieren: Sowohl die Systeme der Krankenversicherung mit ihren Anreizwirkungen auf die

---

<sup>28</sup> Siehe Herder-Dorneich, *Ökonomische Theorie des Gesundheitswesens: Problemgeschichte, Problembereiche, Theoretische Grundlagen*, Baden-Baden 1994, S. 27f.

<sup>29</sup> Vgl. Arnold, *Medizin zwischen Kostendämpfung und Fortschritt*, Stuttgart 1986, S.18.

<sup>30</sup> In der anglo-amerikanischen Literatur ist der Begriff "prisoners dilemma" und "moral hazard" geläufiger. Das Phänomen des "Moral Hazard" beschreibt eine Verhaltensweise von Versicherten, die bei vielen Versicherungsarten auftreten kann. Hierbei bestehen für die Versicherten Anreize, Versicherungsleistungen in einem Maße zu beanspruchen, die ohne den Schutz einer Versicherung nicht nachgefragt worden wären.

<sup>31</sup> Siehe Herder-Dorneich, a.a.O., S. 300.

Versicherten als auch die Anreizwirkungen alternativer Honorierungssysteme für Ärzte, für Krankenhäuser und Arzneimittelhersteller sowie die europäische Rahmenbedingungen sind hiermit gemeint.

Die Absichten der Gesundheitspolitik werden nicht als exogen vorgegeben angesehen, vielmehr werden sie selbst in die Untersuchung mit einbezogen.

## D. Besonderheiten der Gesundheitsgüter

### 1. Einführung

Alle Fragestellungen im Rahmen dieser Arbeit führen letztlich auf das Gut Gesundheit zurück. Gesundheit ist ein Zustand, der teilweise aus dem Konsum von Gesundheitsgütern oder dem Nichtverzehr gesundheitsschädlicher Güter resultiert, teilweise auch durch Zufälle bedingt ist<sup>32</sup>. Eine allgemeingültige Definition der Gesundheit gibt es nicht. Die Definition der World Health Organization (WHO) wird jedoch häufig verwendet. Sie bezeichnet die Gesundheit als einen „Zustand vollständigen physischen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Freiseins von Krankheit und Gebrechen“<sup>33</sup>.

Nicht die Gesundheit ist das ökonomische Gut, sondern die Gesundheitsgüter sind es, durch die Gesundheit erreicht oder gefördert werden kann. Da es der Arbeit im Kern um „Gesundheitsleistungen“ geht, sollen vorab die allgemeinen Besonderheiten von Gesundheitsgütern kurz dargestellt werden.

Bei der Allokation von Gesundheitsgütern sind erhebliche Abweichungen von marktwirtschaftlichen Prinzipien festzustellen. So hat beispielsweise Großbritannien einen nationalen Gesundheitsdienst (National Health Service) mit festangestellten Ärzten, und in Deutschland unterliegt eine Mehrzahl der Bürger einem gesetzlichen Zwang zur Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Diese Abweichung von marktwirtschaftlichen Prinzipien wird auf der einen Seite mit dem allgemeinen Gerechtigkeitsprinzip begründet, auf der anderen Seite durch ein Marktversagen aufgrund der Besonderheiten der Gesundheitsgüter: Ohne Regulierung stellt sich im Markt der Gesundheitsgüter kein Pareto-optimales Gleichgewicht ein<sup>34</sup>. Marktversagen liegt vor, wenn mindestens eine der im ersten Hauptsatz der Wohlfahrtstheorie genannten Voraussetzungen

---

<sup>32</sup> Vgl. Schwartz, Public Health – Gesundheit und Gesundheitswesen, München 2003, S. 2.

<sup>33</sup> Zum Begriff Gesundheit nach der WHO-Definition, siehe die Verfassung der Weltgesundheitsorganisation, abrufbar unter URL: <http://www.admin.ch/ch/d/sr/i8/0.810.1.de.pdf> (überprüft am 7.02.2012).

<sup>34</sup> Breyer/Zweifel/Kifman, Gesundheitsökonomie, 5. Auflage, Berlin, Heidelberg, New York, 2005, S. 173f.

nicht erfüllt ist. Der erste Hauptsatz lautet: Bei Abwesenheit externer Effekte und öffentlicher Güter stellt jedes Gleichgewicht bei vollkommener Konkurrenz ein Pareto-Optimum dar.

In Anlehnung an Breyer/Zweifel/Kifman und Herder-Dorneich<sup>35</sup> wird herausgearbeitet, worauf ein Marktversagen sowohl auf den Märkten für Gesundheitsgüter als auch auf den Märkten für Krankenversicherungen zurückzuführen ist und inwieweit staatliche Eingriffe daher zu rechtfertigen sind. Das Ziel staatlicher Regulierung soll dabei sein, dort wo der Marktmechanismus nicht funktionieren kann, den Akteuren Anreize zu vermitteln, sich dennoch so zu verhalten, dass Ressourcen effizient verwendet werden.

## 2. Marktversagen auf den Märkten für Gesundheitsgüter

Die Gesundheit kann durch Güter (Waren und Dienste) erreicht oder gefördert werden. Gesundheitsgüter werden von Individuen nachgefragt und von den Gesundheitsberufen (Ärzten, Apothekern...), von Krankenhäusern und der Pharmazeutischen Industrie angeboten. Die Erstellung solcher Güter verursacht Kosten, ihr Konsum bringt einen Nutzen. Nutzenentgang und Nutzenzuwachs sind in ein optimales Verhältnis zu setzen. Das einfache Angebot-Nachfrage-Modell ist nur bedingt anwendbar. Ein Versagen der Märkte für medizinische Leistungen wird in der Literatur auf die Besonderheiten von Gesundheitsgütern zurückgeführt, die im Folgenden kurz rekapituliert werden, um zu ermitteln, ob die Gesundheitsgüter tatsächlich ein Versagen der Märkte selbst begründen. Da die Auffassung vertreten wird, dass im Gesundheitsbereich der erste Hauptsatz der Wohlfahrtsökonomie nicht gilt, gilt es nachzuweisen, dass mindestens eine seiner Voraussetzungen nicht erfüllt ist<sup>36</sup>.

### 2.1 Externe Effekte und Kollektivgüter

Der erste Hauptsatz der Wohlfahrtstheorie gilt bei Abwesenheit von externen Effekten und öffentlichen Gütern<sup>37</sup>. Im Falle von Gesundheitsgütern sind diese Voraussetzungen nicht erfüllt, denn Gesundheitsgüter weisen den Charakter von Kollektivgütern auf. Deren Konsum ist mit externen Effekten verbunden.

Ein positiver externer Effekt liegt zum Beispiel vor bei Impfungen. In der Literatur<sup>38</sup> ist in diesem Zusammenhang von „physischen externen Effekten“ die Rede. In einem zwei-

---

<sup>35</sup> Breyer/Zweifel/Kifman, a.a.O., S. 173-220, Herder-Dorneich, 1994 a.a.O., S. 617-689.

<sup>36</sup> Breyer/Zweifel/ Kifman, a.a.O., S. 174.

<sup>37</sup> „Öffentliches Gut“ und „Kollektivgut“ werden hier synonym verwendet.

<sup>38</sup> Breyer/Zweifel/ Kifman, a.a.O., S. 176.

Personen-Fall führt die Behandlung gegen ansteckende Krankheiten beim Individuum  $i$  zu einer Verringerung der Wahrscheinlichkeit bei  $j$ , sich diese Krankheit zuzuziehen. In der Realität hat dieser positive externe Effekt einen Kollektivgutcharakter, denn er ist durch Nicht-Rivalität im Konsum und Nicht-Anwendbarkeit des Ausschlussprinzips gekennzeichnet. Die Vorbeugung vor ansteckenden Krankheiten bei  $i$  stiftet  $j$  und zahlreichen weiteren Haushalten denselben Nutzen, ohne das  $i$  in der Wahrnehmung des Gutes beeinträchtigt würde. Der Einzelne hat keinen Anreiz, sich an der Finanzierung des Gutes „Impfung“ zu beteiligen, da er die Vorteile der reduzierten Ansteckungsgefahr genauso nutzen kann, wenn andere die Finanzierung übernehmen. Man spricht vom „Trittbrettfahrerverhalten“ des Einzelnen. Handeln jedoch alle so, wird kein solches Gesundheitsgut zustande kommen.

Im Gegensatz hierzu wird in der jüngeren gesundheitsökonomischen Literatur die Meinung vertreten, dass Gesundheitsgüter zum überwiegenden Teil rein private Güter seien. Lediglich zum Beispiel bei der Seuchenprävention weisen Gesundheitsgüter den Charakter öffentlicher Güter auf. So wird die Meinung vertreten, dass auch dann, wenn Gesundheit ein öffentliches Gut ist, die nachgefragten Gesundheitsleistungen rein private Leistungen seien und daher bei deren Nutzung keine Exklusionsprobleme auftreten und sehr wohl Rivalität im Konsum vorliege<sup>39</sup>.

## 2.2 Gesundheitsgüter als Optionsgüter

Gesundheitsgüter sind dadurch charakterisiert, dass ihr Bedarf nicht vorhersehbar ist. Werden sie aber nachgefragt, dann meist mit höchster Dringlichkeit<sup>40</sup>. Daher bestehen in Krankenhäusern Reservekapazitäten, die den Charakter eines Optionsguts haben, denn ihre bloße Existenz stiftet den Konsumenten einen Nutzen<sup>41</sup>. Diese Option wiederum hat einen Kollektivgutcharakter, denn es gilt sowohl Nicht-Rivalität im Konsum als auch Nicht-Ausschließbarkeit: das gleiche Bett kann mehreren potentiellen Patienten dienen und aus humanitären Gründen wird im Notfall ein Patient, der sich nicht an der Finanzierung der Option beteiligt hat, nicht diskriminiert. Wie im Falle der Impfungen versagt hier die Allokation von Gesundheitsgütern insofern, als diese Kollektivguteigenschaften aufweisen.

---

<sup>39</sup> Vgl. Sauerland, Zur Notwendigkeit einer anreizorientierten Gesundheitspolitik, in: Zeitschrift für Wirtschaftspolitik, 1999, Jg. 48, Heft 3, S. 265-294, hier S. 271; Folland/Goodman/Stano, The economics of health and health care, London 1997, S. 414.

<sup>40</sup> Wie zum Beispiel bei Verkehrsunfällen.

<sup>41</sup> Breyer/Zweifel/Kifman, a.a.O., S. 178.

## 2.3 Gesundheitsgüter als Zukunftsgüter

Gesundheitsgüter sind insoweit Zukunftsgüter, als heute Leistungen zu erbringen sind, um für morgen zu sorgen. Obwohl es rational wäre vorzusorgen (niemand bleibt für immer ganz gesund), fällt die Zukunftsvorsorge suboptimal aus. Hier gilt das "Gesetz der Minderschätzung zukünftiger Güter", in der Literatur<sup>42</sup> heißt es hierzu:

"Das Individuum empfindet es zwar für rational, für die Anforderungen in der Zukunft etwas zurückzulegen; da das Gewicht der Zukunftsprobleme notwendig, also rationalerweise geringer eingeschätzt wird, fällt auch die Zukunftsvorsorge im selben Maße geringer aus. Sie bleibt suboptimal."<sup>43</sup>

Das Ergebnis ist eine systematische Unterversorgung mit Gesundheitsgütern. Einige sehen eine „Überwindungsstrategie“ zum Problem der Zukunftsgüter vor allem im Versicherungszwang. Andere Strategien, wie Aufklärung über Gesundheitsvorsorge durch Politiker, Solidarappelle oder auch die Umwandlung von Zukunftsgütern in Gegenwartsgüter durch Umlageverfahren werden in die Überlegungen mit aufgenommen<sup>44</sup>. Andere kritisieren das Argument der Unterversorgung<sup>45</sup>, denn es impliziert, dass die durch Minderschätzung zukünftiger Bedürfnisse gekennzeichneten Präferenzen der Individuen nicht als deren „wahre“ Präferenzen anerkannt werden. Wer hat nun das Recht über die Präferenzen zu entscheiden?

## 2.4 Unvollkommene Information auf Gesundheitsmärkten – Gesundheitsgüter als Dienstleistungen

Eine weitere Voraussetzung für die Gültigkeit des ersten Hauptsatzes der Wohlfahrtstheorie, die im Falle von Gesundheitsgütern nicht erfüllt sein kann, ist die der vollkommenen Markttransparenz<sup>46</sup>.

Gesundheitsgüter sind zum Teil Dienstleistungen, denn sie können vom Anbieter nur im Beisein des Nachfragers, unter Umständen sogar nur mit seiner Mitwirkung, erbracht werden. Bei der Produktion des Gutes "Gesundung" müssen Produzent (Arzt) und Konsument

---

<sup>42</sup> Vgl. Eugen von Böhm-Bawerk, Kapital und Kapitalzins, 4. Auflage, Stuttgart 1961 und Herder-Dorneich, 1994, a.a.O., S. 26.

<sup>43</sup> Zitat aus Herder-Dorneich, 1994, a.a.O., S. 640.

<sup>44</sup> Mehr hierzu in: Herder-Dorneich, 1994, a.a.O., S. 641-644.

<sup>45</sup> Breyer/Zweifel/ Kifman, a.a.O., S. 180f, sie sprechen vom paternalistischen Charakter dieses Arguments.

<sup>46</sup> Weiterführend Hajen/Paetow/Schumacher, Gesundheitsökonomie, Strukturen - Methoden – Praxis, Stuttgart 2010, 5. Auflage, Kapitel 3.3 Informationsasymmetrie.

(Patient) zusammenwirken. Produktion und Konsum fallen zeitlich zusammen, daher spricht man vom "uno-actu-Prinzip". Eine vollkommene Kenntnis über die Produktqualität ist somit nicht möglich. Es ist kein Vergleich der verschiedenen Angebote möglich, es herrscht keine vollkommene Markttransparenz.

Der Patient hat grundsätzlich eine geringere Einsicht in diesen Prozess als der Arzt. Aus dieser asymmetrischen Informationsverteilung zwischen Arzt und Patient ergibt sich ein klassisches Prinzipal-Agent-Problem. Hieraus erklärt sich auch, dass die Nachfrage in hohem Maße angebotsinduziert ist. Die Nachfrage wird nicht von dem Konsumenten, sondern von den Produzenten initiiert. Dieser wird durch seinen Wissensvorsprung selbst zum Nachfrager: Therapien bedeuten für den Arzt Einkommen, er besitzt die Möglichkeit, seinen Informationsvorsprung zu nutzen und dem Patienten mehr davon zu verordnen als eigentlich in dessen Interesse liegen würde<sup>47</sup>. Daher sollen Eingriffe in Gesundheitsmärkte gerechtfertigt sein, um eine Unterschreitung eines Mindestniveaus der Qualität zu verhindern<sup>48</sup>.

## 2.5 Gesundheitsgüter als meritorische Güter

Schließlich handelt es sich – auch das eine Besonderheit - bei Gesundheitsgütern um meritorische Güter. Aufgrund des Sozialstaatsprinzips gewährt die Gemeinschaft Nichtausschließbarkeit. Individuen können damit rechnen, dass ihnen auch ohne eigenes Zutun eine Krankenhausversorgung zuteilwird. Die ursprüngliche Nachfragefunktion wird in "Nachfrage" und "Konsum" aufgespalten. Die Nachfrager legen fest, was konsumiert wird, die Konsumenten verbrauchen dann, was vorher festgelegt wurde. Die Konsumenten sind dann die "Bedürftigen", die Nachfrager die "Politiker". Das Ausmaß der Regulierung kann unterschiedlich ausfallen: der Staat kann Konsumzwang vorschreiben, aber auch durch Subventionen Anreize setzen. Die Funktion des Zahlens geht zumeist von den Konsumenten auf die Nachfrager über. Auch hier kann die Finanzierung unterschiedlich ausfallen, sowohl eine totale Finanzierung durch Steueraufkommen aber auch eine beschränkte Finanzierung durch Zuschüsse ist denkbar<sup>49</sup>.

---

<sup>47</sup> Vgl. Labelle/Stoddart/Rice, A Re-Examination of the Meaning and Importance of Supplier-induced Demand, in: Journal of Health Economics 14, 1994, S. 347-368, S. 348f.

<sup>48</sup> Breyer/Zweifel/ Kifman, a.a.O., S. 182, gemeint sind z.B. das staatliche Zulassungsverfahren für Ärzte und andere Heilberufe, und die Ausdehnung der Produkthaftung auf ärztliche Leistungen.

<sup>49</sup> Vgl. Herder-Dorneich, 1994, a.a.O., S. 664.

## 2.6 Zusammenfassung

Gesundheitsleistungen sind Dienstleistungen, Zukunftsgüter, Kollektivgüter und meritorische Güter. Gesundheitsgüter können als Mischformen aus diesen Güterarten gedacht werden.

Da Gesundheitsgüter Dienstleistungen sind, ist deren Markt durch Intransparenz, Präferenzen und Angebotsinduktion gekennzeichnet. Die Voraussetzungen für vollkommenen Wettbewerb - Transparenz, Homogenität und Konsumentensouveränität – liegen nicht vor.

Aufgrund ihrer Kollektivgütereigenschaften sind Gesundheitsgüter vor allem durch das Nicht-Ausschließbarkeitsprinzip geprägt. Zukunftsgüter sind durch das Gesetz der Minderschätzung zukünftiger Güter gekennzeichnet. Beide Eigenschaften gehen mit einer suboptimalen Versorgung mit Gesundheitsgütern einher. Zwang ist eine Lösungsmöglichkeit. Zwang ist jedoch nicht mit dem Freiheitspostulat vereinbar.

Eine Trennung von Nachfragern, Konsumenten, Zahlern, ein Auseinanderfallen von Anbietern, Produzenten und Kassierern bleibt festzuhalten, da Gesundheitsgüter meritorische Güter sind. Die Zwei-Aggregate-Ökonomie wird zu einer Mehr-Aggregate-Ökonomie. Mit dem Grad der Aggregat-Ökonomie wächst die Komplexität. Mit dem Grad der Komplexität wachsen die Organisationsprobleme<sup>50</sup>.

## 3. Marktversagen auf den Märkten für Krankenversicherungen

Die ausgeführten Besonderheiten von Gesundheitsgütern zeigen ein Versagen der Märkte für medizinische Leistungen. Deshalb gilt es zu diskutieren, welche Institutionen geeignet sind, einen höheren Grad an Effizienz als der Markt herbeizuführen. Bevor eine solche Untersuchung vorgenommen wird, sollen zuerst die Fragen geklärt werden, inwieweit eine private Versicherung in optimaler Weise Haushalte gegen das Krankheitsrisiko versichern kann und ob sie zu Pareto-optimalen Ergebnissen führen würde. Hierbei werden die zwei Hauptprobleme auf dem Versicherungsmarkt angesprochen: das Trittbrettfahrer-Verhalten und die asymmetrische Informationsverteilung über das Krankheitsrisiko.

---

<sup>50</sup> Vgl. Herder-Dorneich, 1994, a.a.O., S. 670f., weiterführend zum Übergang von der Zwei-Aggregate-Ökonomie zur Drei- und Mehr-Aggregate-Ökonomie, Herder-Dorneich, Systemdynamik, Baden-Baden 1993.

### 3.1 Trittbrettfahrer-Problem

Im vorangegangenen Kapitel wurde ein positiver externer Effekt von Gesundheitsgütern vorgestellt. Ein weiteres Beispiel hierzu liegt in der Existenz altruistischer Einstellungen in der Gesellschaft. Das Nutzenniveau des altruistischen Individuums hängt nicht nur von seinem eigenen Güterkonsum, sondern auch von dem seiner Mitbürger ab. So kann eine kostenlose Bereitstellung medizinischer Versorgung für besonders Bedürftige das Resultat solcher altruistischen Einstellungen sein. Aus sozialen Gründen wird den Nicht-Versicherten eine Hilfe im Krankheitsfall gewährt, die aus Steuermitteln finanziert wird<sup>51</sup>. Aber dieser positiv externe Effekt löst ein Trittbrettfahrer-Problem aus. Er birgt die Gefahr in sich, dass Individuen, die mit ihren Einkommen und Vermögen nicht allzu weit von der Bedürftigkeitsgrenze entfernt sind, keine Anreize mehr haben, sich selbst gegen das Krankheitsrisiko zu versichern. Wenn aber der Kreis der Trittbrettfahrer groß wird, wird das System überfordert und läuft Gefahr seinen eigentlichen Zweck, denen zu helfen, die sich nicht selbst helfen können, nicht mehr erfüllen zu können.

Eine gesetzliche Versicherungspflicht kann diese Situation verhindern. Das Prinzip der kostenlosen Behandlung wird durch Versicherungszwang ersetzt und somit Trittbrettfahrerverhalten ausgeschlossen<sup>52</sup>.

### 3.2 Asymmetrische Informationsverteilung über das Krankheitsrisiko

Das Vorliegen von asymmetrischer Information im Gesundheitsbereich spielt für den Versicherungsmarkt eine erhebliche Rolle. Eine Seite des Systems ist besser informiert als die andere. Daraus kann für den, der einen Wissensvorsprung besitzt, der Anreiz resultieren, diesen Vorsprung zum eigenen Vorteil auszunutzen. Neben der bereits angesprochenen Intransparenz werden hier auch die Problemkreise der Adverse Selection und des Moral-Hazard-Verhaltens relevant. Dabei ist die Frage, inwieweit das Vorliegen asymmetrischer Information im Gesundheitssektor eine Berechtigung für regulierendes staatliches Eingreifen liefern kann.

---

<sup>51</sup> Vgl. Schwartz, a.a.O., 35f.

<sup>52</sup> Breyer/Zweifel/Kifman, a.a.O., S. 184f.

### 3.2.1 Adverse Selection

Von Akerlof<sup>53</sup> wurde in seinem berühmten Aufsatz „The Market of Lemons“ der Einfluss asymmetrischer Information auf die Funktionsfähigkeit des Marktmechanismus herausgearbeitet. Asymmetrische Informationsverteilung zwischen Käufer und Verkäufer eines Gutes mit Qualitätsunterschieden führt zu einer adverse selection, d.h. die schlechte Ware verdrängt die gute vom Markt. Diese Gesetzmäßigkeit kann analog auf den Markt für Versicherungsverträge angewandt werden.

Auf dem Versicherungsmarkt verdrängen in einer „Adverse Selection“ die schlechten Risiken die guten Risiken vom Markt. Eine asymmetrische Informationsverteilung liegt insofern vor, als die Individuen eher ihr eigenes Krankheitsrisiko im Gegensatz zu den Versicherungen kennen, die keine Möglichkeit haben, die Qualität des Risikos festzustellen<sup>54</sup>. Das Ausscheiden der guten Risiken funktioniert folgendermaßen: Da Krankheitsrisiken heterogen und für den Versicherer vorab nicht transparent sind, wird vom Versicherer auf der Basis von durchschnittlichen Krankheitsrisiken und den daraus folgenden Behandlungskosten eine Versicherungsprämie ausgerechnet. Alle Versicherungsnachfrager werden gleich behandelt. Je höher diese Versicherungsprämie ist, desto weniger ist sie für gute Risiken attraktiv, d.h. für Versicherte mit niedrigeren erwarteten Krankheitskosten. Die besten Risiken steigen aus, die schlechten verbleiben<sup>55</sup>. Aus dem Grund muss nun die Versicherung mit höheren Kosten rechnen, die Versicherungsprämie wird erhöht, erneut werden gute Risiken aus diesem Versicherungsschutz aussteigen. Dieser Prozess setzt sich solange fort, bis nur noch die schlechten Risiken in der Versicherung bleiben, man spricht von Antiselektion. Die guten Risiken erhalten nun keinen umfassenden Versicherungsschutz zu risikogerechten Konditionen<sup>56</sup>.

---

<sup>53</sup> Akerlof, The Market of Lemons: Quality Uncertainty and the Market Mechanism, Quarterly Journal of Economics 84, 1970, S. 488-500.

<sup>54</sup> Vgl. Blankart/Fasten/Schwintowski, Das deutsche Gesundheitswesen zukunftsfähig gestalten, Berlin Heidelberg 2009, S. 31, Schwartz, a.a.O., S. 14.

<sup>55</sup> Cardon/Hendel, Asymmetric Information in Health Insurance: Evidence from the National Medical Expenditure Survey, in: the RAND Journal of Economics, Vol. 32. N° 3, Autumn 2001, pp. 408-427 haben empirisch nachgewiesen, dass Patienten mit höheren Risiken mehr Versicherungen nachfragen und anschließend höhere Ausgaben erzeugen.

<sup>56</sup> Vgl. Breyer/Zweifel/Kifman, a.a.O., S. 187, und weiterführend in Schwartz, a.a.O., S. 19-32.

### 3.2.2 Moral-Hazard-Verhalten

Durch opportunistisches Verhalten nach Vertragsabschluss sind die Versicherten in der Lage, auf die Krankheitswahrscheinlichkeit und Krankheitskosten Einfluss zu nehmen. Die Versicherung kann die Aktionen des Versicherten sowie deren Veränderung nicht beobachten<sup>57</sup>. Man unterscheidet zwischen Ex ante-Moral Hazard und Ex post-Moral Hazard. Im Falle des Ex post-Moral Hazard ist die Krankheit bereits eingetreten, und der Versicherte kann nun die Krankheitskosten beeinflussen. Der Einzelne hat den Anreiz, die Versicherung, die er bereits gezahlt hat, auszunutzen, z.B. indem er mehr Leistungen nachfragt als er tatsächlich benötigt. Werden die Kosten der Versorgung voll erstattet, werden keine monetären Erwägungen in der Entscheidung über den Versorgungsgrad berücksichtigt. Hierbei hofft der Versicherte, dass er die negativen Konsequenzen seines Verhaltens nicht selber spüren muss<sup>58</sup>. Wenn sich alle so verhalten, kommt es zu einer Rationalitätsfalle<sup>59</sup>. Im Endeffekt werden alle belastet, alle stehen schlechter da.

Im Falle des Ex ante-Moral Hazard ist die Krankheit noch nicht eingetreten, aber der Versicherte kann die Erkrankungswahrscheinlichkeit oder aber die Krankheitskosten erhöhen. Er kann z.B. gesundheitsfördernde Maßnahmen vermeiden oder aber gesundheitsschädigende Aktivitäten vornehmen<sup>60</sup>. Die Krankheitskosten sind somit nicht exogen als Zufallsvariable gegeben, sondern hängen entscheidend von den Handlungen der Individuen ab<sup>61</sup>.

Diese angedeuteten Probleme der Versicherungsmärkte führen zu der Frage nach der optimalen Struktur von Krankenversicherungsverträgen. Dabei werden in der Literatur aus „Ex ante und Ex post-Moral Hazard“ unterschiedliche Konsequenzen gezogen:

Im Falle von Ex ante-Moral Hazard scheint es sinnvoll zu sein, den Versicherten an seinen Krankheitskosten zu beteiligen, um ihm einen Anreiz zur Vorbeugung zu geben.<sup>62</sup> Ein solcher Anreiz setzt allerdings voraus, dass die Versicherungsprämie mit dem Erstattungsbeitrag überproportional zunehmen kann.<sup>63</sup>

Im Falle von Ex post-Moral Hazard muss zwischen zwei Übeln abgewogen werden, wobei der Mittelweg von der Preiselastizität der Nachfrage abhängt: „Wählt der Versicherte einen niedrigen Selbstbeteiligungssatz, so veranlasst er sich selbst zum relativ reichlichen (und

---

<sup>57</sup> Vgl. Breyer/Zweifel/Kifman, a.a.O., S. 222, man spricht von hidden action.

<sup>58</sup> Vgl. Schwartz, a.a.O., S. 39f.

<sup>59</sup> In der Literatur ist ebenfalls der Begriff Gefangenendilemma-Situation üblich.

<sup>60</sup> Vgl. Schwarz, a.a.O., S. 41.

<sup>61</sup> Vgl. Blankart/Fasten/Schwintowski, a.a.O., S. 29.

<sup>62</sup> Schwartz, a.a.O., S. 46, Hervorhebung im Original.

<sup>63</sup> Breyer/Zweifel/Kifman, a.a.O., S. 253, Hervorhebung im Original.

damit kostenträchtigen) Konsum medizinischer Leistungen, und begegnet der „Scylla“ einer hohen Versicherungsprämie. Entscheidet er sich dagegen für einen hohen Selbstbeteiligungssatz, so läuft er der „Charybdis“ einer nur unvollkommenen Risikoabwälzung in die Arme.“<sup>64</sup>

Eine Untersuchung bezüglich der optimalen Ausgestaltung von Krankenversicherungsverträgen würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Es wird jetzt zu fragen sein, ob das Marktversagen auf dem Markt für Gesundheitsgüter und dem Versicherungsmarkt und die Gründe dafür, die staatlichen Eingriffe im Gesundheitswesen rechtfertigen können.

#### 4. Begründung staatlicher Eingriffe im Gesundheitswesen

##### 4.1 Aufgrund des Versagens der Märkte für Gesundheitsgüter?

In der ökonomischen Literatur wurde gezeigt, dass ein Marktversagen vorliegt, wenn Gesundheitsgüter den Charakter von öffentlichen Gütern aufweisen und deren Konsum mit externen Effekten verbunden ist. Die Voraussetzung des ersten Hauptsatzes der Wohlfahrtstheorie ist nicht erfüllt: Der Gesundheitsgütermarkt ist kein vollkommener Markt, Markttransparenz und Konsumentensouveränität sind nicht gegeben.

Herder-Dorneich plädiert dafür, dass man die fehlende Transparenz sowie die starken Präferenzen nicht als einen Mangel ansieht, sondern als ein „charakteristisches Kennzeichen der Gesundheitsgüter“<sup>65</sup> hinnimmt. Diese Besonderheiten sollten nicht beseitigt, sondern vielmehr in das System einkalkuliert werden. Für jede einzelne Besonderheit der Gesundheitsgüter führt er eine Abwägung zwischen einem eher marktwirtschaftlichen oder einem eher zentralverwalteten System durch. Anschließend vergleicht er die Effizienzen der Systeme Wahl und Gruppenverhandlung. Herder-Dorneich kommt zu dem Ergebnis, „dass ein einzelnes System nicht in der Lage ist, die Versorgung mit Gesundheitsgütern in optimaler Weise zu organisieren. Jedes System hat Vorteile, aber ebenso auch Nachteile.“<sup>66</sup>

Breyer, Zweifel und Kifman unterteilen ihre Untersuchung nach einer Rechtfertigung staatlicher Eingriffe in eine Nachfrage- und eine Angebotsseite. Das mit externen Effekten, Kollektiv- und Optionsgutcharakter verbundenen Marktversagen betrifft ausschließlich die Nachfrageseite von Märkten. Auch die Unfähigkeit der Konsumenten, rationale Entscheidungen über die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen zu fällen, ist kein Grund für

---

<sup>64</sup> Breyer/Zweifel/Kifman, a.a.O., S. 263f., Hervorhebung im Original.

<sup>65</sup> Vgl. Herder-Dorneich, 1994, a.a.O., S. 680.

<sup>66</sup> Herder-Dorneich, 1994, a.a.O., S. 689, Hervorhebung im Original.

eine staatliche Bereitstellung. Sie rechtfertigen jedoch spezifische Eingriffe im Gesundheitswesen.

So wird eine Lösung des Marktversagens in einer staatlich organisierten Institution der Finanzierung gesehen. In Frage käme z.B. eine staatliche Finanzierung von Schutzimpfungen, um die gefürchtete Unterkonsumtion zu vermeiden. Der Optionscharakter medizinischer Leistung spricht ebenfalls für eine öffentliche Finanzierung<sup>67</sup>, auf keinen Fall aber in einem staatlich organisierten Angebot von Gesundheitsleistungen und auch nicht in einer generellen Steuerfinanzierung der Leistungen<sup>68</sup>.

#### 4.2 Aufgrund des Versagens des Krankenversicherungsmarktes?

Ein Marktversagen auf den Märkten für Krankenversicherung kann aufgrund des Trittbrettfahrerverhaltens von einigen Versicherten oder aber, wenn die Bevölkerung bezüglich des zu versichernden Risikos heterogen ist und asymmetrische Information vorliegt, auftreten. Eine gesetzliche Versicherungspflicht kann verhindern, dass Trittbrettfahrer das Gesundheitswesen auf Kosten des Rests der Gesellschaft nutzen<sup>69</sup>. Es wird gezeigt, dass ebenfalls bei asymmetrischer Information über das Krankheitsrisiko die Einführung einer staatlichen Pflichtversicherung, die nur einen Teil des Kostenrisikos abdeckt und dafür einen einheitlichen Beitrag verlangt, mit einer Pareto-Verbesserung verbunden sein kann<sup>70</sup>.

#### 4.3 Aus Gerechtigkeitsabwägungen?

Staatliche Eingriffe in das Gesundheitswesen wurden bisher unter dem Effizienzaspekt der Allokation diskutiert, auch Gerechtigkeitsabwägungen können jedoch staatliche Eingriffe rechtfertigen.

So spielt in Großbritannien das Ziel des gleichen Zugangs („equal access“) zur Gesundheitsversorgung eine zentrale Rolle. Die Zahlungsfähigkeit des Einzelnen darf bei der Allokation von Gesundheitsgütern kein Kriterium sein, jeder soll ein Anrecht auf eine Gesundheitsversorgung haben.

Ein marktwirtschaftliches Gesundheitssystem kann als ungerecht empfunden werden, da auf einem privaten Versicherungsmarkt jeder Versicherte eine Prämie zu zahlen hat, die den

---

<sup>67</sup> Vgl. Breyer/Zweifel/Kifman, a.a.O., S. 173ff.

<sup>68</sup> Breyer/Zweifel, Gesundheitsökonomie, 2. Auflage, Berlin, Heidelberg, New York, 1997, S. 179.

<sup>69</sup> Breyer/Zweifel/Kifman, a.a.O., S. 185.

<sup>70</sup> Vgl. Breyer/Zweifel/Kifman, a.a.O., S. 187.

Erwartungswert seiner künftigen Krankheitskosten widerspiegelt (risikoäquivalente Prämie). Die Voraussetzungen sind daher unterschiedlich. Damit sind Behinderte oder Personen mit zu erwartenden höheren Gesundheitskosten benachteiligt. Ein Ausgleich zwischen niedrigen und hohen Risiken lässt sich durch personenspezifische Transfers, ein Diskriminierungsverbot oder einen nationalen Gesundheitsdienst erreichen. Es wird für eine Finanzierung des Gesundheitswesens durch risikoäquivalente Prämien mit Steuerzuschüssen für Bedürftige plädiert. Ein Außerkraftsetzen des Marktmechanismus ist grundsätzlich nicht nötig<sup>71</sup>. In der aktuellen wissenschaftlichen Diskussion findet der Vorschlag einer Finanzierung des Gesundheitswesens über risikoorientierte Prämien in verschiedenen Abwandlungen weitere Anhänger<sup>72</sup>.

## E. Ausblick

Dieser Teil der Arbeit erhob nicht den Anspruch, neue Erkenntnisse zu formulieren, sondern repetierte bereits bekannte Problemfelder der Gesundheitsökonomie, soweit ihre Darstellung notwendig ist, will man der Arbeit ein vollständiges Fundament geben. An dieser Stelle könnte relativiert werden, inwieweit die Rationalitätsannahmen des Modells des „homo oeconomicus“ uneingeschränkt auf Fragen der Gesundheit angewandt werden können. Trifft der kranke Mensch seine Entscheidungen immer rational im Sinne des „homo oeconomicus“?<sup>73</sup> Es wurde jedoch bewusst auf eine Relativierung verzichtet. Vielmehr soll die gewählte Struktur, die sich als „roter Faden“ durch die Arbeit zieht - die Unterteilung zwischen der unteren individuellen, der mittleren kollektiven und der oberen politischen Ebene – als Modell einer systematischen Darstellung der Anreizprobleme im Gesundheitswesen dienen. Mithin gilt es nun das deutsche Gesundheitssystem systematisch anhand dieser Unterteilung darzustellen, um schließlich – mit Hilfe der hier dargestellten Theorie – den Einfluss der supranationalen Ebene, d.h. der europäischen Gesundheitspolitik auf die Akteure der deutschen Gesundheitspolitik zu erfassen.

---

<sup>71</sup> Breyer/Zweifel/Kifman, a.a.O., S. 192ff.

<sup>72</sup> Vgl. Blankart/Fasten/Schwintowski, a.a.O., S. 43.

<sup>73</sup> Die neueren verhaltensökonomischen Erkenntnisse (so z.B. beginnend bei Reinhard Selten, Daniel Kahneman und Vernon Smith) zeigen, dass das menschliche Verhalten in der Regel nur beschränkt rational ist. Sie relativieren das Rationalitätsmodell der Ökonomik: Neben einer engen Eigennutzorientierung sind weitere Motive menschlichen Verhaltens relevant, wie soziale Präferenzen, Fairness und Vertrauen. Weiterführend: Altmann, The Nobel Prize in Behavioral and Experimental Economics: a Contextual and Critical Appraisal of the Contributions of Daniel Kahneman and Vernon Smith, in: Review of Political Economy, Vol. 16, N° 1, 3-41, January 2004.

## TEIL II DAS DEUTSCHE GESUNDHEITSSYSTEM

### A. Einführung

Seit Olson<sup>1</sup> gezeigt hat, dass der Zusammenschluss von Individuen zu Gruppen nicht selbstverständlich ist, selbst wenn die Individuen gemeinsame Interessen haben, zählt die Analyse von Gruppenbildungen zu den Schwerpunkten der Neuen Politischen Ökonomie. Auch dann, wenn man sich mit dem deutschen Gesundheitssystem befasst, steht die Untersuchung des Zusammenschlusses von Individuen zu Gruppen im Mittelpunkt der Betrachtung, will man methodisch nach der Neuen Politischen Ökonomie vorgehen.

Eine kurze Zusammenfassung der historischen Entwicklung des Systems wird zeigen, dass das deutsche korporatistische Modell als Ergebnis einer Suche nach Konfliktlösungsstrategien zwischen den Ärzten, den Kassen und dem Staat<sup>2</sup> – also zwischen der individuellen, der kollektiven und der politischen Ebene – verstanden werden kann, dieser Zusammenschluss von Individuen zu Gruppen aber gerade im deutschen Gesundheitssystem eine große Rolle spielt. In einem zweiten Schritt wird auf die einzelnen Institutionen sowie ihre Stellung im Gesamtsystem näher eingegangen. Hierbei wird eine Klassifizierung der Institutionen in drei Ebenen, vorgenommen: eine untere individuelle Ebene, eine mittlere kollektive Ebene und eine obere politische Ebene. In einem dritten Schritt werden die in der Geschichte und der Struktur der Krankenversicherung erkennbaren Interessen der einzelnen Akteure untersucht. In einem System, das -wie das deutsche Krankenversicherungssystem- staatliche und private Elemente in unterschiedlichem Ausmaß kombiniert, werden sich die Beteiligten verschieden stark für die Systemeffizienz interessieren<sup>3</sup>. Diese isolierten Interessen werden für die jeweiligen Teilsysteme der **gesetzlichen** Krankenversorgung dargestellt, d.h. für die ambulante, die stationäre Versorgung sowie für das System der Arzneimittelversorgung. Jedes System wird, wie dargestellt, in drei Ebenen unterteilt. Jede Ebene wird auf die isolierten Interessen ihrer Akteure und die daraus resultierenden Interdependenzen untersucht. In einem vierten und letzten Schritt werden schließlich Systemelemente des deutschen Krankenversicherungssystems und die nachteiligen Anreizstrukturen der jeweiligen Versorgungssysteme herausgearbeitet und lokalisiert. Die hieraus gewonnenen Erkenntnisse

---

<sup>1</sup> Olson, Die Logik des kollektiven Handelns: Kollektivgüter und die Theorie der Gruppen, Tübingen 1968.

<sup>2</sup> Vgl. Schwartz/Kickbusch/Wismar, Ziele und Strategien der Gesundheitspolitik, in: Schwartz (Hrsg.), Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen, 2. Aufl., 2003, S. 229-242, hier S. 239.

<sup>3</sup> Vgl. Fricke, Der gesundheitspolitische Nutzen von Evaluationsstudien, in: Schöffski/v. d. Schulenburg (Hrsg.), Gesundheitsökonomische Evaluationen, Berlin, Heidelberg, 3. Aufl., 2008, S. 509-534, hier 509f.

dienen dann dazu, mögliche Auswirkungen der mittelbaren europäischen Gesundheitspolitik auf die Interessenkonstellation der gesundheitspolitischen Akteure in Deutschland zu ermitteln.

## B. Die Geschichte der Krankenversicherung in Deutschland

Setzt man an den Akteuren des Gesundheitswesens an, um eine Analyse der heutigen Institutionen zu ermöglichen, wird deutlich, dass die korporatistische Struktur des deutschen Gesundheitssystems sich historisch durch die Suche nach Konfliktlösungsstrategien zwischen den Hauptakteuren – Ärzten, Kassen und Staat – herausgebildet hat. Die Akteure des Gesundheitssystems und ihre Interessen sind das Produkt einer langen geschichtlichen Entwicklung.

### 1. Von der Antike bis 1970

Schon die antiken Gesundheitssysteme waren in drei Ebenen organisiert: einer staatlichen, einer intermediären Ebene der Verbände und der privaten Praxis auf der unteren Ebene. Im Mittelalter waren es vielfältige Verbände (Knappschaften, Zünfte, Gesellenverbände), die sich vor allem für die Gesundheitsversorgung ihrer speziellen Klientel engagierten<sup>4</sup>. Im Laufe der Industrialisierung entstanden Institutionen, die die spätere Struktur des deutschen Gesundheitssystems wesentlich prägten: die freien Hilfskassen der Zünfte, Gesellen und Knappschaften, die Fabrik-Krankenkasse der Betriebe und die auf Orts- bzw. Gemeindestatut basierenden Zwangshilfskassen. Das Krankenversicherungsgesetz von 1883, das als Geburtsstunde der gesetzlichen Krankenversicherung angesehen wird, kann als Verschmelzung der drei Kassentypen interpretiert werden<sup>5</sup>. Die Krankenkassen entwickelten sich zu eigenständigen Institutionen mit erheblichen Kompetenzen. Die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung oblag zunächst den Krankenkassen. Über angestellte Ärzte erfüllten sie ihren Sicherstellungsauftrag.

Die Entwicklung zur Zwangsinstitution, zur "Krankenversicherung", hatte einen großen Einfluss auf die Organisationsstruktur der Ärzte. Mit dem Krankenversicherungsgesetz von

---

<sup>4</sup> Herder-Dorneich, *Ökonomische Theorie des Gesundheitswesens*, Baden-Baden 1994, S. 40.

<sup>5</sup> Aus den Zwangshilfskassen wurde der Gedanke der Versicherungspflicht übernommen, aus den Fabrik-Krankenkassen die Mitwirkung der Arbeitgeber an Finanzierung und Verwaltung und aus dem Hilfskassenwesen das Prinzip der Selbstverwaltung. Vgl. Alber, *Westeuropäische Gesundheitssysteme im Vergleich*, Frankfurt/M 1992, S. 25.

1883 griff der Staat direkt in das Verhältnis zwischen Arzt und Patient ein, indem er eine Organisation der Versicherten (die Krankenkassen) zwischen Arzt und Patient schob<sup>6</sup>. Die als Nachfrageoligopole fungierenden Kassen verfügten somit über eine wirksame Kontrolle im Hinblick auf die Inanspruchnahme und die Verordnungsweise der Ärzte<sup>7</sup>. Die Ärzte standen nun einer gut organisierten Institution mit Zwangsmitgliedschaft gegenüber.

Die Ärzteschaft musste sich daher ebenfalls zu einer ökonomischen Gegenmacht organisieren und gründete am 13. September 1900 einen eigenen, nach dem ersten Vorsitzenden Hartmann genannten Ärzteverband. Erstmals in einem einheitlichen Verband organisiert, machte sich die Ärzteschaft an die Durchsetzung ihrer Interessen.<sup>8</sup>

Mit der am 1. Januar 1911 in Kraft getretenen Reichsversicherungsordnung (RVO) wurde zwar die Stellung der Arbeitgeber gestärkt, die Interessen der Ärzte blieben aber weiter unberücksichtigt. Nach drohenden Generalstreiks durch die Ärzte konnte im Dezember 1913 der Hartmann-Bund das sogenannte „Berliner Abkommen“ zwischen den Ärzten und Krankenkassenverbänden durchsetzen. Die Kassen verloren das Recht zu bestimmen, wen sie als Arzt zulassen und welches Arztsystem sie verwenden wollten<sup>9</sup>.

Nach Streikdrohungen der Ärzte in den Jahren 1920 und 1923 wurden die wichtigsten Bestimmungen des Berliner Abkommens in die RVO übernommen. Die Ärztestreiks veranlassten den Staat, durch Notverordnungen direkt in das Verhältnis zwischen Ärzten und Krankenkassen einzugreifen<sup>10</sup>.

Seit dem Jahr 1932 werden die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung und die Kontrolle der kassenärztlichen Tätigkeit von den als öffentlich-rechtlichen Zwangskorporationen geschaffenen Kassenärztlichen Vereinigungen übernommen<sup>11</sup>.

---

<sup>6</sup> Die Kassen waren für die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung ihrer Versicherten und für die Zahlung der ärztlichen Honorare zuständig.

<sup>7</sup> Des Weiteren setzte die Installation der gesetzlichen Krankenversicherung eine Art „organisatorische Rüstungsspirale“ in Gang: Erst schlossen sich einzelne Krankenkassen zu losen Vereinigungen, später dann zu überregionalen Organisationen zusammen.

<sup>8</sup> Es ging dabei um eine Verbesserung der Honorare, um Kollektivverträge anstatt eines Einzelvertrages und um die Forderung nach freier Arztwahl der Patienten und die Zulassung aller niedergelassenen Ärzte zur Kassenpraxis. Mehr hierzu in: Herder-Dorneich, a.a.O., S.89-92.

<sup>9</sup> Vgl. Alber, a.a.O., S. 34 und Herder-Dorneich, a.a.O., S.91f.

<sup>10</sup> In der Notverordnung vom 23.10.1923 wurden diese Beziehungen durch die Einrichtung eines Reichsausschusses für Ärzte und Krankenkassen (heute Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen) als Zwangsarbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände zum Erlass von Richtlinien über die Zulassung der Ärzte zur Kassenpraxis, über den Inhalt der Verträge und über die Vergütung erstmals hoheitlich geregelt. Siehe Alber, a.a.O., S. 34.

<sup>11</sup> Zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassenverbänden werden seither die Verträge über die Gesamtvergütung der ärztlichen Tätigkeit geschlossen.

Nach dem Zusammenbruch der nationalsozialistischen Herrschaft erfolgte der Aufbau des Verbandswesens ebenso wie der staatliche Wiederaufbau von unten nach oben. Die föderalen und die nicht-staatlichen Elemente der deutschen Krankenversicherung zählten zu den Eckpfeilern der Wiederherstellung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Der Selbstverwaltungsgedanke war ein „Pfund“, mit dem man nach der Erfahrung des Nationalsozialismus gegen jede zentralistische Tendenz und gegen Übergriffe der Staatsmacht „wuchern“ konnte. Das Selbstverwaltungsgesetz vom 22.2.1951 versperrte endgültig den Weg zur Einheitsversicherung und machte die Verwaltungen der verschiedenen Sozialversicherungszweige wieder zu staatsunabhängigen Organen. Aber auch das Gesetz über das Kassenarztrecht und das Kassenverbandsgesetz von 1955 waren strukturbestimmend. Damit wurde der zentrale Schritt in Richtung einer Kompetenzdelegation auf das Verbandssystem im Gesundheitswesen unternommen. Das Gesetz übertrug über das Kassenarztrecht den Ärzten das Behandlungsmonopol im ambulanten Bereich, den Sicherungsauftrag für die kassenärztliche Versorgung sowie die Kontrolle über die Wirtschaftlichkeit ärztlichen Handelns. Darüber hinaus ließ das Gesetz die von den Ärzten favorisierte Einzelleistungsvergütung<sup>12</sup> neben der Kopfpauschale zu. Dadurch, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Verbände der GKV als Körperschaften des öffentlichen Rechts konzipiert wurden, sollte eine rechtlich verbindliche Anbindung an den Staat erreicht werden. Gleichzeitig wurde der Einfluss der Ärzte politisch gestärkt<sup>13</sup>. Die Gegenleistung der Ärzte bestand zum einen im Verzicht auf das Streikrecht, zum anderen darin, dass sich die Kassenärztlichen Vereinigungen bereit erklärten, ihre Aufgaben im Sinne staatlicher Vorstellungen, d.h. politischer Vorgaben, wahrzunehmen.

In der Zeit von 1958 bis 1964 kam es zu ersten Reformbemühungen im Rahmen der Blank-Reform. Diese misslangen und markierten das Scheitern eines frühen staatlichen Versuchs zur grundlegenden Restrukturierung verbandlicher Interessenkonstellationen im deutschen Gesundheitswesen<sup>14</sup>. Der wirtschaftliche Aufschwung Ende der 60er und in den frühen 70er Jahren machte in Zeiten des Wachstums eine Fortsetzung der gescheiterten Kostendämpfungspolitik zunächst unnötig<sup>15</sup>. Der Versichertenkreis sowie die Leistungen der

---

<sup>12</sup> Bis Ende der 60er Jahre vergüteten fast alle RVO-Kassen die Kassenärzte nach Einzelleistung, Rosewitz/Webber, Reformversuche und Reformblockaden im deutschen Gesundheitswesen, Frankfurt, New York 1990, S. 233.

<sup>13</sup> Vgl. hierzu Rosewitz/Webber, a.a.O., S. 22.

<sup>14</sup> Döhler/Manow, Formierung und Wandel eines Politikfeldes – Gesundheitspolitik von Blank zu Seehofer, MPIFG Discussion Paper 95/6, Oktober 1995, S. 16.

<sup>15</sup> Vgl. Bandelow, Gesundheitspolitik. Der Staat in der Hand einzelner Interessengruppen? Probleme, Erklärungen, Reformen, Opladen 1998, S. 185.

GKV wurden erweitert. Durch die Einführung der Einzelleistungsvergütung als Honorierungsmodus für die Ärzte kam es dazu, dass jede ärztliche Einzelleistung zugleich automatisch die Gesamtvergütung erhöhte. Die Kassen konnten nur den Preis der kassenärztlichen Leistung beeinflussen, jedoch nicht die Menge der angebotenen Leistungen.

## 2. Auswahl an Gesundheitsreformgesetzen von 1970 bis 2011

Mit der Wirtschaftskrise setzte ab 1974 die erste große Diskussion um eine Kostendämpfung im Gesundheitswesen ein, die bis heute das Thema aller Gesundheitsreformgesetze geblieben ist. Die Notwendigkeit der Reformbemühungen wird durch die Finanzierungssituation der gesetzlichen Krankenkassen deutlich, 1970 lag der Beitragssatz bei 8,2%, 2011 bei 15,5% des Bruttolohns. Betrachtet man allerdings die Ausgabenentwicklung der GKV im Verhältnis zur Entwicklung des Bruttoinlandsproduktes, ist der Anteil der GKV-Ausgaben am BIP im Zeitverlauf weitgehend konstant geblieben, und lag bei 6% des BIP<sup>16</sup>.

Nachfolgend eine tabellarische Übersicht über die wesentlichen Reformen:

Datum	Gesetz
1977	Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz
1981	Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz
1989	Gesundheitsreformgesetz (GRG)
1992	Gesundheitsstrukturgesetz (GSG)
2000	GKV-Gesundheitsreform 2000
2003	Gesetz zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz)
2004	GKV-Modernisierungsgesetz
2007	Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV-WSG)
2009	Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG)
2011	Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FinG)

Mit dem Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz von 1977 wurde erstmals der Versuch einer Globalsteuerung des Gesundheitssystems unternommen<sup>17</sup>. Er sah vor, dass eine Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen oder wenn diese sich nicht einigen sollte, die Bundesverbände der Kassenärzte und der Krankenkassen eine jährliche Empfehlung über den

<sup>16</sup> Daten abrufbar unter URL: [http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tl\\_files/sozialpolitik-aktuell/\\_Politikfelder/Gesundheitswesen/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVI23.pdf](http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Gesundheitswesen/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVI23.pdf) (überprüft am 7.02.2012).

<sup>17</sup> Zu den einzelnen Zielen siehe Herder-Dorneich, a.a.O., S. 141.

Anstieg der kassenärztlichen Gesamtvergütung abgeben sollten<sup>18</sup>. Die Kostendämpfungsmaßnahmen zeigten nicht den gewünschten Erfolg, so dass der Staat erneut Maßnahmen ergriff. Mit dem Gesundheitsreformgesetz (GRG) vom 20. Dezember 1988 wurden Selbstbeteiligungsregelungen (in der Form von Zuzahlungen bei Arzneimitteln, Krankenhausaufenthalten und Zahnersatz), Leistungsausgrenzungen, Einschränkungen des pflichtversicherten Personenkreises, die Einführung von Festbeträgen und die Einführung eines medizinischen Dienstes der GKV, der die Informationsbasis für Kassen und Patienten verbessern sollte<sup>19</sup>, beschlossen. Als bald wurde gegen den Widerstand fast aller Leistungsanbieter die zweite Stufe der Gesundheitsreform in Angriff genommen. Das Gesundheitsstrukturgesetz vom 1.1.1993 hielt an dem Prinzip der Korporatisierung nicht weiter fest. Kein anderes Gesetz zuvor griff so tief und grundsätzlich in die historisch gewachsenen Strukturen des Krankenversicherungssystems ein<sup>20</sup>: Reform der Krankenkassenorganisation: Einführung der allgemeinen Kassenwahlfreiheit ab dem 1.01.96 und Stellung eines kassenübergreifenden Risikostrukturausgleiches; Reform der Versorgungsstrukturen: Krankenhaus-Finanzierungsreform (Einführung von Fallpauschalen, und Kündigungsmöglichkeit unwirtschaftlicher Krankenhäuser durch die Kassen), Strukturveränderungen im ambulanten Bereich (Fallpauschale für häufige Leistungen und verschärfte Zulassungsregelungen), Strukturveränderungen in der Arzneimittelversorgung (Positivliste für verordnungsfähige Arzneimittel); Budgetierung aller Ausgabenblöcke für 1993, 1994 und 1995 als Sofortmaßnahme zur Kostendämpfung: Einführung von sektoral getrennten Budgets für die Ausgaben im ambulanten und stationären Sektor sowie für Arznei- und Hilfsmittel; Leistungsausgrenzungen; Zuzahlungsneuregelungen.

Neben bekannten Mitteln zur Kostendämpfung wie Leistungsausgrenzung und Zuzahlungen wurden auch neue Wege in der Gesundheitspolitik beschritten: Wettbewerbliche Elemente in Form der Wahlfreiheit für die Versicherten und in Form von Wirtschaftlichkeitsanreizen in den Finanzierungs- und Honorierungssystemen wurden eingeführt. **Das deutsche Gesundheitssystem blieb aber weiter ein Mischsystem aus staatlicher Reglementierung, Steuerung durch Selbstverwaltung und marktwirtschaftlichen Elementen.** Letztere gewannen durch das Gesundheitsstrukturgesetz jedoch an Bedeutung.

---

<sup>18</sup> Vgl. Rosewitz/Webber, a.a.O., S. 230.

<sup>19</sup> Vgl. Sauerland, Zur Notwendigkeit einer anreizorientierten Gesundheitspolitik, in: Zeitschrift für Wirtschaftspolitik, 1999, Jg. 48, Heft 3, S. 265-294, hier S. 289.

<sup>20</sup> Vgl. Eberle, Die Entwicklung der GKV zum heutigen Stand, in: Sozialer Fortschritt 1998, Heft 3, S. 53-58, hier S. 55 sowie Blankart/Fasten/Schwintowski, Das deutsche Gesundheitswesen zukunftsfähig gestalten, Berlin, Heidelberg 2009, S. 19.

Die dritte Stufe der Gesundheitsreform wurde insgesamt nie durchgesetzt, stattdessen traten nur einzelne Gesetze in Kraft, wie das erste und zweite Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der Gesetzlichen Krankenversicherung, sie gelten als Versuch, die Wirksamkeit des Wettbewerbs in der GKV zu erhöhen. Die freie Krankenkassenwahl wurde eingeführt und somit der Wettbewerb der Krankenkassen initiiert. Am 16.12.1999 wurde vom Bundestag das zustimmungsfreie „Gesetz zur Reform der GKV ab dem Jahr 2000“ (kurz: GKV-Gesundheitsreform 2000) verabschiedet. Die Vorschriften zur integrierten Versorgung (§§140 a-g SGB V) bilden den Schwerpunkt der Reform. Sie erlauben den Krankenkassen, Verträge mit einzelnen Ärzten abzuschließen. Der Kassenärztlichen Vereinigung wurde das Vertragsmonopol entzogen und damit ein wenig mehr Wettbewerb in das deutsche Gesundheitswesen eingeführt<sup>21</sup>.

Durch das Arzneimittelbudget-Ablösegesetz, das am 31. Dezember 2001 in Kraft trat, kam es zur Abschaffung des Arzneimittelbudgets und des Kollektivregresses.<sup>22</sup>

Am 1. März 2002 hat der Bundesrat dem von der Bundesregierung eingebrachten „Fallpauschalengesetz“ zugestimmt. Optional ab 2003, verbindlich seit 2004 erfolgt die Vergütung vieler Krankenhausleistungen in Form von Festpreisen (Fallpauschalen) (§§17a, 17b Krankenhausgesetz (KHG)). Diese orientieren sich an den Diagnosis Related Groups (DRG): Behandlungsfälle werden diagnoseabhängigen Klassen mit ähnlichem Ressourcenverbrauch zugewiesen<sup>23</sup>.

Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) vom 14.11.2003 wurden vor allem folgende strukturelle Reformschwerpunkte durchgesetzt: Reformen der Versorgungsstrukturen, wie die Förderung der Gesundheitszentren, der Integrierten Versorgung<sup>24</sup>, der hausarztzentrierten

---

<sup>21</sup>Vgl. SZ, vom 28.01.00, S. 27: Kein Allheilmittel zur Kostendämpfung, von Marc Hujer; Oberender/Hebborn/Zerth, Wachstumsmarkt Gesundheit, Stuttgart 2002, S. 95. Des Weiteren wurde die hausärztliche Versorgung gefördert, indem den Versicherten ein Bonus eingeräumt werden soll, wenn sie sich verpflichten, vertragsärztliche Leistungen außerhalb der hausärztlichen Versorgung nur auf Überweisung des von ihnen gewählten Hausarztes in Anspruch zu nehmen. Die ambulante Versorgung wird nun in eine haus- und fachärztliche Versorgung unterteilt.

<sup>22</sup> Die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen vereinbarten Ausgabenobergrenzen für bestimmte Regionen und Richtgrößen für die einzelnen Arztgruppen. Im Rahmen des Gesetzes zur Begrenzung der Arzneimittelausgaben wurde die Aut-idem-Regelung, die Erhöhung des Apothekenrabatts von 5 auf 6% sowie die Ablösung des ursprünglich vorgesehenen Preisabschlags von 4% auf eine Einmalleistung von 200 Mio. Euro durch die Mitgliedsfirmen des VFA beschlossen. Vgl. Maßnahmen im Überblick. Gesundheitspolitik von 1977-2003, vom BAH.

<sup>23</sup> Vgl. Ernst, Reform der Krankenhausvergütung in Deutschland. Reise in unbekannte Gewässer, in: EU-Magazin, 7-8/2002, S. 29-32, hier S. 29. Ebenso Blankart/Fasten/Schwintowski, a.a.O., S. 20: Somit werden die Leistungserbringer angehalten, den Ressourceneinsatz zu straffen und mögliche Einsparpotentiale zu nutzen.

<sup>24</sup> Angebote der Integrierten Versorgung zielen auf eine patientenorientierte interdisziplinäre Versorgung quer durch die einzelnen Sektoren des Gesundheitssystems durch eine enge Kooperation unterschiedlicher Leistungserbringer.

Versorgung<sup>25</sup> und erweiterte Möglichkeiten zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus; Die Stiftung für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen sowie Fortbildungspflicht und Qualitätsmanagement für Ärzte sollen die Versorgungsqualität stärken; Flexibilisierung des Vertragsrechts: die Krankenkassen werden im Rahmen der Integrierten Versorgung berechtigt, Direktverträge mit einzelnen Leistungsanbietern zu schließen; Die Liberalisierung des Arzneimittelmarktes und Modernisierung der Vertriebsstrukturen durch den Arzneimittel-Versandhandel.

Am 1. April 2007 trat das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) in Kraft, es umfasst ebenfalls eine Vielzahl von Änderungen, die die Struktur des deutschen Gesundheitswesens verändern sollen: Die Förderung der flächendeckenden integrierten Versorgung, die Vertragsfreiheit der Krankenkassen, die Wahltarife mit Selbstbehalt und Kostenerstattung, sowie die Ausweitung der ambulante Versorgung im Krankenhaus sind einige wichtige Neuerungen<sup>26</sup>. Statt sieben Kassenverbände vertritt ein Spitzenverband innerhalb der gemeinsamen Selbstverwaltung die Interessen der Krankenkassen<sup>27</sup>.

Der am 1. Januar 2009 eingeführte Gesundheitsfond spaltet die Beitragserhebung in der GKV erstmals in zwei Komponenten auf, in den zentralen einheitlichen einkommensabhängigen Beitragssatz und den dezentral zu erhebenden Zusatzbeitrag. Der einheitliche Beitragssatz auf das Arbeitseinkommen für alle Versicherten wird bundesweit zentralisiert verwaltet. Die Krankenkassen erhalten eine pauschale Zuweisung sowie risikoadjustierte Zu- bzw. Abschläge je nach Alter, Geschlecht und unter Berücksichtigung des Versorgungsbedarfs verschiedener Risikostrukturen der Versicherten nach dem **morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich** (§266 SGB V). Die Höhe des Beitragssatzes wird nicht mehr durch die Krankenkassen selbst, sondern zentral per Rechtsverordnung durch das Bundesgesundheitsministerium festgelegt. Der Gesundheitsfond soll zusätzlich durch Steuermittel aufgestockt werden. Der Zusatzbeitrag wird kassenindividuell und einkommensunabhängig als fester Betrag direkt bei den Versicherten erhoben.

---

<sup>25</sup> Die Krankenkassen werden verpflichtet, den Versicherten die Möglichkeit einzuräumen, eine hausärztlich zentrierte Versorgungsvariante zu wählen. D.h. der Versicherte kann freiwillig – mindestens für ein Jahr – die Verpflichtung eingehen, eine ambulante fachärztliche Versorgung nur auf Überweisung eines Hausarztes in Anspruch zu nehmen.

<sup>26</sup> Blankart/Fasten/Schwintowski, a.a.O., S. 22.

<sup>27</sup> Richter, Nach dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz: Ein Ausblick, in: Hans Adam, Cornelia Behrens, Dirk Göppfarth, Beate Jochimsen, eds., Öffentliche Finanzen und Gesundheitsökonomik, Baden-Baden 2007.

Ebenso 2009 wurde das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) verabschiedet, die Investitionsförderungen der Länder für Krankenhäuser werden zurückgeschraubt, Investitionszuschüsse, die die Betriebskostenzuschüsse ergänzen, werden eingeführt<sup>28</sup>.

Wesentlicher Inhalt des GKV-Finanzierungsgesetzes (GKV-FinG) ist neben den Regelungen zur Ausgabenbegrenzung und zur Stärkung der Finanzierungsgrundlagen auch die Einführung eines gerechten Sozialausgleichs.

Die Darstellung der Geschichte der GKV hat gezeigt, dass das deutsche Krankenversicherungssystem bezüglich seiner Systemstrukturen eine große Kontinuität aufwies, die freilich durch die jüngere Gesetze erste wesentliche Brüche erkennen lässt. Zwar haben die wesentlichen Merkmale der Bismarckschen Sozialversicherung, vor allem die gegliederte Versicherung statt einer Einheitsversicherung, die Versicherungspflicht, die Beitragsfinanzierung, die begrenzten Staatszuschüsse, das Sachleistungsprinzip<sup>29</sup> und die Selbstverwaltung bis heute ihre Bedeutung nicht verloren, dennoch kann die Einführung des Gesundheitsfonds als erster Schritt Richtung eines einheitlichen Versicherungssystems verstanden werden, die Einführung von einkommensunabhängigen Zusatzbeiträgen ist ein Systembruch mit dem bisherigen System der einkommensabhängigen und weitgehend paritätischen Finanzierung der GKV durch Arbeitnehmer und Arbeitgeber, die Steuerfinanzierung der GKV wird ausgebaut, von 1% 2004 auf ca. 8% der Gesamteinnahmen der GKV 2010<sup>30</sup>. Es bleibt festzuhalten, dass die Geschichte der deutschen Krankenversicherung von den Krankenkassen, den Ärzten und dem Staat als zentralen Akteuren bestimmt wurde. Erst seit kurzem steigt der Einfluss der Pharmazeutischen Industrie. Das Verschieben der Machtverhältnisse zwischen diesen Akteuren ist Ausgangspunkt der Gesundheitspolitik. Letztlich bleibt das deutsche Gesundheitssystem aber ein Mischsystem aus staatlicher Reglementierung, Steuerung durch Selbstverwaltung und marktwirtschaftlichen Elementen.

## C. Die Institutionen der Krankenversicherung und ihre Aufgaben

### 1. Das Nebeneinander von GKV und PKV

---

<sup>28</sup> Bataille/Coenen, Monistik in der Krankenhausfinanzierung – Ist der Anfang gemacht?, in: Wirtschaftsdienst 2009, 2, S. 119-127, hier S. 119.

<sup>29</sup> Das Sachleistungsprinzip ist in §2 SGB V verankert. Die Krankenkassen stellen den Versicherten bestimmte Leistungen ohne Vorkasse zur Verfügung. Im Gegensatz hierzu ist die private Krankenversicherung durch das Kostenerstattungsprinzip geprägt.

In der Bundesrepublik Deutschland besteht ein duales Krankenversicherungssystem, gesetzliche und private Krankenversicherung existieren nebeneinander: Die Private Krankenversicherung (PKV) kann als Ersatz der Gesetzlichen Krankenversicherung fungieren oder diese durch den Abschluss von Zusatzversicherungen ergänzen. Sowohl innerhalb von PKV<sup>31</sup> und GKV als auch zwischen ihnen ist daher ein Wettbewerb möglich. Der Wettbewerb zwischen privaten und gesetzlichen Versicherungen um freiwillig Versicherte könnte intensiver sein, da für die GKV diese Versicherten aufgrund ihrer hohen Beiträge attraktive Mitglieder sind. Gesetzlich vorgeschriebene Marktabgrenzungen schränken den potentiellen Wettbewerb zwischen PKV und GKV aber ein, so ist der Zugang zu einer privaten Krankenversicherung erst ab einem Mindesteinkommen von 4012,50 Euro pro Monat gestattet<sup>32</sup>. Die übrigen potentiellen Versicherten, die diese Jahresarbeitsverdienstgrenze unterschreiten, sind Pflichtmitglieder der GKV, sodass per se kein Wettbewerb stattfinden kann. Seit der Einführung des Wettbewerbsstärkungsgesetzes, des Gesundheitsfonds und des GKV-Finanzierungsgesetzes konkurrieren die gesetzlichen Krankenkassen nicht, wie bislang über die Beitragssätze, sondern nun über Wahltarife, Zusatzbeiträge, Zuzahlungsbefreiungen und ähnlichem. Diese Zusatzprämien werden einkommensunabhängig gewährt<sup>33</sup>.

## 2. Die Finanzierung der GKV<sup>34</sup>

---

<sup>30</sup> Vgl. Simon, Das Gesundheitssystem in Deutschland: Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise, Bern, 3. Aufl. 2010, S. 150.

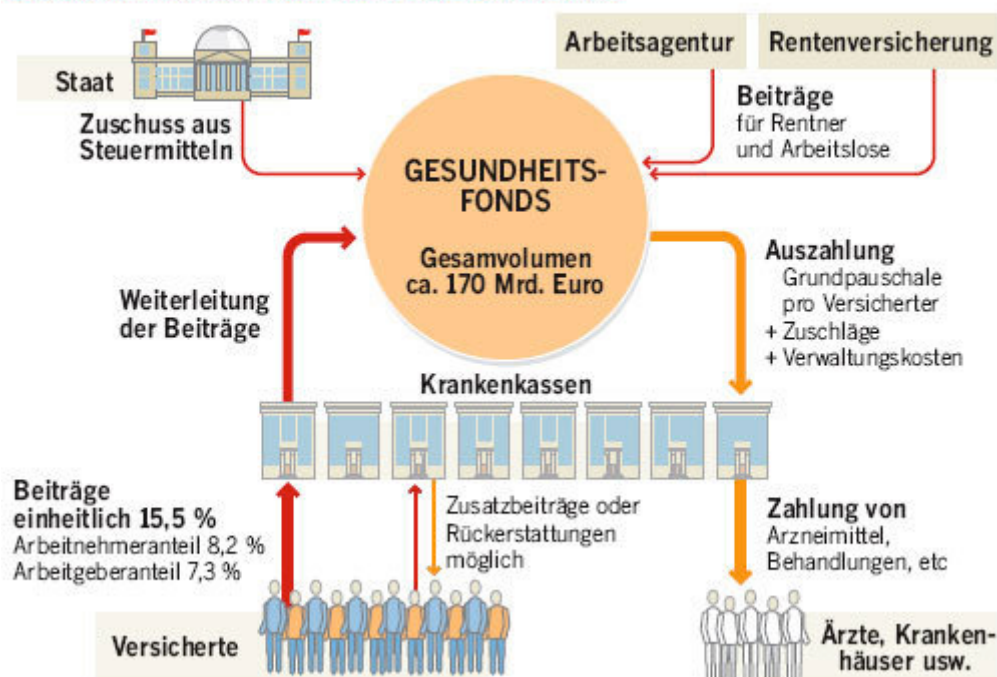
<sup>31</sup> Einzelheiten zum Wettbewerb innerhalb der PKV siehe SVR Jahresgutachten 1996/97, sowie Meyer, 1997. Ein Hauptanliegen der letzten Reformen war auch eine Vereinheitlichung des Krankenversicherungsmarktes, vgl. Blankart/Fasten/Schwintowski, a.a.O., S. 24.

<sup>32</sup> Im Rahmen des GKV-Finanzierungsgesetz wird den GKV-Versicherten bereits nach einjähriger Überschreitung der Beitragsbemessungsgrenze den Wechsel in die PKV ermöglicht, nicht mehr wie bislang erst nach 3 Jahren.

<sup>33</sup> Blankart/Fasten/Schwintowski, a.a.O., S. 24ff.

<sup>34</sup> Graphik abrufbar unter URL: <http://www.welt.de/finanzen/article2946320/Krankenkassen-und-Ulla-Schmidt-beharken-sich.html#>, (überprüft am 7.02.2012).

## SO FUNKTIONIERT DER GESUNDHEITSFONDS



Die Versicherten zahlen ihre Beiträge an die Krankenkassen. Die Beiträge setzen sich zusammen aus dem allgemeinen Beitragssatz und dem Zusatzbeitrag. Seit 2009 wird von der Bundesregierung durch Verordnung der allgemeine Beitragssatz festgesetzt (§ 241 SGB V), seit dem 1. Januar 2011 liegt dieser bei 15,5% der beitragspflichtigen Einnahmen. Die Versicherten zahlen direkt 8,2% an die Krankenkassen, die Übrigen 7,3% werden von dem jeweiligen Arbeitgeber finanziert. Die Krankenkassen leiten diese Mittel direkt an den Gesundheitsfond (GF) weiter. In diesem Fond werden die Beitragseinnahmen aller Kassen sowie der Bundeszuschuss (2011 waren es 15, 5 Mrd. Euro) eingezahlt<sup>35</sup>. Aus dem Gesundheitsfond erhalten die Krankenkassen nach festgelegten Regeln und Kriterien einen pauschalen Grundbetrag, dessen Höhe nach Alter, Geschlecht und Gesundheitsrisiken durch Zu- und Abschläge, zur Deckung der laufenden Ausgaben, modifiziert wird. Diese Regeln und Kriterien bilden in ihrer Gesamtheit **den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA)**<sup>36</sup>. Im Zentrum des Morbi-RSA stehen 80 Morbiditätsgruppen, für die auf der Grundlage der durchschnittlichen Leistungsausgaben der GKV Zu- und Abschläge je Versichertem ermittelt werden<sup>37</sup>. Kann eine Krankenkasse ihren

<sup>35</sup> Daten abrufbar unter URL: <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/finanzierung/finanzierungsgrundlagen-der-gesetzlichen-krankenversicherung.html> (überprüft am 7.02.2012).

<sup>36</sup> Zentrale Rechtsvorschriften des Morbi-RSA sind die §§ 266-272 SGB V und die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung.

<sup>37</sup> Die Zuweisung gelten nur als Abschlagszahlungen auf eine erst nach Ablauf des Kalenderjahres feststellbare endgültige Höhe der Zuweisungen, §266 Abs. 6 SGB V. Weiterführend Simon, a.a.O., S. 155ff.

Finanzbedarf mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfond nicht decken, hat sie einen einkommensunabhängigen Zusatzbeitrag von ihren Mitgliedern zu erheben<sup>38</sup> und zwar ohne Beteiligung der Arbeitgeber und in unbegrenzter Höhe. Um eine individuelle Überlastung mit Zusatzbeiträgen zu vermeiden, wird ein sozialer Ausgleich etabliert. Dieser sieht vor, dass der individuelle einkommensabhängige Pflichtbeitrag in dem Maße abgesenkt wird, wenn der durchschnittliche Zusatzbeitrag zwei Prozent des individuellen sozialversicherungspflichtigen Einkommens übersteigt<sup>39</sup>. Der durchschnittliche Zusatzbeitrag ist somit die entscheidende Größe für den sozialen Ausgleich, er wird von dem Bundesministerium für Gesundheit jeweils für das kommende Jahr festgelegt<sup>40</sup>. Erzielt dagegen eine Krankenkasse einen Überschuss kann sie ihren Mitgliedern einen Teil der Beiträge zurückerstatten.

### 3. Die Institutionen innerhalb der GKV als 3-Ebenen-Modell<sup>41</sup>

Wenn man etwas vereinfacht – und z.B. die freien Ärzteverbände, die Hilfsmittelhersteller, die Hebammen, die Heilpraktiker und ihre jeweiligen Verbände ausklammert-, bleibt das Gesundheitsversorgungssystem gleichwohl ein System komplexer gegenseitiger Abhängigkeiten. Bevor diese in den jeweiligen Versorgungssystemen isoliert untersucht werden<sup>42</sup>, soll in einem ersten Schritt anhand zweier eigener Graphiken versucht werden, die Gesamtheit der gegenseitigen Abhängigkeiten visuell darzustellen. Hierzu sind zwei Graphiken notwendig, denn selbst nach einer Trennung zwischen den **Finanzbeziehungen** und den **Leistungs- und Steuerungsbeziehungen aller Akteure des deutschen Gesundheitssystems**, perspektivisch auf drei Ebenen reduziert, bleibt das deutsche Gesundheitswesen ein System voller Interdependenzen. Eine genaue Erläuterung der zahlreichen Beziehungen wird an dieser Stelle nicht vorgenommen. Vielmehr dienen die beiden Graphiken dazu, im weiteren Verlauf der Untersuchung, die Abhängigkeit der einzelnen Systeme des deutschen Gesundheitssystems untereinander nicht aus dem Auge zu verlieren. Bevor diese einzelnen Systeme auf die Interessenkonstellation ihrer Akteure untersucht werden, sollen hier in einem zweiten Schritt zunächst einmal die

---

<sup>38</sup> Vgl. Simon, a.a.O., S. 152, Greß/Wasem, Auswirkungen des Gesundheitsfonds und Optionen zur Weiterentwicklung, September 2009, S. 10ff.

<sup>39</sup> Richter, Finanzierung des Krankenversicherungsschutzes: Entgleiste Reformdebatte wieder auf Spur, IZA Standpunkte Nr. 29, August 2010, S. 12, wörtlich übernommen.

<sup>40</sup> Gasche, Zusatzbeitrag und sozialer Ausgleich in der GKV: Anreizeffekte und Projektion bis 2030, 2010, S. 3.

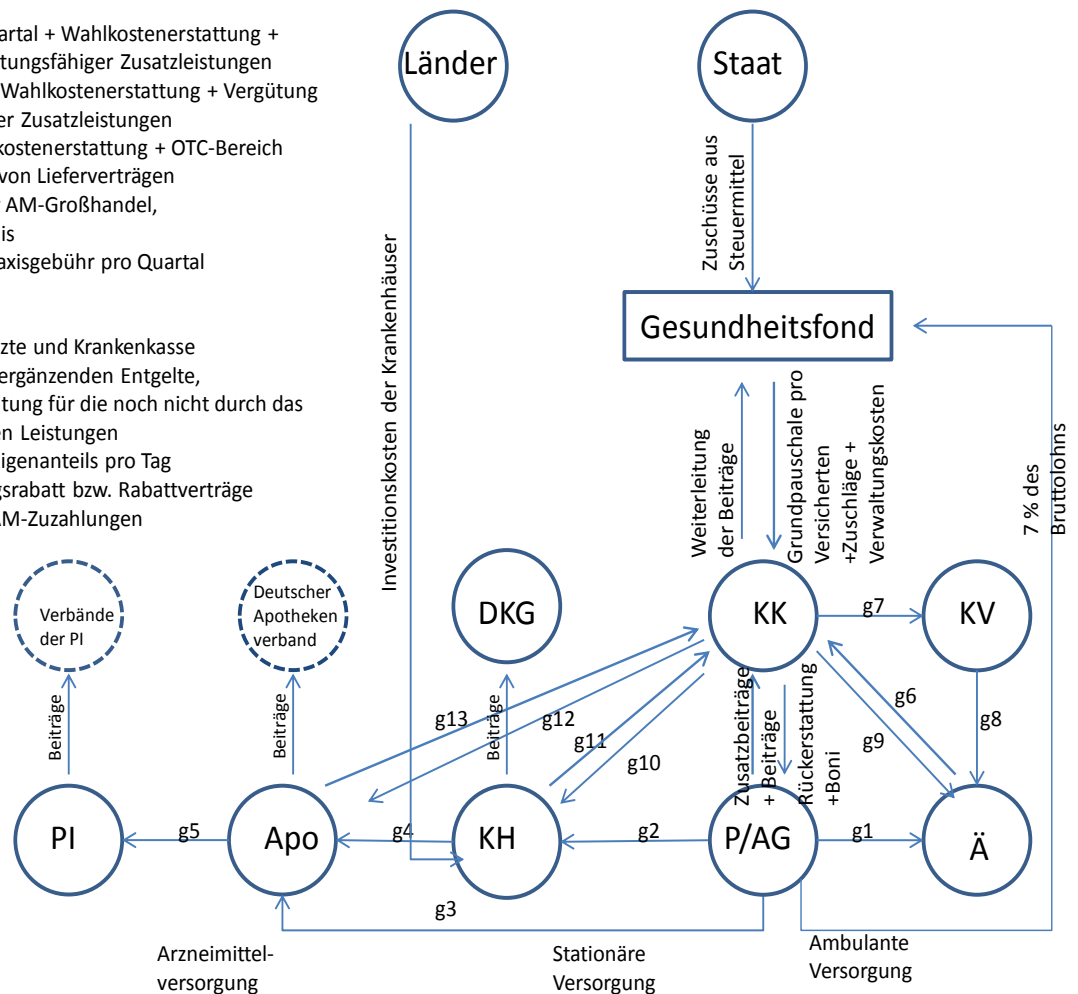
<sup>41</sup> Wobei hier kein ökonomisches Modell als analytische Konzeption gemeint ist, vielmehr sollen in der spezifischen Konstruktion komplexe Zusammenhänge bildlich veranschaulicht werden.

<sup>42</sup> Teil II, Kapitel D, E und C.

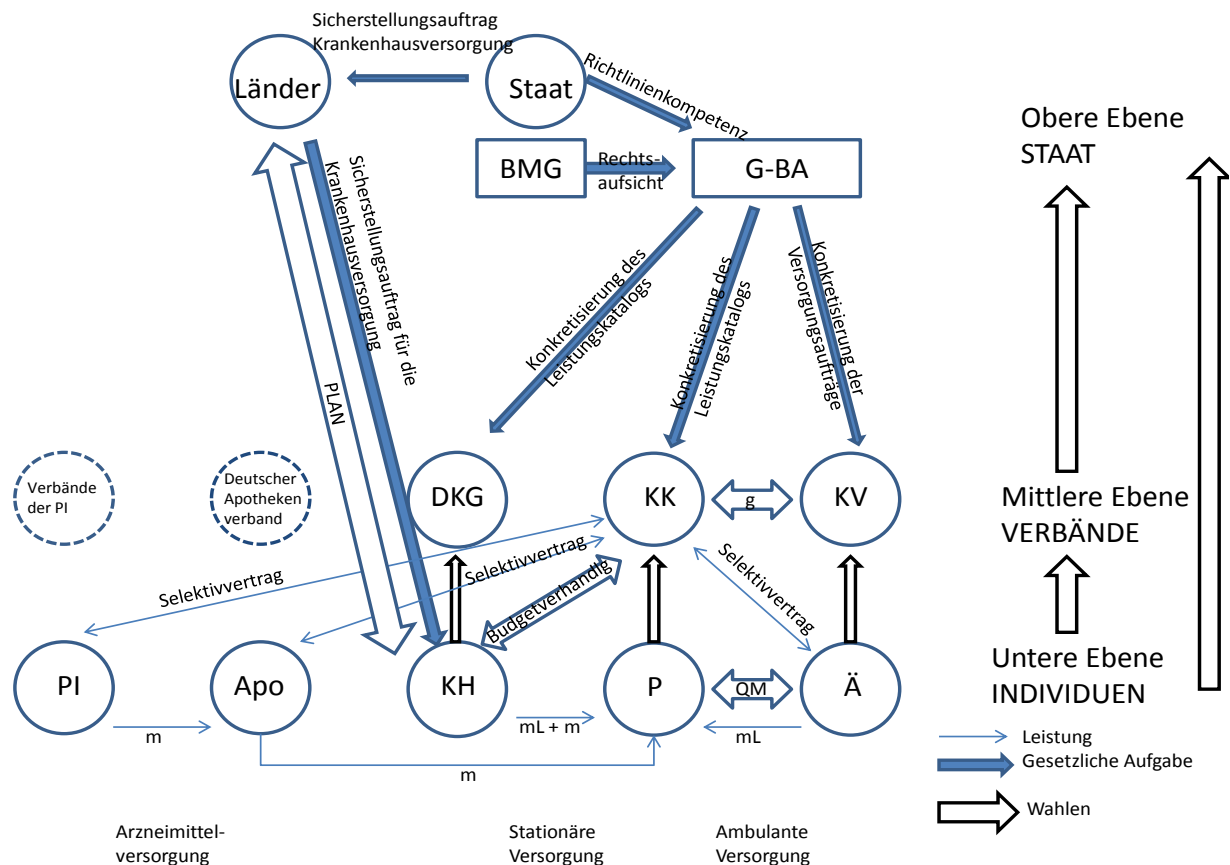
gesundheitspolitischen Akteure der jeweiligen Ebenen des deutschen Gesundheitssystems vorgestellt werden.

### 3.1 Graphische Darstellung der Finanzbeziehungen aller Akteure des deutschen Gesundheitssystems

- g1 : Praxisgebühr pro Quartal + Wahlkostenerstattung + Vergütung nichterstattungsfähiger Zusatzleistungen
- g2 : Eigenanteil pro Tag +Wahlkostenerstattung + Vergütung nichterstattungsfähiger Zusatzleistungen
- g3 : Zuzahlungen + Wahlkostenerstattung + OTC-Bereich
- g4 : Vergütung aufgrund von Lieferverträgen
- g5 : i.d.R. vermittelt über AM-Großhandel, Apothekeneinkaufspreis
- g6 : Weiterleitung der Praxisgebühr pro Quartal
- g7 : Gesamtvergütung
- g8 : Einzelvergütung
- g9 : Einzelverträge zw. Ärzte und Krankenkasse
- g10 : DRG-Fallpauschale ergänzenden Entgelte, Zusatzentgelte, Vergütung für die noch nicht durch das DRG-System erfassten Leistungen
- g11 : Weiterleitung des Eigenanteils pro Tag
- g12 : Brutto AVP – Zwangsrabatt bzw. Rabattverträge
- g13 : Weiterleitung der AM-Zuzahlungen



### 3.2 Graphische Darstellung der Leistungs- und Steuerungsbeziehungen aller Akteure des deutschen Gesundheitssystems



### 3.3 Die Akteure des deutschen Gesundheitssystems

#### 3.3.1 Untere Ebene

Die untere Ebene besteht aus den Individualakteuren. Sie bieten Gesundheitsgüter an oder fragen sie nach und müssen dabei die gesetzlichen Bestimmungen beachten. Auf der Nachfrageseite im Gesundheitswesen steht der **Patient und Versicherte (P)**. In der GKV fragt der Versicherte gegenüber seiner Krankenkasse aufgrund seiner eingezahlten Beiträge die Gewährung von Sach- und Geldleistungen nach. Gegenüber den **Leistungsanbietern** im Gesundheitswesen, die die Leistungen für die GKV erbringen, fragt er eine ambulante bzw. eine stationäre Versorgung oder eine Arzneimittelversorgung nach. Formell<sup>43</sup> sind die

<sup>43</sup> An dieser Stelle muss das in der Literatur ausgeführte „Lohnillusions“-Problem und seine Anreize kurz dargestellt werden: Unterstellt man eine Form der „Lohnillusion“, wonach die Arbeitnehmer den nahezu 50-prozentigen Arbeitgeberanteil an den GKV-Beiträgen nicht als Lohnbestandteil, sondern als „Geschenk“ der Arbeitgeber ansehen, so wirkt der Arbeitgeberbeitrag aus Sicht der Versicherten wie eine Subventionierung. Der Nutzen der nachgefragten Leistungen fällt direkt bei den Versicherten an, ein Großteil der Kosten jedoch nicht. Daraus folgt eine tendenziell höhere Nachfrage als sie allein aufgrund der individuellen Zahlungsbereitschaft zustande käme. Sauerland a.a.O., S. 280f. Darüber hinaus muss an dieser Stelle erwähnt werden, dass ein Hauptanliegen der letzten Reform eine Entkopplung der Finanzierung des Gesundheitswesens von den Arbeitskosten sein sollte. Da dies aber nicht realisiert wurde, spricht der Sachverständigenrat zur Begutachtung

**Arbeitgeber (P/AG)** beitragspflichtig, und werden daher in der ersten Graphik auf der individuellen Ebene mit einbezogen.

Ebenfalls auf der unteren Ebene stehen auf der Angebotsseite die Leistungserbringer: im Rahmen der ambulanten Versorgung sind es die **Ärzte (Ä)**, im Rahmen der stationären Versorgung die **Krankenhäuser (KH)**, bei integrierten Versorgungseinrichtungen stehen sowohl Ärzte als auch Krankenhäuser auf der Angebotsseite. Im Rahmen der Arzneimittelversorgung sind es die **Apotheken (Apo)** und die **pharmazeutische Industrie (PI)**, die auf der unteren Ebene agieren. Die drei zuletzt genannten Akteure werden auf der individuellen Ebene angesiedelt, denn sie haben sich zu keiner Körperschaft zusammengeschlossen. Im Gegenteil, die einzelnen Krankenhäuser und die einzelnen Apotheken verhandeln mit den Kassen, die einzelnen pharmazeutischen Unternehmen über die Großhändler mit den einzelnen Apotheken.

### 3.3.2 Mittlere Ebene

Auf einer mittleren Ebene stehen die Verbände, und zwar sowohl die öffentlich-rechtlich strukturierten Verbände der Krankenkassen und der Leistungserbringer, als auch freie Verbände. Die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung, die **Krankenkassen (KK)**, sind rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts, die unter staatlicher Aufsicht organisatorisch und finanziell selbständig die ihnen vom Staat übertragenen Aufgaben aus eigenem Recht durchführen. Da die Gesundheitsleistungen im Regelfall als sog. Sachleistungen gewährt werden, d.h. der Versicherte erhält alle Leistungen ohne Zahlungsverpflichtung, müssen die Krankenkassen ihren Versicherten diese Leistungen „verschaffen“. Dazu schließen sie Verträge mit den so genannten Leistungserbringern (Ärzten, Apothekern, Krankenhäusern etc. ...)<sup>44</sup>. Zur Erfüllung ihrer Aufgaben im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung bilden die Vertragsärzte/ -zahnärzte für den Bereich jedes Bundeslandes eine **Kassenärztliche sowie eine Kassenzahnärztliche Vereinigung (KV)**. Es gibt jeweils 17 Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Vereinigungen<sup>45</sup> in Deutschland. Diese sind Körperschaften des öffentlichen Rechtes und unterstehen daher der staatlichen Rechtsaufsicht durch das zuständige Landesministerium. Sie haben u.a. die Aufgabe,

---

der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, Jahresgutachten 2006/07, S. 226 von einer „Verschlechterung des Status quo“.

<sup>44</sup> Die §§ 69-140 SGB V regeln dieses "Leistungserbringungsrecht", vgl. Schulín, Sozialrecht, 5. Aufl., Düsseldorf 1993, S. 125f.

<sup>45</sup> Im Rahmen dieser Arbeit wird nicht weiter zwischen Ärzten und Zahnärzten differenziert.

gemeinsam mit den Krankenkassen und deren Verbänden die vertragsärztliche Versorgung sicherzustellen<sup>46</sup>.

Vollständigkeitshalber müssen auch die Apothekenkammern, in der jeder approbierte Apotheker Pflichtmitglied ist, erwähnt werden, die freilich kaum in die gesundheitspolitischen Verhandlungssysteme integriert sind, sondern historisch vor allem berufsrechtliche Aufgaben erfüllen.

Neben diesen korporatistischen Verbänden stehen freie Verbände. Hierzu gehören die **Deutschen Krankenhausgesellschaften (DKG), der Deutsche Apothekenverband (Deutscher Apothekenverband) und die Verbände der Pharmazeutischen Industrie (Verbände der PI)**. Die Landeskrankenhausgesellschaften sind freiwillige Zusammenschlüsse der Krankenhäuser und ihrer Träger auf Landesebene. Sie sind privatrechtliche Vereine, die sich zu der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) zusammengeschlossen haben. Obwohl die DKG keine Körperschaft des öffentlichen Rechts ist, hat sie eine Sonderstellung, da der Staat ihr in beträchtlichem Umfang Aufgaben im System der Selbstverwaltung übertragen hat. Dies ist nicht der Fall für die freien Verbände der Apotheken und der Pharmazeutischen Industrie, daher werden sie in den oberen Graphiken, nur mit gestrichelten Kreisen dargestellt. Sie sind nicht Bestandteil des gesundheitspolitischen Verhandlungssystems, dennoch verfügen vor allem die Verbände der pharmazeutischen Industrie als finanzkräftige Lobbyvereinigungen und wichtige Arbeitsgeber über großen Einfluss auf die Entscheidungen der Bundes- und Landespolitik<sup>47</sup>, auch ohne selbst Akteur im gesundheitspolitischen Verhandlungssystem zu sein.

### 3.3.3 Obere Ebene

Auf der oberen Ebene, der Ebene der staatlichen Akteure, stehen der **Bund (Bund)** und die **Länder (Länder)**, da das Gesundheitswesen zur konkurrierenden Gesetzgebungskompetenz des Bundes gehört<sup>48</sup>. Seit 1991 ist das **Bundesministerium für Gesundheit (BMG)** u.a. zuständig für das Gesundheitswesen, für die Gesundheitspolitik sowie für gesamtwirtschaftliche Fragen der Gesundheitspolitik der EU, der Krankenversicherung und der Gesundheitsforschung. Darüber hinaus führt das BMG die Rechtsaufsicht über die

---

<sup>46</sup> Vgl. Kulbe, Die gesetzliche und private Krankenversicherung: Das neue Recht nach dem Gesundheitsstrukturgesetz 1993, Freiburg 1993, S. 262 und Groser, Gemeinwohl und Ärzteinteressen – die Politik des Hartmannbundes, Renate Mayntz (Hrsg.), Gütersloh 1992, S. 135f.

<sup>47</sup> Vgl. hierzu Bandelow, Akteure und Interessen in der Gesundheitspolitik: Vom Korporatismus zum Pluralismus?, in: Politische Bildung 37/2, 2004, S. 49-63, hier S. 53.

bundesunmittelbaren Verbände und Gremien der Gemeinsamen Selbstverwaltung in der Krankenversicherung, das heißt vor allem über den **Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)**, das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Krankenkassen, der Krankenhäuser und der Ärzte<sup>49</sup>. Die Länderkompetenzen sind weitgehend Verwaltungskompetenzen im Gesundheitswesen. Den Ländern ist der Sicherstellungsauftrag für die Krankenhausversorgung zugewiesen worden. Sie übernehmen im Rahmen des dualen Finanzierungssystems die Investitionskosten der Krankenhäuser. Die Landesministerien führen die Aufsicht über die Gemeinsame Selbstverwaltung auf Landesebene.

Der Klarheit wegen werden im Folgenden die wesentlichen Akteure in drei verschiedenen Systemen (das System der ambulanten ärztlichen Versorgung, das System der Krankenhausversorgung und schließlich das System der Arzneimittelversorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung) getrennt untersucht. Sie sind jedoch tatsächlich, wie bereits gesehen, aneinander gekoppelt.

Die Untersuchung hat bislang gezeigt, dass die Institutionen der Krankenversicherung historisch und strukturell fest verankert sind. Dieser Umstand hat einen entscheidenden Einfluss auf die Interessenkonstellation im Gesundheitswesen: Die historische Entwicklung einer Institution und ihre Einbindung in einzelne Systeme schlägt sich auf ihre Eigeninteressen nieder. Daher werden im Folgenden die isolierten Interessen der Akteure der jeweiligen Systeme modellhaft in verschiedenen Ebenen dargestellt, wobei im Rahmen der Analyse der Interessenkonstellation im System der ambulanten Versorgung auch allgemeine Interessen der Akteure eine Rolle spielen, die nicht eindeutig einer Ebene zugeordnet werden können. Jedes System wird in drei Ebenen unterteilt, eine untere, eine mittlere und eine obere Ebene. Jede Ebene wird sowohl auf die isolierten Interessen ihrer Akteure als auch auf die daraus resultierenden Interdependenzen untersucht.

#### D. Das System der ambulanten Versorgung

Die ambulante ärztliche Versorgung erfolgt in Deutschland vor allem in Einzel- oder Gemeinschaftspraxen. Krankenhausärzte dürfen aber in Ausnahmefällen und für bestimmte

---

<sup>48</sup> Die Länder haben die Befugnis zur Gesetzgebung, solange und soweit der Bund von seinem Gesetzgebungsrecht keinen Gebrauch macht, Art. 74 GG.

<sup>49</sup> Weitere Informationen abrufbar unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de).

Fachgebiete ambulante Behandlungen anbieten<sup>50</sup>. Da die Vertragsärzte 2009 88% der in Deutschland tätigen Ärzte ausmachten<sup>51</sup>, wird im Rahmen dieser Arbeit ausschließlich das System der vertragsärztlichen Versorgung untersucht. Das System der ambulanten Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung lässt sich als Beziehung zwischen sechs Akteure darstellen. Diese Akteure sind durch Steuerungsbeziehungen (Wahlen, Regulierung, Gruppenverhandlung, Selektivverträge oder Quasi-Märkte) und Leistungs- (Beiträge, Gesamtvergütung, Honorare, medizinische Leistung) und Steuerungskreisläufe (Krankenversichertenkarte, Abrechnungsvorgänge) miteinander verbunden. Zunächst sollen die Steuerungsbeziehungen der ambulanten Versorgung dargestellt werden.

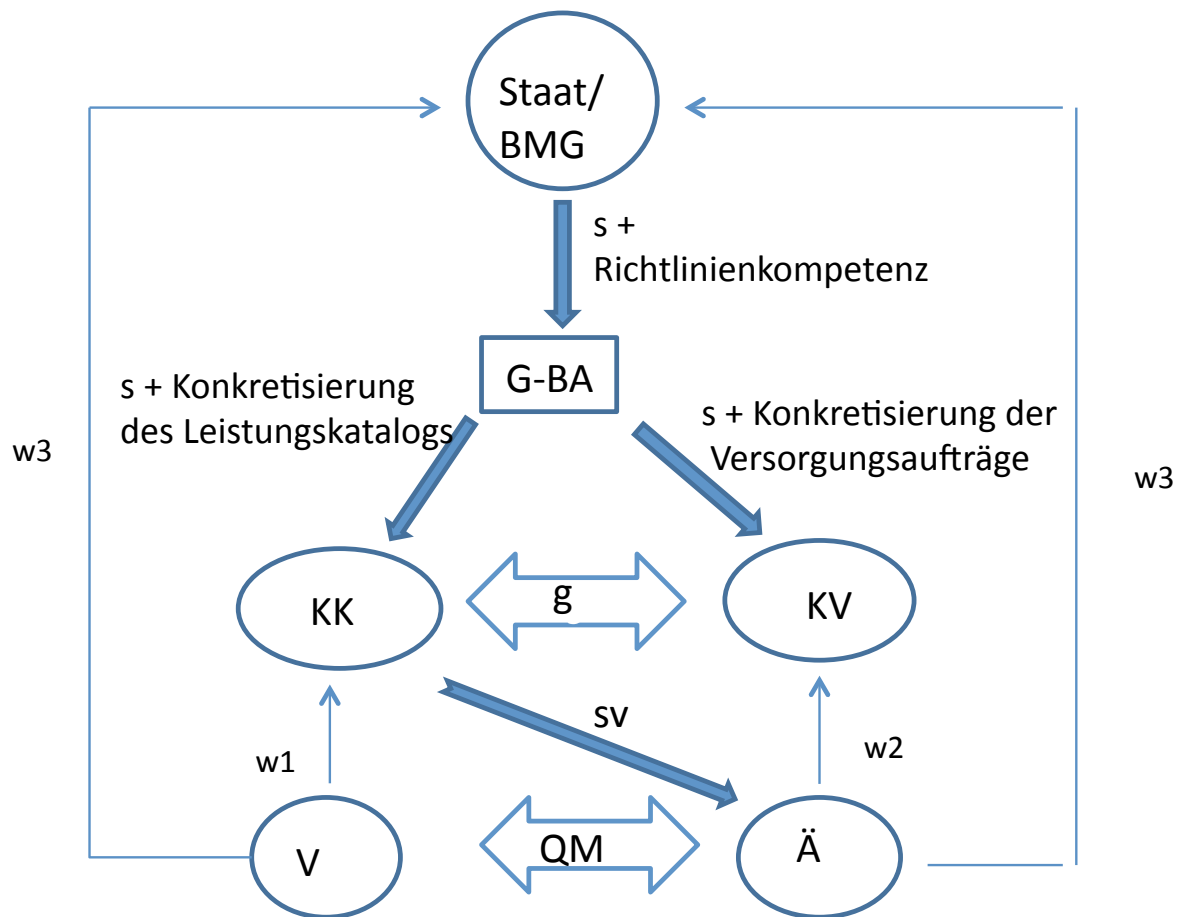
## 1. Steuerungsbeziehungen der ambulanten Versorgung

Auf der unteren Ebene stehen einerseits die Ärzte (Ä) in Konkurrenz um die Versicherten (V), andererseits die Versicherten in Konkurrenz um qualifizierte Ärzte, denn es gilt das Prinzip der freien Arztwahl. Es bilden sich zwischen Versicherten und Ärzten aber keine Marktbeziehungen, denn die medizinische Leistung des Arztes wird vom Patient nicht unmittelbar in Geldwert, sondern bloß mittelbar durch Vorlage seiner Krankenversichertenkarte honoriert. Daher entspricht die Steuerungsbeziehung der eines Quasi-Marktes (QM). Die Beziehung zwischen der unteren und der mittleren Ebene verläuft zum einen über Selektivverträge (sv) zwischen den Krankenkassen und den Ärzten zum anderen über Wahlen. Die Versicherten als Mitglieder der Kassen (KK) wählen im Rahmen der Selbstverwaltung der Krankenkassen in Sozialwahlen (w1) ihre Vertreter in den Verwaltungsrat der jeweiligen Krankenkassen. Dieser wählt den Vorstand, der die Verhandlungen mit der Kassenärztlichen Vereinigung führt. Dementsprechend bestimmen die Ärzte im Rahmen der vertragsärztlichen Selbstverwaltung durch Wahlen (w2) die Vertreterversammlung, die ihrerseits den Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) wählt.

---

<sup>50</sup> Vgl. Simon, a.a.O., S. 186.

<sup>51</sup> Daten abrufbar unter URL: <http://www.kbv.de/publikationen/2394.html> (überprüft am 1.03.2012).



Auf der mittleren Ebene wird im Rahmen von Gruppenverhandlungen (g) über den Gesamtvertrag und die Gesamtvergütung der ärztlichen Leistungen für ein Kalenderjahr entschieden.

Die Gemeinsame Selbstverwaltung und der Staat (Staat) sind ebenfalls durch eine Steuerungsbeziehung an das System angeschlossen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) wurde 2004 errichtet. Er übernimmt und vereinheitlicht die Aufgaben der bis dahin tätigen unterschiedlichen Ausschüsse der gemeinsamen Selbstverwaltung. Mitglieder des Ausschusses sind je fünf Vertreter der Leistungserbinger, der Krankenkassen und der (nicht stimmberechtigten) Patienten sowie drei unparteiische Mitglieder. Nicht nur über die Sozialwahlen (w1, w2), sondern auch über die politischen Wahlen (w3) können die einzelnen Individuen der unteren Ebene versuchen, Einfluss auf den Staat zu nehmen. Die Politiker (Staat) werden von den Versicherten in den Bundestagswahlen (w3) gewählt und sind über die staatliche Rechtsaufsichtspflicht (s) mit den Kassen (KK), den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) und dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) verbunden<sup>52</sup>. Der G-BA steht unter der Rechtsaufsichtspflicht des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), ist aber keine nachgeordnete Behörde des BMG, sondern eine eigenständige juristische Person des öffentlichen Rechts. Auftrag des G-BA ist es, einheitliche und verbindliche Vorgaben für

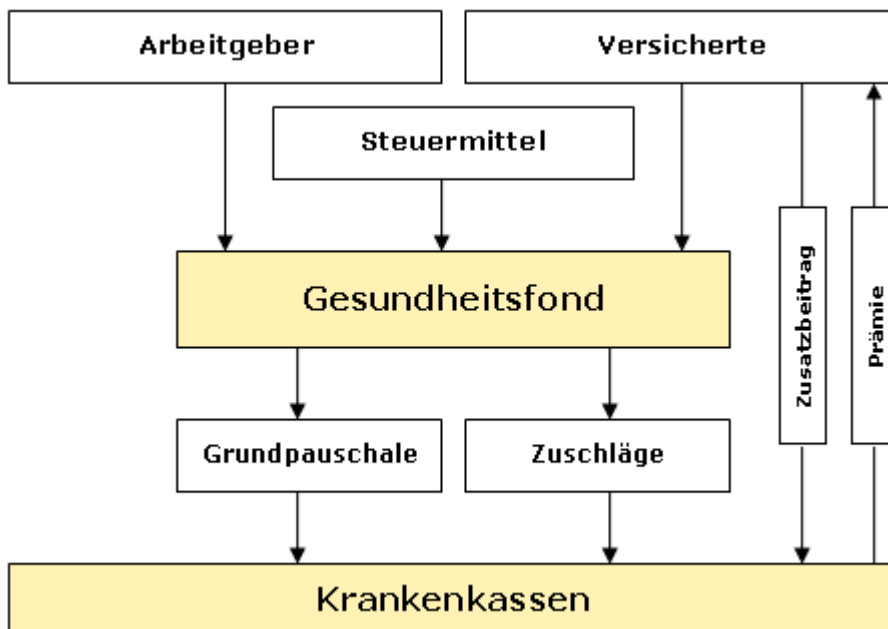
die konkrete Umsetzung in der Praxis zu beschließen (Richtlinienkompetenz). In dieser Funktion wird der G-BA auch „kleiner Gesetzgeber“ genannt, der durch die Sozialwahlen und den Gesetzesauftrag des Parlaments legitimiert ist. Der G-BA beschließt Maßnahmen der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen, bestimmt welche Leistungen Bestandteil des Leistungskatalogs der GKV (Konkretisierung des Leistungskatalogs) und damit auch Bestandteil der Versorgungsaufträge von Leistungserbringern (Konkretisierung der Versorgungsaufträge) sind<sup>53</sup>.

## 2. Leistungserbringung in der ambulanten Versorgung

Aufgrund seiner Beitragszahlung bekommt der Versicherte von seiner Kasse eine Krankenversicherungskarte, die er an den Arzt weiter reicht. Gegen Vorlage dieser Chipkarte und Zahlung einer Praxisgebühr pro Quartal behandelt der Arzt den Patienten, ohne seine Leistung unmittelbar in Rechnung zu stellen. Am Ende eines jeden Quartals rechnet der Arzt mit der Kassenärztlichen Vereinigung ab, die ihrerseits mit den Kassen abrechnet.

## 3. Finanzierung der ambulanten Versorgung

### 3.1 Allgemeiner Kreislauf der Finanzierung in der ambulanten Versorgung<sup>54</sup>



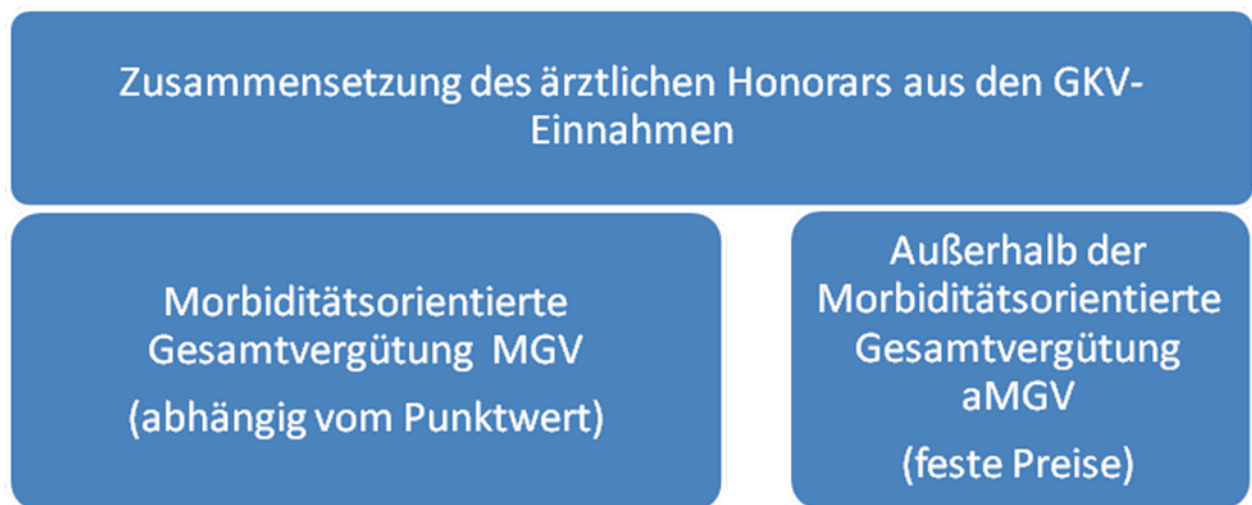
<sup>52</sup> Vgl. Simon, a.a.O., S. 230.

<sup>53</sup> Siehe unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) und dann Gesetzlicher Auftrag und Arbeitsweise, sowie Simon, a.a.O., S. 230.

<sup>54</sup> Grafik unter [www.wirtschaftswissen.info](http://www.wirtschaftswissen.info) abgerufen, leider inzwischen nicht mehr einsehbar.

Seit dem 1. Januar 2009 gilt für die Krankenversicherung ein bundeseinheitlicher Beitragssatz, der von der Bundesregierung festgelegt wird, wobei 2011 der Arbeitgeberanteil 7,3 % und der Arbeitnehmeranteil 8,2 % der beitragspflichtigen Einnahmen entsprach.

Die Beiträge der Versicherten fließen in den Gesundheitsfond, in den auch Steuermittel eingezahlt werden. Aus dem Fond erhalten die Kassen einen pauschalen Grundbetrag pro Versichertem, der durch Zuschläge, die sich nach Alter, Geschlecht und Krankheit richten, aufgestockt wird (morbidityorientierter Risikostrukturausgleich). Krankenkassen die mit ihren Zahlungen aus dem Gesundheitsfond nicht auskommen, können einen einkommensabhängigen oder pauschalen Zusatzbeitrag von ihren Versicherten verlangen. Zusatzbeiträge, die pauschal erhoben werden und nicht mehr als acht Euro betragen, müssen Versicherte ohne Einkommensprüfung zahlen. Ansonsten darf der Zusatzbeitrag maximal ein Prozent des beitragspflichtigen Einkommens des jeweiligen Mitglieds betragen. Der Zusatzbeitrag wird nicht vom Arbeitgeber mitgetragen und wird auch nicht über die Gehalts- bzw. Lohnabrechnung eingezogen, sondern muss der Kasse direkt gezahlt werden. Erzielt die Krankenkasse Überschüsse, kann sie ihren Versicherten Prämien ausschütten.



Die Kassen zahlen eine Gesamtvergütung an die Kassenärztlichen Vereinigungen für deren Übernahme des Sicherstellungsauftrags in der ambulanten Versorgung. Seit 2009 wird die Höhe der Gesamtvergütung entsprechend der Morbidity der Bevölkerung angepasst. Entscheidend für die Berechnung der **morbidityorientierten Gesamtvergütung (MGV)** ist der voraussichtliche Behandlungsbedarf der Versicherten einer Krankenkasse. Dieser wird im sogenannten Einheitlichen Bewertungsmaßstab in Punkten (EBM-Punkten) gemessen. Diese Gebührenordnung für die vertragsärztliche Versorgung weist keine Eurobeiträge aus, sondern Punktzahlen, die das wertmäßige Verhältnis der verschiedenen Leistungen zueinander ausdrücken. Die von einer Krankenkasse insgesamt an eine Kassenärztliche Vereinigung zu zahlende Gesamtvergütung ergibt sich aus der Multiplikation des durchschnittlichen

Behandlungsbedarfs eines Versicherten der Kasse (in EBM-Punkten) mit der Zahl der Versicherten der Kasse, und dem jeweiligen geltenden Punktwert<sup>55</sup>. Seit dem 1. Januar 2009 steht somit hinter jeder Leistung nicht nur eine Punktzahl, sondern auch ein fester Euro-Preis. Zusätzliches Geld stellen die Krankenkassen für Leistungen bereit, die sie außerhalb der MGV zu festen Preisen bezahlen müssen (aMGV). Außerhalb und ohne Mengenbegrenzung werden besonders förderungswürdige Leistungen wie Früherkennungsuntersuchungen, Impfungen und ambulante Operationen, aber auch Leistung an EU-Patienten honoriert. MGV und aMGV bilden zusammen die Gesamtvergütung der Krankenkassen an die Kassenärztlichen Vereinigungen.

Die Verteilung der Gesamtvergütung an die Ärzte ist Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigung. Ausgangspunkt der Honorarverteilung ist die vierteljährliche Abrechnung des Vertragsarztes mit der Kassenärztlichen Vereinigung. Wichtigstes Regelwerk für die Aufteilung ist der Honorarverteilungsvertrag (§ 85 SGB V). Das Ergebnis des komplexen Berechnungsweges – von der Gesamtvergütung bis zur Ermittlung des Auszahlungsbetrages für den einzelnen Vertragsarzt – wird dem Arzt im so genannten Honorarbescheid mitgeteilt<sup>56</sup>.

Die Krankenkassen können aber auch Einzelverträge mit einzelnen Gruppen von Ärzten (Facharztgruppen oder Hausärzte § 73 b und c SGB V) abschließen, sogenannte Selektivverträge oder Direktverträge. Seit Mitte 2009 müssen die Krankenkassen Hausarztverträge, die neben den Gesamtverträgen stehen, abschließen. Im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung wählen die Versicherten einen Hausarzt, der sie betreut und die gesamte ambulante, fachärztliche und stationäre Behandlung steuert. Die Teilnahme an einem Hausarztmodell ist freiwillig, schränkt aber die Arztwahlfreiheit des Versicherten ein. Dafür können die Krankenkassen ihren Mitglieder Prämien anbieten. Die von den Krankenkassen zu zahlenden Vergütungen an die teilnehmenden Haus- und Fachärzte werden „an die KV vorbei“ direkt geleistet<sup>57</sup>.

### 3.2 Besondere Berücksichtigung der Honorierung der Vertragsärzte in der ambulanten Versorgung

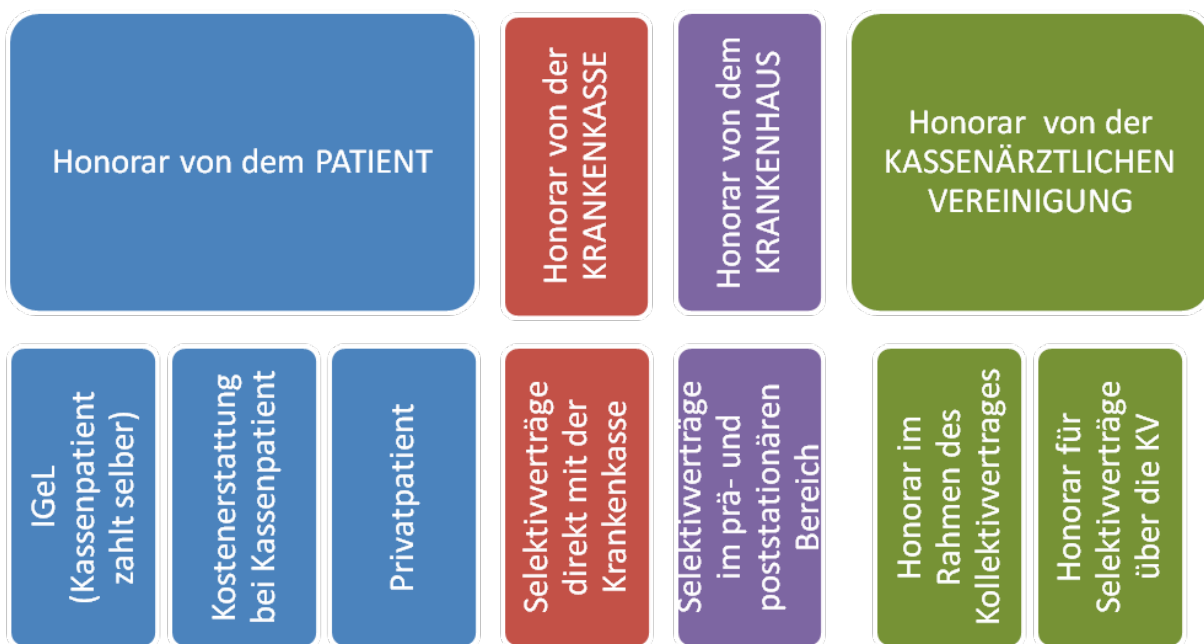
---

<sup>55</sup> 2011 galt ein bundesweiter Orientierungspunktwert von 3,5048 Cent. Vgl. Simon, a.a.O., S. 213.

<sup>56</sup> Vgl. Simon, a.a.O., S. 226.

<sup>57</sup> Vgl. Simon, a.a.O., S. 216f.

Das Honorar eines einzelnen Vertragsarztes besteht nicht nur aus der Honorierung seiner Leistungen im Rahmen der Kollektivverträge zwischen Ärzten und Kassenärztliche Vereinigungen. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick darüber, wie sich die Einkommen der niedergelassenen Ärzte insgesamt zusammensetzen können:



Der einzelne Arzt kann Umsätze aus vier verschiedenen Institutionen – Patient, Krankenkasse, Krankenhaus, Kassenärztliche Vereinigung - generieren. Über Rechnungen an seine Patienten für individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) und im Rahmen von Kostenerstattung bei Kassenpatienten, oder aber für die Behandlung von Privatpatienten kann sich der einzelne Vertragsarzt einen Teil seines Einkommens erschließen. Im Jahr 2007 machten diese Privateinnahmen im Durchschnitt 25% der Gesamteinnahmen der Ärzte aus<sup>58</sup>. Über Selektivverträge kann der Arzt sowohl von den Krankenkassen zum Beispiel für hausarztzentrierte Leistungen, als auch von den Krankenhäusern für Leistungen im prä- oder poststationären Bereich honoriert werden. Im Rahmen der Kollektivverträge erhält der Arzt von seiner Kassenärztlichen Vereinigung über einen komplexen Verrechnungsweg sein eigentliches Honorar: Von der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung werden zunächst die Ausgaben für die Leistungen der Psychotherapie, des organisierten Notfalldienstes sowie unter anderem für Laborleistungen abgezogen. Diese Leistungen werden zwar aus den MGV vergütet, fallen aber nicht unter die Mengensteuerung. Die verbleibende sogenannte „trennungsrelevante Gesamtvergütung“ wird in einen hausärztlichen und einen fachärztlichen

Teil getrennt. Sowohl von dem haus- als auch von dem fachärztlichen Verteilungsvolumen werden dann die von allen Ärzten zu tragenden Abgaben (v.a. Verwaltungskostenumlage zur Finanzierung der KV), und die Vorwegabzüge (z.B. Vergütung für Fremdarztfälle) abgezogen. Im Rahmen der Honorarreform 2009 wurden das arzt- und praxisbezogene Regelleistungsvolumen (RLV) und im Juli 2010 das qualifikationsgebundene Zusatzvolumen (QZV) eingeführt. Jedem Vertragsarzt wird pro Quartal ein Volum zugeteilt. Es besteht aus dem einer Arztpraxis zugewiesenen RLV und QZV. Das Volum ist eine Mengengrenze bis zu der eine Praxis ihre Leistungen zu den Preisen des Euro-EBM bezahlt bekommt<sup>59</sup>. Darüber hinausgehende RLV- bzw. QZV-Leistungen werden auch vergütet, allerdings zu einem abgestaffelten Preis. Ein Regelleistungsvolumen ist laut Gesetz „die von einem Arzt in einem bestimmten Zeitraum abrechenbare Menge der vertragsärztlichen Leistungen, die mit den in der Euro-Gebührenordnung enthaltenen Preisen“ zu vergüten ist. Die Höhe des Regelleistungsvolums eines Arztes ergibt sich aus der Multiplikation der arzt-spezifischen Fallzahl des Vorjahresquartals mit dem durchschnittlichen Fallwert der Arztgruppe und dem Altersfaktor:

Regelleistungsvolumen = Fallzahl des Arztes x Fallwert der Arztgruppe x Altersfaktor

Wobei zur Berechnung des Fallwertes der Arztgruppe das für die Regelleistungsvolumen der Arztgruppe zur Verfügung stehende Verteilungsvolumen durch die Fallzahl der Arztgruppe des Vorjahresquartals geteilt wird:

$$\text{Fallwert der Arztgruppe} = \frac{\text{RLV der Arztgruppe}}{\text{Fallzahl der Arztgruppe}}$$

Darüber hinausgehende Leistungen werden zwar mit niedrigerem Punktwert (§87b Abs.2 SGB V) belegt, aber dennoch vergütet. Der RLV-Fallwert wird wie folgt gemindert:

- um 25% für RLV-Fälle über 150 bis 170% der RLV-Fallzahl der Arztgruppe
- um 50% für RLV-Fälle über 170 bis 200% der RLV-Fallzahl der Arztgruppe
- um 75% für RLV-Fälle über 200% der RLV-Fallzahl der Arztgruppe<sup>60</sup>.

Darüber hinaus erhalten Ärzte regional ein oder mehrere qualifizierte Zusatzvolumen (QZV), wenn sie für die jeweiligen Leistungen eine entsprechende Schwerpunkt- oder

---

<sup>58</sup> Vgl. Gerlinger/Schmucker, Individuelle Gesundheitsleistungen. Steuerungsprobleme eines wachsenden Versorgungselements, in: GGW 2011, Heft 4 (Oktober), S. 23-30.

<sup>59</sup> Ungefähr 40% der Gesamtvergütung stehen den Hausärzten zu, ca. 60% verbleiben den Fachärzten, Simon, a.a.O., S. 224.

<sup>60</sup> Vgl. Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, Erläuterungen zur Honorarermittlung ab 1. Juli 2010, Stand: August 2010, abrufbar unter URL:

<http://www.kvb.de/fileadmin/kvb/dokumente/Praxis/Infomaterial/AbrechnungHonorar/KVB-Honorarbroschuere-8-10.pdf> (überprüft am 7.02.2012).

Zusatzbezeichnung besitzen. Jeder Arztgruppe steht dafür ein bestimmtes Verteilungsvolumen zur Verfügung. Zur Berechnung des QZV sind drei verschiedene mögliche Rechenwege vorgegeben, eine fallbezogene, eine Leistungsfallbezogene und eine arztbezogene Berechnung. Die Vergütung von QZV-Leistungen unterliegt derselben Volumengrenze zu festen Preisen wie die RLV-Leistungen. Für die Honorierung der über die Volumengrenze hinausgehenden Leistungen stehen jeweils 2% des haus- und fachärztlichen Verteilungsvolumens bereit.

#### 4. Interessenkonstellationen

##### 4.1 Untere Ebene

###### 4.1.1 Interessen der Akteure der unteren Ebene

###### 4.1.1.1 Patient

Da Gesundheitsgüter Zukunfts- und zum Teil Kollektivgüter sind<sup>61</sup>, wurde, um die aus diesem Umstand resultierende Unterversorgungsproblematik zu überwinden, der Versicherungszwang in der gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt. Der Zwang richtet sich primär gegen Trittbrettfahrer, die, ohne selbst Beiträge zu leisten, die Leistungen der Krankenversicherung nutzen wollen<sup>62</sup>. Zum 1. Januar 2009 wurde die allgemeine Versicherungspflicht auf alle Einwohner der Bundesrepublik Deutschland erweitert, so dass die Zahl der Nichtversicherten von 211 000 auf etwa 51 000 gesunken ist<sup>63</sup>. Der Versicherungszwang wiederum erzeugt selbst in einer anderen Form Trittbrettfahrerverhalten oder auch Moral-Hazard-Verhalten<sup>64</sup>.

Der Patient tendiert dazu, nur seine Zeit, seine Mühe und die Praxisgebühr als Kosten zu berücksichtigen, nicht aber die Kosten der Leistungserstellung selbst, denn diese werden von der Krankenkasse getragen<sup>65</sup>. Wenn alle Versicherten versuchen, durch eine übermäßige Inanspruchnahme von Leistungen ihre bezahlten Beiträge zu amortisieren, (Ex post-Moral Hazard), kommt es letztendlich zu einem Anstieg des Leistungsvolumens und somit zu einem

---

<sup>61</sup> Siehe Kapitel I D 2.

<sup>62</sup> Vgl. Blankart/Fasten/Schwintowski, a.a.O., S. 36f. und Breyer/ Zweifel/Kifman, Gesundheitsökonomie, 5. Auflage, Berlin, Heidelberg, New York, 2005, S. 203.

<sup>63</sup> Vgl. Simon, a.a.O., S. 89 und S. 127. Weiterführend Greß/Walendzik/Wasem, Auswirkungen des GKV-WSG auf Nichtversicherung im deutschen Krankenversicherungssystem, Expertise für die Hans-Böckler-Stiftung, 2008.

<sup>64</sup> Siehe Kapitel I D 3.

<sup>65</sup> Blankart/Fasten/Schwintowski, a.a.O., S. 28.

Anstieg der Beiträge, da dieses Leistungsvolumen finanziert werden muss. Eine solche Erhöhung wiederum verstärkt den Anreiz für die Versicherten, intensiv Leistungen des Versicherungssystems in Anspruch zu nehmen. Das Individuum trägt unter diesen institutionellen Umständen durch individuell rationales Verhalten selbst dazu bei, dass andere Ziele, die es gemeinsam mit allen anderen Mitgliedern anstrebt, z.B. den Erhalt stabiler Beitragssätze, nicht erreicht werden<sup>66</sup>. Aus diesem Kreislauf entsteht eine so genannte Rationalitätsfalle: individuelle und kollektive Rationalität fallen auseinander<sup>67</sup>. Der Versicherungszwang sollte eigentlich Trittbrettfahrerverhalten eliminieren, erzeugt aber selbst in einer anderen Form Trittbrettfahrerverhalten.<sup>68</sup>

Im Falle von Ex ante-Moral-Hazard liegt noch keine Erkrankung vor. Versicherte Patienten haben weniger Anreiz, Krankheiten zu verhindern und vernachlässigen daher eher die Gesundheitsprävention als diejenigen, die nicht versichert sind. Die Wahrscheinlichkeit zu erkranken, erhöht sich infolgedessen. Die Krankheitskosten sind nicht also exogen als Zufallsvariable gegeben, sondern hängen entscheidend von den Handlungen der Individuen ab<sup>69</sup>.

Ein weiteres Verhalten des Patienten, das in allen drei Systemen der GKV zu einer Ausweitung der Ausgaben führt, wird unter dem Stichwort „Patientenkarriere“ diskutiert: Gesundheitsleistungen werden von Patienten je nach Grad ihrer gesundheitlichen Störung auf unterschiedlichen Ebenen in Anspruch genommen. Dabei kommt es zu einer "Hierarchie": Selbstmedikation, Allgemeinmediziner, Facharzt, Krankenhaus. Für den Patienten nimmt die Bedeutung seiner Krankheit auf jeder Stufe zu. Der Aufwand, der um ihn betrieben wird, steigt zunehmend. Beim Facharzt kommt der technische Aufwand hinzu. Auf jeder Stufe steigt für viele Patienten das "Prestige" und damit die Beachtung im Familien- und Bekanntenkreis. Die Medizinsoziologie bezeichnet diesen Zusammenhang als "Patientenkarriere"<sup>70</sup>. Sie bewirkt höhere Ausgaben, denn auf jeder Stufe steigen auch die Kosten. Im Falle der Selbstmedikation dagegen wird die GKV überhaupt nicht berührt, die Ausgaben für einen Facharzt oder eine Krankenhausbehandlung hingegen schlagen für die

---

<sup>66</sup> Vgl. Arnold, Medizin zwischen Kostendämpfung und Fortschritt, Stuttgart 1986, S. 18.

<sup>67</sup> In diesem Zusammenhang wird auch von einer Umlagenrationalität gesprochen, Herder-Dorneich, Gesetzliche Krankenversicherung heute. Erfahrungen aus der Kostenexplosion und Steuerungsaufgaben in den 80er Jahren, Köln 1983, S. 166f.

<sup>68</sup> „Moral-Hazard-Verhalten des einzelnen führt nicht nur zur Schädigung des Gesamtkollektivs, sondern über die Reaktion der anderen, die sich ebenso verhalten können, kommt dann der Schaden wieder zu einem zurück, und oft sogar stärker als der Nutzen, den man ursprünglich davon hatte.“ Schwarze, Unverfälschter Wettbewerb für Arzneimittel im europäischen Binnenmarkt. Pharmazeutische Produkte im Widerstreit von freiem Warenverkehr und nationalen Preiskontrollen, Baden-Baden 1998, S. 40.

<sup>69</sup> Zitiert nach Blankart/Fasten/Schwintowski, a.a.O., S. 29.

Kassen finanziell erheblich zu Buche. Zur Lösung, der mit diesem Verhalten verbundenen Probleme, wurde 2004 das sogenannte „Hausarztmodell“<sup>71</sup> eingeführt. Patienten können sich für einen Hausarzt als ständigen Partner für ein Jahr entscheiden. Sie gehen im Krankheitsfall immer zunächst zu diesem Hausarzt. Er übernimmt die Behandlung und überweist bei Bedarf an Fachärzte bzw. Krankenhäuser. Zahlreiche Krankenkassen versuchen ihren Versicherten diese hausarztzentrierte Versorgungsform attraktiv zu machen und erlassen ihnen die Praxisgebühr von 10 € pro Quartal.

#### 4.1.1.2 Arzt

Aber nicht nur die Nachfrager sind für das hohe Konsumniveau von Gesundheitsleistungen verantwortlich, sondern auch die Anbieter: Ärzte haben vor allem ein Interesse an hohem Ansehen und hohem Einkommen bei persönlich vertretbarem Zeitaufwand<sup>72</sup>. Da es Informationsasymmetrien auf dem Gesundheitsmarkt gibt, kann der Patient nur schwer einschätzen, welche Therapie für ihn notwendig ist. Der Arzt übernimmt für ihn eine Sachwalterrolle. Er kann somit in einem bestimmten Grad selbst steuern, welche und wie viele medizinische Leistungen er erbringt. Da Therapien für ihn Einkommen bedeuten, hat der Arzt einen Anreiz, mehr davon zu verordnen als zwingend notwendig ist. Es entsteht eine angebotsinduzierte Nachfrageausweitung<sup>73</sup>. Die Anzahl der pro Patient erbrachten Leistungen korreliert positiv mit der Ärztedichte, so dass die angebotsorientierte Nachfragesteigerung in den Daten nachgewiesen werden konnte<sup>74</sup>.

Durch eine Mengensteuerung über Regelleistungs- (RLV) und qualifikationsgebundene Zusatzvolumina (GZV) soll verhindert werden, dass Ärzte medizinisch unnötige Leistungen abrechnen, die nur von einem Teil der Ärzte erbracht werden, aber das Verteilungsvolumen aller Ärzte verkleinern. Rechnen die Ärzte in einem Quartal – soweit kein unvorhersehbarer Krankheitsanstieg (z.B. Epidemie) entsteht – mehr Leistungen als im Vorjahresquartal ab,

---

<sup>70</sup> Vgl. zum Begriff der Patientenkarriere Schuller, Patientenkarriere und Krankheitsbegriff, in: Medizin Mensch Gesellschaft, Bd. 1, 1976, insbesondere S. 48ff.

<sup>71</sup> Nach § 65a SGB V können alle Kassen ihren Versicherten einen Bonus gewähren, wenn sie auf die freie Arztwahl verzichten und Fachärzte nur nach Überweisung des Hausarztes aufsuchen.

<sup>72</sup> Vgl. Fricke, a.a.O., S. 489.

<sup>73</sup> Vgl. Blankart/Fasten/Schwintowski, a.a.O., S. 30 und Bundesministerium für Gesundheit, Fragen und Antworten zur Honorarreform der niedergelassenen Ärzte, 2009, abrufbar unter: URL: <http://www.bmg.bund.de/SharedDocs/Standardartikel/DE/AZ/H/Glossarbereich-honorarreform.html> (überprüft am 10.2.2010), S. 18f.

<sup>74</sup> Hajen/Paetow/Schumacher, Gesundheitsökonomie, Gesundheitsökonomie, Strukturen - Methoden – Praxis, Stuttgart 2010, S. 95, sowie Blankart/Fasten/Schwintowski, a.a.O., S. 31.

stellen die Krankenkassen nicht mehr Geld zur Verfügung. Eine ungebremste Leistungsausweitung wird folglich nicht bezahlt<sup>75</sup>.

Um eine übermäßige Fallzahlsteigerung zu verhindern, ist eine Begrenzung vorgesehen: So sieht der Bewertungsausschuss vor, dass eine Zuwachsgrenze für die Zahl der Fälle eingebaut wird. Neue RLV-Fälle, die dann über die Zuwachsgrenze hinausgehen, werden gar nicht vergütet.

Wie bereits gesehen, hängt der Fallwert eines Arztes davon ab, wie viele RLV- und QZV-Leistungen alle Ärzte seiner Arztgruppe insgesamt erbracht haben. Je mehr RLV- und QZV-Fälle durch die jeweilige Arztgruppe eingereicht werden, desto geringer der Fallwert, desto kleiner das Honorar des Arztes. Die Logik dieses Systems führt zu einem Verfall des Fallwerts bei der Ausdehnung der Fallzahlen. Somit wird es im Hinblick auf seine Gruppe für jeden einzelnen Arzt rational, als Nutzenmaximierer RLV- und QZV-Leistungen einzuschränken, um mit weniger Leistung einen höheren Fallwert zu erzielen. Die individuelle Rationalität außerhalb der Gruppe führt aber zu einer Ausdehnung der ärztlichen Leistungen. Denn der einzelne Arzt wird es für rational halten, seine Leistungen auszudehnen, da er davon ausgeht, dadurch einen höheren Anteil an der Pauschalsumme zu erhalten. Man spricht hier vom einem inversen Anbieterverhalten der Ärzte: Wenn der Preis für ihre angebotenen Leistungen sinkt, bringen sie noch mehr Leistungen aus, um den Preisverfall auszugleichen. Wenn alle Ärzte so handeln, erhält jeder einzelne Arzt im Ergebnis weniger Punkte für mehr Leistungen. Ein solches Verhalten führt somit nicht zu einem Gleichgewicht, sondern zu einem kumulativen Prozess nach „unten“. Diese Rationalitätsfalle wird auch als Hamsterrad-Effekt bezeichnet<sup>76</sup>. Durch die Honorarreform wurde erreicht, dass nicht mehr alle Ärzte schlechter gestellt werden, oder sich selbst schlechter stellen, sondern nur noch eine Arztgruppe.

Darüber hinaus bestanden zwischen den einzelnen Fachgruppen der Ärzte beträchtliche Interessensunterschiede, so dass das Honorarverteilungsvolumen zwischen Haus- und Fachärzten getrennt wird, Vorwegabzüge und Bereinigungen aufgrund von Selektivverträgen erfolgen auch getrennt. Darüber hinaus wird das Haus- und Facharztverteilungsvolumen in verschiedene Arztgruppen unterteilt, um zu verhindern, dass ein Arzt „dem anderen in die Tasche greift“. Aber auch zwischen den niedergelassenen Fachärzten und den Klinikärzten bestehen Interessenkonflikte. Hierauf wird an späterer Stelle einzugehen sein.

---

<sup>75</sup> Bundesministerium für Gesundheit, a.a.O., S.9.

<sup>76</sup> Vgl. Blankart/Fasten/Schwintowski, a.a.O., S. 29.

Zwischen bereits niedergelassenen Ärzten und niederlassungswilligen Ärzten sind ebenfalls Interessenkonflikte vorhanden: Junge Ärzte sind an einer freien Niederlassung interessiert und streben vornehmlich in Bereiche, die es ihnen ermöglichen, ein höheres Einkommen zu erzielen. Bereits niedergelassene Ärzte hingegen sind an einer Einschränkung des Prinzips der freien Niederlassung interessiert, damit die Gesamtvergütung durch eine geringere Anzahl von Ärzten geteilt wird. Die Honorarerhöhung für den Arzt hängt zum einen von den Verhandlungen der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Krankenkassen (vor allem über die Höhe des Orientierungspunktwertes) und zum anderen von der Anzahl der Ärzte in seiner Arztgruppe ab: Je weniger Ärzte in einer Arztgruppe, desto höher fällt der Fallwert und damit das Einkommen des Arztes aus. In Deutschland hat die Ärztedichte aber stetig zugenommen, ist 2010 mit 397 Ärzten pro 100.000 Einwohner ein neuer Höchststand erreicht worden<sup>77</sup>.

Seit 2010 wird der Orientierungspunktwert eines Arztes, der in einem überversorgten Gebiet eine Praxis eröffnet, um bis zu 19% verkürzt. Lässt er sich hingegen in einer unterversorgten Region nieder, so kann er Zuschläge bis zu 27% auf den Orientierungspunktwert erwarten. So dass der Versorgungsgrad doppelt über die Arzthonorare entscheidet: eine Überversorgung führt zu geringen Fallwerten, eine Überversorgung führt zu Abschlägen auf den Orientierungspunktwert<sup>78</sup>.

Freie Leistungen, wie besonders förderungswürdige Leistungen oder auch Laborleistungen und Leistungen im Rahmen des organisierten Notfalldienstes aber auch Selbstzahlerleistungen, Leistungen an Privatpatienten<sup>79</sup> belasten nicht die morbiditätsorientierte Gesamtvergütung. Je mehr dieser Leistungen der Arzt abrechnet, desto mehr Einkommen erzielt er. Sollte aber der Arzt den Anreiz dieser Leistungen auszuweiten übermäßig ausreizen, muss er befürchten, dass im nächsten Quartal diese Leistungen unter die Mengensteuerung gefasst werden. So war es der Fall bei Akupunktur-Leistungen. Daraus kann der Anreiz abgeleitet werden, dass der Arzt gar nicht an einer Ausweitung des Leistungskatalogs interessiert ist, da dieser nicht die Gesamtvergütung erhöht, sondern lediglich die Vergütung für die einzelne Leistung verringert. Eine Abrechnung außerhalb der

---

<sup>77</sup> Vgl. Blankart/Fasten/Schwintowski, a.a.O., S. 30, Tabelle 4: Ärztedichte in Deutschland und abrufbar unter URL: [http://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/arztundpraxis/meldungen/index\\_05851.html](http://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/arztundpraxis/meldungen/index_05851.html) (überprüft am 1.03.2012).

<sup>78</sup>Daten abrufbar unter URL: <http://www.ntax-duisburg.de/p/Aktuelles/News/Versorgungsgrad-entscheidet-ueber-Arzthonorare-April-2010> (überprüft am 23.02.2012).

<sup>79</sup> Die Autoren des WIdO schätzten den Umfang des IGeL-Marktes für das Jahr 2010 auf 1,5Milliarden Euro. Vgl.Gerlinger/Schmucker, a.a.O., S. 25.

morbiditätsbedingten Gesamtvergütung hingegen ermöglicht eine Erhöhung seiner Einnahmen<sup>80</sup>.

Es kann festgehalten werden, dass grundsätzlich für Ärzte die Einnahmen aus dem Kollektivvertrag eine Basis, ein „sicheres Einkommenspolster“ darstellen, aber keine relevanten Einkommenssprünge erlauben. Vielmehr können durch die Ausweitung des Privatpatientenstammes, durch die Ausweitung von Laborleistungen oder förderungswürdigen Leistungen und durch den vermehrten Abschluss von Selektivverträgen Einkommenszuwächse realisiert werden.

#### 4.1.2 Interdependenzen auf der unteren Ebene

Wie gezeigt, ist der Patient an einer Ausweitung seiner medizinischen Behandlung interessiert, sei es aufgrund der Patientenkarriere oder um seinen ohnehin bereits gezahlten Krankenversicherungsbeitrag zu amortisieren. Diese Entwicklung kann jedoch nicht isoliert betrachtet werden, vielmehr wird ein solcher Drang durch die Anreize der Angebotsseite noch verstärkt. Der Arzt möchte den Patienten an sich binden, und wird, soweit es geht, seine Behandlungswünsche erfüllen, damit er nicht den Arzt wechselt. Für alle freien Leistungen und bis zur 150% der durchschnittlichen Fallzahl seiner Arztgruppe bedeuten mehr Leistungen auch mehr Einkommen für ihn. Der jüngste Barmer GEK Report kann dies nur belegen: Jeder gesetzlich Versicherte suchte 2008 18,1-mal im Jahr einen niedergelassenen Arzt auf. Das verschafft Deutschland international eine Spitzenposition<sup>81</sup>.

Die Interdependenzen auf der unteren Ebene basieren auf einer Prinzipal-Agent-Beziehung. Der Arzt fungiert als Agent, der Patient als Prinzipal. Der Arzt verfügt aufgrund der asymmetrischen Informationsverteilung über einen Informationsvorsprung gegenüber seinem Prinzipal. Der Arzt hat den Anreiz, seinen Informationsvorsprung zu nutzen und zusätzliche Nachfrage zu induzieren<sup>82</sup>. Darüber hinaus kann der Prinzipal das Verhalten seines Agenten nicht direkt beurteilen und daher auch nicht effektiv kontrollieren. Es fehlen dem Patienten entsprechende Informationen<sup>83</sup>.

---

<sup>80</sup> Vgl. Rosenbrock/Gerlinger, Gesundheitspolitik, eine systematische Einführung, Bern 2009, S. 250.

<sup>81</sup> Grobe/Dörnig/Schwartz, BARMER GEK Arztreport 2012, Schwerpunkt: Kindergesundheit, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 12, St. Augustin 2012.

<sup>82</sup> Vgl. Hajen/Paetow/Schumacher, a.a.O., S. 95f. und Sauerland, Wege zur Sicherung der Qualität im Gesundheitswesen: Theorie und Praxis, in: Perspektiven der Wirtschaftspolitik (PWP), 2001, Band 2, Heft 1, S. 211-227, hier S. 215.

<sup>83</sup> Vgl. Sauerland, 2001 a.a.O., S. 218; Die Patienten sind sich ihres Informationsdefizites bewusst und wünschen sich zur besseren Fundierung ihrer Wahl eines Leistungserbringers mehr objektifizierbare Informationen, Wasem, Das Gesundheitswesen in Deutschland: Einstellungen und Erwartungen der Bevölkerung, Neuss 1999, S. 32.

Auf der unteren Ebene verursachen sowohl komplementäre Interessen von Ärzten und Patienten, also auch ein Informationsdefizit seitens der Patienten, eine Erhöhung der Ausgaben in der ambulanten Versorgung.

## 4.2 Mittlere Ebene

### 4.2.1 Interessen der Akteure auf der mittleren Ebene

Auf der mittleren Ebene agieren Kollektive: Zunächst einmal werden die Kassen als Verbände der Versicherten, dann die Kassenärztlichen Vereinigungen als Verbände der Ärzte untersucht.

#### 4.2.1.1 Kassen

Die GKV erhebt ihre Einnahmen über Zwangsumlagen. Eine solche Erhebung setzt Bürokratie voraus. Nach der ökonomischen Theorie der Bürokratie sind deren Mitglieder an einer Ausweitung des Stellenkegels mit entsprechenden individuellen Aufstiegschancen interessiert<sup>84</sup>.

Eine Erhöhung des Mitgliederbestandes ermöglicht einen solchen Aufstieg. Eine steigende Anzahl von Mitgliedern dehnt die Versorgungsaufgaben aus und schafft damit die Voraussetzung für einen Zuwachs an Stellen und für einen persönlichen Aufstieg. Der Mitgliederstand ist auch ein äußeres Zeichen des Kassenprestiges. Wachsende Mitgliederzahlen sind der Beweis für große Leistungskraft. Kassengröße und finanzielles Eigeninteresse des Managements sind damit aneinander gekoppelt. Die aktuelle Fusionswelle bestätigt diesen Anreiz: Die Zahl der gesetzlichen Krankenkassen ist von rund 1000 Anfang der 90er Jahren auf 145 Krankenkassen Anfang 2012 geschrumpft<sup>85</sup>.

Durch die Reform des Finanzierungssystems der GKV ist der einkommensorientierte allgemeine Beitragssatz angehoben und gesetzlich festgeschrieben worden: Ausgabensteigerungen, die über die Einnahmeentwicklung hinausgehen, sind nun durch kassenindividuelle einkommensunabhängige (pauschale) Zusatzbeiträge der Mitglieder zu finanziert. Diese Zusatzbeiträge stellen die ausschließliche Stellschraube zur Budgetmessung

---

<sup>84</sup> Siehe Blankart, Öffentliche Finanzen in der Demokratie, München 1994, S. 445ff.

<sup>85</sup> Daten abrufbar unter URL: <http://www.la.net/krankenversicherung/statistiken/anzahl-krankenversicherungen> (überprüft am 2.3.2012).

der GKV dar. Die Möglichkeit der Anhebung des allgemeinen Beitragssatzes wird arretiert<sup>86</sup>. Der Zusatzbeitrag ist unmittelbar von dem Mitglied an die Krankenkasse zu leisten, er ist unterschiedlich hoch, je nachdem wie gut eine Krankenkasse wirtschaftet, welchen Service sie anbietet, welche Preisvereinbarungen sie mit Leistungserbringern abgeschlossen hat. Der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen wird verschärft, da der Zusatzbeitrag als ein Preis für die Gesundheitsleistungen angesehen wird<sup>87</sup>. Es entsteht einen Wettbewerb zwischen den Krankenkassen über den kassenindividuellen Zusatzbeitrag. Es besteht für die einzelne Krankenkasse der hohe Anreiz, aus Sorge vor Wettbewerbsnachteilen die Erhebung eines Zusatzbeitrages trotz eines erkennbaren Bedarfs (zu) lange hinauszuzögern. Die Krankenkassen legen ihr strategisches Augenmerk ausschließlich darauf, die Erhebung eines Zusatzbeitrags zu vermeiden<sup>88</sup>. Da der Druck auf die Krankenkassen steigt, um sich vor Insolvenz oder die Erhebung von Zusatzbeiträgen zu schützen, wird es künftig zu weiteren Fusionen kommen. So räumt der Vorstandsvorsitzende der Gmünder Ersatzkasse Schlenker ein, dass ohne eine Fusion mit der Barmer für seine Krankenkasse Zusatzbeiträge absehbar gewesen wären<sup>89</sup>.

In der Vergangenheit hatten Krankenkassen mit einem überdurchschnittlich einkommensstarken und einem überdurchschnittlich gesunden Versichertenbestand Wettbewerbsvorteile. Um diese Wettbewerbsverzerrungen auszugleichen und eine adverse Selektion der Risiken zu vermeiden, wurde im Rahmen des GKV-WSG der Risikostrukturausgleich grundlegend reformiert. Chronisch kranke Versicherten sind nicht mehr automatisch schlechte Risiken, denn im Rahmen des morbiditätsorientierten RSA erhalten die Krankenkassen Zuweisungen für 80 Erkrankungen. So sollen Krankenkassen in der Vergangenheit versucht haben, „Diagnosenoptimierung“ teilweise im Rahmen von Selektivverträgen zu betreiben, um ihre Einnahmen aus dem Gesundheitsfonds zu verbessern<sup>90</sup>. Versicherte, die an anderen teuren Erkrankungen als die 80 im Rahmen der morbiditätsbedingten RSA genannten Erkrankungen leiden, werden damit für die Krankenkassen zu noch schlechteren Risiken als bislang.

Man könnte argumentieren, dass die Krankenkassen keinen Anreiz haben, die langfristige Gesundheit ihrer Versicherten zu fördern, da Vorsorgemaßnahmen unmittelbare Kosten

---

<sup>86</sup> Vgl. Lungen/Büscher, Anmerkungen zum geplanten Sozialausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung. Studien zu Gesundheit, Medizin und Gesellschaft 2006, Köln, Ausgabe 02/2010 vom 7.1.2010, S. 3.

<sup>87</sup> Gasche, a.a.O., S. 9.

<sup>88</sup> Greß/Wasem, a.a.O., S. 2.

<sup>89</sup> Aussage abrufbar unter URL: [www.der-gesundheitsfonds.de/index.php?id=57](http://www.der-gesundheitsfonds.de/index.php?id=57) (überprüft am 23.02.2012).

verursachen, die außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gezahlt werden. Wegen geringerer Ausgleichszahlungen in der Zukunft profitieren die Versicherungen hingegen nicht von den Verbesserungen des Gesundheitszustandes.

Grundsätzlich sind die Kassen an einer möglichst preisgünstigen Bereitstellung eines umfassenden Angebots interessiert. Sie fordern daher strukturelle Reformen im Gesundheitswesen, die zu dauerhaften Einsparungen bei den Kassenärzten, der Pharmazeutischen Industrie und den Krankenhäusern führen sollen<sup>91</sup>. Sie fordern die Erweiterung der Gestaltungs- und Vertragsfreiheit für selektivvertragliche Möglichkeiten in der ambulanten Versorgung.

#### 4.2.1.2 Kassenärztliche Vereinigungen

Wie gezeigt worden ist, sind diese Vereinigungen im Widerstand der Ärzteschaft gegenüber den Kassen entstanden. Der Einfluss der Kassen sollte durch eine organisierte Gegenmacht neutralisiert werden<sup>92</sup>. Die Zwangsmitgliedschaft der Kassenärzte in den Kassenärztlichen Vereinigungen sorgt für einen hohen Organisationsgrad der Ärzteschaft. Eine weitere wichtige Ressource der Kassenärztlichen Vereinigungen ist der Sicherstellungsauftrag für die kassenärztliche Versorgung, auch wenn dessen Bedeutung durch die Ausweitung der selektivvertraglichen Möglichkeiten der Krankenkassen eingeschränkt wurde. Die Kassenärztlichen Vereinigungen wirken auf eine konfliktträchtige Weise homogenisierend: alle Mitglieder haben dieselben Interessen an einer hohen Vergütung, an einem hohen Orientierungspunktwert, an hohen Fallwerten und dem Abbau von Reglementierung.

*Breyer, Zweifel* und *Kifman* haben dargestellt, dass die Funktion der Kassenärztlichen Vereinigungen als Berufsverband vor allem in der Wahrnehmung von Aufgaben im Interesse politischer Entscheidungsträger und in der Sicherung der Einkommenschancen der Mitglieder liegt. So sind sie, um ihre Mitglieder vor Konkurrenz zu schützen, daran interessiert, einen Anstieg der Ärztedichte zu verhindern<sup>93</sup>. Daher stehen für einige Autoren die ärztlichen

---

<sup>90</sup> Greß/Wasem, a.a.O., S. 6.

<sup>91</sup> Vgl. Positionspapier der Betrieblichen Krankenversicherung zu den Eckpunkten der Bundesregierung für eine GKV-Finanzreform, abrufbar unter URL: [http://www.bkk-nordwest.de/pressecenter/publikationen/download/positionspapier\\_eckpunkte\\_gkv\\_finanzreform.pdf](http://www.bkk-nordwest.de/pressecenter/publikationen/download/positionspapier_eckpunkte_gkv_finanzreform.pdf) (überprüft am 7.02.2012).

<sup>92</sup> Vgl. Teil II B, und Neubauer, Staat, Verwaltung und Verbände – Entwicklung der Ordnungs- und Steuerungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Gérard Gäfgen (Hrsg.), Neokorporatismus und Gesundheitswesen, Baden-Baden 1988, S. 100.

<sup>93</sup> Breyer/ Zweifel/Kifman, a.a.O., S.499.

Eigeninteressen und nicht der Patientenschutz klar im Vordergrund des ärztlichen Korporatismus<sup>94</sup>.

#### 4.2.2 Interdependenzen zwischen unterer und mittlerer Ebene

##### *Interdependenzen zwischen Versicherten und Kassen*

Da der Arbeitgeber fast den halben Beitrag leistet, wird beim Versicherten der Anreiz zu einer kostengünstigeren Kasse mit niedrigerem Gesamtbeitragssatz zu wechseln, geschwächt. Umgekehrt stärkt dies den Anreiz zu einer Versicherung mit besserer Leistung aber einem höheren Beitragssatz zu wechseln, da nahezu die Hälfte von dem Arbeitgeber übernommen wird. Bei einem kassenspezifischen Zusatzbeitrag, der nicht von dem Arbeitgeber subventioniert wird und ausschließlich einkommensunabhängig von den Mitgliedern direkt entrichtet wird, entfällt dieser Anreiz. Vielmehr führt die Bemessung des sozialen Ausgleichs am durchschnittlichen Zusatzbeitrag dazu, dass auch für Geringverdiener ein Anreiz besteht, zu einer günstigeren Kasse zu wechseln<sup>95</sup>.

Wie dargestellt, werden die Krankenkassen zunächst ihr strategisches Augenmerk darauflegen, die Erhebung eines Zusatzbeitrags aus Wettbewerbsgründen zu vermeiden<sup>96</sup>. Da jedoch der Zusatzbeitrag als einziges Ventil zur Beitragsschöpfung verbleibt, ist ein Szenario, in dem sich die Krankenkassen im „Gleichschritt“ an beständig steigende höhere Zusatzbeiträge gewöhnen müssen, realistisch. Ein Wechsel der Krankenkasse wird obsolet, wenn alle Krankenkassen Zusatzbeiträge erheben<sup>97</sup>.

##### *Interdependenzen zwischen Ärzten und Kassenärztlichen Vereinigungen*

Der bereits dargestellte hohe Organisationsgrad hat zur Folge, dass von den Kassenärztlichen Vereinigungen Druck auf die Ärzte ausgeübt werden kann. Die Ärzte organisierten sich daher parallel in freien Ärzteverbänden, die als so genannte „pressure groups“ den kassenärztlichen Zwangsorganisationen entgegentreten.<sup>98</sup> Für jede Facharztgruppe existiert ein solcher freier Ärzteverband. Durch ihre Zersplitterung können die zahlreichen Ärzteverbände das breite

---

<sup>94</sup> Zweifel, Bedarf und Angebotsplanung im Gesundheitswesen, Beiträge zur Gesundheitsökonomie Bd. 17, Gerlingen 1988, S. 160ff.; Krämer, Sag die Wahrheit! Echte und vorgeschobene Interessen in der gesundheitspolitischen Diskussion, in: Die Ersatzkasse, 2/1996, S. 56ff.; Sauerland, a.a.O., 1999, S. 275f.

<sup>95</sup> Weiterführend und perspektivisch Gasche, a.a.O.

<sup>96</sup> Greß/Wasem, a.a.O., S. 2.

<sup>97</sup> Lungen/Büscher, a.a.O., S. 4.

<sup>98</sup> Herder-Dorneich, a.a.O., 1994, S. 919.

Spektrum der Positionen auffangen, gleichzeitig aber sind die Verbandsspitzen durch häufige Mehrfachmitgliedschaften eng miteinander verbunden.

Die unterschiedlichen Interessenlagen zwischen den einzelnen Ärzteverbänden und den Kassenärztlichen Vereinigungen werden oft im Anschluss an Vereinbarungen zwischen der Politik und den Kassenärztlichen Vereinigungen deutlich. Die Ärzteverbände sind selten mit den erzielten Ergebnissen einverstanden.

Sowohl die Ärzte als auch ihre Kassenärztlichen Vereinigungen sind an einer Einschränkung der Ärztedichte interessiert. Wie bereits angesprochen, bleibt dann für die niedergelassenen Ärzte „ein größeres Stück vom Kuchen“ übrig, und die Kassenärztlichen Vereinigungen können Proteste ihrer Klientel vermeiden. Sie fordern daher eine Einschränkung bereits zu Beginn der Ausbildung. Damit wird das Problem der Überkapazitäten an den Gesetzgeber weitergereicht, d.h. auf eine höhere Ebene verlagert. Daher wird argumentiert, dass eine fehlende Qualitätskontrolle bei den etablierten Medizinern auf den Einfluss der Ärzteverbände zurückzuführen sei<sup>99</sup>. Im Gegensatz zu noch nicht etablierten Medizinern hat die Mehrheit der niedergelassenen Ärzte ein geringeres Interesse an Qualitätskontrollen. Gerade diese Ärzte werden aber von den Ärzteverbänden repräsentiert.

Steigt dennoch die Ärztezah, verstärkt sich der Konkurrenzdruck für die bestehenden Anbieter, weil die Patientenzahl pro Arzt sinkt. Die steigende Ärztedichte kann zu einer angebotsinduzierten Nachfrageausweitung führen: Der Arzt hat die Möglichkeit, einem Rückgang der eigenen Patientenzahl mit einer Steigerung der Behandlungsintensität bei den verbleibenden Patienten entgegenzuwirken. Dieser Mengeneffekt führt zu einer ineffizienten Allokation. Es ergibt sich ein medizinisch nicht notwendiges Leistungsniveau<sup>100</sup>.

#### 4.2.3 Interdependenzen auf der mittleren Ebene

Die Nutzenfunktion des Arztes hängt von seinem Ansehen und von seinem Einkommen ab. Sein Einkommen wiederum hängt von der Entlohnung durch die Krankenkassen ab. Zwischen beiden Akteuren existiert eine Prinzipal-Agent-Beziehung. Der Arzt ist Agent des Prinzipals Versicherung. Ebenso wie in der Prinzipal-Agent-Beziehung zwischen Arzt und Patient verfügt auch der Arzt über einen Informationsvorsprung gegenüber seinem Prinzipal. Auch hier ist das Verhalten des Arztes für den Prinzipal, d.h. die Krankenkasse, nicht unmittelbar nachzuvollziehen. Da das Verhalten des Arztes vom geltenden Entlohnungssystem abhängig

---

<sup>99</sup> Vgl. Krämer, a.a.O., 1996.

<sup>100</sup> Ausführlicher Sauerland, a.a.O., 1999, S. 275f. Ein Budget der Ärzte pro Patient kann eine solche Steigerung der Behandlungsintensität nach oben begrenzen.

ist, besteht die Möglichkeit, über anreizkompatible Entlohnungssysteme der anbieterinduzierten Nachfrage entgegenzuwirken: Die Kassen könnten bei einem Preiswettbewerb der Leistungserbringer Vergütungsabschläge einführen für den Fall, dass eine schlechte Versorgungsqualität bereitgestellt wird. Für solche Kontroll- und Sanktionsmöglichkeiten seitens der Krankenkasse ist aber ein hoher Informationsstand erforderlich<sup>101</sup>. Derart unmittelbare Beziehungen zwischen Krankenkasse und Arzt nehmen in der deutschen Gesundheitspolitik immer weiter zu: Selektivverträge werden gesetzlich gefördert. Die Einführung individueller Verträge zwischen Kassen und Leistungserbringern ist lange Zeit an dem massiven Widerstand der Kassenärztlichen Vereinigungen gescheitert<sup>102</sup>. Seit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) sind die Krankenkassen im Rahmen der Integrierten Versorgung gemäß §§ 140 a ff SGB V berechtigt, mit einzelnen Vertragsärzten, Krankenhäusern und medizinischen Versorgungseinrichtungen ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Versorgung Einzelverträge bzw. Direktverträge abzuschließen.

Für alle Abrechnungen im Rahmen des Kollektivvertrages stehen sich auf der mittleren Ebene Kassen und Kassenärztliche Vereinigungen gegenüber.

## 4.3 Obere Ebene

### 4.3.1 Interessen der Politiker

Grundsätzliche Reformen in der Gesetzlichen Krankenversicherung, die gesetzlich verankert werden müssen, können nur von Politikern als Mandatsträger gestaltet werden. Nach der ökonomischen Theorie der Wahlen werden Politiker doch nur dann Reformen durchführen, wenn sie sich davon einen Nutzen versprechen können. Zusätzliche Wählerstimmen stellen einen solchen Nutzen dar. Dies sichert Einkommen und Macht.

Durch die Wahltermine hängen Politiker von dem Faktor Zeit ab. Die jeweilige Regierung hat eine bestimmte Zeitspanne zur Verfügung, innerhalb der sie ihre programmatische und wahltaktische Politik reifen lassen und durchführen kann<sup>103</sup>. Sie wird bemüht sein, den vordergründigen Erfolg einer Reform vor einer Wahl zu proklamieren und deren Kosten nach einer Wahl oder gar in einer Oppositionsphase anfallen zu lassen. Die Regierung muss dabei

---

<sup>101</sup> Vgl. Sauerland, a.a.O., 2001, S. 223.

<sup>102</sup> Vgl. Maus, Gesundheitsreform 2000: Entschiedener Widerstand gegen eine ignorante Politik, Deutsches Ärzteblatt 54, 1999, S. 12-13.

<sup>103</sup> Vgl. Dinkel, Die Interdependenzen von Wahlen und ihre wirtschaftspolitischen Konsequenzen, in: Boettcher/

immer befürchten, dass die Erträge, die Erfolge einer Reform der Opposition zugutekommen. Dies wird umso wahrscheinlicher, je langfristiger Reformen angelegt sind. Daher werden in der Regel langfristig angelegte Reformen, obwohl unbestreitbar notwendig, nicht angegangen. *Blankart* spricht in diesem Zusammenhang von „myopischen Politikentscheidungen“<sup>104</sup>. Maßnahmen, von denen sich die Politiker eine positive Resonanz bei den Wählern erhoffen, werden in der Nähe von Wahlen, unpopuläre Maßnahmen dagegen werden möglichst weit von diesen entfernt, platziert<sup>105</sup>. Man spricht auch von einer Diskontinuität der politischen Entscheidungsabläufe. Am Ende einer Legislaturperiode werden mehr Gesetze und Verordnungen verabschiedet als am Anfang. Aufgrund des Termindrucks ist zu befürchten, dass die Qualität der erlassenen Gesetze leidet.

Die Regierung hat primär zwei konträre Interessen: Zum einen ist ihr an einem hohen Versorgungsniveau gelegen, zum anderen ist sie jedoch an einem niedrigen Beitragsniveau interessiert, denn eine höhere Abgabenlast bedeutet für die Wähler ein geringeres verfügbares Einkommen, so dass die Popularität der Regierung und damit der Wahlerfolg gefährdet wären<sup>106</sup>. Die laufenden Diskussionen um Reformen der GKV zeigen deutlich das Dilemma, in dem die Regierung steckt. Sie muss eine Senkung des Beitragssatzes oder zumindest seine Stabilisierung erreichen, darf dabei jedoch das Versorgungsniveau nicht wesentlich absenken.

### 3.3.2 Interdependenzen zwischen mittlerer und oberer Ebene

#### *Interdependenzen zwischen Krankenkassen und Politikern*

Die Ausweitung der Leistungen der GKV bot für die Politiker lange Zeit die Möglichkeit, Wählerstimmen zu gewinnen, ohne die Kosten dieser Maßnahmen selbst tragen zu müssen. Mittlerweile sind Leistungsausweitungen undenkbar, so dass es für die politischen Entscheidungsträger attraktiv ist, einem Selbstverwaltungsgremien, wie dem G-BA, eine restriktive Interpretation des Leistungskatalogs zu überlassen, statt auf dem Gesetzeswege selbst formelle Ausgrenzung von Leistungen vorzunehmen<sup>107</sup>. Insofern nutzt die Politik auf der einen Seite die Vorteile der Implementierung korporatistischer Steuerungsmechanismen, um ihre Ziele zu erreichen. Auf der anderen Seite werden wettbewerbliche Elemente auf

---

Herder-Dorneich/Schenk (Hrsg.), *Neue Politische Ökonomie als Ordnungstheorie*, Tübingen 1980, S. 67.

<sup>104</sup> Blankart/Fasten/Schwintowski, a.a.O., S.60ff.

<sup>105</sup> Hier wird unterstellt, dass der zeitgebundene Faktor des Vergessens seitens der Wähler gilt.

<sup>106</sup> Die Intervention des Staates zur Senkung des Beitrages 2009 bestätigt diese Tendenz. Vgl. auch Blankart, a.a.O., S. 370.

<sup>107</sup> Vgl. Rosenbrock/Gerlinger, a.a.O., S. 285.

Kosten korporatistischer Steuerungsformen ausgebaut. So sind sowohl die politischen Entscheidungsträger als auch die Krankenkassen an einer Lockerung des Vertragsmonopols der Kassenärztlichen Vereinigungen interessiert. Der Gesetzgeber weist den Krankenkassen bei der Erschließung von Effizienzreserven in der GKV eine Schlüsselrolle zu. So sehen *Rosenbrock* und *Gerlinger* in der Erweiterung kassenindividueller Handlungsspielräume den staatlichen Versuch einer Indienstnahme von Akteuren, hier der Kassen, für die eigenen Steuerungsziele<sup>108</sup>. Dies ist möglich, da gleichzeitig die Macht der Kassen größer wird.

### *Interdependenzen zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Politikern*

Bei der Beschreibung der Interessen der Kassenärztlichen Vereinigungen wurde deutlich, dass der Korporatismus auf der Ebene der Ärzte letztlich v.a. den Interessen der Ärzte selbst dient. Da die Politiker den Ärzten lange Zeit einen erheblichen Freiraum eingeräumt haben, kann man vermuten, dass der Korporatismus der Ärzte auch den Politikern lange Zeit genützt hat. Die Struktur der Ärzteverbände führte zu einer günstigeren Position des Staates im Vorfeld von Gesundheitsreformen: Der Gesundheitsminister war nicht darauf angewiesen, mit den „radikalisiertesten“ Vertretern der Ärzte zu verhandeln<sup>109</sup>. Er konnte sich mit dem Vorsitzenden der Kassenärztlichen Bundesvereinigung einigen und diesem dann die schwere Aufgabe einer Verständigung mit den anderen Ärzteverbänden überlassen<sup>110</sup>.

Des Weiteren besteht zwischen Politikern und Ärzten eine partielle Kongruenz der Interessen. Zulassungsbeschränkungen z.B. stehen im Interesse der bereits niedergelassenen Ärzte, da sie den Konkurrenzdruck reduzieren. Sie stehen aber auch im Interesse der Politiker, da sie mit Einsparungen verbunden sind<sup>111</sup>: Denn ein Arzt kann bei einem Rückgang der eigenen Patientenzahl aufgrund einer gestiegenen Ärztedichte mit einer Steigerung der Behandlungsintensität bei den verbleibenden Patienten reagieren. Die erwartete Aufteilung der Nachfrage auf eine höhere Zahl der Leistungsanbieter bleibt aus. Die Nachfrage wird ausgedehnt<sup>112</sup>.

---

<sup>108</sup> Vgl. Rosenbrock/Gerlinger, a.a.O., S. 282.

<sup>109</sup> Bandelow, a.a.O., 1998, S. 83.

<sup>110</sup> So geschah es im Vorfeld des Gesundheitsstrukturgesetzes, Bandelow, a.a.O., 1998, S. 83, aber auch im Vorfeld der Gesundheitsreform 2000 einigten sich Bundesgesundheitsministerin Fischer und der Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Schorre, dieser musste dann den Kompromiss mit Fischer gegenüber den Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder verteidigen. Auch der Ärztekammer-Präsident und der Vorsitzende des Hartmannbundes mussten sich damit abfinden, siehe SZ, 19.08.99, S.1.

<sup>111</sup> Diese Einsparungen kommen dem öffentlichen Gesundheitsbudget zugute und begünstigen die Wiederwahl der verantwortlichen Politiker, Zweifel, a.a.O., S. 176.

<sup>112</sup> Vgl. Oberender/Hebborn/Zerth, a.a.O., S. 53. Und Sauerland, a.a.O., S. 275f.

Es kommt tendenziell zu einer Fragmentierung von Interessen und Handlungsstrategien in der Vertragsärzteschaft<sup>113</sup>. Auch wenn die Vertragsärzteschaft mehrheitlich am Vertragsmonopol der Kassenärztlichen Vereinigungen festhält, sind - wie bereits gesehen - Erosionstendenzen und weit reichende Interessendifferenzierungen in der Ärzteschaft unübersehbar. Darüber hinaus deutet sich ein breiter Konsens zwischen den Parteien an, das Vertragsrecht weiter zu flexibilisieren und damit das KV-Monopol weiter auszuhöhlen, wenn nicht gar ganz zu beseitigen<sup>114</sup>. Die Rolle der KV verändert sich: Sie bieten daher den Ärzten mittlerweile an, die individuellen Vertragsverhandlungen mit den Krankenkassen im Rahmen von Selektivverträgen zu übernehmen.

#### E. Das System der stationären Versorgung

Krankenhäuser nehmen in Europa eine zentrale Funktion für die grenzüberschreitende Krankenversorgung wahr, sei es in Akut- und Notfällen aufgrund eines Unfalls im Ausland, sei es aufgrund einer planbaren stationären Behandlung, die zum Beispiel aufgrund von Wartelisten im Herkunftsland, im EU-Ausland durchgeführt wird. Daher sollen die Grundzüge der komplexen deutschen Krankenhausversorgung kurz dargestellt werden, um später im Rahmen der Untersuchung mögliche Veränderungen in der Anreizstruktur der beteiligten Akteure durch den europäischen Einfluss aufzeigen zu können.

Unabhängig von ihrer Trägerschaft – öffentliche (49% der Krankenhausbetten), freigemeinnützige (36% der Krankenhausbetten) oder private Krankenhäuser (15% der Krankenhausbetten)<sup>115</sup> – wird das Krankenhaus durch die Aufnahme in den Krankenhausplan des Landes zum „Plankrankenhaus“. Im Rahmen dieser Arbeit wird unter dem Begriff Krankenhaus ein solches „Plankrankenhaus“ verstanden.

Das System der stationären Versorgung ist an das System der ambulanten Versorgung angeschlossen. Lediglich im Notfall können Versicherte ohne Einweisung direkt ein Krankenhaus aufsuchen. Das System der stationären Versorgung ist aber ebenso an den Arzneimittelmarkt angeschlossen, die Krankenhäuser beziehen ihre Arzneimittel größtenteils direkt von den Arzneimittelherstellern, partiell auch durch Krankenhausversandapotheken<sup>116</sup>. Diese Schnittstelle bleibt hier außer Betracht. An der Krankenhausversorgung sind neben den Patienten, den Ärzten, den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Krankenkassen und dem

---

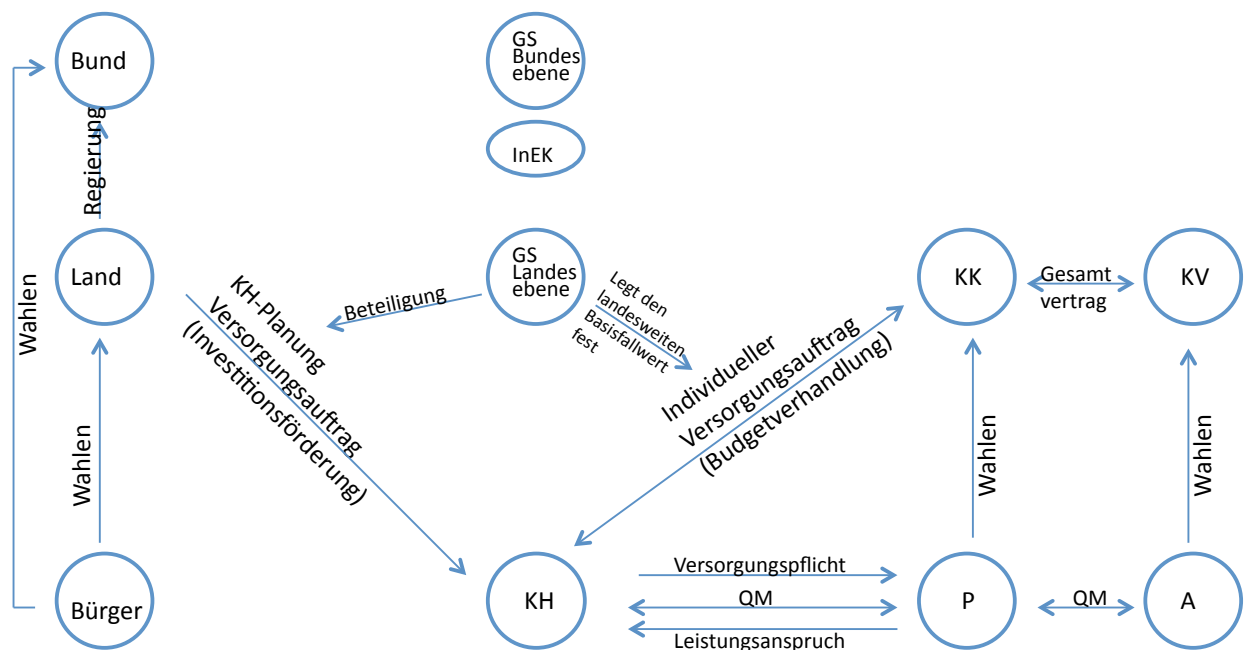
<sup>113</sup> Vgl. Rosenbrock/Gerlinger, a.a.O., S. 283.

<sup>114</sup> Vgl. Rosenbrock/Gerlinger, a.a.O., S. 281.

<sup>115</sup> Daten von 2007 aus Simon, a.a.O., S. 257f.

Krankenhaus auf Bundes- wie auf Landesebene auch die Politiker und die gemeinsame Selbstverwaltung beteiligt. Das System der Krankenhausversorgung lässt sich daher mit zehn Interessengruppen graphisch darstellen<sup>117</sup>. In einem ersten Schritt werden die Steuerungsbeziehungen zwischen diesen Aggregaten erläutert, um in einem zweiten Schritt die Leistungs- und Finanzierungsströme darzustellen.

### 1. Steuerungsbeziehungen der Krankenhausversorgung<sup>118</sup>



Das Krankenhausversorgungssystem ist mit dem Grundmodell der ambulanten medizinischen Versorgung verbunden. Die Steuerungsbeziehungen zwischen Versichertem, Arzt, Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenkasse wiederholen sich hier. Auf der unteren Ebene befindet sich darüber hinaus das Krankenhaus (KH). Dem korrespondiert auf der mittleren Ebene aber keine Körperschaft des öffentlichen Rechts, kein „Krankenhausverband“, sondern privatrechtlich verfasste Vereine, die auf Landesebene gemeinsam mit den Landesverbänden der GKV und PKV die gemeinsame Selbstverwaltung (GS Landesebene) bilden. Auf Bundesebene wird die gemeinsame Selbstverwaltung (GS Bundesebene) von der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den Spitzenverbänden der GKV und PKV gebildet.

<sup>116</sup> Vgl. Bungenstock, Deutscher Arzneimittelmarkt zwischen Wettbewerb und Regulierung im zusammenwachsenden Europa, in: Wirtschaftsdienst 2010, Sonderheft, S. 51- 58, hier S. 51.

<sup>117</sup> Die Vertreter der Krankenhäuser, wie z.B. die Deutsche Krankenhausgesellschaft sind nicht in die Leistungs- und Finanzierungsströme einbezogen, sie können lediglich Einfluss auf die gesetzlichen Rahmenbedingungen ausüben und werden daher im Folgenden vernachlässigt.

<sup>118</sup> Eigene Graphik in Anlehnung an Herder-Dorneich, a.a.O., 1994, S. 890 und Simon, a.a.O., S. 315.

Das Krankenhaus als Glied zwischen ambulanter Versorgung und Staat wird durch Planmechanismen (KH-Planung), Elemente der Marktsteuerung (QM) und durch Verhandlungen mit den Krankenkassen (individueller Versorgungsvertrag) in das Gesamtsystem eingefügt<sup>119</sup>:

Das Krankenhaus (KH) ist mit dem staatlichen Bereich verbunden. Die Wähler (Bürger) wählen im Rahmen der Landtagswahlen die Landespolitiker (Land) und im Rahmen der Bundestagswahlen die Bundespolitiker (Bund). Diese sind wiederum durch die Bundesratswahlen (Regierung) mit den Ländern verbunden. Die Verbindung zwischen Staat und Krankenhaus erfolgt über die Länder durch Planmechanismen (KH-Planung). Mit der Aufnahme in den Krankenhausplan übernehmen Krankenhäuser einen Versorgungsauftrag für eine bestimmte Region und bestimmte medizinische Fachgebiete. Sie sind im Rahmen ihres Versorgungsauftrages zur Behandlung von Versicherten verpflichtet<sup>120</sup>.

Das Krankenhaus ist mit der ambulanten Versorgung verbunden:

Ein Teil der Patienten, die von Ärzten ambulant behandelt werden, müssen auf Einweisung dieser Ärzte oder aufgrund von Selbsteinweisungen (z.B. Notfallaufnahme) stationär behandelt werden. Zwischen diesen Patienten und den Krankenhäusern herrscht ein Quasi-Markt (QM). Der Patient kann das Krankenhaus im Prinzip frei wählen<sup>121</sup> und die Krankenhäuser haben die Möglichkeit, mit der Qualität ihrer medizinischen Versorgung und ihres Services um die Patienten zu konkurrieren<sup>122</sup>.

Jedes Krankenhaus hat Anspruch auf ein eigenes mit den Krankenkassen verhandeltes Budget (§18 Abs. 1 KHG). Insofern unterscheidet sich der Krankenhausbereich in diesem Punkt grundsätzlich von dem Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung, für den von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung eine Gesamtvergütung für alle Vertragsärzte mit den Krankenkassen vereinbart wird<sup>123</sup>. Die Budgetverhandlungen sind vor allem

---

<sup>119</sup> Vgl. Hajen/Paetow/Schumacher, a.a.O., S. 168.

<sup>120</sup> Vgl. Simon, a.a.O., S. 314.

<sup>121</sup> Ist in der ärztlichen Verordnung ein bestimmtes Krankenhaus genannt, und wählt der Versicherte ohne zwingenden Grund ein anderes, so kann ihn die Krankenkasse dadurch entstandenen Mehrkosten ganz oder teilweise auferlegen. Von dieser Möglichkeit machen aber die Krankenkassen, wenn überhaupt extrem selten Gebrauch. Simon, a.a.O., S. 279.

<sup>122</sup> Der Versicherte hat jedoch weder die Informationsbasis noch die Motivation, die Wirtschaftlichkeit der Leistungserstellung im Krankenhaus zu überprüfen. Die Wahl des Krankenhauses wird dem einweisenden Arzt überlassen, der seinerseits nur einen selektiven Überblick über die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser besitzt. Hajen/Paetow/Schumacher, a.a.O., S. 168.

<sup>123</sup> Vgl. Simon, a.a.O., S. 308.

Leistungsverhandlungen, in denen vereinbart wird, wie viele Leistungen ein Krankenhaus auf Kosten der Krankenkassen erbringen darf<sup>124</sup>.

Auch in der stationären Versorgung gibt es eine gemeinsame Selbstverwaltung. Durch die Umstellung des Entgeltsystems auf ein Fallpauschalensystem, das DRG-System, bei dem eine bestimmte Gesamtheit von Patienten nach überwiegend medizinischen Kriterien in Fallgruppen aufgeteilt wird, hat die gemeinsame Selbstverwaltung einen erheblichen Bedeutungszuwachs erfahren: Zum einen müsste damals die gemeinsame Selbstverwaltung auf Bundesebene, dasjenige international bereits eingesetzte DRG-System auswählen, das als Vorbild für Deutschland dienen sollte, inzwischen muss sie das deutsche DRG-System kontinuierlich weiterentwickeln, und sich auf einen jährlich zu überarbeitenden Fallpauschalenkatalog einigen. Zur Unterstützung bei der Weiterentwicklung des DRG-Systems haben die Verbände der gemeinsamen Selbstverwaltung ein gemeinsames DRG-Institut gegründet, das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK). Zum anderen muss die gemeinsame Selbstverwaltung auf Landesebene den landesweiten Basisfallwert vereinbaren<sup>125</sup>. Die Höhe der vom Krankenhaus in Rechnung zu stellenden Fallpauschale ergibt sich aus der Multiplikation einer im Fallpauschalenkatalog für die jeweilige DRG ausgewiesenen Bewertungsrelation mit dem Landesbasisfallwert<sup>126</sup>.

## 2. Leistungsströme und Steuerungsmittel der Krankenhausversorgung

Ausgelöst wird der Leistungsprozess des Krankenhauses durch die Einweisung über einen Vertragsarzt. Diesen Einweisungsschein legt der Patient dem Krankenhaus vor. Das Krankenhaus erbringt die erforderlichen medizinischen Leistungen (m). Seit 2004 sind von den Versicherten der GKV (P) Zuzahlungen zu leisten: pro vollstationärem Behandlungstag im Krankenhaus 10€ für längstens 28 Tage. Diese werden zwar an die Krankenhäuser entrichtet, sie werden aber an die jeweilige Mitgliedskrankenkasse (KK) weitergeleitet<sup>127</sup>. Das geltende Finanzierungssystem teilt die Kosten in zwei Bereichen und wird daher **duale Finanzierung** genannt<sup>128</sup>: Die laufenden **Betriebskosten** sind von den Benutzern und ihren

---

<sup>124</sup> Vgl. Simon, a.a.O., S. 309.

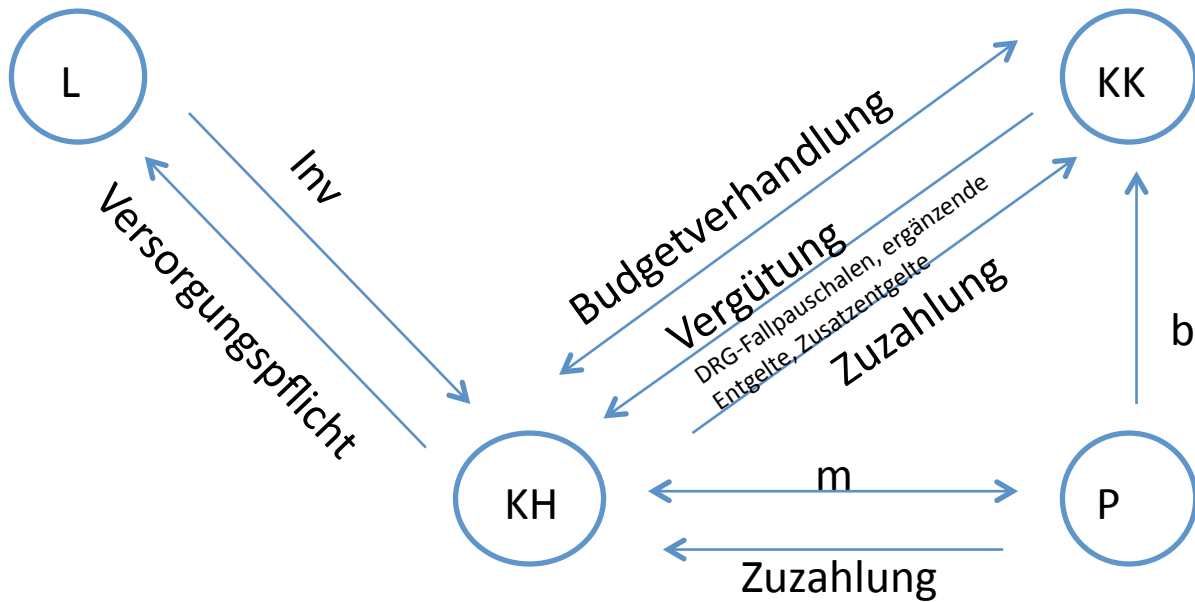
<sup>125</sup> Vgl. Simon, a.a.O., S. 313.

<sup>126</sup> Vgl. Simon, a.a.O., S. 316.

<sup>127</sup> Simon, a.a.O., S. 293f.

<sup>128</sup> Zur kontroversen Diskussion über die duale Finanzierung im Krankenhaussektor, siehe SVR-G 2007, Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, S. 350ff. sowie Rürup, Umstellung auf eine monistische Finanzierung von Krankenhäusern, Expertise im Auftrag des BMG, März 2008.

Kostenträgern über Benutzerentgelte zu tragen. Die **Investitionskosten** werden über eine öffentliche Investitionsförderung aus Steuermitteln von den Ländern (Inv) finanziert.



Das Krankenhaus (KH) rechnet mit der Kasse ab <sup>10€ / Tag</sup> und erhält von der Kasse eine Mischfinanzierung aus DRG-Fallpauschalen, ergänzenden Entgelten und Zusatzentgelten, die durch ein so genanntes Erlösbudget in der Höhe begrenzt wird<sup>129</sup> und eine Vergütung für die noch nicht durch das DRG-System erfassten Leistungen (Vergütung)<sup>130</sup>.

### 3. Interessenkonstellationen

Auf der unteren Ebene des Systems der stationären Versorgung agieren Patienten und Ärzte, und zwar zunächst der überweisende Arzt, dann der Krankenhausarzt sowie das Pflegepersonal des Krankenhauses<sup>131</sup>. Mehr als ein Viertel der Beschäftigten des Gesundheitswesens arbeitet im Krankenhaus<sup>132</sup>.

Auf der mittleren Ebene sind die Krankenkassen und die Krankenhäuser anzusiedeln, obwohl diese Zuordnung zahlreiche Probleme mit sich bringt. Krankenhäuser sind zwar Kollektive, dennoch können sie nicht als Verband der Krankenhausärzte, der Krankenhauspatienten oder des Krankenhauspflegepersonals angesehen werden. Daher wird dieser Akteur in der Literatur

<sup>129</sup> Vgl. Hajen/Paetow/Schumacher, a.a.O., S. 173f.

<sup>130</sup> Vgl. Simon, a.a.O., S. 309.

<sup>131</sup> Dieser Akteur wird hier vernachlässigt.

<sup>132</sup> Vgl. Simon, a.a.O., S. 255.

auch der unteren Ebene zugeordnet, wobei die Mängel in der Asymmetrie auf der mittleren Ebene zu thematisieren sein werden<sup>133</sup>.

### 3.1 Untere Ebene

#### 3.1.1 Interessen der Akteure auf der unteren Ebene

##### 3.1.1.1 Patient

Der Krankenhauspatient ist an einer hohen Leistungsbereitschaft des medizinischen und pflegerischen Personals interessiert, denn davon hängt der Behandlungserfolg ab. Auch hier gilt, dass der Patient versuchen wird, soviel wie möglich aus seinem Krankenhausaufenthalt „herauszuholen“, damit seine Beiträge sich „gelohnt“ haben. Der Einzelne wird an möglichst häufigen, intensiven und wissenschaftlich besonders fortschrittlichen Untersuchungen interessiert sein. Ihm liegt besonders an häufigen Kontakten zu den Ärzten. Er wird versuchen, alle Angebote des Krankenhauses wahrzunehmen.

##### 3.1.1.2 Überweisender Arzt

Grundsätzlich entscheidet der ambulant betreuende Arzt über eine Einweisung und übernimmt somit die Auswahl des geeigneten Krankenhauses<sup>134</sup>. Bei seiner Auswahl können zahlreiche Faktoren eine Rolle spielen: Zunächst natürlich der Umstand, ob er selber Belegbetten im Krankenhaus hat. Darüber hinaus wird er sich jedoch an der Qualität des Krankenhauses orientieren - soweit für ihn ersichtlich -, um die Patienten zufriedenzustellen und damit das zukünftige Verhältnis nicht zu gefährden. Es bleibt festzuhalten, dass der Arzt durch sein Einweisungsverhalten entscheidend auf die Bettenbelegung eines Krankenhauses Einfluss nimmt<sup>135</sup>.

##### 3.1.1.3 Krankenhaus

---

<sup>133</sup> Siehe Unterpunkt 2.2.1.3 Interessen der Verbände der Pharmazeutischen Industrie auf der mittleren Ebene und vgl. Herder-Dorneich, a.a.O., 1994, S. 484-549.

<sup>134</sup> Nach der Allensbacher Studie 1988 folgen über 80% der Patienten dem Klinik-Vorschlag ihres Arztes, vgl. Schwing, 1993, S. 270. In der PKV hingegen nutzen die Versicherungen ihre Informationen, um ihre Kunden bei der Wahl geeigneter Krankenhäuser zu beraten, Sauerland, a.a.O., 1999, S. 282.

<sup>135</sup> Siehe Schwartz, Informations- und Anreizprobleme im Krankenhausesektor. Eine institutionenökonomische Analyse, Wiesbaden 1997, S. 72.

Krankenhäuser werden von unterschiedlichen Trägern<sup>136</sup> mit unterschiedlichen Interessen betrieben. Mithin sind pauschale Aussagen zu konkreten Interessen problematisch.

Das Krankenhaus wird als eine Institution verstanden, in der Individuen und Gruppen von Individuen agieren. Wie Entscheidungen innerhalb eines Krankenhauses getroffen werden, hängt wesentlich davon ab, wie die Macht zwischen den Akteuren aufgeteilt ist. Grundsätzlich geht die Literatur davon aus, dass die Ärzteschaft eine dominierende Stellung innerhalb des Krankenhauses und der Krankenhausleitung hat<sup>137</sup>. Die Ausgestaltung und Verteilung der Verfügungsrechte lassen Schlussfolgerungen auf das ökonomische Verhalten der Beteiligten zu.

### *Krankenhausleiter*

Eine Unterscheidung zwischen kommerziellen und nicht-kommerziellen Krankenhausträgern ist nötig, da nur kommerzielle Krankenhausträger auf Gewinnerzielung ausgerichtet sind. Hier sollen aufgrund ihrer dominierenden Stellung aber nur die nicht-kommerziellen Krankenhausträger untersucht werden. Gewinne sind nicht beabsichtigt, da man nicht frei über sie verfügen kann, Verluste führen aber zu Konflikten mit anderen ausgabenrelevanten Zielen. In Not-For-Profit-Unternehmen, zu denen die überwiegende Zahl, 68% der deutschen Krankenhäuser gehört<sup>138</sup>, besteht aufgrund der vagen Zielformulierung ein größerer Handlungsspielraum für die verantwortlichen Verwaltungsleiter. Da sie nicht gewinnorientiert sind, haben diese Krankenhäuser kein Eigeninteresse an einer kostenminimalen Produktion. Dennoch wird den Verwaltungsleitern in der Literatur primär ein pekuniäres Einkommensinteresse unterstellt. Sie werden versucht sein, diejenigen Zielgrößen zu verfolgen, die als Kriterien für die Entlohnung von Führungskräften herangezogen werden. Sie werden ein langfristiges Interesse an einem Krankenhaus mit hoher Fallzahl haben, mit hoher Pflegequalität, mit hoher technischer Ausstattung und mit hohem medizinischem Rang.

---

<sup>136</sup> Die Krankenhausträgerschaft gliedert sich in öffentliche, freigemeinnützige und private Krankenhäuser. Die öffentlichen Krankenhäuser werden fast ausschließlich von den Ländern und Gemeinden getragen. Die freigemeinnützigen Krankenhäuser werden vor allem von religiösen, humanitären oder sonstigen sozialen Organisationen betrieben. Die privaten Kliniken sind meist im Besitz von Einzelpersonen, in der Regel eines Arztes der entsprechenden Fachrichtung. Man unterscheidet zwischen Akut- und Sonderkrankenhäusern und zwischen Anstalts- und Belegkrankenhäusern. In den Anstaltskrankenhäusern erfolgen die ärztlichen Leistungen durch die im Krankenhaus beschäftigten Ärzte, in Belegkrankenhäusern hingegen durch niedergelassene Ärzte. Es gibt ebenfalls eine Mischform der beiden Typen. Weiterführend, Hajen/Paetow/Schumacher, 2010, S. 170ff.

<sup>137</sup> Vgl. Gäfgen, Neokorporatismus und Gesundheitswesen, Baden-Baden 1988, S. 112; Sachs, Grundgesetz-Kommentar, München 2. Auflage 1999, S. 130ff.; Schwartz, a.a.O., S. 36ff.

<sup>138</sup> Zahlen aus 2009, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Krankenhausstatistik, 16. Februar 2011, abrufbar unter: [http://www.dkgev.de/media/file/9068.Foliensatz\\_Krankenhausstatistik\\_20110216.pdf](http://www.dkgev.de/media/file/9068.Foliensatz_Krankenhausstatistik_20110216.pdf) (überprüft am 23.02.2012).

Mit einer Annäherung an diese Zielvorgaben steigt auch das Prestige des Krankenhauses und seinem Leiter<sup>139</sup>.

Im Extremfall kann man das Prestige- und indirekte Einkommensstreben des Krankenhausmanagements als Minimierung des Abstandes zum höchsterreichbaren Status unter beschränkenden Bedingungen verstehen<sup>140</sup>.

### *Krankenhausarzt*

Die Interessen des Krankenhausarztes unterschieden sich kaum von den bereits dargestellten Anreizen der Ärzte im System der ambulanten Versorgung. Nur die Möglichkeiten, diese Ziele zu realisieren, ändern sich. So kann ein Krankenhausarzt die asymmetrische Informationsverteilung zwischen ihm und seinem Patienten insofern ausnutzen, als er ihn länger als medizinisch notwendig im Krankenhaus behält oder mehr technischen Aufwand als nötig betreibt.

Die Zufriedenheit der Krankenhausärzte hängt von drei Faktoren ab: von der Qualität der medizinischen Versorgung, vom erzielten Effektivemkommen und von ihrer Machtstellung innerhalb des Krankenhauses. Diese Macht wiederum hängt davon ab, in welchem Maße sie durch ihre Tätigkeit die Einnahmen des Krankenhauses beeinflussen können. Da das Gehalt von angestellten Krankenhausärzten vertraglich fixiert ist, ist ihr Effektivemkommen umso größer, je geringer ihre tatsächliche Arbeitsbelastung ist<sup>141</sup>.

### 3.1.2 Interdependenzen auf der unteren Ebene

#### *Interdependenzen zwischen Patient und überweisendem Arzt*

Eine Koinzidenz der Interessen dieser beiden Akteure der unteren Ebene ist im Allgemeinen bei der Auswahl des geeigneten Krankenhauses zu beobachten. Der Patient ist von der Sachkenntnis und Einschätzung des überweisenden Arztes hinsichtlich der Qualität des Krankenhauses abhängig. Dieser sieht sich ebenso wie der Patient vor dem Problem, dass ihm die Qualität eines Krankenhauses nur partiell bekannt sein wird. Die Konsequenzen einer möglicherweise „falschen Auswahl“ hat zwar in erster Linie der Patient zu tragen, dennoch

---

<sup>139</sup> Vgl. Pauly, Hospital Finance and the Behavior of American For-Profit and Not-For-Profit Hospitals, in: Furubotn/Richter (Hrsg.), Views on Hospital Finance, United States of America, West-Germany and Switzerland, Occasional Papers Vol. 1, Summer 1988, Center for the Study of the New Institutional Economics, S. 1-144

1988, S. 22; Gäfgen, Gesundheitsökonomie. Grundlagen und Anwendungen, Baden-Baden 1990, S. 186f.; Schwartz, a.a.O., S. 51f.

<sup>140</sup> Vgl. die conspicuous production These nach M. Lee, zitiert nach Gäfgen, a.a.O., S. 187, Fn.29.

<sup>141</sup> Vgl. Breyer/Zweifel, Gesundheitsökonomie, 2. Auflage, Berlin, Heidelberg, New York, 1999, S. 341.

partizipiert auch der überweisende Arzt über den Wettbewerb um die Patienten zwischen den niedergelassenen Ärzten an diesem Risiko.

Auch muss hier noch einmal auf das Phänomen der Patientenkarriere hingewiesen werden, das durch den überweisenden Arzt noch verstärkt wird, wenn er die Heilungsrisiken auf das Krankenhaus abwälzen kann. Hierbei kann er das eigene ambulante Budget entlasten und höhere Kosten verursachen<sup>142</sup>.

### *Interdependenzen zwischen Patient und Krankenhausarzt*

Wie in der ambulanten Versorgung sind hier aufgrund eines Informationsunterschieds zwischen Prinzipal (Patient) und Agent (Arzt) Moral-Hazard-Risiken vorzufinden<sup>143</sup>. Der Prinzipal ist ex post nicht in der Lage zu beurteilen, ob der Agent die Vertragsvereinbarungen einhält. Der Patient ist aufgrund fehlenden Fachwissens nur begrenzt in der Lage, das Vorgehen des Mediziners und dessen Qualität zu überwachen<sup>144</sup>. Es liegt somit im Ermessen des Arztes, wie viel und welche Informationen er dem Patienten zukommen lässt. Dieses Informationsgefälle ist jedoch nicht ausschließlich dem Arzt zuzuschreiben. Auch bei einer ausreichenden Versorgung mit Informationen bleibt eine Informationsasymmetrie bestehen, da der Patient oft nicht in der Lage sein wird, derartige Informationen zu verstehen.

Die Informationsasymmetrie eröffnet dem Arzt diskretionäre Handlungsspielräume, die er zur Verfolgung eigener Zielvorstellungen nützen kann<sup>145</sup>. Er kann sowohl die Qualität als auch die Quantität der Leistungen beeinflussen. Der Arzt handelt trotz seines Berufsethos nicht nur im Sinne des Patienten, sondern auch im Interesse seines Krankenhauses. Er kann zum Beispiel auf Kosten der Krankenkassen ein Übermaß an medizinischen Leistungen initiieren und die Zahl der stationären Behandlungsfälle erhöhen. Lösungsansätze<sup>146</sup> auf höherer Ebene werden hier in den Regelungen zur integrierten Versorgung angeboten, die es den Krankenkassen zum Beispiel gemäß § 140 b SGB V ermöglichen, Verträge mit einzelnen Krankenhäusern zu schließen. Im Rahmen einer integrierten Versorgung erhalten die Krankenkassen die Möglichkeit, ihren Versicherten eine abgestimmte Versorgung anzubieten, bei der Haus- und Fachärzte, ärztliche und nichtärztliche Leistungserbringer, ambulanter und stationärer Bereich sowie gegebenenfalls Apotheken koordiniert zusammenwirken.

---

<sup>142</sup> Vgl. Gäfgen, a.a.O., S. 196; Sauerland, a.a.O., 1999, S. 283.

<sup>143</sup> Vollständigkeitshalber soll erwähnt werden, dass auch der Arzt über die Eigenschaften und Handlungen des Patienten zum Teil nicht vollständig informiert ist.

<sup>144</sup> Entweder weil er weder in der Lage ist, das Anstrengungsniveau des Agenten, also des Arztes zu beobachten noch dieses zu beurteilen. Man spricht dann von hidden action,. Oder er kann zwar das Verhalten des Arztes beobachten, ohne es jedoch beurteilen zu können. Man spricht dann von hidden information.

<sup>145</sup> Weiterführend Schwartz, a.a.O., S. 81.

<sup>146</sup> Zu weiteren Ansätzen zur Reduzierung der Informationsasymmetrie, siehe Schwartz, a.a.O., S. 90ff.

### *Interdependenzen zwischen Krankenhausleiter und Krankenhausarzt*

Der eigentliche Berührungspunkt dieser beiden Akteure liegt darin, dass die Krankenhausverwaltung die zur Diagnose und Therapie notwendigen Ressourcen in ausreichender Qualität und Quantität bereitzustellen hat. Obwohl die Ärzteschaft sich selten mit der ökonomischen Komponente eines Krankenhauses beschäftigt, können sich gleichwohl die Interessen der Ärzte mit denen der Krankenhausverwaltung decken. Beide Akteure streben nach Größe und Qualität. Dies führt zu einer Ausweitung der Ausgaben des Krankenhauses. Die Ärzte können ihren Informationsvorsprung in medizinischen Belangen nutzen, um ihre Ziele zu erreichen. Hierbei werden sie bislang von der Verwaltung kaum gebremst, da diese ebenfalls von diesen Zielen profitiert, so z.B. durch eine Erhöhung der Bettenzahl<sup>147</sup>.

Durch die Einführung von Fallpauschalen hat sich eine hohe Anreizwirkung zu Kostenminimierung in Krankenhäusern entfaltet, da nun ein fester Betrag je Behandlungsfall unabhängig von den tatsächlich entstandenen Kosten erstattet wird. Anstrengungen zu Kosteneinsparungen kommen unmittelbar dem Krankenhaus zugute<sup>148</sup>. So nahm zwischen 1991 und 2007 die Zahl der Krankenhäuser um ca. 13%, die Zahl der Betten um ca. 24%, und die Verweildauer um 43,3% ab! Gleichzeitig aber stieg die Zahl der stationären Krankenhausfälle, also die Fallzahl um 23,4%<sup>149</sup>, so dass man davon ausgehen kann, dass hier die gleichgerichteten Interessen der Akteure der unteren Ebene zu einer Ausweitung von Krankenhausfällen, zu einer Ausweitung der Ausgaben in der stationären Versorgung führen.

## 3.2 Mittlere Ebene

### 3.2.1 Interessen der Akteure auf der mittleren Ebene

#### *Krankenkassen*

Wie bereits festgestellt, ist es das Ziel jeder Krankenkasse, den Bestand der eigenen Organisation zu sichern und damit einen möglichst hohen Bestand an Versicherten mit einem möglichst geringen Erkrankungsrisiko<sup>150</sup>. Im Rahmen der stationären Versorgung kommt den Krankenkassen der Sicherstellungsauftrag zur Zahlung von Krankenhausleistungen zu.

---

<sup>147</sup> Vgl. Gäfgen, a.a.O., S. 188.

<sup>148</sup> Vgl. Friedel/Ott, Anreizkompatible Gestaltung von Entgeltsystemen für Krankenhäuser, April 2001, S.18.

<sup>149</sup> Daten aus Simon, a.a.O., S. 264f.

Grundsätzlich werden sie jede Maßnahme begrüßen, die eine Senkung der Betriebskosten des Krankenhauses erwarten lässt oder ihnen sogar einen Einfluss auf die stationär erbrachten Leistungen ermöglicht. So werden Krankenkassen sich für alle Länderinvestitionen einsetzen, die einen Rückgang der Betriebskosten erwarten lassen und sich gegen solche wenden, die mit hohen Folgekosten verbunden sind.

### 3.2.2 Interdependenzen zwischen unterer und mittlerer Ebene

#### *Interdependenzen zwischen Krankenkasse und Krankenhaus*

Bislang hatten die Krankenkassen keine Möglichkeit, bestimmte Leistungsanbieter auszuwählen. Sie müssen die erbrachten Leistungen vergüten, ohne Einfluss auf die Menge und die Qualität dieser erbrachten Leistung nehmen zu können. Hierüber und über die Dauer des Krankenhausaufenthaltes entscheidet der Arzt im Krankenhaus. Auch hier besteht eine Prinzipal-Agent-Beziehung: Als Prinzipal ist die Krankenkasse nicht in der Lage, die Handlungen des Krankenhauses (Agent) vollständig einzuschätzen und zu beurteilen<sup>151</sup>. Die mangelnde Fähigkeit zur Beobachtung und Beurteilung der Handlungen des Krankenhauses birgt die Gefahr eines Moral Hazard-Verhaltens in sich. Dies kann sich in Form unnötiger Leistungserbringung, unnötig langer Krankenhausaufenthalte oder in der ineffizienten Erbringung einzelner Leistungen äußern<sup>152</sup>. Durch die Einführung des Fallpauschalensystems ist zwar der Anreiz zu einer unnötig langen Verweildauer der Patienten, zu ineffizienter Erbringung von Gesundheitsleistungen entfallen, gleichwohl aber besteht weiter der Anreiz zu einer Leistungsausweitung, da höhere Fallzahlen mit höheren Einnahmen für das Krankenhaus einhergehen. Die Krankenkassen müssen zur Vermeidung unkontrollierbarer Leistungsausweitungen, die mit dem Risiko von Ausgabensteigerungen verbunden sind, auf eine Begrenzung der Leistungsentwicklung in den einzelnen Krankenhäusern achten<sup>153</sup>.

## 3.3 Obere Ebene

### 3.3.1 Interessen der Akteure der oberen Ebene

---

<sup>150</sup> Siehe in diesem Kapitel, Unterpunkt D 3.2.1.1, sowie Fricke, in: Schöffski/Graf v.d. Schulenburg (Hrsg.) a.a.O., S. 488.

<sup>151</sup> Jedoch besser als in der ambulanten Versorgung, da hier Querschnittanalysen den Versicherungen es ermöglichen, die Effizienz der stationären Behandlungen zu überprüfen. Sauerland, a.a.O., 1999, S. 282.

<sup>152</sup> Vgl. Schwartz, a.a.O., S. 136ff.

<sup>153</sup> Vgl. Simon, a.a.O., S. 309.

## *Länder*

Grundsätzlich werden sich die Interessen der Akteure auf der oberen Ebene entsprechend der ökonomischen Theorie der Wahlen an der Stimmenmaximierung orientieren.

Als Krankenhausträger sind die Länder die Prinzipale des Krankenhauses. Dennoch haben sie nur ein geringes Interesse an einer optimalen Gestaltung von Anreizen, die die Entscheidungs- und Handlungsträger innerhalb des Krankenhauses zu effizientem Handeln veranlassen sollen. Sie sind an politischen Zielen orientiert und werden daher Investitionen nicht im Sinne einer betriebswirtschaftlich sinnvollen Sachplanung treffen. Vielmehr sind die Länder an vorzeigbaren Projekten interessiert, wie etwa an der Anschaffung neuer Großgeräte oder der Errichtung prestigeträchtiger neuer Abteilungen<sup>154</sup>. Da sie die Folgekosten einer Investition nicht selbst zu tragen haben, wird nur die Höhe der Investition als Entscheidungskriterium herangezogen: „Bis Ende 2011 sollen über das Konjunkturpaket II insgesamt 25 Krankenhaus Projekte verteilt auf alle Landesteile mit einem Gesamtvolumen von zusätzlich 174 Millionen Euro gefördert werden“, erläuterte die Ministerin. „Damit wird aktuell in Baden-Württemberg für den Bereich der Krankenhausinvestitionsfinanzierung so viel Geld ausgegeben wie nie zuvor“, fasste Stolz zusammen<sup>155</sup>.

### 3.3.2 Interdependenzen zwischen mittlerer und oberer Ebene

Da ein Teil der Kosten des Krankenhauses, nämlich die Behandlungs- und Betriebskosten, von den Krankenkassen übernommen werden, verschärft sich der Anreiz der Krankenhausträger, unnötige Investitionen gerade in diesem Bereich zu tätigen. Die duale Finanzierung hat zu einer politischen Determinierung der Krankenhausinvestitionsplanung geführt, die nicht immer von sachlichen Erwägungen bestimmt wird<sup>156</sup>.

Die Krankenkassen sind bemüht, die Krankenhauskosten gering zu halten. Sie haben jedoch geringe Einflussmöglichkeiten, um ihre Interessen durchzusetzen, da die Länder die Letztverantwortung über die Krankenhauspläne tragen<sup>157</sup>. Für die Krankenkassen ist die mangelnde Steuerbarkeit der Mengen bei relativ gut steuerbaren Erlösen pro Fall problematisch. Die Krankenkassen haben einen Anreiz zur Verlagerung von stationären

---

<sup>154</sup> Vgl. Herder-Dorneich/Wasem, Krankenhausökonomik zwischen Humanität und Wirtschaftlichkeit, Baden-Baden 1986, S. 312f.

<sup>155</sup> Quelle: Pressemitteilung des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren Baden-Württemberg vom 09.11.2010

<sup>156</sup> Vgl. Oberender/Hebborn/Zerth, a.a.O., S. 60f. Das duale Finanzierungssystem fördert aufgrund der geteilten Finanzverantwortung tendenziell Überkapazitäten und Unwirtschaftlichkeiten in der Leistungserbringung, Hajen/Paetow/Schumacher, a.a.O., S. 170f.

<sup>157</sup> §8 KHG.

Fällen in den ambulanten Bereich, denn eine solche Verlagerung geht zu Lasten der Gemeinschaft der Vertragsärzte, nicht jedoch zu Lasten der Krankenkasse, da dann die Vergütung über die ohnehin bereits gezahlte Gesamtvergütung erfolgt<sup>158</sup>. Da jedoch Ausgabenerhöhungen an die Mitglieder weitergereicht werden können, (diese zahlen mit ihren geleisteten Beiträge nicht nur ihre insgesamt in Anspruch genommenen Leistungen, sondern darüber hinaus auch noch die Verwaltungskosten der Krankenkasse<sup>159</sup>), haben auch die Kassen keinen besonderen Anreiz, die Effizienz der Krankenhäuser zu überprüfen<sup>160</sup>.

## F. Das System der Arzneimittelversorgung

An der Arzneimittelversorgung durch die GKV sind neben Patient, Arzt, Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenkasse auch die Apotheker, die pharmazeutischen Großhändler und insbesondere die Arzneimittelhersteller beteiligt. Die Arzneimittelversorgung ist Bestandteil der ambulanten und der stationären Versorgung: Während die Abgabe von Arzneimitteln im ambulanten Bereich weitgehend über öffentliche Apotheken erfolgt, die zumeist von pharmazeutischen Großhändlern, teilweise aber auch direkt von den Arzneimittelherstellern beliefert werden, beziehen Krankenhäuser ihre Arzneimittel größtenteils direkt von den Herstellern, partiell jedoch auch durch Krankenhausversandapotheken. Da aber der Großteil der Ausgaben für Arzneimittel im ambulanten Bereich erfolgt, 2007 waren es 85,1% der Gesamtausgaben für Arzneimittel, soll hier nur dieser Vertriebsweg dargestellt werden, so dass auch hier auf das Grundsystem der ambulanten Versorgung mit seinen vier Aggregaten zurückgegriffen werden kann<sup>161</sup>. Dargestellt werden hier freilich nur die Steuerungsinstrumente und Steuerungsbeziehungen bei dem Absatz von Arzneimitteln in der GKV, die unmittelbar oder mittelbar für die grenzüberschreitende Inanspruchnahme und Erstattung von Arzneimitteln zulasten der GKV von Bedeutung sind<sup>162</sup>. Es geht allein um die Regelungen, die im Rahmen einer grenzüberschreitenden Arzneimittelversorgung, die

---

<sup>158</sup>Lüngen, *Ambulante Behandlung im Krankenhaus: Zugang, Finanzierung, Umsetzung*, Berlin 2007.

<sup>159</sup> Vgl. Friedl/Ott, a.a.O., S. 2.

<sup>160</sup> Vgl. Michalski, *Juristische Probleme einer Rationierung im Gesundheitswesen*, in: Peter Oberender (Hrsg.), *Rationalisierung und Rationierung im Gesundheitswesen*, Gräfelfing 1996, S. 32-43.

<sup>161</sup> Die Arzneimittelversorgung ist zwar auch Bestandteil der stationären Versorgung, dieser Vertriebsweg wird hier aber nicht weiter berücksichtigt, im Jahr 2007 entfielen nur 8,4% der Gesamtausgaben für Arzneimittel auf den stationären Bereich. Vgl. Bungenstock, a.a.O., hier S. 51.

<sup>162</sup> So wurden im Jahr 2007 in Deutschland 72,4% der Gesamtausgaben für Arzneimittel von den Krankenkassen der GKV getragen, vgl. Bungenstock, a.a.O., S. 51.

Interessen der am Arzneimittelmarkt Beteiligten berühren oder gar durch ihren Einfluss auf die Interessen der Beteiligten Rückwirkungen auf das System selbst haben können<sup>163</sup>.

#### 1. Steuerungsbeziehungen, Leistungsströme und Steuerungsmittel der Arzneimittelversorgung<sup>164</sup>

Die Arzneimittelversorgung gilt als eine Kombination zwischen Markt und Nicht-Markt-System: Die Apotheken markieren den Grenzbereich. Zwischen ihnen, den pharmazeutischen Großhändlern und der pharmazeutischen Industrie herrscht eine Marktbeziehung: Güter, in diesem Falle Arzneimittel, werden gegen Geld getauscht - zwischen pharmazeutischer Industrie und Großhändlern, dann zwischen Großhändlern und Apothekern<sup>165</sup>. Der Apotheker versorgt seine Kunden, die Versicherten, mit den erworbenen Arzneimitteln. Sie können verschreibungspflichtig, apothekenpflichtig oder freiverkäuflich sein<sup>166</sup>.

Freiverkäufliche und apothekenpflichtige Arzneimittel können vom Arzt verordnet worden sein, aber auch ohne ärztliche Verordnung nachgefragt werden<sup>167</sup>. Man spricht dann von Selbstmedikation und von „Over The Counter“ bzw. OTC-Arzneimitteln, d.h. von Arzneimitteln, die nicht verschreibungspflichtig sind und daher in der Apotheke frei oder gar im Einzelhandel außerhalb von Apotheken frei verkäuflich sind. In diesem OTC-Bereich fungiert der Apotheker nur als Berater und der Patient zahlt sein Medikament selbst vor Ort<sup>168</sup>. Hier entsteht eine Marktbeziehung zwischen Apotheker und Kunde, wobei die Ware das Arzneimittel ist. Der Kauf von verordneten Arzneimitteln, d.h. Arzneimitteln, die von der GKV erstattet werden, muss hingegen durch den Arzt im Rahmen der ambulanten Versorgung initiiert worden sein. **Der Warenmarkt (Arzneimittel als Ware) ist hier kombiniert mit einem Versicherungsmarkt:** Der Patient erhält ein Rezept, das er dem Apotheker vorlegt. Hier beginnt der „Nicht-Markt-Bereich“ der Arzneimittelversorgung, denn hier werden Güter gegen Rezepte getauscht. Zwischen Patient und Apotheker entwickelt sich ein Quasi-Markt. Die Apotheker konkurrieren untereinander um die Rezepte der Versicherten.

---

<sup>163</sup> Die Gesamtheit aller Bestimmungen, die auf die Arzneimittelversorgung einwirken, hat sich mittlerweile zu einem derart komplexen RegelungsDickicht entwickelt, dass selbst ausgewiesenen Experten der Überblick zuweilen schwer fällt, vgl. z.B. Dieners/Reese, Handbuch des Pharmarechts, München 2010, § 17 Rd. 1.

<sup>164</sup> Eigene Graphik.

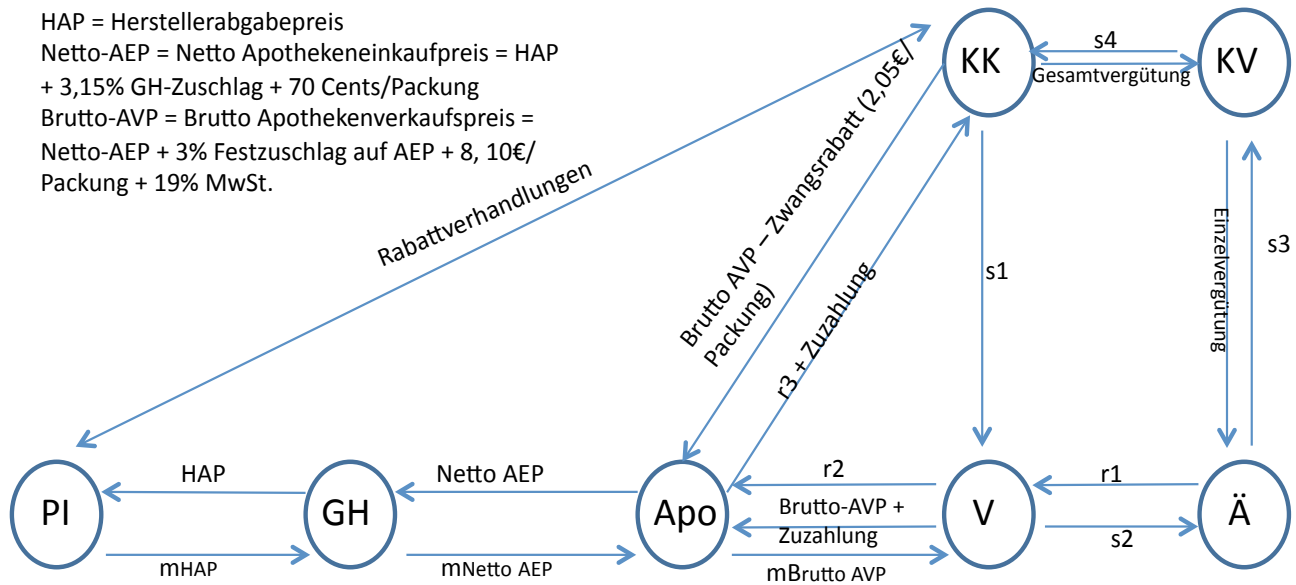
<sup>165</sup> Herder-Dorneich, a.a.O., 1994, S. 886ff.

<sup>166</sup> Mehr zu dieser Einteilung nach ihrer Zugänglichkeit für den Verbraucher in: Simon, a.a.O., S. 233f.

<sup>167</sup> Mit dem GMG wurden jedoch nahezu alle OTC-Arzneimittel aus dem Bereich der Verordnung, d.h. der Erstattungsfähigkeit herausgenommen.

<sup>168</sup> Gemäß § 34 SGB V sind alle OTC-Arzneimittel nicht erstattungsfähig.

HAP = Herstellerabgabepreis  
 Netto-AEP = Netto Apothekeneinkaufspreis = HAP  
 + 3,15% GH-Zuschlag + 70 Cents/Packung  
 Brutto-AVP = Brutto Apothekenverkaufspreis =  
 Netto-AEP + 3% Festzuschlag auf AEP + 8, 10€/  
 Packung + 19% MwSt.



Aufgrund seiner Beitragszahlung bekommt der Versicherte (V) von seiner Kasse eine Krankenversicherungskarte (s1), die er an den Arzt weiter reicht (s2). Gegen Vorlage dieser Chipkarte behandelt der Arzt den Patienten und schreibt ihm gegebenenfalls ein Rezept (r1). Dieses Rezept legt der Versicherte dem Apotheker (A) vor (r2) und bekommt dafür das Medikament (m) nachdem er eventuelle Zuzahlungen (10% des Apothekenverkaufspreises, mindestens 5€, höchstens 10€) geleistet hat. Das Arzneimittel hat der Apotheker gegen Bezahlung des Herstellerabgabepreises (HAP) zuzüglich des Großhandelszuschlags (3,15% des HAP) und 70 Cents pro Packung vom Großhändler (GH) erworben. Dieser hat das Medikament (m) wiederum von der pharmazeutischen Industrie (PI) erworben gegen Bezahlung des Herstellerabgabepreises (HAP). Der Apotheker sammelt die bei ihm eingereichten Rezepte und legt sie zur Abrechnung der Krankenkasse vor (r3). Die Kasse bezahlt den vom Hersteller festgelegten Einzelpreis (HAP), zuzüglich dem Großhändlerzuschlag von 3,15% und den 70 Cents pro Packung<sup>169</sup>, zuzüglich dem Apothekenzuschlag von 3% und den 8,10€ pro Packung sowie der 19% Mehrwertsteuer, abzüglich des Zwangsrabatts von 2,05 € pro Packung gemäß § 130 SGB V.

Für patentgeschützte Arzneimittel ohne Festbetrag erhalten die Krankenkassen vom pharmazeutischen Unternehmen bis Ende 2013 einen gesetzlich vorgegebenen Rabatt von 16% des Abgabepreises. Außerdem gilt bis Ende 2013 ein Preisstopp. Ab 2014 gilt ein Rabatt von 6% für Arzneimittel, zu denen die Selbstverwaltung noch keinen Erstattungsbetrag vereinbart hat. Zusätzlich kann jede Krankenkasse mit pharmazeutischen Unternehmern für Arzneimittel weitere Rabatte bzw. Preisnachlässe aushandeln und die Einsparungen an ihre

<sup>169</sup> Gilt ab 2012, als Übergangsregelung für das Jahr 2011 gewährt der Großhandel einen Rabatt von 0,85 % auf den Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers.

Versicherten weitergeben. Sind Rabattverträge für Generika abgeschlossen, gibt die Apotheke das rabattbegünstigte Präparat ab. Im Jahr 2009 haben die Rabattverträge der Krankenkassen rund 59% aller abgegebenen Packungen mit wirkstoffgleichen Arzneimitteln abgedeckt. Hierdurch sind die Beitragszahler um rund 800 Millionen Euro entlastet worden. Weiterer Vorteil für den Versicherten: die Krankenkasse kann ihren Versicherten exklusiv die Vertragspräparate ohne Zuzahlung zur Verfügung stellen<sup>170</sup>.

## 2. Interessenkonstellationen

Das komplexe System der Arzneimittelversorgung kann – etwas vereinfacht - ebenfalls in drei Ebenen modellhaft dargestellt werden, um die zahlreichen Akteure strukturiert zuordnen zu können. Auf der unteren Ebene agieren neben dem Arzt und dem Patienten auch die Apotheker und die pharmazeutische Industrie. Der Großhandel wird hier im Rahmen einer modellhaften Darstellung der unterschiedlichen Interessenkonstellationen bei der Abgabe von Arzneimitteln durch die GKV nicht berücksichtigt. Zu den bereits bekannten Akteuren der mittleren Ebene, den Kassen und Kassenärztlichen Vereinigungen, kommen die Verbände der Pharmazeutischen Industrie und der Apotheker hinzu. Auf der oberen Ebene agieren die Politiker.

### 2.1 Untere Ebene

#### 2.1.1 Interessen der Akteure auf der unteren Ebene

##### 2.1.1.1 Patient

Wie bereits dargestellt, neigen Versicherte dazu, beitragsfinanzierte Leistungen, die von der Krankenversicherung angeboten und erbracht werden, auch dann in Anspruch zu nehmen, wenn sie dies auf einem isolierten „Waren“-Markt nicht täten<sup>171</sup>. Diese Umlagerationalität tritt auf dem Arzneimittelmarkt selbst dann auf, wenn es sich um rezeptpflichtige Arzneimittel handelt. Das Hinzutreten des Versicherungsmarktes beeinflusst das Verhalten. Der Patient trägt für seine Entscheidungen nicht die ökonomische Verantwortung: Im System der

---

<sup>170</sup> Daten abrufbar unter URL:

<http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/arzneimittelversorgung/amnog/arzneimittelpreise.html> (überprüft am 23.02.2012).

<sup>171</sup> Vgl. Teil I, D.3 und Herder-Dorneich, a.a.O., 1994, S. 576. Bei der Nachfrage von Gesundheitsleistungen ist keine Äquivalenz von Leistung und Gegenleistung gegeben. Sie ist auch nicht gewollt, da gerade Solidarität und nicht Äquivalenz als Grundpfeiler der Finanzierung der GKV fungiert. Vgl. Sauerland, a.a.O., 1999, S. 279.

Krankenversicherung ist es für den einzelnen Versicherten nicht mehr eindeutig rational, nur günstige Leistungen anzufordern. Zuzahlungsfreie Arzneimittel besitzen für den Versicherten den effektiven Preis von Null, wodurch ein Anreiz entsteht, soviel davon nachzufragen bis eine Sättigungsmenge erreicht wird<sup>172</sup>. Zuzahlungspflichtige Arzneimittel kosten den Versicherten höchstens 10€: Entsprechend ihrem inversen Nachfrageverhalten ziehen die Konsumenten die teuren Medikamente den billigeren vor<sup>173</sup>, da sie ihre Beiträge und Zuzahlungen ausreizen wollen.

#### 2.1.1.2 Arzt

Auch die Ärzte müssen die ökonomische Verantwortung für ihre Entscheidungen kaum in nennenswerter Weise tragen. Für Ärzte sind Arzneimittel eine der wichtigsten Produktionsmittel, die sie beinahe ad libitum einsetzen können, ohne eine wirtschaftliche Verantwortung dafür tragen zu müssen, es sei denn, sie überschreiten gesetzliche Budgets, die ihnen für einen bestimmten Zeitraum zur Verordnung von Arzneimitteln eine quantitative Obergrenze setzen. Überschreitet etwa ein Arzt bei dem Einsatzfaktor Arzneimittel die relevanten Durchschnittswerte oder Richtgrößen seiner Fachgruppe um 5%, so wird eine Wirtschaftlichkeitsprüfung eingeleitet. Bei einer Überschreitung um 15% wird die Unwirtschaftlichkeit der Verordnung unterstellt und der Arzt wird zur Erstattung verpflichtet (Arzneimittelregress). Anhand der Quartalabrechnungen der Kassenärzte wird eine solche Unwirtschaftlichkeit festgestellt. Mithin ist der zeitliche Rahmen hier auf drei Monate begrenzt. Faktisch sind Richtgrößen und Wirtschaftlichkeitsprüfungen für Arzneimittelverordnungen bedeutungslos geblieben, Arzneimittelregresse hat es allenfalls im Promillebereich gegeben<sup>174</sup>.

#### 2.1.1.3 Apotheker

Ähnlich wie der Arzt in der ambulanten ärztlichen Versorgung steht in der Arzneimittelversorgung der Apotheker im Mittelpunkt und wird vor einem möglichen Wettbewerbsdruck durch den Erhalt des Fremd- und Mehrbesitzverbotes und durch Einschränkungen des Versandhandels von Arzneimitteln nach wie vor geschützt<sup>175</sup>.

---

<sup>172</sup> Greß, Strategiewechsel in der Gesundheitspolitik schafft mehr Probleme als Lösungen, April 2010, S. 17, sowie Bungenstock, a.a.O., S. 53.

<sup>173</sup> Mangels anderer Kenntnisse halten Patienten höhere Preise für einen Qualitätsindikator, Hajen/Paetow/Schumacher, a.a.O., S. 68.

<sup>174</sup> Vgl. Hajen/Paetow/Schumacher, a.a.O., S. 219f. und Fricke, a.a.O., S. 509.

<sup>175</sup> Greß, a.a.O., S. 20.

Wie dargestellt, sind die Apotheker sowohl prozentual mit 3% des Apothekereinkaufspreises als auch quantitativ mit 8,10€ pro Packung am Arzneimittelpreis beteiligt. Durch die prozentuale Beteiligung haben Apotheker ein Interesse daran, teure Medikamente abzugeben: Generika bringen beispielsweise einen geringeren Ertrag als teure Originalprodukte mit dem gleichen Wirkstoff<sup>176</sup>. Je teurer das Arzneimittel, desto höher sind die Einkünfte des Apothekers<sup>177</sup>. Bislang war die Verordnung durch den Arzt für den Apotheker verbindlich. Die sogenannte „Aut-Idem-Regelung“ gemäß § 129 (2) SGB V verpflichtet nun den Apotheker, die Verordnung des Arztes durch ein wirkstoffgleiches, aber preisgünstigeres Präparat zu substituieren, es sei denn der Arzt hat im Rahmen des Rezeptes ausdrücklich die Abgabe eines namentlich genannten Arzneimittels angeordnet<sup>178</sup>. „Rabattarzneimittel“ haben dabei aber Vorrang vor der Aut-idem-Regelung: Verschreibt ein Arzt einen Wirkstoff oder erlaubt er den Austausch eines verordneten Medikamentes, ist der Apotheker verpflichtet, das von der jeweiligen Krankenkasse vorgesehene Rabattarzneimittel abzugeben<sup>179</sup>. Der Einfluss des Apothekers bei der Abgabe von Arzneimittel wird damit erheblich reduziert<sup>180</sup>.

#### 2.1.1.4 Arzneimittelhersteller

Auf der unteren Ebene spielt die Pharmazeutische Industrie vor allem als einzelne Unternehmenseinheit eine Rolle, die die Apotheken in der Regel über den Großhandel mit Medikamenten versorgt. Da die Beziehung zwischen Apotheker und Pharmazeutischer Industrie einer Marktbeziehung entspricht, sind die am Unternehmensgewinn orientierten Arzneimittelhersteller daran interessiert, dass viele Medikamente nachgefragt werden und wollen Spareffekte bei der GKV daher gerade nicht durch einen Rückgang der Abgabe von Arzneimittel realisieren, sondern umgekehrt durch eine vermehrte Abgabe von Arzneimitteln und ihrem gezielten Einsatz. Sie argumentieren, dass durch Arzneimittel die Dauer der Erkrankung verkürzt werden kann, dass kostenintensive Operationen vermieden werden können und die Anzahl von Arztbesuchen verringert werden kann. Trotz der vielfältigen

---

<sup>176</sup> Vgl. Sauerland, a.a.O.1999, S. 278.

<sup>177</sup> Dies ergibt sich aus § 3 der AM-PreisVO, die nach § 78 AMG erlassen wurde, DOK 18, 15.09.96, S. 570.

<sup>178</sup> Vgl. Wille/Cassel/Ulrich, Weiterentwicklung des Gesundheitssystems und des Arzneimittelmarktes, Baden-Baden 2009, S.94.

<sup>179</sup> Wille/Cassel/Ulrich, a.a.O., S. 90 und <http://www.pressemitteilungen-online.de/index.php/rabattvertraege-verschiedener-krankenkassen-worauf-muessen-sichpatienten-einstellen/>, Versicherte müssen künftig nicht mehr bei einem bestimmten Wirkstoff das Präparat eines Herstellers nehmen, mit dem die Kasse einen Rabattvertrag abgeschlossen hat. Allerdings muss der Patient für sein Wunsch-Medikament finanziell in Vorleistung treten und bekommt in der Regel so viel zurück, wie das rabattierte Medikament gekostet hätte.

<sup>180</sup> Wille/Cassel/Ulrich, a.a.O., S. 95.

nationalen Eingriffe in den Arzneimittelmarkt der GKV hat sich der Nettoproduktionswert der pharmazeutischen Industrie in Deutschland mehr als verdoppelt, (plus 123,2%)<sup>181</sup>.

## 2.1.2 Interdependenzen auf der unteren Ebene

### *Interdependenzen zwischen Patient und Arzt*

Die Interdependenzen zwischen Versicherten und Ärzten in ihrer jeweiligen Interessenslage werden gerade im Arzneimittelsektor besonders deutlich: Zwischen den Versicherten und den Ärzten besteht keine Marktbeziehung (bei der die Leistung gegen Geld erbracht wird), sondern lediglich ein Quasi-Markt. Die ärztlichen Leistungen werden nach dem Sachleistungsprinzip gegen Vorlage der Chipkarten erbracht. Die Ärzte stehen untereinander in Konkurrenz um Patienten. Sie werden daher versuchen, Patienten an sich zu binden, indem sie deren Erwartungshaltung entsprechen, dies vor allem durch Wunschverordnungen - „Marketing mit dem Rezeptblock“<sup>182</sup>. Die Einführung verschiedener Negativlisten sollte ein solches Verhalten bei bestimmten Arzneimitteln ausschließen<sup>183</sup>. Es ist jedoch nicht auszuschließen, dass die Ärzte Substitute verordnen, die nicht auf der Liste stehen und eventuell sogar teurer sind. Wie bereits dargestellt, hat der Patient ein Interesse daran, möglichst viele Leistungen aus dem Gesamtsystem zu erhalten. Daher erscheint es sowohl für den Arzt als auch für den Patienten rational, viele Medikamente zu verordnen bzw. nachzufragen. Diese komplementären Interessen führen zu einer Expansion des Systems. Auch dieses Ergebnis gilt es festzuhalten.

Des Weiteren hat der Arzt die Möglichkeit, einen erheblichen politischen Einfluss auf seinen Patienten auszuüben, der seine Position gegenüber der Politik im Rahmen geplanter Reformen durchaus stärkt. Der Arzt kann z.B. über Plakate in seinem Wartezimmer gegen Reformen, aber auch über persönliche Briefe vor Kommunalwahlen einen solchen Druck aufbauen. Besonders beliebt, wenn auch standes- bzw. berufsrechtlich fragwürdig, waren hier in letzter Zeit sogenannte „Ärztestreiks“.

---

<sup>181</sup> Vgl. Bungenstock, a.a.O., S. 55.

<sup>182</sup> Hajen/Paetow/Schumacher, a.a.O., S. 225. Die niedergelassenen Ärzte haben den 70 Millionen gesetzlich Versicherten im vergangenen Jahr Arzneimittel im Wert von rund 34 Milliarden Euro verschrieben - das sind fast zwei Milliarden Euro oder rund sechs Prozent mehr als noch ein Jahr zuvor. Das Verordnungsvolumen belief sich auf 693 Millionen Arzneimittel-Packungen - knapp zehn pro Kopf. Im Durchschnitt bekam jeder gesetzlich Versicherte Medikamente für rund 485 Euro verordnet, wie die Techniker Krankenkasse (TK) unter Berufung auf Statistiken des GKV-Spitzenverbandes mitteilt, abrufbar unter URL: <http://www.tk.de/tk/pressemitteilungen/politik/335058>, Stand: Mai 2011 (überprüft am 23.02.2012).

<sup>183</sup> Auf diese Weise sind mittlerweile nahezu alle OTC-Arzneimittel aus der Verordnungsfähigkeit herausgenommen worden.

### *Interdependenzen zwischen Patient und Apotheker*

Ein wesentliches Merkmal des Systems der Arzneimittelversorgung ist seine Abhängigkeit von dem System der ambulanten medizinischen Versorgung, sieht man von der Selbstmedikation, dem OTC-Bereich einmal ab<sup>184</sup>. Die Beziehung zwischen Patient und Apotheker wird durch die Beziehung zwischen Patient und Arzt stark beeinflusst. Der Apotheker profitiert davon, dass Ärzte und Patienten bei der Verschreibung von Medikamenten komplementäre Interessen haben, da so die Nachfrage nach Arzneimitteln steigt.

### *Interdependenzen zwischen Ärzten und Arzneimittelhersteller*

Eine besonders relevante informelle Beziehung besteht auf der individuellen Ebene zwischen den Arzneimittelherstellern und der Ärzteschaft: Unternehmen im Gesundheitssektor sind auf die Zusammenarbeit mit Ärzten angewiesen, um innovativ zu sein. Auf der anderen Seite handelt es sich bei den Medizinern aber um potentielle Kunden<sup>185</sup>. Werbung und Information der Arzneimittelhersteller richten sich in erheblichem Maße an Ärzte. Die Ärzte vertreten die Kassen bei der Nachfrage nach Arzneimitteln. Eigentlicher Nachfrager ist die Kasse im Rahmen des Sachleistungsprinzips und ihres Sicherstellungsauftrages. Die Kasse „kauft“ bei dem Apotheker das Arzneimittel und stellt es dem Versicherten zur Verfügung<sup>186</sup>. Die Auswahl des konkreten Arzneimittels überlässt die Kasse jedoch dem Arzt, der als Vertreter der Kasse handelt und damit zum Adressat der werbenden Industrie wird. Pharmaberater oder -referenten suchen Ärzte auf, informieren über die Wirkung der Präparate ihres Unternehmens und versorgen die Ärzte mit Werbegeschenken, was im Übrigen nur in sehr engen Grenzen erlaubt ist<sup>187</sup>. Insoweit besteht ein Interesse der Pharmazeutischen Industrie daran, dass der Arzt in seinem Ordnungsverhalten möglichst autonom handeln kann. Je weniger gesetzliche Restriktionen hierbei bestehen, desto eher hat der Arzneimittelhersteller die Möglichkeit, den einzelnen Arzt bei seiner Arzneimittelauswahl zu beeinflussen. Eine

---

<sup>184</sup> Eine unmittelbare Marktbeziehung Patient-Apotheker besteht nur für die nicht verordnungsfähigen, v.a. OTC-Präparate oder andere gemäß § 25 ApoBetrO apothekenübliche Waren, z.B. bestimmte Kosmetika oder Nahrungsergänzungsmittel.

<sup>185</sup>Vgl. Daum/Todt, Healthcare Compliance. Regulierung im Gesundheitsmarkt, 2010, abrufbar unter URL: <http://www.lto.de/de/html/nachrichten/1644/-Regulierung-im-Gesundheitsmarkt/> (überprüft am 23.02.2012).

<sup>186</sup> Der Jurist spricht hier von einem „Vertrag zu Gunsten Dritter“.

<sup>187</sup> Vgl. z.B. § 7 Heilmittelwerbegesetz (HWG); Es ist ebenfalls kein Geheimnis, dass Pharma-Hersteller über weitgehend sachfremde Leistungen, wie z.B. enorm verbilligten oder gar kostenlosen Ferienreisen, die mit einer vermeintlichen Produktinformation gekoppelt sein sollen, versuchen, die Gunst der Ärzteschaft zu erlangen. Man spricht nun von Healthcare Compliance oder auch Zuwendungsrecht. Siehe Daum/Todt, a.a.O.

möglichst große Autonomie im Ordnungsverhalten liegt auch im Interesse der Ärzte, die sich hierbei zumindest vordergründig auf die ärztliche Therapiefreiheit berufen<sup>188</sup>.

Soweit und solange die Ärzte keiner Wirtschaftlichkeitsprüfung unterliegen, haben sie keinen wirklichen Anreiz, billigere Medikamente zu verschreiben. Weil die Belastung der Kassen durch die Arzneimittelpreise einen erheblichen Einfluss auf den Verhandlungsspielraum der Kassenärztlichen Vereinigungen bei den Honorarverhandlungen hat, verfügen die Kassen nur dann über eine größere Verteilungsmasse, wenn sie geringere Ausgaben haben, so zum Beispiel durch eine geringere Belastung durch die Arzneimittelverordnungen<sup>189</sup>. Ähnlich der "Umlagerationalität" liegt hier eine Rationalitätsfalle vor. Denn die Einsparung des Arztes erhöht nicht unmittelbar sein Einkommen, sondern zunächst nur die pauschal verhandelte Vergütung, die dann auf die gesamte Ärzteschaft verteilt wird. Sein Einkommen wird im besten Fall infinitesimal steigen. Die Ärzte unterliegen daher häufig der Illusion, sie könnten ohne selbst betroffen zu sein, Arzneimittel unabhängig von ihrem Preis verordnen<sup>190</sup>. Zwar besteht nach geltendem Recht, wie oben dargestellt, inzwischen eine Wirtschaftlichkeitsprüfung, die aber als bloße „Stichprobenprüfung“ praktisch nur eine untergeordnete Rolle spielt<sup>191</sup>.

Da konträre Interessen zwischen dem Anbieter (Arzneimittel-Hersteller) und dem Nachfrager (Arzt) fehlen, kommt es zu einer Expansion der Arzneimittelausgaben<sup>192</sup>.

## 2.2 Mittlere Ebene

Auf der mittleren Ebene agieren die Verbände der einzelnen Akteure. Zu den bereits bekannten Kassen und Kassenärztlichen Vereinigungen kommen noch die Verbände der Pharmazeutischen Industrie hinzu.

### 2.2.1 Interessen der Akteure auf der mittleren Ebene

---

<sup>188</sup> Vgl. Groser, a.a.O., S.186. In diesen Zusammenhang gehört der etwas bizarre Versuch der Pharmazeutischen Industrie, nämlich der Boehringer AG-Mannheim, den Ärzten mögliche Anwaltskosten zu ersetzen, wenn sie gegen Arzneimittel-Regressforderungen klagen wollten. Vgl. Stuttgarter Zeitung, vom 2.12.96, S. 2: „Pharmakonzern ersetzt Ärzten Anwaltskosten“.

<sup>189</sup> 2010 wurden 18,7% der GKV-Ausgaben für Arzneimittel ausgegeben, 17,2% für die Ärzte. AOK Bundesverband, Zahlen und Fakten 2010/2011, abrufbar unter URL: [http://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/zahlen/aok/zuf\\_2011.pdf](http://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/zahlen/aok/zuf_2011.pdf) (überprüft am 23.02.2012).

<sup>190</sup> Vgl. Hajen/Paetow/Schumacher, a.a.O., S. 217.

<sup>191</sup> Daher plädierte Glaeske für eine stärkere Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebotes bei der Verordnung von Arzneimitteln. Glaeske, Die Arzneimittelausgaben in der GKV, Bayerischen Ärzteblatt 3/2010, S. 88.

<sup>192</sup> Um einer allzu expansiven Verordnung durch die Ärzte entgegenzuwirken, wurden das Arzneimittelbudget nach § 84 SGB V und die Wirtschaftlichkeitsprüfung mit Regress nach § 106 SGB V eingeführt.

### 2.2.1.1 Krankenkassen

Grundsätzlich sind die Kassen daran interessiert, dass die Kosten für Arzneimittel sinken. Denn die so erzielten Einsparungen können an anderer Stelle eingesetzt werden, so zum Beispiel für neue Leistungen, zur Ausweitung des Verwaltungsapparates oder ganz aktuell zur Vermeidung der Erhebung von Zusatzbeiträgen.

### 2.2.1.2 Kassenärztliche Vereinigungen

Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind ebenfalls an einer Senkung der Arzneimittelkosten interessiert, denn sie versprechen sich hiervon einen größeren Spielraum bei der Aushandlung der Gesamtvergütung. Dabei soll aber gleichwohl das Recht auf eine freie Berufsausübung des Arztes nicht eingeschränkt werden. Sie sind damit grundsätzlich gegen eine starke Regulierung des ärztlichen Ordnungsverhaltens, damit die Handlungsspielräume ihrer Klientel nicht zusätzlich eingeschränkt werden<sup>193</sup>.

### 2.2.1.3 Verbände der Pharmazeutischen Industrie

Ein Blick auf die graphische Darstellung des Systems illustriert, dass die mittlere Ebene nicht gleichmäßig besetzt ist. Die Untersuchung des ambulanten Sektors hatte gezeigt, dass die Ströme der einzelnen Steuerungsmittel als Kreisläufe in sich geschlossen sind. Einen institutionalisierten Verband der Arzneimittelhersteller auf der mittleren Ebene gibt es aber nicht. Die Ärzte und die Versicherten sind in Verbänden organisiert. Die pharmazeutische Industrie dagegen ist auf dieser Ebene nicht in gleichem Maße organisiert. Zwar ist auch die Pharmazeutische Industrie in Verbänden organisiert, so z.B. im Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller (BAH), im Verband der forschenden Arzneimittelhersteller (VFA) oder im Bundesverband der pharmazeutischen Industrie (BPI), doch haben diese Verbände nicht denselben Einfluss. Sie sind im Gegensatz zu den Kassenärztlichen Vereinigungen oder der Krankenkassen nicht normativ in das System eingebunden, sondern im Grunde nur Lobbyvereinigungen. Einer institutionellen Einbindung stünde vermutlich schon das Kartellrecht entgegen. Somit ist die mittlere Ebene asymmetrisch organisiert<sup>194</sup>.

Grundsätzlich halten die Arzneimittelhersteller und ihre Verbände einen Ausbau ihrer vor allem verbandlichen Beteiligungsrechte in allen arzneimittelrelevanten Bereichen für sinnvoll

---

<sup>193</sup> Der Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer wurde vom 67. Bayerischen Ärztetag durch ein Beschluss aufgefordert, zeitnah einen Maßnahmenkatalog zu entwickeln, um der Fehlsteuerung und Überteuering im Arzneimittelbereich entgegenzuwirken. Vgl. Glaeske, a.a.O., S. 86.

<sup>194</sup> Herder-Dorneich, a.a.O., 1994, S. 881.

und notwendig<sup>195</sup> und beklagen, dass sie kaum Möglichkeiten haben, die Umsetzung gesetzlicher Vorgaben durch Ärzte- und Krankenkassenverbände zu beeinflussen. Sie plädieren daher für eine Einbindung der Pharmazeutischen Industrie in die Selbstverwaltung der GKV. Dennoch verfügen die Verbände der Arzneimittelhersteller über große Einflussmöglichkeiten im Rahmen der gesundheitspolitischen Gesetzgebung und zwar sowohl über die Beeinflussung der öffentlichen Meinung als auch über die Beeinflussung der Politik durch finanziell und personell gut ausgestattete Interessenverbände und deren intensive Lobbyarbeit<sup>196</sup>.

Gesundheitsgüter sind für die Pharmazeutische Industrie Industriegüter. Demnach sind sie und ihre Verbände daran interessiert, dass viele Medikamente nachgefragt und konsumiert werden. Sie wenden sich gegen Regulierungen, die eine Begrenzung der Ausgaben für Arzneimittel zum Ziel haben, z.B. Aut-idem, Rabattverträge, mengenregulierende Instrumente<sup>197</sup> etc. Sie argumentierten meist damit, dass solche Maßnahmen den Pharmastandort Deutschland schwächen würden<sup>198</sup>.

Das System der GKV bringt aber auch zahlreiche Vorteile für die Pharmazeutische Industrie, so dass sie an einem Erhalt der Grundstruktur interessiert ist: die GKV stellt einen festen, sicheren Abnehmer dar. Grundsätzlich verspricht freilich eine pauschale Kostenübernahme durch die Kassen größere Absatzchancen für die Industrie. Daher plädiert z.B. der Verband der forschenden Arzneimittelhersteller eher für die Erschließung neuer Finanzierungsmöglichkeiten der GKV als für die Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven im Gesundheitswesen<sup>199</sup>. Durch den Vorrang der Rabattarzneimittel haben die Krankenkassen nun einen erheblichen Einfluss auf das letztendlich verkaufte Arzneimittel. Daher kämpft die pharmazeutische Industrie zum einen für die Einführung von Mehrkostenregelungen, womit Patienten auch andere Arzneimittel als das Rabattvertragsarzneimittel der jeweiligen Krankenkasse erhalten könnten<sup>200</sup>, zum anderen für die Ausweitung des „grünen Rezepts“<sup>201</sup>. In diesem Bereich kann über Lobbyarbeit auf

---

<sup>195</sup> VFA Jahresbericht, 1997, S. 12.

<sup>196</sup> Vgl. Bandelow, a.a.O., 1998, S. 89.

<sup>197</sup> Executive Summary der VFA-Stellungnahme zum AMNOG, Juni 2010.

<sup>198</sup> VFA Jahresbericht, 1999, S. 12f.

<sup>199</sup> Vgl. VFA Jahresbericht 1999, S. 6.

<sup>200</sup> Pressemitteilung des BAH vom 13. Januar 2011, sowie auch Bundesverband für Arzneimittel-Hersteller setzt sich für die Ablösung von Rabattverträgen ein, abrufbar unter URL: <http://www.europressmed.de/2011/09/bundesverband-der-arzneimittel-hersteller-setzt-sich-fur-ablosung-von-rabattvertragen-ein> und AOK Bundesverband, Alternativ-Medikamente in der Apotheke, abrufbar unter URL: [http://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/aokbv/politik/wettbewerb/aok\\_info\\_mehrkostenregelung\\_bv\\_01012011.pdf](http://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/aokbv/politik/wettbewerb/aok_info_mehrkostenregelung_bv_01012011.pdf) (überprüft am 23.02.2012).

<sup>201</sup> Auf dem Grünen Rezept werden Medikamente notiert, die in der Regel nicht auf Kosten der gesetzlichen Krankenkassen verordnet werden können. Diese Medikamente müssen die Patienten komplett selbst bezahlen.

das Verschreibungsverhalten der Ärzte Einfluss genommen werden. Darüber hinaus unterstützt die pharmazeutische Industrie die Selbstmedikation<sup>202</sup> und „die Stärkung der Eigenverantwortung der Versicherten“<sup>203</sup>, mit anderen Worten, die Selbstbeteiligung des Patienten an den Arzneimittelkosten.

## 2.2.2 Interdependenzen zwischen unterer und mittlerer Ebene

### *Interdependenzen zwischen Patienten und Kassen*

Auch hier gilt die Erkenntnis, dass sich rational handelnde Individuen gegenüber kollektiven Zielen anders verhalten als sie es gegenüber individuellen Zielen tun<sup>204</sup>. So hat der Patient als Individuum einen Anreiz, viele und teurere Medikamente nachzufragen, da er als Zwangsmitglied mit Zwangsbeiträgen versucht ist, diesen Beitrag auszureizen, während er als Mitglied seiner Krankenversicherung das Ziel geringer und kostengünstiger Arzneimittelnachfrage verfolgen sollte. Da rationale Individuen vermeintlich ihre individuellen Ziele verfolgen, nicht aber die kollektiven Ziele im Blick haben, wird die Nachfrage nach Arzneimitteln auf der individuellen Ebene hoch ausfallen.

### *Interdependenzen zwischen Ärzten und Kassenärztlichen Vereinigungen*

Nach demselben Muster verlaufen die individuellen und kollektiven Interessen der Ärzte. Auf der individuellen Ebene sind die Ärzte, wie bereits beschrieben, an einer hohen Verschreibungsquote interessiert, während sie sich im Kollektiv für eine Beschränkung der Arzneimittelausgaben einsetzen müssten, um im Rahmen der Verhandlungen über das eigene Honorar ein größeres Volumen zur Verfügung zu haben.

### *Interdependenzen zwischen Arzneimittelherstellern und Verbänden der Pharmazeutischen Industrie*

Im Gegensatz zu den Patienten und den Ärzten haben die einzelnen pharmazeutischen Unternehmen keine direkte Einflussmöglichkeit auf die gesetzlichen Krankenkassen und auf die Politik. Daher ist anzunehmen, dass sich die Interessen der Einzelunternehmen und ihrer

---

Dennoch hat das Das Grüne Rezept wichtige Funktionen: Es dient als Merkhilfe für den Patienten. Informationen abrufbar unter URL: <http://www.aerztezeitung.de/extras/patienteninfo/info-gruenes-rezept> (überprüft am 23.02.2012).

<sup>202</sup> Das freie Medikament, Nr. 6, 2010/2011, S. 1.

<sup>203</sup> Vgl. VFA Jahresbericht 1997, S. 11.

<sup>204</sup> Olson, a.a.O.

jeweiligen Verbände weitgehend decken werden<sup>205</sup>. Die Unternehmen sind auf ihre Verbandsmacht angewiesen, um ihre Absatzchancen nicht zu gefährden.

### *Interdependenzen zwischen Arzneimittelhersteller und Krankenkassen*

Krankenkassen und Arzneimittelhersteller führen im Rahmen des Wettbewerbes in der Arzneimittelversorgung Preisverhandlungen durch. Als großer Abnehmer verhandeln die gesetzlichen Krankenkassen über ein Milliardenvolumen und sind grundsätzlich in der Lage, im Interesse ihrer Versicherten gute Bedingungen herauszuholen. Den Kassen wurde deshalb bereits seit dem Jahr 2003 die Möglichkeit eingeräumt, mit Arzneimittelherstellern Rabattverträge abzuschließen, aber erst nach Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG), am 1. April 2007 hatten die Neuregelungen gemäß §129 und §130a SGB V eine direkte Auswirkung auf die Apotheken<sup>206</sup>. Aufgrund dieser Neuregelung wurde seit Frühjahr 2007 eine große Anzahl von Rabattverträgen zwischen Krankenkassen und Pharmaherstellern vereinbart: Rund 5000 Rabattverträge, die von mehr als 220 Krankenkassen mit mehr als 100 Pharmaunternehmen zwischenzeitlich geschlossen wurden, machen deutlich, dass das neu geschaffene Wettbewerbselement nunmehr von Krankenkassen und Herstellern angenommen wird. Erstmals finden unmittelbare Preisverhandlungen zwischen Herstellern und Käufern von Arzneimitteln statt<sup>207</sup>. Die Kassen versprechen sich so, individuelle Effizienzreserven zu mobilisieren. Für die pharmazeutischen Unternehmen bedeutet dies, dass sie ihre Preise für Arzneimittel nicht mehr wie bisher nach eigenem Ermessen festlegen können. Den Herstellern bleibt keine Wahl, wollen sie ihre Marktposition ausbauen oder zumindest sichern<sup>208</sup>. Bei den Rabattvereinbarungen sind die großen Krankenkassen im Vorteil, weil sie den Herstellern ein größeres Marktsegment sichern können<sup>209</sup>. Durch die Bündelung von Marktmacht sind somit Kostenvorteile zu erzielen: Allein 2010 hat die AOK bundesweit rund 520 Millionen Euro weniger für Medikamente ausgeben müssen. Seit dem Start der bundesweiten Verträge konnte

---

<sup>205</sup> Da dies für Generikahersteller und die Hersteller der Originalpräparate nicht gilt, haben z.B. die Generikahersteller einen eigenen Interessenverband gegründet. Interessant wird es sein zu beobachten, wie sich Unternehmen, die auf beiden Märkten tätig sind, wie z.B. die Firma Novartis, die mit der Übernahme von Hexal sowohl Originale als auch Generika vertreibt, in diesem Spannungsfeld verhalten werden.

<sup>206</sup> So sind die Apotheken seitdem verpflichtet (sofern der verordnende Arzt einen Austausch nicht ausschließt), ein verordnetes Arzneimittel gegen ein wirkstoffgleiches Präparat auszutauschen, für das die Krankenkasse einen Rabattvertrag abgeschlossen hat.

<sup>207</sup> Beide Seiten sollen künftig innerhalb eines Jahres nach Markteinführung eines neuen Arzneimittels den Erstattungspreis verhandeln. Dieser Preis gilt auch für die Privatversicherten und die Selbstzahler, abrufbar unter <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/arzneimittelversorgung/arzneimittelmarktneuordnungsgesetz-amnog/das-gesetz-zu-neuordnung-des-arzneimittelmarktes-amnog.html> (überprüft am 23.02.2012).

<sup>208</sup> Vgl. Binger, Neue Rabattverträge, in: Die PTA in der Apotheke, Juli 2009, S. 29.

<sup>209</sup> Vgl. Hajen/Paetow/Schuhmacher, a.a.O., S. 235.

rund eine Milliarde Euro gespart werden. 2011 rechnet die AOK mit einem Einsparpotential von rund 720 Millionen Euro<sup>210</sup>. Inzwischen liegt der Anteil der rabattierten Arzneimittel im Gesamtmarkt bei 50,2%<sup>211</sup>. Über die Konditionen der Rabattverträge, d.h. über die Rabatthöhe und die konkrete Ausgestaltung herrscht Vertraulichkeit<sup>212</sup>.

### 2.2.3 Interdependenzen auf der mittleren Ebene

#### *Interdependenzen zwischen Kassen und Verbänden der Pharmazeutischen Industrie*

Zwischen den Kassen und der pharmazeutischen Industrie bestehen konträre Interessen, so dass diese Beziehung nicht kostentreibend wirken wird. Eine Senkung der Arzneimittelausgaben würde den Krankenkassen mehr Freiraum in anderen Sektoren bringen, vor allem um Leistungsverbesserungen vornehmen zu können, die ihre Position im Konkurrenzkampf um Mitglieder verbessern könnte. Die Pharmazeutische Industrie hingegen ist an steigenden Arzneimittelausgaben interessiert.

#### *Interdependenzen zwischen Kassenärztlicher Vereinigung und Verbänden der Pharmazeutischen Industrie*

Im Gegensatz zu den individuellen Interessen der Ärzte im Verhältnis zur Pharmazeutischen Industrie ist es für die Kassenärztliche Vereinigung durchaus von Vorteil, wenn es zu einem Rückgang der Arzneimittelausgaben der Krankenkassen kommt. Damit vergrößert sich der eigene Spielraum der Kassenärztlichen Vereinigung im Rahmen der Honorarverhandlungen. Da die individuellen und kollektiven Interessen der Ärzte divergieren, hat es den Anschein, als ob nur unmittelbarer gesetzlicher Zwang den Arzt auf der individuellen Ebene in seinem Ordnungsverhalten steuern könnte. Womit an dieser Stelle noch nichts darüber gesagt sein soll, ob bestehende gesetzliche Regelungen, z.B. die Budgetierung der Arzneimittelausgaben nach § 84 SGB V, einen solchen Steuerungseffekt ausüben können.

#### *Interdependenzen zwischen Kassen und Kassenärztlichen Vereinigungen*

In Zeiten, in denen versucht wird, Wirtschaftlichkeitsreserven auszuschöpfen, verfolgen die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassen gemeinsame Interessen. Da rabattierte

---

<sup>210</sup> <http://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/arzneimittel/rabatt/index.html>

<sup>211</sup> Nach Angaben von Insight Health lag der Anteil von Rabattarzneimitteln im Februar bei 50,2 Prozent und damit gut 3 Prozent über dem durchschnittlichen Wert der Jahre 2008 bis 2010. Daten abrufbar unter URL: <http://www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=37403>, Stand: April 2011 (überprüft am 23.02.2012).

<sup>212</sup> Wille/Cassel/Ulrich, a.a.O., S. 90.

Arzneimittel nicht Gegenstand der Richtgrößenprüfungen sein können<sup>213</sup>, gilt ihre Verschreibung implizit als wirtschaftliche Arzneimitteltherapie<sup>214</sup>. Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen haben bezüglich der Verschreibung von Rabattarzneimitteln gleichgerichtete Interessen.

## 2.3 Obere Ebene

### 2.3.1 Interessen der Politiker

Die Interessen der Politiker hängen entscheidend davon ab, wie sich die aktuelle politische Situation darstellt, das heißt wann die nächsten Wahlen stattfinden und welche Wähler es zu beeinflussen gilt.

Auf der einen Seite sind die Politiker daran interessiert, dass viele Medikamente verkauft werden, denn über die Mehrwertsteuer auf Arzneimittel in Höhe von 19% (Deutschland gehört zu den wenigen Ländern in Europa, die den vollen Mehrwertsteuersatz auf Medikamente erheben) verdient der Staat hier mit, 2009 waren dies 4,9 Milliarden Euro<sup>215</sup>. Darüber hinaus ist eine florierende Pharma-Branche für Politiker vorteilhaft. Der Standort Deutschland mit zahlreichen Arbeitsplätzen wird gesichert. Jeder neunte Arbeitsplatz in Deutschland ist heute im Gesundheitswesen angesiedelt<sup>216</sup>. Dies wird vom Wähler solange positiv wahrgenommen, wie es auf der anderen Seite nicht zu höheren Beiträgen in der GKV aufgrund überdurchschnittlicher Verschreibungen kommt. Dann aber werden auch Politiker, um ihre Wählerstimmen besorgt, für eine Einschränkung der Arzneimittelausgaben plädieren.

### 2.3.2 Interdependenzen zwischen mittlerer und oberer Ebene

Die Interaktion von Bürokratie (Krankenkassen) und Interessenverbänden (Pharmazeutische Industrie und Ärzteschaft) führt zu einer Dominanz gegenüber der Regierung, wenn die angestrebten Ziele nur gering divergieren: Beide, Bürokratie und Interessenverbände, sind gleichermaßen an dem Erhalt und der Vergrößerung ihrer Organisation interessiert, beide sind aber auch daran interessiert, dass ihnen der Großteil der Renten des Produktionsprozesses aus

---

<sup>213</sup> Wille/Cassel/Ulrich, a.a.O., S. 90.

<sup>214</sup> Wille/Cassel/Ulrich, a.a.O., S. 93.

<sup>215</sup> Siehe die Grafik der Techniker Krankenkasse abrufbar unter URL: <http://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/140958/Datei/4237/Arzneimittelausgaben.jpg> (überprüft am 23.02.2012).

<sup>216</sup> Vgl. Robert-Koch-Institut, Gesundheitsberichterstattung 2009.

öffentlichen Gesundheitsleistungen zufließt. Die konkreten Interdependenzen hängen nun aber im Wesentlichen davon ab, wie es um die Finanzkraft der gesetzlichen Krankenversicherung bestellt ist: Prosperieren Pharmazeutische Industrie und gesetzliche Krankenversicherungen, so wird ihre Interessenlage nahezu gleichgerichtet sein. Das gemeinsame Ziel, die Ausweitung des Leistungsumfanges, wird überwiegen. Gerade diese Konstellation wirkt dann kostentreibend. Verschlechtert sich aber die finanzielle Situation, treten Interessenkonflikte auf.

### *Interdependenzen zwischen Pharmazeutischer Industrie und Politikern*

In dem theoretischen Teil dieser Arbeit wurden die Einflussmöglichkeiten der Interessenverbände herausgearbeitet. Die Rolle der Pharmazeutischen Industrie im System der Arzneimittelversorgung ist hierfür ein klassisches Beispiel, ein Beispiel für die Einflussnahme durch eine Marktmacht, ein Beispiel aber auch für ein Quasi-Monopol an Information. Zum einen ist zu beobachten, dass die Pharmazeutische Industrie ihren besseren Zugang zu Informationen derart instrumentalisiert, dass Ineffizienzen der Krankenkassen an die Öffentlichkeit gelangen oder der Regierung zugespielt werden. Oder aber sie nutzt ihren Informationsvorsprung, um staatliche Regelungen bewusst zu unterlaufen. Typisch für ein solches Verhalten ist der Versuch der Pharmazeutischen Industrie, Medikamente, die auf einer der Negativlisten des § 34 Abs. 1 SGB V oder des § 34 Abs. 3 SGB V erscheinen könnten, „listendurchlässig“ zu machen, d.h. die Information über das konkrete Arzneimittel so zu nutzen, dass durch eine minimale Veränderung der pharmakologischen Zusammensetzung die Aufnahme in eine der Listen verhindert werden kann<sup>217</sup>. Zum anderen spielt die Marktmacht dann eine Rolle, wenn es um weitere Reformüberlegungen im Gesundheitswesen geht. Die Marktmacht der pharmazeutischen Industrie ist so ausgeprägt, dass bloße Drohungen z.B. mit einem Standortwechsel genügen, um Politiker zu beeinflussen.

Die Pharmazeutische Industrie ist an einer möglichst geringen staatlichen Regelungsquote interessiert. Bei Verhandlungen mit den Verbänden der pharmazeutischen Industrie spielt die Drohung mit staatlicher Regulierung eine zentrale Rolle. Wenn der Staat auf Regelungen verzichtet, erwartet er als Gegenleistung, dass sich der Verband selbst zur Regelsetzung verpflichtet und die Einhaltung dieser Regeln durch seine Mitglieder kontrolliert. Die

---

<sup>217</sup> Hier ist die Kosten-Nutzen-Regelung im Rahmen des AMNOG anzusiedeln: Die Hersteller müssen seit dem Jahre 2011 für alle Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen, sofort bei der Markteinführung Nachweise über den Zusatznutzen für die Patientinnen und Patienten vorlegen. Der Gemeinsame Bundesausschuss entscheidet, ob und welchen Zusatznutzen ein neues Arzneimittel hat und unter welchen Voraussetzungen es verordnet werden darf. Für Arzneimittel ohne Zusatznutzen wird ein Festbetrag festgesetzt. Informationen abrufbar unter URL:

Verbandsführung kann es den Mitgliedern dann als Erfolg präsentieren, dass staatliche Interventionen abgewendet werden konnten und fordert dafür die freiwillige Beschränkung unternehmerischer Autonomie<sup>218</sup>.

## G. Zwischenergebnis

Die bisherige Untersuchung hat gezeigt, dass das deutsche Gesundheitssystem ein System ist, in dem vielseitige und vielschichtige Interessenkonstellationen bestehen. Bevor untersucht werden soll, inwieweit diese komplexen nationalen Interessenkonstellationen durch den europäischen Einfluss verändert werden, kann Folgendes als Zwischenergebnis festgehalten werden:

### 1. Systemelemente der deutschen Krankenversicherung

Das deutsche Gesundheitssystem ist ein Mischsystem mit langer Tradition, das aus Elementen staatlicher Reglementierung, Steuerung durch Selbstverwaltung und marktwirtschaftlichen Elementen besteht. Zwischen den Akteuren sind die Beziehungen daher vielfältig, sie entsprechen den Beziehungen innerhalb eines Marktes, eines Quasi-Marktes und eines Nicht-Markt-Bereiches.

Zu den Elementen der staatlichen Regulierung zählen v.a. die Grundprinzipien der Krankenversicherung als Pflichtversicherung nach dem Solidarprinzip<sup>219</sup>, die gesetzliche Struktur der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigungen als Körperschaften des öffentlichen Rechtes, der durch Steuermittel aufgestockte Gesundheitsfond, der einheitliche Beitragssatz, der Sicherstellungsauftrag der Länder für die Krankenhausversorgung und die zahlreichen gesetzlichen Steuerungselemente auf dem Arzneimittelmarkt. Des Weiteren sind insbesondere das Sachleistungsprinzip und die Trennung zwischen Finanzierungs- und Versorgungsstrukturen als charakteristische Elemente des deutschen Gesundheitswesens von Bedeutung, die unterschiedliche Interessenkonstellationen zwischen den Akteuren hervorrufen.

Das Prinzip der Selbstverwaltung bestimmt die mittlere Ebene des deutschen Gesundheitssystems. Die Krankenkassen und die Verbände der Leistungsanbieter können ihre

---

<http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/arzneimittelversorgung/arzneimittelmarktneuordnungsgesetz-amnog/das-gesetz-zu-neuordnung-des-arzneimittelmarktes-amnog.html> (überprüft am 23.02.2012).

<sup>218</sup> Siehe Groser, a.a.O., S. 223.

Aufgaben zwar im Rahmen staatlicher Vorgaben und unter staatlicher Kontrolle, jedoch letztlich autonom und in eigener Verantwortung erfüllen. Charakteristisches Element der Gesundheitspolitik ist daher der Korporatismus. Diese Verflechtung zwischen Bürokratie, Parteien und Verbänden zieht sich „wie ein roter Faden“ durch die gesamte Geschichte der Gesundheitspolitik.

Zu den marktwirtschaftlichen Elementen dagegen zählen die starke Selbstbeteiligung der Patienten, die Zusatzbeiträge und die Rückerstattung der Krankenkassen, die Kassenwahlfreiheit, die Ärztwahlfreiheit, der Wettbewerb zwischen den Apotheken und die Direktverträge zwischen Kassen und pharmazeutischen Unternehmen. Deutschland gehört auch zu den wenigen europäischen Ländern, in dem die Preisbildung für Arzneimittel grundsätzlich dem Markt überlassen bleibt, auch wenn der Staat an einigen Stellen regulierend eingreift.

## 2. Zusammenfassung der „schlechten“ Anreizstrukturen

Folgt man einem ökonomischen Ansatz, nach dem das Verhalten eigennutzorientierter Menschen (Homo-Oeconomicus-Modell) von den jeweiligen Handlungsrestriktionen (Institutionen) determiniert wird, so führen „schlechte Anreizstrukturen“ zu gesamtwirtschaftlich unerwünschten Ergebnissen. Solche Rahmenregeln stammen vor allem aus der staatlichen Ordnungspolitik. Gehen von dieser „schlechte“ Anreize aus, d.h. Anreize, die zu einem gesamtwirtschaftlich unerwünschten Verhalten führen, spricht man von Staatsversagen<sup>220</sup>.

Da für den weiteren Verlauf der Untersuchung die Rahmenbedingungen ausschlaggebend sind, – **ein möglicher europäischer Einfluss** würde sich vor allem auf die Rahmenregeln der Gesundheitspolitik auswirken – sollen die bisher erzielten Ergebnisse zu einem solchen „Staatsversagen“ in der deutschen Gesundheitspolitik noch einmal zusammengefasst werden:

Betrachtet man die bisherigen Teilergebnisse, ist der These zuzustimmen, dass die größtenteils vom Staat vorgegebene (schlechte) institutionelle Ausgestaltung der Rahmenregeln für die beteiligten Akteure im deutschen Gesundheitswesen als öffentliches Staatsversagen bezeichnet werden kann<sup>221</sup>. Verstöße gegen das Äquivalenzprinzip und

---

<sup>219</sup> Der Solidarausgleich ist durch eine einkommensabhängige Beitragserhebung und eine beitragsunabhängige Gewährung von Leistungen gekennzeichnet. Vgl. Oberender/Hebborn/Zerth, a.a.O., S. 30.

<sup>220</sup> Vgl. Olson a.a.O.

<sup>221</sup> Zitiert nach Sauerland, a.a.O., 1999, S. 281, auch Blankart/Fasten/Schwintowski, a.a.O., S. 30.

mangelnder Wettbewerb führen zu Ineffizienzen auf der Nachfrage- und auf der Angebotsseite sowie auf der zwischengeschalteten Finanzierungsebene.

Wie die Untersuchung gezeigt hat, fällt die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen tendenziell zu hoch aus. Der Beitrag zur GKV durchbricht das Prinzip der Gruppenäquivalenz, da durch den Arbeitgeberbeitrag die tatsächlichen Nutzer nur einen Teil des Betrages finanzieren. Zugleich ist der Beitrag insgesamt von der konkreten Nutzung („Ausreizung“) unabhängig. Diese Umstände führen ebenfalls zu einer erhöhten Nachfrage gemessen an der individuellen Zahlungsbereitschaft. Der Zusatzbeitrag bzw. die mögliche Beitragsrückerstattung der Kassen an ihre Versicherten stellen zwar eine Abhängigkeit zwischen konkreter Nutzung und finanziellem Aufwand dar, dieser wird aber auf die Gesamtheit der Kassenmitglieder angewendet, so dass die Rationalitätsfalle weiterhin greift.

Auf der Angebotsseite bieten schlecht gestaltete Rahmenbedingungen keine Anreize für eine effiziente Bereitstellung der Gesundheitsleistungen. Gute Leistungen werden nicht belohnt und schlechte Leistungen werden nicht sanktioniert. Die Verträge zwischen Ärzten und Versicherungen werden größtenteils zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen zentral ausgehandelt, sie orientieren sich hierbei nicht zwingend an den Kosten der effizienten Produzenten, sondern an der Marktmacht und den Mitgliederinteressen. Durch die asymmetrische Informationsverteilung und damit verminderter Kontrollmöglichkeit und durch staatlich errichtete Markteintrittsbarrieren ist der tatsächliche Wettbewerb zwischen den Ärzten geringer als zwischen den Pharmazeutischen Unternehmen. Da das Entlohnungssystem eine angebotsinduzierte Nachfrageausweitung ermöglicht, kann der vorhandene Wettbewerbsdruck abgemildert werden<sup>222</sup>. Da grundsätzlich Ausgabenerhöhungen an die Mitglieder der GKV weiter gereicht werden, wird der Wettbewerbsdruck relativ gering sein. Damit werden auch die Anreize zur effizienten Bereitstellung von Gesundheitsleistungen gering sein.

### 3. Ausblick

Die medizinische Versorgung im deutschen Gesundheitswesen ist ineffizient. Daher wird das Wachstum im Gesundheitssektor negativ beurteilt. Alle beteiligten Akteure tragen durch schlechte Anreize zu einer Erhöhung der Gesamtausgaben im deutschen Gesundheitswesen bei. **Nun stellt sich die Frage, ob und in wie weit europäische Einflüsse solche Fehlanreize fördern oder korrigieren können.**

---

<sup>222</sup> Vgl. Sauerland, a.a.O., 1999, S. 276f.

## TEIL III

### EUROPÄISCHE GESUNDHEITSPOLITIK

#### A. Einführung

In der bisherigen Untersuchung der nationalen deutschen Gesundheitspolitik wurde eine Fülle von Maßnahmen angesprochen, die sowohl die Gewährung als auch die Finanzierung von Gesundheitsleistungen regeln. Sucht man vergleichbare Regelungen auf europäischer Ebene, stellt man zunächst fest, dass die Europäische Union keine sozialen Leistungen unmittelbar an die EU-Bürger gewährt, also keine Regelungen im Hinblick auf die sozialen Versicherungssysteme trifft. Dies geschieht ausschließlich durch ihre Mitgliedstaaten. Dennoch wirkt die Union auf die nationalen Gesundheitssysteme ein. Dabei stellt sich die Frage nach den Wirkungsmechanismen einer solchen europäischen Gesundheitspolitik.

In den europäischen Verträgen ist ausdrücklich von einer „Gesundheitspolitik“ nicht die Rede<sup>1</sup>. Es werden vielmehr, und auch dies erst nach dem Inkrafttreten des EU-Vertrages, die Begriffe „Gesundheitsschutzniveau“ und „Gesundheitswesen“ benutzt, und dies obwohl der Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union (AEUV) einen Titel XIV „Gesundheitswesen“ enthält, der mit dem Obergriff „interne Politiken und Maßnahmen der Union“ überschrieben ist. In der Literatur hingegen ist durchaus von einer „Gesundheitspolitik“ der EU die Rede<sup>2</sup>. Wollte man die Gesamtheit der gesundheitsbezogenen Maßnahmen der Gemeinschaft terminologisch exakt erfassen, so müsste man sich wohl an dem Wortlaut des Art. 168 AEUV (früher Art. 152 EGV) orientieren und von einer „europäischen Gesundheitsschutzpolitik“ sprechen<sup>3</sup>. Obwohl dieser Begriff den Regelungsgegenstand eigentlich exakt eingrenzt, soll hier weiter von einer „europäischen Gesundheitspolitik“ die Rede sein.

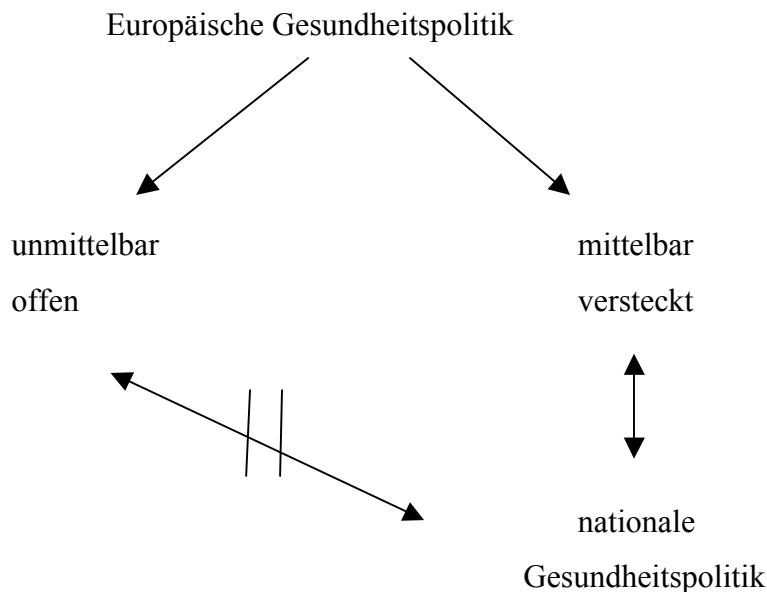
---

<sup>1</sup> Terminologisch setzt sich vor allem Berg mit dem Begriff einer „Europäischen Gesundheitspolitik“ auseinander, Berg, Gesundheitsschutz als Aufgabe der EU. Entwicklung, Kompetenzen, Perspektiven, Baden-Baden, 1997, S. 73-77. Er analysiert die verschiedenen Bedeutungen des Begriffes „Gesundheit“ sowohl anhand des EG-Vertrages als auch anhand des sekundären Gemeinschaftsrechts.

<sup>2</sup> So z.B. Haverkate/Huster, Europäisches Sozialrecht. Eine Einführung, Baden-Baden, 1999, S. 457ff.; Hanika, Europäische Gesundheitspolitik. Stärkung der Kompetenzen der Europäischen Union im Gesundheitswesen durch die Neufassung des Artikels 152 EG-Vertrag, in: MedR 1998, Heft 5, S. 193-196, hier S. 193ff.; König, Gesundheitspolitik in der Europäische Union nach dem Vertrag von Amsterdam, in: Sozialer Fortschritt 11, 1998, S. 282-284.

<sup>3</sup> So vor allem Berg, a.a.O., S. 77.

Die europäische Gesundheitspolitik ist durch einen Widerspruch gekennzeichnet: Auf der einen Seite sind eindeutig die Mitgliedstaaten „für die Festlegung ihrer Gesundheitspolitik sowie für die Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung“<sup>4</sup> verantwortlich, auf der anderen Seite basieren die Gesundheitssysteme auf Interaktionen zwischen Personen (medizinischem Personal und Patienten), zwischen Gütern (Arzneimitteln) und Dienstleistungen (von Leistungserbringern und Krankenkassen). Der freie Warenverkehr und die Freiheit des Dienstleistungsverkehrs sind jedoch durch den AEU-Vertrag (AEUV), insbesondere durch die Grundfreiheiten, geschützt. Daher ist zwischen einer *offenen unmittelbaren* europäischen Gesundheitspolitik, die sich auf primäres und sekundäres Gemeinschaftsrecht im Gesundheitsbereich stützt, und einer „*versteckten*“ *mittelbaren* europäischen Gesundheitspolitik, die auf die Grundfreiheiten des Gemeinsamen Marktes<sup>5</sup> und das Wettbewerbsrecht<sup>6</sup> zurückzuführen ist, zu unterscheiden.



Da die Europäische Union nach wie vor nach primärem und sekundärem Europarecht keine Kompetenzen zu einer Regelung nationaler Gesundheitspolitiken hat, besteht keine praktisch-

<sup>4</sup> Art. 168 Abs. 7 AEUV.

<sup>5</sup> Hier insbesondere auf die Warenverkehrsfreiheit und die Dienstleistungsverkehrsfreiheit.

<sup>6</sup> Vgl. Haverkate/Huster, a.a.O., S. 49. Sie sprechen sogar von dem Wettbewerbssozialrecht, hier jedoch soll der Einfachheit halber von dem Wettbewerbsrecht die Rede sein.

relevante Interdependenz zwischen einer unmittelbaren europäischen Gesundheitspolitik und einer nationalen Gesundheitspolitik. Soweit auf europäischer Ebene tatsächlich, zum Beispiel durch Aktionsprogramme, der Versuch unternommen wird, gleichwohl Gesundheitspolitik zu betreiben, hat dies auf die nationale Gesundheitspolitik kaum einen nennenswerten Einfluss. Die Untersuchung wird zeigen, dass die mittelbare europäische Gesundheitspolitik hingegen einen weitreichenden Einfluss auf die nationalen Gesundheitssysteme gewonnen hat. Zunächst wird der Entstehungsprozess rechtlicher Grundlagen in der europäischen Gesundheitspolitik kurz skizziert, um dann die Grundstrukturen einer mittelbaren und einer unmittelbaren europäischen Gesundheitspolitik darzustellen, hierbei soll grundsätzlich zwischen dem primären und dem sekundären Recht unterschieden werden. Im Anschluss daran wird der zunehmende Einfluss der mittelbaren Gesundheitspolitik auf das aktuelle deutsche Gesundheitssystem aufgezeigt.

## B. Entstehungsprozess rechtlicher Grundlagen der europäischen Gesundheitspolitik

Die Gesundheitspolitik in Europa war jahrelang eng an eine europäische Sozialpolitik gekoppelt. Erst 1992 mit dem Vertrag von Maastricht wurde dem EG-Vertrag der Titel „Gesundheitswesen“ angefügt<sup>7</sup>. Gleichwohl wird, in freilich nur begrenztem Ausmaß, bereits seit 1957 eine europäische Gesundheitspolitik betrieben.

### 1. Vom EWG-Vertrag bis zum Vertrag von Maastricht

Im EWG-Vertrag von 1957 waren sozialpolitische Vorschriften nur vereinzelt enthalten<sup>8</sup>. Die allgemeine Sozialpolitik sollte grundsätzlich Angelegenheit der Mitgliedstaaten bleiben<sup>9</sup>. Allein die Arbeitnehmerfreizügigkeit (Art. 48 EWGV) wurde sozialrechtlich auch auf europäischer Ebene abgesichert, so dass mit Art. 51 EWGV eine Kompetenzgrundlage für den Erlass eines freizügigkeitsspezifischen koordinierenden Sozialrechts<sup>10</sup> geschaffen wurde. Da der EWG-

---

<sup>7</sup> Mit der Aufnahme eines eigenen Titels X „Gesundheitswesen“ wurde Art. 129 in den EG-Vertrag neu installiert.

<sup>8</sup> Siehe Strohmeier, Die Europäische Union. Ein Kompendium aus deutscher Sicht, 1994, Kapitel 11: Sozialpolitik und Politik für Frauen in der EU, S. 165.

<sup>9</sup> Vgl. Beutler/Bieber/Pipkorn/Streil, Die Europäische Union. Rechtsordnung und Politik, 4. Auflage, Baden-Baden 1993, S. 448.

<sup>10</sup> Vgl. Haverkate/Huster, a.a.O., S. 49.

Vertrag aber von vorneherein auf den freien Handel mit Waren und Dienstleistungen ausgerichtet war, zeichnete sich schon in der „Gründerzeit“ ab, dass der freie Waren- und Dienstleistungsverkehr auch medizinische Produkte, medizinische Dienstleistungen und Krankenversicherungen erfassen muss und somit der Gemeinsame Markt Einfluss auf das Gesundheitswesen der Mitgliedstaaten haben wird<sup>11</sup>.

So wurde die erste Pharmazeutische Richtlinie 65/65/EWG zu einer Angleichung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften über Arzneimittelspezialitäten<sup>12</sup> von dem Europäischen Rat im Anschluss an den „Contergan-Skandal“ primär zum Schutz der menschlichen Gesundheit erlassen, dabei sollte aber selbst diese erste europaweite Vorschrift zur Regelung des Verkehrs mit Arzneimitteln die Entwicklung der pharmazeutischen Industrie und des Handels mit pharmazeutischen Erzeugnissen in der EWG keinesfalls behindern<sup>13</sup>.

Die Phase zwischen 1972 und 1980 wird dagegen als erste aktive Periode sozialpolitischer Integration bezeichnet<sup>14</sup>. Ausgangspunkt dieser neuen Phase einer gemeinsamen Sozialpolitik war die Pariser Erklärung, die 1974 mit dem Sozialpolitischen Aktionsprogramm des Europäischen Rates konkretisiert wurde<sup>15</sup> und zum ersten Mal zum Ausdruck brachte, dass die Gemeinschaft auch selbständige soziale Ziele verfolgen sollte. Die Gemeinschaft verfügte aber über keine autonom sozialpolitischen Kompetenznormen, so dass allein die Generalklauseln der Art. 94 EGV und Art. 308 EGV als rechtliche Grundlage für mögliche sozialpolitische Maßnahmen herangezogen werden konnten, was unter Juristen höchst umstritten war.

Zwischen 1981 und 1986 tat sich wenig in der europäischen Gesundheitspolitik<sup>16</sup>, nur im Arzneimittelrecht wurde die Gemeinschaft verstärkt tätig. Das Ziel war eine produktbezogene Integrationspolitik, hierzu wurde eine Reihe von Richtlinien erlassen<sup>17</sup>.

---

<sup>11</sup>Vgl. Mossiolo/Marhold, The Influence of EU-law on the social character of Health Care Systems in the European Union, 2001, S. 27.

<sup>12</sup> auf der im Übrigen das deutsche Arzneimittelgesetz 1976 beruht.

<sup>13</sup> ABl. 1965, S. 369.

<sup>14</sup> Vgl. Kolmar, Optimale Ansiedlung sozialpolitischer Entscheidungskompetenzen in der Europäischen Union, Tübingen, 1999, S. 12.

<sup>15</sup> Siehe Beutler u.a., a.a.O., S. 451; Schuster/Vaubel, Europäische Sozialpolitik, in: Renate Ohr, Europäische Integration, Stuttgart, Berlin, Köln, 1996; Balze, Die sozialpolitischen Kompetenzen der Europäischen Union, Baden-Baden, 1994, S. 57. Es sind wichtige arbeitsrechtliche Richtlinien und Richtlinien zur Gleichstellung von Mann und Frau daraus ergangen. Die Ziele des Aktionsprogramms waren die Bekämpfung der Arbeitslosigkeit und die Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen.

<sup>16</sup> Der aktive Kurs in der Sozialpolitik wurde wieder in Frage gestellt. Das Scheitern der Wirtschafts- und Währungsunion 1980 wird dafür im Wesentlichen verantwortlich gemacht, denn so verlor eine supranationale Sozialpolitik ihre Grundlage, vgl. Kolmar, a.a.O., S. 14.

Im Jahr 1996 veröffentlichte die Kommission eine Mitteilung zur Frage der Vereinbarkeit der von den Mitgliedstaaten auf dem Gebiet der Arzneimittel-Preiskontrolle und der Kostenerstattung getroffenen Maßnahmen mit Art. 30 EWGV. Nach Auffassung der Kommission dürfen die Mitgliedstaaten für ihr Hoheitsgebiet zwar sowohl Preiskontrollvorschriften als auch Preisstopps für pharmazeutische Produkte erlassen. Diese Bestimmungen dürfen den freien Warenverkehr aber nicht behindern und müssen alle Arzneimittel, unabhängig von ihrer Herkunft, gleich behandeln<sup>18</sup>. Der Europäische Gerichtshof (EuGH) war in diesem Zeitraum<sup>19</sup> darum bemüht, den Mitgliedstaaten im Arzneimittelrecht einen weitreichenden Handlungsspielraum zugunsten eines nationalen Gesundheitsschutzes einzuräumen. Für den Verkehr mit Arzneimitteln nahm die Regelungsdichte zwar zu, eine vollständige Harmonisierung wurde aber nicht erreicht<sup>20</sup>.

In den Jahren bis zu der Einheitlichen Europäischen Akte (EEA) wurde das Problem der Vereinbarkeit einer nationalen Gesundheitspolitik mit den europäischen Grundfreiheiten kaum diskutiert, obwohl die zahlreichen Vorschriften zur Regelung des Arzneimittelmarktes Rückwirkungen der Warenverkehrsfreiheit auf die nationale Gesundheitspolitik bereits erahnen ließen.

Die EEA trat 1987 in Kraft und zielte auf eine Verwirklichung des Binnenmarktes bis zum 31.12.1992 ab, das heißt eines Raumes „ohne Binnengrenzen, in dem der freie Verkehr von Waren, Personen, Dienstleistungen und Kapital gewährleistet ist“ (Art. 8a EWGV). Durch die EEA wurde 1987 mit Art. 136ff EGV (damals Art. 118a) erstmals eine autonome Ermächtigungsnorm zu dem Erlass sozialpolitischer Rechtsakte der Gemeinschaft erlassen<sup>21</sup>.

Nach der EEA wurde die Gemeinschaft auch im Bereich der Sozialpolitik wieder verstärkt aktiv. 1989 nahmen die Mitgliedstaaten mit Ausnahme Großbritanniens die Gemeinschaftscharta der

---

<sup>17</sup> Mit der Zweiten Pharmazeutischen Richtlinie 75/319/EWG wurde das Genehmigungsverfahren für die Arzneimittelzulassung durch Kontrollregelungen weiter ausdifferenziert. Die Richtlinie 75/318/EWG hatte zum Ziel, den Verkehr mit Arzneispezialitäten zu erleichtern. Ein paar Jahre später verabschiedete der Rat die Richtlinie 83/570/EWG zur Änderung der Richtlinien 65/65/EWG, 75/318/EWG und 75/319/EWG. Dabei wurde das Mehrstaaten-Verfahren eingeführt, mit dem der erste große Schritt hin zu einem europäischen Zulassungssystem unternommen wurde.

<sup>18</sup> Siehe 86/C 310/08 und vgl. Blasius/Müller-Römer/Fischer, Arzneimittel und Recht in Deutschland, Stuttgart 1998, S. 47f.

<sup>19</sup> Zu den Urteilen „de Peijper“, Rs. 104/75 und „Kortmann“, Rs. 32/80 vgl. Berg, a.a.O., S. 98ff.

<sup>20</sup> Vgl. hierzu Berg, a.a.O., S. 170f.

<sup>21</sup> Vgl. Schuster/Vaubel, a.a.O.; Kolmar spricht von einer Revitalisierung europäischer Integrationsbestrebungen, a.a.O., S. 12.

sozialen Grundrechte der Arbeitnehmer (Sozialcharta) an. Es handelt sich dabei aber nur um eine feierliche Erklärung<sup>22</sup>. Die Sozialcharta ist weder Bestandteil des EWG-Vertrages noch abgeleitetes Gemeinschaftsrecht<sup>23</sup>.

Zwischen der EEA und dem Maastrichter Vertrag war es wieder der Verkehr mit Arzneimitteln, der durch den Gemeinschaftsgesetzgeber und die integrationsfreundliche Rechtsprechung des EuGH im Zentrum europäischer Gesundheitspolitik stand: Das europäische Arzneimittelrecht wurde durch zahlreiche Neuregelungen vereinfacht und weiter harmonisiert. Dazu gehört vor allem die Einführung von Schutzzertifikaten<sup>24</sup>, die der effektiven Verkürzung der Patentschutzzeiten entgegenwirken sollte. Auf diese Weise sollte der Anreiz zu pharmazeutischer Forschung erhöht werden.

## 2. Vom Vertrag von Maastricht bis zum Vertrag von Lissabon

Aber erst der Vertrag von Maastricht, der im November 1993 ratifiziert wurde, brachte tatsächlich sozialpolitisch relevante Änderungen und Neuerungen<sup>25</sup>. Erstmals wurde das Erreichen eines hohen Gesundheitsschutzniveaus im Tätigkeitskatalog der Gemeinschaft in Art. 3 Buchst. p angesprochen. Des Weiteren wurde der Gemeinschaft mit Art. 152 EGV ein eigener Titel eingeräumt<sup>26</sup>. Schon formal wurde damit die Abgrenzung einer europäischen Gesundheits- zu einer europäischen Sozialpolitik erleichtert. Art. 152 EGV begrenzt den Tätigkeitsbereich der Gemeinschaft aber auf die Verhütung von Krankheiten und den Gesundheitsschutz<sup>27</sup>. Die Harmonisierung von Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten wird in Art. 152 Abs. 4 lit. c EGV ausdrücklich ausgeschlossen. Die zwölf Mitgliedstaaten einigten sich auf einen Kompromiss: Das Kapitel der Sozialvorschriften im mittlerweile als EGV bezeichneten Vertrag

---

<sup>22</sup> Vgl. Balze, a.a.O., S. 194.

<sup>23</sup> Zu einer detaillierten Untersuchung dieser Richtlinien siehe Balze, a.a.O., S. 197-251.

<sup>24</sup> Über die Verordnung 1768/92 EWG vom 18. Juni 1992, ABl. 1992 L 182, S. 1 wurde die Patentlaufzeit um fünf Jahre verlängert.

<sup>25</sup> Vgl. Haverkate/Huster, a.a.O., S. 52.

<sup>26</sup> Zwar wurden im Vorfeld des Vertrages Vorschläge zur Stärkung der Sozialpolitik gemacht, diese stießen jedoch auf den Widerstand Großbritanniens, das eine Erweiterung der sozialpolitischen Befugnisse strikt ablehnte. Es kam also an dieser Stelle zur gleichen Auseinandersetzung, wie sie schon bei der Verabschiedung der Gemeinschaftscharta, einige Jahre zuvor, ausgetragen wurde.

<sup>27</sup> Erreicht werden sollen diese Ziele durch Forschung, Gesundheitsinformation und Gesundheitserziehung und die Eingliederung der Erfordernisse im Bereich des Gesundheitsschutzes in die allgemeine Politik der Gemeinschaft, siehe Mossialos, a.a.O., S. 1, mehr dazu unter B.1.

blieb unverändert. Dafür wurde von elf Mitgliedstaaten ein Protokoll über die Sozialpolitik verabschiedet. Auf dieser Grundlage verabschiedeten diese elf Mitgliedstaaten dann schließlich das Abkommen über die Sozialpolitik<sup>28</sup>.

Auch im Hinblick auf den Verkehr mit Arzneimitteln kam es zu relevanten Neuerungen: Zum 1.1.1995 löste das neue europäische Zulassungssystem das bisherige Mehrstaaten-Verfahren ab. Eine neu gegründete Europäische Agentur für die Beurteilung von Arzneimitteln (EMA) hat ihren Hauptsitz in London und wird zum größten Teil aus Steuern finanziert. Sie bereitet die verbindliche Zulassungsentscheidung der Kommission oder des Rates vor. Die EMA ist eine „quasi-regulierende“ Behörde, die erste dieser Art in Europa, die aber keinen Einfluss auf Preis und Erstattungsfähigkeit von Arzneimitteln hat. Sie spiegelt die bisherigen Bemühungen im Gesundheitssektor auf europäischer Ebene wider: Man versucht, den Gedanken eines Gemeinsamen Marktes auch auf medizinische Produkte zu übertragen, ohne ihn dabei konsequent umzusetzen. Wie die Untersuchung in ihrem weiteren Verlauf zeigen wird, fungiert insbesondere der EuGH als „Motor“ für eine gezielte Umsetzung des Gemeinsamen Marktes im Gesundheitsbereich.

Der Amsterdamer Vertrag wurde am 2.10.1997 unterzeichnet und integrierte (nach dem Regierungswechsel in Großbritannien) Protokoll und Abkommen über die Sozialpolitik in den EGV unter Einbeziehung von Art. 136ff. EGV<sup>29</sup>. Die Bestimmungen zu den Kompetenzen der Gemeinschaft im Gesundheitswesen wurden neu gefasst und dabei auch inhaltlich erweitert<sup>30</sup>. Nach Art. 152 Abs. 1 EGV soll bei der Festlegung und Durchführung aller Gemeinschaftspolitiken und Gemeinschaftsmaßnahmen ein hohes Gesundheitsschutzniveau sichergestellt werden.

Im Vertrag von Nizza wurde der Versuch unternommen, Artikel 137 Abs. 1 EGV redaktionell etwas übersichtlicher zu gestalten, ohne dass damit größere Änderungen verbunden gewesen wären.

---

<sup>28</sup> Siehe Protokoll des EU-Vertrages über die Sozialpolitik und Abkommen zwischen den Mitgliedstaaten der Europäischen Gemeinschaft mit Ausnahme des Vereinigten Königreichs Großbritannien und Nordirland über die Sozialpolitik.

<sup>29</sup> Vgl. Streinz, Europarecht, Heidelberg 2001, S. 366. Vgl. Lecherler, Die Fortentwicklung des Rechts der Europäischen Union durch den Amsterdam-Vertrag, in: JuS, 1998, Heft 5, S. 392-397, hier S. 396 und Haverkate/Huster, a.a.O., S. 65.

<sup>30</sup> Hierzu Hanika, a.a.O., S. 109.

Mit dem Inkrafttreten des Lissabon-Vertrages am 1. Dezember 2009 gelten nun zwei gleichrangige Verträge: der EUV n.F. als verfassungsrechtlicher Grundlagenvertrag und der Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union (AEUV) als konkreter, operationeller Vertrag. In Artikel 168 AEUV (ex-Art. 152 EGV) ist weiterhin klar festgelegt, dass die Mitgliedstaaten für die „*Verwaltung des Gesundheitswesens und der medizinischen Versorgung sowie die Zuweisung der dafür bereitgestellten Mittel*“ verantwortlich sind. Erstmals ist in dem allgemeinen Teil des AEUV, in den Art. 2 und 4, festgehalten, dass die öffentliche Gesundheit in die geteilte Zuständigkeit fällt, das heißt sowohl die EU als auch ihre Mitgliedstaaten können gesetzgeberisch tätig werden und verbindliche Rechtsakte erlassen<sup>31</sup>. Hierbei gilt jedoch, dass die Mitgliedstaaten ihre Kompetenzen erst dann wahrnehmen können, sofern die Union ihre Befugnisse nicht ausführt. Unter dem Strich haben im Zuge der Neufassung des Vertragswerks keine grundlegenden Kompetenzverschiebungen im Bereich Gesundheit stattgefunden<sup>32</sup>.

### 3. Ausblick

Dieser kurze Einblick in den Entstehungsprozess rechtlicher Grundlagen einer europäischen Gesundheitspolitik soll zeigen, wie eng die europäische Gesundheitspolitik mit der europäischen Sozialpolitik verzahnt ist. Zugleich hat die Geschichte der europäischen Sozialpolitik gezeigt, dass auf der Grundlage der Sozialvorschriften Rechtsakte mit sozialpolitischer Relevanz nicht erlassen werden konnten. Hierfür musste der rechtlich umstrittene Weg über die Artikel 94 EGV und 308 EGV gewählt werden<sup>33</sup>. Obwohl die EG bis zum EUV über keine explizite Zuständigkeit im Bereich des Gesundheitswesens verfügte, wurde dennoch eine große Anzahl von Gemeinschaftsregelungen gerade in diesem Bereich erlassen, die zwar im Grunde ganz anderen Kompetenzbereichen zuzuordnen waren, jedoch in irgendeiner Weise auch mit dem Gesundheitsbereich zusammenhängen<sup>34</sup>. Eine europäische Gesundheitspolitik beschränkte sich

---

<sup>31</sup> Vgl. Jaeckel, Europäische Gesundheitspolitik auf Grundlage des neuen Lissabon-Vertrages, in: Gesellschaftspolitische Kommentare, Januar 2010, S. 2.

<sup>32</sup> Vgl. Jaeckel, a.a.O., S. 2.

<sup>33</sup> So hat bis 1986 der EuGH keinen Rechtsakt der Gemeinschaft aus Kompetenzgründen aufgehoben, Fußnote aus Balze, a.a.O., S.62.

<sup>34</sup> Dies betrifft insbesondere Harmonisierungsmaßnahmen in den Bereichen des Arznei-, Lebensmittel-, Veterinär- oder Medizinproduktrechts. Derart produktbezogene Maßnahmen stützen sich meist auf die Generalklauseln der Art. 100, 235 EGV, des Arbeitsschutzes (Art. 118, 118a EWGV), der gegenseitigen Anerkennung von Berufsabschlüssen

zunächst auf produktbezogene und präventive Maßnahmen. Erst mit dem Maastrichter Vertrag wurde die Gesundheitspolitik primärrechtlich explizit festgeschrieben. Demnach besaß die EG nunmehr mit Art. 152 EGV eine eigenständige Kompetenzgrundlage zum Erlass bestimmter gesundheitspolitischer Maßnahmen. Diese eigenständige Kompetenzgrundlage beschränkte sich aber ausdrücklich auf die Prävention von Krankheiten und auf produktbezogene Maßnahmen, rechtfertigte aber keinen Eingriff in die nationalen Gesundheitssysteme. Im Gegenteil: Im Zusammenhang dieser Regelung wurde zugleich festgelegt, dass allein die Mitgliedstaaten für die Organisation und die medizinische Versorgung innerhalb ihrer Gesundheitssysteme verantwortlich sind (Art. 152 Abs. 4 lit. c. a.F.). In dem Lissabon-Vertrag wurde die Verantwortung der Mitgliedstaaten für die Festlegung ihrer Gesundheitspolitik, die Verwaltung des Gesundheitswesens und der medizinischen Versorgung sowie die Zuweisung der dafür bereitgestellten Mittel ausdrücklich bestätigt (Art. 168, Abs. 7 AEUV).

Die Untersuchung hat gezeigt, dass der Einfluss des Gemeinsamen Marktes und seiner Regelungen und Anforderungen auf das Gesundheitswesen der Mitgliedstaaten, der durch das international handelbare Produkt Arzneimittel offensichtlich wurde, in den letzten Jahren stark zugenommen hat und sich mittlerweile auch auf medizinische Dienstleistungen erstreckt, so dass **der Widerspruch zwischen den Auswirkungen der europäischen Grundfreiheiten und der nationalstaatlichen Verantwortung für die Gesundheitswesen** unübersehbar wurde und über kurz oder lang gelöst werden muss.

### C. Instrumente der europäischen Gesundheitspolitik heute

Nachdem zunächst die Entstehung einer Gesundheitspolitik auf europäischer Ebene skizziert wurde, gilt es nun, die für diesen Bereich relevanten aktuellen Regelungen etwas ausführlicher darzustellen.

---

medizinischer Berufe oder die Bereiche Forschung, Umwelt und Verbraucherschutz. Eine verstärkte Aktivität der EU im Bereich der Gesundheit erfolgte darüber hinaus im Rahmen verschiedener Aktionsprogramme z.B. „Europa gegen den Krebs“ oder „Europa gegen AIDS“. Vgl. Schweitzer/Hummer, Europarecht: Das Recht der Europäischen Union; das Recht der Europäischen Gemeinschaften (EGKS, EG, EAG), mit Schwerpunkt EG, 5. Auflage, Berlin 1996, S. 503 und v. Schwanenflügel, Die neuen Kompetenzen der Europäischen Gemeinschaften im Bereich der Gesundheitspolitik, in: JZ 11/1993, S. 551-554, S. 552.

## 1. Grundprinzipien

Der Kompetenzverteilung im Gesundheitswesen zwischen der Union und den Mitgliedstaaten<sup>35</sup> liegen die allgemeinen Strukturprinzipien der begrenzten Einzelermächtigung und der Subsidiarität zugrunde.

Nach dem Prinzip der begrenzten Einzelermächtigung<sup>36</sup> hat die Union nur die ihr im Vertrag konkret und begrenzt zugewiesenen Aufgaben und Befugnisse, ansonsten verbleibt die Regelungshoheit bei den Mitgliedstaaten. Nach dem Subsidiaritätsprinzip<sup>37</sup> soll im Binnenmarkt die Union, dort wo sie nicht ausschließlich zuständig ist, nur dann tätig werden, wenn die Mitgliedstaaten das betreffende Problem durch nationale Regelungen nicht selber lösen können und daher eine Lösung durch die Regelung der Union besser zu verwirklichen ist.

Die Frage ist nun, welche Auswirkung diese beiden tragenden Strukturprinzipien der Kompetenzen der EU auf das Gebiet des Gesundheitswesens haben. Hierbei gilt es vorrangig folgende Fragen zu klären:

- Gibt es Ermächtigungsnormen, die der EU ausdrücklich Kompetenzen im Bereich der Gesundheitspolitik zuweisen?
- Welche Einflüsse haben die Grundfreiheiten und das europäische Wettbewerbsrecht auf das europäische Gesundheitswesen?

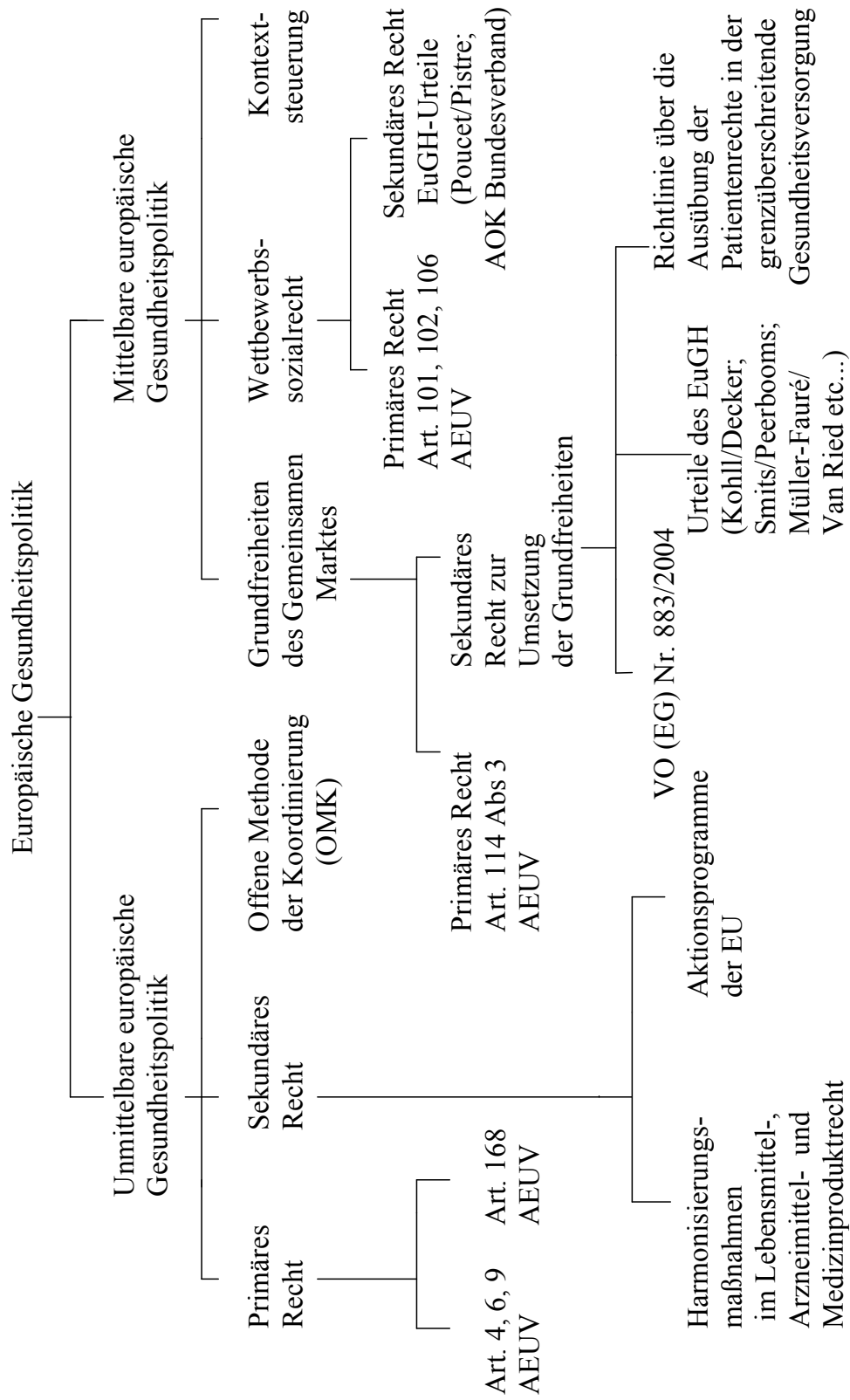
Mit der ersten Frage ist eine unmittelbare europäische Gesundheitspolitik angesprochen, während die zweite Frage auf eine mittelbare Wirkung von Gemeinschaftsregelungen und Gemeinschaftskompetenzen auf eine europäische Gesundheitspolitik zielt. Daher werden im Folgenden die Instrumente einer unmittelbaren und einer mittelbaren europäischen Gesundheitspolitik dargestellt, wobei die folgende eigene Graphik dem Leser eine Gesamtübersicht verschaffen soll.

---

<sup>35</sup> Man spricht von einer vertikalen Kompetenzverteilung.

<sup>36</sup> Art. 5 Abs. 1 EUV.

<sup>37</sup> Art. 5 Abs. 3 EUV.



## 2. Darstellung der unmittelbaren europäischen Gesundheitspolitik

**Unter dem Oberbegriff einer unmittelbaren europäischen Gesundheitspolitik werden alle Handlungsformen und Instrumente der EU zusammengefasst, die auf der Grundlage einer ausdrücklichen Kompetenzzuweisung final und unmittelbar auf eine gesundheitspolitische Wirkung gerichtet sind<sup>38</sup>.**

Zur Darstellung der Instrumente einer unmittelbaren europäischen Gesundheitspolitik muss zwischen einem Primär- und einem Sekundärrecht der EU unterschieden werden.

### 2.1 Primäres Recht

Das Primärrecht bildet die Grundlage der EU und ihres Handelns. Es besteht aus den zwischen den Regierungen der Mitgliedstaaten geschlossenen Verträgen, die für die EU eine einer Verfassung vergleichbare Funktion besitzen. Seit den Änderungen, die durch den Vertrag von Lissabon erfolgt sind, handelt es sich um den Vertrag über die Europäische Union (EUV) und den Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union (AEUV). Die zentralen Normen einer unmittelbaren europäischen Gesundheitspolitik finden sich in Art 168 AEUV sowie den Art. 4, 6, und 9 AEUV.

#### 2.1.1 Art. 4, 6 und 9 AEUV

Durch Kompetenzkataloge grenzt der Vertrag von Lissabon die Befugnisse der EU klarer als bisher von denen der Mitgliedstaaten ab. Der Vertrag sieht drei Kompetenztypen vor: eine für die EU ausschließliche Kompetenz, eine mit den Mitgliedstaaten geteilte Kompetenz und eine koordinierende Kompetenz.

Artikel 4 Absatz 2 Buchstabe k AEUV legt fest, dass sich die von der Union mit den Mitgliedstaaten *geteilte Zuständigkeit* auf das gemeinsame Sicherheitsanliegen im Bereich der öffentlichen Gesundheit erstreckt. Ganz im Sinne des Subsidiaritätsprinzips werden gemeinsame

---

<sup>38</sup> Dieser Mechanismus wird auch als positive Integration bezeichnet, Schmucker, Perspektiven einer europäisierten Gesundheitspolitik, in: Gerlinger/Mosebach/Schmucker (Hrsg.), Gesundheitsdienstleistungen im europäischen Binnenmarkt, Frankfurt am Main, 2010, S. 15.

Sicherheitsanliegen im Bereich der öffentlichen Gesundheit zur gemeinsamen Angelegenheit, da sich hier unionsübergreifende Regulationsnotwendigkeiten ergeben und nationalstaatliche Regelungsregime zu kurz greifen können<sup>39</sup>.

Nach Artikel 6 AEUV hat die EU im Bereich „Schutz und Verbesserung der menschlichen Gesundheit“ eine *unterstützende, ergänzende und koordinierende Zuständigkeit*<sup>40</sup>.

Artikel 9 AEUV formuliert den Grundsatz „Gesundheit in allen Politikbereichen“<sup>41</sup>. Gemeint ist damit, dass die EU bei der Festlegung und Durchführung ihrer Politik stets einem hohen Gesundheitsschutzniveau Rechnung tragen muss. Die Gesundheit wurde zum horizontalen Thema der Europapolitik<sup>42</sup>.

### 2.1.2 Art. 168 AEUV

Mit Art. 168 AEUV besitzt die Union eine originäre Kompetenzgrundlage zum Erlass gesundheitspolitischer Maßnahmen. Die Frage ist allein, wie weit diese Kompetenz reicht, in welchen Teilbereichen der Gesundheitspolitik die Union tatsächlich Kompetenzen erlangt hat.

Nach Art. 168 Abs. 1 AEUV ist bei der Festlegung und Durchführung aller Unionspolitiken und –maßnahmen ein hohes Gesundheitsschutzniveau sicherzustellen. Diese allgemeine Aufgabe ist somit eine Querschnittsklausel: In anderen Politikbereichen der Union muss der Gesundheitsschutz in der Entscheidungsfindung sichergestellt werden.

Die Tätigkeit der Union ergänzt die Politik der Mitgliedstaaten und ist auf folgende drei Zielvorgaben gerichtet: Die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung, die Verhütung von Humankrankheiten und die Beseitigung von Ursachen für die Gefährdung der geistigen und körperlichen Gesundheit. **Damit ist die Union über Art. 168 Abs.1 AEUV im Wesentlichen präventiv tätig**<sup>43</sup>. Es geht gerade nicht um die Behandlung bereits eingetretener Erkrankungen<sup>44</sup>.

---

<sup>39</sup> Geiger/Kahn/Kotzur, Vertrag über die Europäische Union und Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union, Kommentar, München 2010, S. 192.

<sup>40</sup> Ihr koordinierendes Handeln tritt neben die bei den Mitgliedstaaten verbleibende Zuständigkeit und beschränkt sich auf eine Unterstützung und Ergänzung nationaler Politiken. Eine entsprechende Regelung fand sich bislang in Art. 152 Abs. 1 Unterabsatz 2 EGV. Die Neuregelung in Artikel 6 AEUV geht nicht über die bisher bestehenden Kompetenzen der EU hinaus.

<sup>41</sup> „health in all policies“.

<sup>42</sup> Jaeckel, a.a.O., S. 2. Bislang war diese Querschnittsklausel in Art. 152 Abs. 1 Unterabsatz 1 EGV geregelt.

<sup>43</sup> Geiger/Khan/Kotzur, a.a.O., S. 605.

<sup>44</sup> Hierzu Haverkate/Huster, a.a.O., S. 461.

Die Union betreibt keine eigene Gesundheitspolitik, die an die Stelle der mitgliedstaatlichen Politik treten könnte. Sie ergänzt vielmehr Politik und Maßnahmen der Mitgliedstaaten. Dieser ergänzenden Tätigkeit der Union entspricht eine äußerst zurückhaltende Ausstattung mit Handlungskompetenzen<sup>45</sup>. Durch den Reformvertrag von Lissabon wurden die Kompetenzen und Handlungsformen der Union um die Beobachtung, die frühzeitige Meldung und Bekämpfung schwerwiegender grenzüberschreitender Gesundheitsgefahren (Art. 168 Abs.1 AEUV)<sup>46</sup>, die Verbesserung der „Komplementarität der Gesundheitsdienste in den Grenzgebieten“ (Art. 168 Abs.2 UAbs.1 AEUV), vor allem über die „offene Methode der Koordinierung“<sup>47</sup> („OMK“), und die Konkretisierung der Kompetenz der Kommission zum Ergreifen von Initiativen (Art. 168 Abs.2 UAbs.2 AEUV) erweitert. Hier wurde die in den vergangenen Jahren geführte Diskussion über die Mobilität von Patienten und deren Rechte in der EU, sowie die Interessen einer steigenden Zahl von Grenzpendlern in dem Vertrag, berücksichtigt.

Absatz 4 erlaubt erstmals der EU in folgenden Bereichen rechtsverbindlich tätig zu werden, um den gemeinsamen Sicherheitsanliegen Rechnung zu tragen:

- Maßnahmen zur Festlegung hoher Qualitäts- und Sicherheitsstandards für Organe und Substanzen menschlichen Ursprungs sowie für Blut,
- Maßnahmen zur Festlegung hoher Qualitäts- und Sicherheitsstandards für Arzneimittel sowie Medizinprodukte.

Das Europäische Parlament und der Rat können bei Maßnahmen, die dem unmittelbaren Schutz vor grenzüberschreitenden Krankheiten, Tabakkonsum und Alkoholmissbrauch (Art. 168 Abs. 5 AEUV) dienen, rechtsverbindlich tätig werden<sup>48</sup>.

Art. 168 Abs. 7 AEUV garantiert ausdrücklich, dass die Verantwortung für die Festlegung der Gesundheitspolitik, für die Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung allein im Kompetenzbereich der Mitgliedstaaten verbleibt. Ziel ist die Betonung der Zuständigkeit der Mitgliedstaaten für die Gesundheitspolitik und die Hervorhebung des

---

<sup>45</sup> Geiger/Khan/Kotzur, a.a.O., S. 606.

<sup>46</sup> Dem liegen die Erfahrungen mit der „Vogelgrippe“ zugrunde. Antrag der Abg. Andreas Hoffmann u.a. CDU und Stellungnahme des Staatsministeriums, Auswirkungen des Lissabon-Vertrags auf die Gesundheitsautonomie der EU-Mitgliedstaaten, Drucksache 14/5122, 2009, S. 7.

<sup>47</sup> Siehe Kapitel C 2.3 in diesem Teil III.

<sup>48</sup> Neu ist ebenfalls die planmäßige Einbindung des Parlaments.

Gedankens, dass die Kompetenzen der EU sich im Wesentlichen auf den bevölkerungsbezogenen Gesundheitsschutz konzentrieren.

## 2.2 Sekundäres Recht

Unter sekundärem Gemeinschaftsrecht versteht man das von den Organen der Union nach Maßgabe des EUV geschaffene Recht. Die gängigen Handlungsformen der Union werden in Art. 288 AEUV genannt: Verordnung, Richtlinie, Beschluss, Empfehlung und Stellungnahme. Mit diesen Instrumenten wird auch eine unmittelbare europäische Gesundheitspolitik umgesetzt.

### 2.2.1 Harmonisierungsmaßnahmen in Lebensmittel-, Arzneimittel- und Medizinproduktrecht

Sowohl das Lebensmittelrecht als auch das Arzneimittel- und Medizinproduktrecht sind stark europäisch geprägt. Daher stehen sie im Spannungsfeld von Binnenmarktfreiheit einerseits und Anforderungen von Verbraucherschutz und Gesundheitspolitik andererseits. Nach dem Vertrag von Lissabon werden nun für einschlägige Rechtsakte die Qualitäts- und Sicherheitsstandards nach Art. 168 Abs. 4 AEUV herangezogen<sup>49</sup>.

### 2.2.2 Aktionsprogramme der EU

Nach Art. 168 AEUV ist die Union aufgefordert, durch Förderung der Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten und erforderlichenfalls durch Unterstützung ihrer Tätigkeit einen Beitrag zur Sicherstellung eines hohen Gesundheitsschutzniveaus zu leisten. Bereits 1993 gab die Kommission eine Stellungnahme dazu ab, wie die neue Kompetenz in praktischer Hinsicht umzusetzen sei<sup>50</sup>. Es wird ausdrücklich betont, dass eine Vereinheitlichung der Gesundheitssysteme der Mitgliedstaaten aufgrund ihrer Verschiedenheit nicht in Betracht kommt. Bei den Einzelmaßnahmen, die stattdessen für möglich gehalten und auch ergriffen wurden,

---

<sup>49</sup> Oppermann/Classen/Nettesheim, Europarecht, 4. Auflage, München 2009, S. 621f.

<sup>50</sup> In der Mitteilung über den Aktionsrahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit wird Art. 152 EGV operationalisiert. Mitteilung der Kommission über den Aktionsrahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit, KOM (93) 559 dndg. vom 24.11.1993.

handelt es sich in der Regel um Aktionsprogramme, wie das Programm im Bereich der öffentlichen Gesundheit 2008-2013.<sup>51</sup>

### 2.3 Die Offene Methode der Koordinierung (OMK)

Seit dem Jahr 2000 hat sich mit der Offenen Methode der Koordinierung (OMK) auf europäischer Ebene ein neuartiger Regulierungstyp der Gesundheitspolitik etabliert<sup>52</sup>. Die OMK ist ein Instrument, das **die freiwillige Kooperation und den Austausch bewährter Verfahren zwischen den Mitgliedstaaten der Union verbessern** soll. Sie wird daher als „Soft-Law“-Mechanismus bezeichnet. Ein europaweiter Benchmark wird über einen Vergleich der Zielerreichungsgrade in den einzelnen Mitgliedstaaten entwickelt, der die relative Position der Mitgliedstaaten in Bezug auf die Erreichung des jeweiligen Ziels öffentlich darstellt<sup>53</sup>.

Als gemeinsame Aufgaben, die die Gesundheitspolitiken in Europa zu bewältigen haben, nennt die Europäische Kommission die Überalterung der Bevölkerung, die Folgen der Entwicklung neuer Technologien und Therapien in der Medizin sowie die wachsende Nachfrage nach medizinischen Leistungen. Die Kommission integriert ausdrücklich die Problematik der langfristigen Finanzierbarkeit der Gesundheitspolitik in die ordnungspolitischen Prämissen der Wirtschafts- und Fiskalpolitik und formuliert in ihrem Kommissionsbericht von 2001<sup>54</sup> für die europäische Gesundheitspolitik folgende Hauptziele:

- Die Sicherung des allgemeinen Zugangs zu einer hochwertigen Gesundheitsversorgung,
- Die Erhöhung von Transparenz und Qualität der Gesundheitssysteme durch die Evaluation medizinischer Verfahren und die Evaluation von Versorgungsstrukturen,
- Die Fortsetzung der auf eine Kostendämpfung zielenden Reformen.

Daraus ziehen Europäischer Rat und Kommission die Schlussfolgerung, dass die Gesundheitssysteme an die Erfordernisse einer dynamischen, wachstumsorientierten Ökonomie anzupassen seien. Eine Reform der nationalstaatlichen Gesundheitssysteme sei notwendig, um

---

<sup>51</sup> Umfassend dazu Berg, a.a.O., S. 339ff, siehe auch Hübel, Verstärkte Zusammenarbeit im Interesse der Patienten, in: Auf dem Weg in ein Europäisches Gesundheitswesen? Die Dokumentation zur Veranstaltung am 5. März 2002 in Brüssel, Kassenärztlichen Bundesvereinigung (Hrsg.), S. 19f., sowie Oppermann/Classen/Nettesheim, a.a.O., S. 624f. Auch, Europäische Kommission (2007): Weißbuch – Gemeinsam für die Gesundheit: Ein strategischer Ansatz der EU von 2008 bis 2013. KOM(2007) 630 endg.

<sup>52</sup> Rosenbrock/Gerlinger, Gesundheitspolitik, eine systematische Einführung, Bern 2009, S. 333.

<sup>53</sup> Hier spricht man von dem Prinzip des „Naming and Shaming“, vgl. Jaekel, a.a.O., S. 3.

<sup>54</sup> Kommission der Europäischen Gemeinschaften (2001): Die Zukunft des Gesundheitswesens und der Altenpflege: Zugänglichkeit, Qualität und langfristige Finanzierbarkeit sichern. KOM (2001)723 endgültig, Brüssel.

auch in Zukunft eine hochwertige medizinische Versorgung gewährleisten zu können. **Die OMK will also eine Effizienzsteigerung der Gesundheitssysteme durch eine stärkere Zusammenarbeit der Mitgliedstaaten und eine Stärkung der Koordinierungs- und Leitungsfunktion der EU erreichen<sup>55</sup>.**

### 3. Darstellung der mittelbaren europäischen Gesundheitspolitik

Neben der bislang dargestellten Möglichkeit einer offenen unmittelbaren europäischen Gesundheitspolitik existieren Maßnahmen, die, zumindest offiziell, noch nicht einmal nachgeordnet gesundheitspolitisch motiviert sind, denen keine Kompetenz zugrunde liegt, die ein sozial- bzw. gesundheitspolitisches Handeln der Union erlauben würde, die vielmehr **ausschließlich auf die Konditionierung und Optimierung des Binnenmarktes gerichtet sind und dabei aber eben doch gesundheitspolitisch wirken.** Aus diesem Grund muss hier von einer **mittelbaren, „versteckten“ Möglichkeit der Gesundheitspolitik** gesprochen werden<sup>56</sup>. Es geht dabei vorrangig um die Wirkung von Maßnahmen im Bereich der Grundfreiheiten, das heißt der Waren-, Dienstleistung-, Personenverkehrs- und Kapitalverkehrsfreiheit, auf die nationalen Gesundheitssysteme. Es geht aber auch darum, inwieweit das europäische Wettbewerbsrecht Auswirkungen auf die Gesundheitssysteme hat, vor allem über das Kartellverbot gemäß Art. 101 Abs. 1 AEUV und über das Verbot des Missbrauchs einer marktbeherrschenden Stellung nach Art. 102 AEUV. Darüber hinaus zählt aber auch der Begriff der Kontextsteuerung zu einer mittelbaren europäischen Gesundheitspolitik.

#### 3.1 Kontextsteuerung

Unter dem Begriff der Kontextsteuerung versteht man in der Politikwissenschaft den faktischen Druck auf die Mitgliedstaaten, der im wirtschafts- und finanzpolitischen Umfeld der Gesundheitspolitik entsteht. Über die Wirtschafts- und Währungsunion (WWU) und die Verpflichtungen auf einen Stabilitäts- und Wachstumspakt (SWP) wurde ein restriktiver

---

<sup>55</sup> Gerlinger, a.a.O., S. 157, wörtlich zitiert.

<sup>56</sup> In der Literatur wird auch der Begriff der Negativen Integration verwendet, Schmucker, Perspektiven einer europäisierten Gesundheitspolitik, in: Gerlinger/Mosebach/Schmucker (Hrsg.), Gesundheitsdienstleistungen im europäischen Binnenmarkt, Frankfurt am Main 2010, S. 16f.

haushaltspolitischer Rahmen geschaffen, mit dem Druck auf die öffentlichen Haushalte erzeugt wird. Der Druck kommt also vor allem von den Finanzministern, die nachhaltige Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme zu garantieren<sup>57</sup>. Die Bilanz der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) fließt in die Berechnung des Haushaltdefizits und kann daher die Einleitung eines Defizitverfahrens mit der Androhung eines Bußgelds mit verursachen. Die Einnahmen- und Ausgabensituation der GKV wird zum Gegenstand von Bewertungen, Empfehlungen und Strafandrohungen durch die Europäische Kommission<sup>58</sup>. Durch die tatsächliche Einleitung eines Defizitverfahrens im Jahre 2003 erhielt die Debatte um die Reform der GKV-Finzen eine zusätzliche europäische Dimension. Angesichts der aktuell wachsenden Bedeutung der Steuerfinanzierung in der GKV sowie der angestiegenen Staatsverschuldung werden die haushaltspolitischen Vorgaben der EU eine gesundheitspolitische Kontextsteuerung bewirken.

## 3.2 Grundfreiheiten des Gemeinsamen Marktes

### 3.2.1 Primäres Recht

#### 3.2.1.1 Die Grundfreiheiten

Die Tätigkeit der EU ist vor allem auf die Errichtung eines Binnenmarktes gerichtet, der Hindernisse für den freien Waren-, Personen<sup>59</sup>-, Dienstleistungs- und Kapitalverkehr zwischen den Mitgliedstaaten, die als die vier „Grundfreiheiten“ des EU-Vertrages bezeichnet werden, beseitigt<sup>60</sup>. Die Gewährleistung dieser Marktfreiheiten dient der optimalen Allokation von wirtschaftlichen Ressourcen. Vielfach zeigt sich, dass die Schaffung eines Gemeinsamen Marktes mit gesundheitspolitischen Aspekten verwoben ist. Die Union hat sich daher um eine Vereinbarkeit von binnenmarkt- und gesundheitspolitischen Zielen bemüht, so zum Beispiel für

---

<sup>57</sup> Hajen, *Europäischer Wachstumsmarkt Gesundheitsdienstleistungen zwischen Vision und Realität*, in: Gerlinger/Mosebach/Schmucker, München 2010, S.59.

<sup>58</sup> Schmucker, a.a.O., S. 14f.

<sup>59</sup> Als Personenverkehrsfreiheiten sind die Arbeitnehmerfreizügigkeit und die Niederlassungsfreiheit anzusehen. Oppermann/Classen/Nettesheim, a.a.O., S. 415.

<sup>60</sup> Weiterführend zu den Grundfreiheiten des Gemeinsamen Marktes, Streinz, a.a.O., S. 262ff.

den Krankenversicherungsschutz von Arbeitsmigranten, die Sicherheit von Arzneimitteln und die gegenseitige Anerkennung der Abschlüsse in Gesundheitsberufen.

Nationale Maßnahmen, die die Ausübung der durch den Vertrag garantierten Grundfreiheiten behindern oder ungünstiger ausgestalten können, sind lediglich unter vier Voraussetzungen zulässig. Sie müssen:

- in nicht diskriminierender Weise angewandt werden,
- zwingenden Gründen des Allgemeinwohls entsprechen,
- zur Erreichung des verfolgten Zieles geeignet sein,
- und dürfen nicht über das hinausgehen, was zur Erreichung dieses Zieles erforderlich ist.

### 3.2.1.2 Die Binnenmarkt-Rechtsangleichung im Gesundheitsbereich, Art. 114 Abs. 3 AEUV

Die Rechtsangleichung im Binnenmarkt kann zu einer wesentlichen Kompetenz der EU für den Gesundheitsbereich außerhalb von Art. 168 AEUV führen. Art. 114 Abs. 3 AEUV fordert ein hohes Schutzniveau im Gesundheitsbereich und vergibt der Union die Möglichkeit von Rechtsangleichung in diesem Bereich. Eine gesundheitsbezogene Rechtsangleichung ist nur zulässig, wenn sie die Errichtung und das Funktionieren des Binnenmarktes tatsächlich verbessert, das heißt Hemmnisse für die Grundfreiheiten oder Wettbewerbsverzerrungen spürbar beseitigt<sup>61</sup>. Dann kann der Gesundheitsschutz sogar als Hauptziel der Maßnahmen werden, so dass es sich faktisch um eine unmittelbare Maßnahme der europäischen Gesundheitspolitik handeln würde. Ob diese Querschnittsklausel aber unmittelbare Kompetenzen zum Eingriff in das Recht der nationalen sozialen Sicherungssysteme verleiht, ist fraglich. Gemeint sind hier wohl eher unmittelbar gesundheitsbezogene Maßnahmen zur europäischen Rechtsangleichung, die zugleich das Funktionieren des Binnenmarktes optimieren<sup>62</sup> und das auf einem möglichst hohen Gesundheitsschutzniveau, so zum Beispiel zahlreiche Maßnahmen im Lebensmittel-, Medizinprodukte- und Arzneimittelrecht<sup>63</sup>. Ob der Europäische Gesetzgeber dabei das

---

<sup>61</sup> Oppermann/Classen/Nettesheim, a.a.O., S. 620f.

<sup>62</sup> Zum Beispiel EuGHE 2000, I-8419, Rs.376/98.

<sup>63</sup> Vgl. Oppermann/Classen/Nettesheim, a.a.O., S.621f.

Subsidiaritätsprinzip aus Art. 5 Abs. 3 EUV immer ausreichend berücksichtigt, steht auf einem anderen Blatt.

### 3.2.2 Sekundäres Recht zur Umsetzung der Grundfreiheiten

Den Kern des Freizügigkeitssozialrechtes bildet die Arbeitnehmerfreizügigkeit nach Art. 45 AEUV. Es soll verhindert werden, dass dem Arbeitnehmer, wenn er die Grundfreiheit der Freizügigkeit wahrnimmt, sozialrechtliche Nachteile entstehen. Um eine Diskriminierung aufgrund der Staatsangehörigkeit durch die nationalen Sicherungssysteme zu vermeiden, ist eine Koordinierung der sozialen Sicherungssysteme erforderlich. Ohne eine eigenständige Gesundheitspolitik zu betreiben, kann die Union so Einfluss auf die nationalen Krankenversicherungssysteme ausüben. Dies obwohl das europäische Sozialrecht keine Harmonisierung, sondern lediglich eine Koordinierung der nationalen Sicherungssysteme vorsieht. Binnenmarktbezogene Maßnahmen, wie hier zur Umsetzung der Arbeitnehmerfreizügigkeit und des Freizügigkeitssozialrechtes begründen aber keine konkurrierende oder parallele Kompetenz der Europäischen Gemeinschaft zur Regelung nationaler sozialer Sicherungssysteme. Die Europäische Gemeinschaft wird hier in einem Subkontext außerhalb ihrer Kompetenzen tätig. So kann die Union zum Beispiel bestimmen, ob und inwieweit Leistungen an Personen erbracht werden müssen, die in einem anderen Mitgliedstaat leben. Wird ein solcher Leistungsexport angeordnet, so kommt es zwangsläufig – aber ohne ausdrückliche Kompetenzzuweisung - zu einem Eingriff in das nationale System der sozialen Sicherung, soweit es auf dem Territorialitätsprinzip beruht<sup>64</sup>.

Bereits bevor der Europäische Gerichtshof die Grundfreiheiten, namentlich die Warenverkehrsfreiheit und die Dienstleistungsverkehrsfreiheit für die grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen fruchtbar machte, sah die Wanderarbeitnehmerverordnung VO 1408/71 Koordinierungsmaßnahmen vor, durch die eine mittelbar gemeinschaftliche Gesundheitspolitik betrieben wurde<sup>65</sup>. Es geht um den Fall der EU-

---

<sup>64</sup> Hierzu Huster, Grundfragen der Exportpflicht im europäischen Sozialrecht, in: NZS Heft 1, 1999, S. 10 und weiterführende Ausführung in Teil IV D. 2 .

<sup>65</sup> Schmucker spricht von einer intendierten negativen Integration, Schmucker, a.a.O., S. 16.

Bürger, die dauerhaft im EU-Ausland leben, und die grundsätzlich die gleichen Zugangsrechte zu nationalen Gesundheitssystemen wie Inländer haben. Die VO 883/2004 löste am 1. Mai 2010 die Wanderarbeitnehmerverordnung VO 1408/71 ab<sup>66</sup> und bezweckt, das bestehende System der Koordinierung der nationalen Systeme der sozialen Sicherheit zu vereinfachen und zu modernisieren.

### 3.2.2.1 Die Verordnung (EG) Nr. 883/2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit

Die in der VO 1408/71 vorgesehene Beschränkung des persönlichen Anwendungsbereichs nur auf Arbeitnehmer und Selbständige wurde aufgehoben. **Sie gilt nun für alle Staatsangehörige eines Mitgliedstaates, die in einem Mitgliedstaat der EU wohnen, ihre Familienangehörige und Hinterbliebene.** Heute sollen also alle Staatsangehörigen der Mitgliedstaaten unabhängig von ihrer Eigenschaft als Arbeitnehmer in den Genuss weitreichender Freizügigkeitsrechte kommen.

Der sachliche Anwendungsbereich der Regelung bezieht sich nach wie vor auf Leistungen bei Krankheit, Mutterschaft, Invalidität, Alter, Arbeitslosigkeit sowie Familienleistungen. Die Generalklausel des Art. 5 VO (EG) 883/2004 sieht eine Gleichstellung von Leistungen, Einkünften, Sachverhalten im In- und Ausland vor, das heißt eine Leistung, die im Ausland in Anspruch genommen werden soll, wird so behandelt, als ob sie im Herkunftsland des Versicherten entstanden wäre<sup>67</sup>.

Von zentraler Bedeutung ist dabei das Exportgebot von Sach- und Geldleistungen: Während Geldleistungen - wie das Krankengeld - unmittelbar durch die zuständigen Träger im Herkunftsland zu gewährleisten sind (Art. 21 VO (EG) 883/2004), unterliegen Behandlungs- bzw. Sachleistungen einer Erbringung durch die Wohnstaatsträger. Wobei auf der Grundlage der Sachleistungsaushilfe des Koordinierungsrechts, Aufwendungen für Sachleistungen, die vom

---

<sup>66</sup> Allerdings wird die VO 1408/71 nicht ganz außer Kraft gesetzt, sondern wird weiter für Staatsangehörige von Drittstaaten gelten, Informationen abrufbar unter URL: [http://europa.eu/legislation\\_summaries/employment\\_and\\_social\\_policy/social\\_protection/c10516\\_de.htm](http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/social_protection/c10516_de.htm) (überprüft am 23.02.2012).

<sup>67</sup> Iungareva, Grenzüberschreitende Gesundheitsnetzwerke im Lichte der EG-Grundfreiheiten und des europäischen Wettbewerbs-, Beihilfe- und Vergaberechts. Eine neuinstitutionsökonomische und evolutionsökonomische Analyse des Managements transnationaler Gesundheitsnetzwerke, 2009, S. 210.

Träger eines Mitgliedstaates auf Rechnung des Trägers eines anderen Mitgliedstaates gewährt worden sind, in voller Höhe vom Träger im Heimatland zu erstatten sind<sup>68</sup>.

**Der äußerst relevante Art. 19 VO (EG) 883/2004 hingegen regelt die Fälle eines bloß vorübergehenden Aufenthalts im EU-Ausland und bestimmt sehr strikte Voraussetzungen für eine Leistungserbringung im Ausland, die sowohl die Freizügigkeit als auch die Dienstleistungs- und Warenverkehrsfreiheit beeinträchtigen können.** Art. 19 der VO (EG) 883/2004 muss in seinem Regelungsgehalt etwas genauer untersucht werden, da er praktisch eine besonders große Bedeutung hat.

Tritt während eines vorübergehenden Aufenthaltes im EU-Ausland der Krankheitsfall ein, so kann der Versicherte **genehmigungsfrei** und über das System der Sachleistung nur Leistungen in Anspruch nehmen, die **medizinisch notwendig sind**. Wobei grundsätzlich in der Regel Leistungen gemeint sind, die aus medizinischer Sicht nicht bis zur Rückkehr in den zuständigen Staat aufgeschoben werden können<sup>69</sup>.

**Begibt sich jedoch zur Behandlung der Versicherte ins EU-Ausland (planbare medizinische Behandlung), so ist nach Art. 20 VO (EG) 883/2004 eine Genehmigung des zuständigen Trägers erforderlich<sup>70</sup>.** Die **Behandlungsgenehmigung** ist zu erteilen, wenn die betreffende Leistung Teil des Leistungskatalogs des Herkunftsstaats ist und diese im Heimatmitgliedstaat nicht innerhalb eines - unter Berücksichtigung des Gesundheitszustandes des Patienten und des voraussichtlichen Krankheitsverlaufs - **medizinisch vertretbaren Zeitraums** gewährt werden kann.

Über die VO (EG) 631/2004 und die Beschlüsse 189, 190 und 191 der Verwaltungskommission vom 18. Juni 2003 ist die Einführung einer Europäischen Krankenversicherungskarte (European Health Insurance Card = EHIC) zur Vereinfachung der grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen vorgesehen. Durch die Europäische Versicherungskarte sollen die

---

<sup>68</sup> Siehe Schulte, Chancen und Risiken einer EU-Richtlinie zur Ausübung der Patientenrechte bei der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung“, Vortrag Berlin 29.9.2008, S. 5.

<sup>69</sup> Hierzu diente früher der Reisekrankenschein E 111, er wurde Anfang 2006 durch die Europäische Krankenversicherungskarte ersetzt, sie gibt dem Patient im EU-Ausland Anrecht auf medizinisch notwendige Sachleistungen bei Unfall oder Krankheit. Siehe ABl. L 100/1 vom 6.4.2004.

<sup>70</sup> Hierzu diente bis Mai 2010 der Vordruck E 112, nun erfüllt Dokument S2 die gleiche Funktion, es handelt sich um eine Bescheinigung über die Weitergewährung der Leistungen der Krankenversicherung.

Vordrucke für den Zugang zu Sachleistungen bei einem vorübergehenden Aufenthalt in einem anderen Mitgliedstaat als dem zuständigen Staat oder Wohnstaat ersetzt werden.

### 3.2.2.2 Urteile des Europäischen Gerichtshofes

Die Urteile Kohll/Decker, Smits/Peerbooms, Vanbraekel, Ferlini, Ioannidis, Müller-Fauré/Van Riet und Watts stehen für die Möglichkeit einer „versteckten“ mittelbaren Gesundheitspolitik<sup>71</sup>, die außerhalb der vertraglichen Kompetenzen betrieben wird. Sie demonstrieren exemplarisch den Einfluss der Marktfreiheiten auf die Absicherung gegen das Krankheitsrisiko, also auf die Gesundheitspolitik. Die Gesundheitssysteme können dem Einfluss der Binnenmarktfreiheiten nicht mehr entzogen werden. Sie werden in den Prozess der europäischen Integration einbezogen, stehen damit aber auch exemplarisch für eine „schleichende“ Europäisierung jenseits der EU-vertraglichen Kompetenzen. **Diese mittelbare europäische Gesundheitspolitik hat einen weitreichenderen Einfluss auf die nationalen Gesundheitssysteme gewonnen als die unmittelbare europäische Gesundheitspolitik.** Seit der Kohll/Decker Entscheidung des Europäischen Gerichtshofes vom 28. April 1998 bis heute wird eine kontroverse Diskussion über die Stellung der nationalen Gesundheitssysteme in der Europäischen Union geführt. Der Europäische Gerichtshof hat seitdem mit weiteren Entscheidungen die gesundheitspolitische Diskussion auf europäischer Ebene zusätzlich angeheizt. Aber in allen Auslandsbehandlungsfällen, die der EuGH zu entscheiden hatte, ging es ausschließlich um **die zielgerichtete Reise eines EU-Bürgers in einen anderen Staat, um dort eine Gesundheitsleistung in Anspruch zu nehmen.**

#### 3.2.2.2.1 Die Rechtssachen Kohll/Decker

Wie bereits dargestellt, regelt die VO 1408/71 (heute VO (EG) Nr. 883/2004), dass außer in Notfällen eine Erkrankung im Ausland auf Kosten des zuständigen Trägers der gesetzlichen Krankenversicherung nur behandelt werden kann, wenn die Kasse die Auslandsbehandlung zuvor genehmigt hat.

---

<sup>71</sup> Hierfür wird auch der Begriff einer nicht-intendierten negativen Integration verwendet, Schmucker, a.a.O., S. 17.

Eine derartige Beschränkung bei der Inanspruchnahme ausländischer Leistungen kann eine Verletzung der Grundfreiheiten zur Folge haben. In **zwei Aufsehen erregenden Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofs**, den Entscheidungen in den Rechtssachen Kohll und Decker, wurde darum gestritten, ob nationale Regelungen zu grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung, die dem fraglichen Art. 19 (damals Art. 22) vergleichbar sind, mit dem Gebot des freien Waren- bzw. Dienstleistungsverkehrs vereinbar sind.

In der Rechtssache „Nicolas Decker/Caisse de maladie des employés privés“ (Rs. C-120/95) ging es darum, dass der luxemburgische Staatsangehörige Decker bei seiner Krankenkasse eine Pauschalerstattung für eine ihm in Luxemburg verordnete und in Belgien gekaufte Brille beantragte. Der Sozialversicherungsträger lehnte die Erstattung ab und wies auf die nationalen Rechtsvorschriften hin, die in einem solchen Fall eine vorherige Genehmigung vorsehen. Nachdem Herr Decker gegen diesen Bescheid geklagt hatte, legte das luxemburgische Gericht dem EuGH die Frage vor, ob die Genehmigungspflicht nach luxemburgischem Recht mit der Warenverkehrsfreiheit vereinbar sei.

In der Rechtssache „Raymond Kohll/Union des caisses de maladie“ (Rs. C-158/96) beantragte der luxemburgische Staatsangehöriger Kohll die Genehmigung einer zahnregulierenden Behandlung seiner Tochter durch einen deutschen Kieferorthopäden. Eine solche Genehmigung ist nach Luxemburger Recht Voraussetzung für die Erstattung der für eine derartige Behandlung in Luxemburg üblichen Kosten. Der Antrag wurde abgelehnt, da die Behandlung nicht dringend gewesen sei und ebenso in Luxemburg hätte vorgenommen werden können. Auf die Klage von Herrn Kohll hin legte das Gericht dem EuGH die Frage vor, ob die Genehmigungspflicht nach Luxemburger Recht mit der Dienstleistungsfreiheit zu vereinbaren sei.

**In beiden Fällen hat der EuGH einen Verstoß gegen die Grundfreiheiten angenommen.**

Zwar wollten die Regierungen auf eine Unvereinbarkeit des Art. 22 Abs. 1 Buchst. c VO (EWG) Nr. 1408/71 (heute Art. 19 VO (EG) Nr. 883/2004) mit dem EGV hinaus, der EuGH prüfte diese Problematik jedoch nicht, da Art. 22 Abs. 1 Buchst. c VO (EWG) Nr. 1408/71 die vorliegenden Fälle gar nicht erfasse, denn hier sei nur eine Kostenerstattung nach den im Versicherungsstaat selbst geltenden Vorschriften beantragt worden. Damit beschränkte sich die Prüfung auf eine

Vereinbarkeit der allerdings sehr ähnlichen nationalen Regelungen mit den Vertragsvorschriften über den freien Waren- und Dienstleistungsverkehr.

**In beiden Urteilen bestätigte der EuGH seine ständige Rechtsprechung, dass das Gemeinschaftsrecht die Zuständigkeiten der Mitgliedstaaten zur Ausgestaltung ihrer nationalen Systeme der sozialen Sicherheit unberührt lässt<sup>72</sup>.** Das Recht eines Mitgliedstaates bestimmt, unter welchen Voraussetzungen das Recht oder die Pflicht zum Anschluss an ein System der sozialen Sicherheit besteht und ob bzw. in welchen Umfang Ansprüche auf Leistungen existieren. Bei der Ausübung ihrer Regelungsbefugnis müssen die Mitgliedstaaten indes das Gemeinschaftsrecht beachten<sup>73</sup>. Wenn die Mitgliedstaaten Maßnahmen auf dem Gebiet der sozialen Sicherheit treffen, müssen sie die Vorschriften des EG-Vertrages und die EG-Grundfreiheiten beachten: Im Hinblick auf den Absatz medizinischer Erzeugnisse ist der Grundsatz des freien Warenverkehrs zu berücksichtigen. Dasselbe gilt für den Grundsatz des freien Dienstleistungsverkehrs.

**Eine nationale Regelung, die eine der Grundfreiheiten des EG-Vertrages beschränkt, bedarf einer besonderen Rechtfertigung. Rein wirtschaftliche Gründe können eine Beschränkung der EG-Vertragsfreiheiten nicht rechtfertigen, dennoch können die Mitgliedstaaten sowohl den freien Dienstleistungsverkehr als auch den freien Warenverkehr aus Gründen der öffentlichen Gesundheit beschränken:**

- Eine erhebliche Gefährdung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit könne einen zwingenden Grund des Allgemeininteresses darstellen, der eine solche Beschränkung rechtfertigen könne.
- Das Ziel, eine ausgewogene, allen zugängliche ärztliche und klinische Versorgung aufrechtzuerhalten, könne zu den Ausnahmen aus Gründen der öffentlichen Gesundheit zählen, soweit es zur Erzielung eines hohen Gesundheitsschutzes beitrage.
- Der freie Dienstleistungsverkehr im Bereich der ärztlichen und klinischen Versorgung darf eingeschränkt werden, soweit die Erhaltung eines bestimmten Umfangs der medizinischen und pflegerischen Versorgung oder eines bestimmten

---

<sup>72</sup> Decker Tz. 21 mit Zitaten aus der Rspr., Kohll Tz. 17.

<sup>73</sup> Schlussanträge des Generalanwalts Giuseppe Tesaro vom 16. September 1997 zu Rs. C-120/95 und Rs. C-158/96, Tz. 17-25.

**Niveaus der Heilkunde im Inland für die Gesundheit oder selbst das Überleben der Bevölkerung erforderlich sei.<sup>74</sup>**

Nachdem der EuGH festgestellt hat, dass die Mitgliedstaaten bei der Wahrnehmung ihrer Zuständigkeit zur Ausgestaltung der Sozialsicherungssysteme verpflichtet sind, das Gemeinschaftsrecht, hier die Warenverkehrs- und Dienstleistungsfreiheit, zu beachten, äußerte er sich dezidiert zu der streitgegenständlichen Genehmigungspflicht. In einem ersten Schritt qualifizierte der EuGH derartige Genehmigungspflichten als Behinderung der Grundfreiheiten. Dabei betonte er noch einmal seine ständige Rechtsprechung, nach der rein wirtschaftliche Gründe eine Beschränkung der Grundfreiheiten nicht rechtfertigen können. In einem zweiten dogmatischen Schritt fragt der EuGH, inwieweit sich die fragliche Genehmigungspflicht in das Prinzip einpassen lässt, nach dem die Mitgliedstaaten den freien Warenverkehr und den freien Dienstleistungsverkehr aus Gründen der öffentlichen Gesundheit beschränken können.

**Der EuGH nahm in den Vorlagefällen keinen dieser Rechtfertigungsgründe an<sup>75</sup>. Eine Gefährdung des finanziellen Gleichgewichts des Gesundheitssystems läge nicht vor, denn die Kosten für die in einem anderen Mitgliedstaat bezogene Brille (Decker) bzw. für die durchgeführte Zahnbehandlung (Kohll) sollten lediglich nach den Inlandsätzen erstattet werden.** Die Krankenkasse habe somit keine höheren Beiträge zu erstatten, als wenn diese Waren oder Dienstleistungen im Inland bezogen worden wären. Der Patient selbst müsse einen etwaigen Differenzbetrag zahlen, so dass keine Auswirkungen auf die Finanzierung des Systems der sozialen Sicherheit auszumachen seien. Eine Einschränkung der EG-Grundfreiheiten sei somit nicht gerechtfertigt.

Der EuGH geht demnach letztlich davon aus, dass zumindest in derartigen Fällen zum Schutz der Grundfreiheiten und damit zum Schutz des Binnenmarktes eine Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im EU-Ausland vom jeweiligen nationalen Recht zugelassen werden muss.

---

<sup>74</sup> Vgl. Lenz/Lampert, Gemeinsamer Binnenmarkt und Leistungserbringung in der Gesetzlichen Krankenversicherung – Konsequenzen der Rechtsprechung des EuGH in den Rechtssachen „Decker“ und „Kohll“ für den Arzneimittelmarkt in der Gesetzlichen Krankenversicherung, Teil 1, in: Pharma Recht 1999, Heft 3, S. 67.

<sup>75</sup> Vgl. Schulte, Warenverkehrsfreiheit und Dienstleistungsfreiheit im gemeinsamen Markt: Auswirkungen auf das Deutsche Gesundheitswesen, Teil 1: Bestandsaufnahme, in: Arbeit und Sozialpolitik 7-8/2001, S. 46.

Des Weiteren hat der EuGH klargestellt, dass Ärzte aus einem anderen EG-Mitgliedstaat als ebenso qualifiziert anzusehen sind wie inländische Ärzte. Eine Rechtfertigung für den Eingriff in Grundfreiheiten unter Berufung auf Gründe des Gesundheitsschutzes mit dem Hinweis darauf, dass die Qualität von in anderen Mitgliedstaaten erbrachten ärztlichen Leistungen geschützt werden müsse, kommt daher nicht in Frage. Weiterhin stellte er klar, dass bereits der Umstand, dass medizinische Erzeugnisse von qualifizierten Ärzten verordnet werden, hinreichend sicherstellt, dass die Qualität der Erzeugnisse, die aus einem anderen Mitgliedstaat stammen, gewährleistet wird<sup>76</sup>.

#### 3.2.2.2.2 Die Rechtssachen Smits/Peerbooms

Drei Jahre nach den Rechtssachen Kohll/Decker hat der Europäische Gerichtshof in den Fällen Smits/Peerbooms (RS C-157/99) zur Frage der Kostenübernahme einer in einem anderen Mitgliedstaat des Europäischen Wirtschaftsraums durchgeführten stationären Behandlung Stellung genommen und hatte sich dabei mit der Frage der Zulässigkeit von Genehmigungsvorbehalten für stationäre Behandlungen im EU-Ausland auseinanderzusetzen. Niederländische Versicherte hatten sich in dem diesem Verfahren zugrunde liegenden Sachverhalt für eine stationäre Behandlung ins Ausland begeben und dann auf Kostenübernahme durch ihre Krankenkasse geklagt.

Frau Smits litt an der Parkinsonschen Krankheit und beantragte bei ihrer Krankenkasse die Erstattung der Kosten für ihre Versorgung in einer deutschen Klinik. Die niederländische Krankenkasse lehnte die Erstattung ab und argumentierte, dass die Behandlung nicht „medizinisch notwendig“ gewesen sei und eine ausreichende und angemessene Behandlung in den Niederlanden zur Verfügung gestanden habe. Darüber hinaus könne die in Deutschland durchgeführte Behandlungsmethode nicht als „in ärztlichen Kreisen üblich“ angesehen werden.

Herr Peerbooms fiel infolge eines Verkehrsunfalls ins Koma. Nachdem er in den Niederlanden in ein Krankenhaus eingeliefert worden war, wurde er in einem vegetativen Zustand in die Universitätsklinik Innsbruck (Österreich) gebracht. Dort wurde er durch ein Spezialverfahren aus

---

<sup>76</sup> Vgl. Lenz/Lampert, a.a.O., S. 96.

dem Koma erweckt<sup>77</sup>. Die Kasse hat darauf verwiesen, dass sich diese Komabehandlung in den Niederlanden noch in der Erprobungsphase befinde und nur für bestimmte Patientengruppen zugelassen sei, unter die der Kläger nicht falle<sup>78</sup>.

**Grundsätzlich hat der EuGH entschieden, dass der freie Dienstleistungsverkehr nicht nur für die Inanspruchnahme ambulanter Leistungen, sondern auch für die Inanspruchnahme stationärer Leistungen gilt.** Dennoch hat er bestätigt, dass „zwingende Gründe des Allgemeininteresses“ unter bestimmten Voraussetzungen eine Beschränkung des freien Dienstleistungsverkehrs rechtfertigen können. Insoweit hat er Genehmigungsvorbehalte für eine stationäre Behandlung grundsätzlich als zulässig anerkannt<sup>79</sup>, obwohl das Erfordernis einer vorherigen Genehmigung eine Beschränkung der Dienstleistungsfreiheit der Versicherten darstelle.

Zunächst hat der EuGH klargestellt, dass medizinische Leistungen Dienstleistungen im Sinne des EG-Vertrages sind, unabhängig davon, ob es sich um stationäre oder ambulante Leistungen handelt und unabhängig davon, ob sie als Sachleistung oder im Wege der Kostenerstattung gewährt worden sind. Der EuGH hat dabei noch einmal festgestellt, dass Artikel 60 des EG-Vertrages (heute Art. 57 AEUV) nicht verlangt, dass die Dienstleistung von demjenigen bezahlt wird, dem sie zugutekommt<sup>80</sup>.

Der EuGH hat die Auffassung vertreten, dass eine Einschränkung der Dienstleistungsfreiheit hier grundsätzlich gerechtfertigt sei, denn eine vorherige Genehmigung für Krankenhausbehandlungen im Ausland sei für die Kapazitätsplanung im Krankenhaussektor unabdingbar. Ohne eine solche Genehmigung kann eine erhebliche Gefährdung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit eintreten, somit kann das Genehmigungserfordernis als zwingender Grund des Allgemeininteresses angesehen werden.

---

<sup>77</sup> Vgl. Berg, Anmerkung zum Urteil des EuGH in der Rechtssache C-157/99, in: Pharma Recht 2001, Heft 10, S. 315-319, hier S. 316.

<sup>78</sup> Weiterführend zu den einzelnen Fällen: Danner, Nationalstaatliche Souveränität im Wandel: Europarecht bringt neue Realität in die Gesundheitsmärkte, in: KrV, Juni 2000, S. 152-156, S. 152f. und Burger, Europäischer Gerichtshof: Freier Dienstleistungsverkehr auch für stationäre Leistungen – Beschränkungen sind möglich, in: BKK 8/2001, S. 356.

<sup>79</sup> Vgl. Burger, Europäischer Gerichtshof: Freier Dienstleistungsverkehr auch für stationäre Leistungen – Beschränkungen sind möglich, in: Die BKK 8/2001, S. 356-358, hier S. 356.

<sup>80</sup> Somit folgt das Gericht nicht der Auffassung des Generalanwalts und der überwiegenden Zahl der EG bzw. EWR Mitgliedstaaten, die im Verfahren Stellung genommen haben: Vgl. Berg, a.a.O., S. 317.

Der EuGH bestätigte die alleinige Zuständigkeit der Mitgliedstaaten für die Ausgestaltung ihrer Systeme der sozialen Sicherheit und insbesondere für die Festlegung des nationalen Leistungsumfangs<sup>81</sup>.

**Obwohl es den Mitgliedstaaten frei steht, den Umfang der gewährten medizinischen Leistung zu bestimmen, darf in folgenden beiden Fällen eine Genehmigung für eine Auslandsbehandlung nicht versagt werden:**

- **wenn die betreffende Behandlung in der internationalen Medizin hinreichend erprobt und anerkannt ist;**
- **und wenn die beabsichtigte Behandlung nicht oder nicht rechtzeitig durch eine Einrichtung, mit der ein Versorgungsvertrag besteht, erfolgen kann.**

Interessant ist dabei, dass das Urteil in den Rechtssachen Smits/Peerbooms zum Sachleistungssystem der Niederlande ergangen ist, in dem der Versicherte wie in der Bundesrepublik Deutschland einen Anspruch auf die Versorgung selbst hat.

#### 3.2.2.2.3 Die Rechtssache Vanbraekel

Die in Belgien wohnhafte und versicherte Klägerin hatte sich, obwohl eine entsprechende Genehmigung ihrer Krankenkasse nicht erteilt wurde, einer arthroskopischen Behandlung in Frankreich unterzogen. Nach Vorlage eines ärztlichen Gutachtens wurde die Genehmigung nachträglich erteilt, denn das Gericht hatte festgestellt, dass die Genehmigung zu Unrecht versagt worden war. Die Kosten der Behandlung in Frankreich wurden der Patientin von ihrer Krankenkasse erstattet. Die französische „Rechnung“ war allerdings um ein Viertel billiger als die Kosten, die bei einer Inlandsbehandlung angefallen wären. Frau Descamps und nach ihrem Tod ihr Mann, Herr Vanbraekel, klagten auf Zahlung des Differenzbetrages<sup>82</sup>.

Der EuGH betont, dass auch für den Fall einer zu Unrecht verweigerten Genehmigung die allgemeinen Grundsätze des Art. 22 der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 (heute: Art. 19 VO

---

<sup>81</sup> In der Rechtssache Duphar, die im Übrigen im Zusammenhang dieser Arbeit keine Rolle spielt, hat der EuGH entschieden, dass Positivlisten im Interesse einer Kostendämpfung in gesetzlichen Gesundheitssystemen zulässig sind, wenn sie anhand objektiver Kriterien erstellt worden sind, die vom Ursprung des Erzeugnisses unabhängig sind. Das Gleiche gilt für ärztliche und klinische Behandlungen. Siehe Danner, a.a.O.; Burger, a.a.O., S. 357.

<sup>82</sup> Vgl. Wismar/Busse, Europa Ante Portas. Die Europäisierung der Gesundheitsversorgung in den Mitgliedstaaten, in: Gesellschaftspolitische Kommentare (gpk), Oktober 2001, S. 14-18, hier S. 15.

(EG) Nr. 883/2004) gelten und daher eine Erstattungspflicht des zuständigen Trägers (in Belgien) nach den Rechtsvorschriften des Staats der Leistungserbringung (Frankreich) besteht. Der Kläger hatte jedoch zusätzlich den Differenzbetrag zwischen den Kosten für die Leistung in Belgien und den Kosten der Leistung in Frankreich eingeklagt. Dieser Fall wird in Art. 22 der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 nicht geregelt, so dass das Gericht zu prüfen hatte, ob die belgische Kasse aufgrund der Dienstleistungsfreiheit zu einer darüber hinausgehenden Erstattung nach belgischem Recht verpflichtet war<sup>83</sup>. Der EuGH bejahte einen Eingriff in den Schutzbereich der Dienstleistungsverkehrsfreiheit: Ein Versicherter, der im Ausland eine weniger günstige Erstattung zu erwarten hätte als im Inland, könne von einer Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen im Ausland abgehalten werden<sup>84</sup>. **Der EuGH gab dem Kläger Recht (C-368/98) und verpflichtete die belgische Krankenkasse zur Zahlung. Es ging dem EuGH darum, Kostenvorteile, die durch eine Behandlung im Ausland entstehen, nicht dem zuständigen Träger zugutekommen zu lassen, der zuvor zu Unrecht die Genehmigung nach Art. 22 Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 verweigert hatte<sup>85</sup>.**

#### 3.2.2.2.4 Die Rechtssache Ferlini

**In der Rechtssache Ferlini (RS C-411/98) stellte der EuGH durch sein Urteil vom 3. Oktober 2000 fest, dass es eine durch Art. 12 Abs. 1 EG (heute: Art. 18 AEUV) verbotene Diskriminierung aufgrund der Staatsangehörigkeit darstellt, wenn eine Gruppe von Leistungserbringern ohne objektive Rechtfertigung gegenüber Staatsangehörigen anderer Mitgliedstaaten höhere Gebührensätze für Krankenhausleistungen verlangt als gegenüber Personen, die dem nationalen System der sozialen Sicherheit angehören.**

Die Entscheidung erging im Rahmen eines Vorabentscheidungsverfahrens in dem Rechtsstreit zwischen einem in Luxemburg wohnhaften Beamten der EU-Kommission, Herrn Ferlini, und einem luxemburgischen Krankenversicherungsträger, der über die Kosten der Entbindung und des Aufenthalts der Ehefrau des Klägers in einer luxemburgischen Klinik geführt wurde. Nach

---

<sup>83</sup> Vgl. Kingreen, Zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im europäischen Binnenmarkt, in: NJW 2001, Heft 46, S. 3382-3385, hier S. 3383.

<sup>84</sup> EuGH, NJW 2001, 3397 Rdnr. 45.

<sup>85</sup> In diesem Sinne Nowak, Die Entwicklung des EG-Beihilfenkontrollrechts in den Jahren 1998, 1999 und 2000, in: Europäische Zeitschrift für Wirtschaftsrecht (EuZW), 2001, S. 293-306.

der Entbindung stellte die luxemburgische Klinik Herrn Ferlini, der nicht dem nationalen luxemburgischen System der sozialen Sicherheit angehörte, deutlich höhere Gebührensätze in Rechnung als sie gegenüber Pflichtversicherten im luxemburgischen Krankenversicherungssystem in Rechnung gestellt hätte.

Der EuGH betonte, dass eine Diskriminierung vorliegt, wenn auf vergleichbare Sachverhalte unterschiedliche Regelungen angewandt werden. Im vorliegenden Fall führt das vom Leistungserbringer herangezogene Differenzierungsmerkmal der Zugehörigkeit zum nationalen System der sozialen Sicherheit, auf dem die Anwendung unterschiedlicher Gebührensätze für die gleichen ärztlichen Leistungen und Krankenhausleistungen beruht, zu einer mittelbaren Diskriminierung aufgrund der Staatsangehörigkeit<sup>86</sup>.

#### 3.2.2.2.5 Die Rechtssache Ioannidis

In der Rechtssache Ioannidis (C-326/00) hat der EuGH am 25. Februar 2003 erneut über im Ausland in Anspruch genommene medizinische Behandlungen geurteilt. Er entschied folgendermaßen: **Ein Mitgliedstaat kann die Übernahme von Kosten für die stationäre Behandlung eines Rentners, der sich zu Besuchszwecken in einen anderen Mitgliedstaat begeben hat, weder von einer Genehmigung noch davon abhängig machen, dass die Krankheit, unter der der Betreffende leidet, plötzlich ausgebrochen ist**<sup>87</sup>.

Herr Ioannidis wohnt in Griechenland und bezieht dort eine Altersrente. Während einer Deutschlandreise musste er wegen einer längst diagnostizierten Angina pectoris in ein Krankenhaus eingeliefert werden. Er war im Besitz eines gültigen Vordrucks E 111 und beantragte daher bei der deutschen Krankenkasse die Zahlung der Krankenhauskosten, die sich diese anschließend vom griechischen Versicherungsträger (IKA) hätte erstatten lassen können. Dies sieht die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 (heute: VO (EG) Nr. 883/2004) ausdrücklich so vor. Die deutsche Krankenkasse war jedoch der Auffassung, der Vordruck E 111 decke nur unverzüglich erforderliche Behandlungen ab, Herr Ioannidis hingegen leide unter einer

---

<sup>86</sup> Vgl. Schulte, Warenverkehrsfreiheit und Dienstleistungsfreiheit im gemeinsamen Markt: Auswirkungen auf das Deutsche Gesundheitswesen, Teil 2: Perspektiven, in: Arbeit und Sozialpolitik 1-2/2002, S. 43-57, S. 53f.

<sup>87</sup> Vgl. Pressemitteilung N° 09/03, vom 25.02.03 abrufbar unter URL: <http://www.curia.eu.int>, Pressemitteilungen (überprüft am 23.02.2012).

chronischen Krankheit, daher zahlte die deutsche Kasse nicht. Sie ersuchte die IKA um Ausstellung des Vordrucks E 112, der erforderlich ist, wenn ein Versicherter eine Genehmigung einholen will, um sich zu einer ärztlichen Behandlung in einen anderen Mitgliedstaat zu begeben. Die IKA lehnte die Übernahme der betreffenden Kosten mit der Begründung ab, dass Herr Ioannidis unter einer chronischen Krankheit leide und die Verschlechterung seines Zustandes nicht plötzlich eingetreten sei. Nach griechischem Recht kann die Erstattung der von einem Rentner im Ausland gezahlten Arztkosten nachträglich nur genehmigt werden, wenn die Krankheit plötzlich während des Aufenthalts auftritt und unverzüglich behandelt werden muss. Das griechische Gericht hat darauf hin dem EuGH die Frage nach der Vereinbarkeit der griechischen Regelung mit dem Gemeinschaftsrecht vorgelegt.

Der EuGH wies zunächst darauf hin, es sei Sache des nationalen Gerichts sei zu prüfen, ob die dem Betroffenen gewährte Behandlung geplant gewesen sei und ob sein Aufenthalt in einem anderen Mitgliedstaat von vorneherein medizinischen Zwecken habe dienen sollen. In der Rechtssache sei das nationale Gericht offenbar von diesem Fall nicht ausgegangen.

Weiter würden nach der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 im Hinblick auf die Übernahme einer ärztlichen Behandlung, die anlässlich eines Aufenthalts in einem anderen Mitgliedstaat als demjenigen des Wohnortes des Sozialversicherten erforderlich geworden sei, Rentner und Arbeitnehmer unterschiedlich behandelt. Hier wird das Ziel verfolgt, die effektive Mobilität der Rentner zu fördern. In der Entscheidung heißt es hierzu: „Wie sowohl die griechische Regierung in ihren schriftlichen Erklärungen als auch der Generalanwalt in Nummer 32 seiner Schlussanträge ausgeführt haben, lässt sich der Umstand, dass der Gemeinschaftsgesetzgeber die für nicht mehr erwerbstätige Rentner geltende Regelung nicht derjenigen für Arbeitnehmer oder Selbständige nachbilden wollte, mit der Absicht erklären, die effektive Mobilität dieser Kategorie von Sozialversicherten zu fördern und dabei bestimmte für sie typische Merkmale zu berücksichtigen, darunter eine potenziell größere gesundheitliche Anfälligkeit und Abhängigkeit sowie die Tatsache, dass sie über mehr Zeit für Reisen in andere Mitgliedstaaten verfügen.“<sup>88</sup>

---

<sup>88</sup> Urteil des Gerichtshofes vom 25.02.2003, in der Rechtssache C-326/00, Randnummer 38.

**Der EuGH entschied, dass der Träger des Aufenthaltsortes die Kosten tragen muss, die er dann vom Träger des Wohnortes erstattet bekommt. Weigere sich die Kasse am Urlaubsort zu Unrecht, so hat der Rentner zumindest ein Recht auf Erstattung der Behandlungskosten in der Heimat. Diese Erstattung könne weder von einem Genehmigungsverfahren noch von dem Erfordernis abhängig gemacht werden, dass die Krankheit plötzlich aufgetreten ist<sup>89</sup>.**

Das Gericht hat damit erneut klargestellt, dass eine griechische Regelung, die die Erstattung von einer nachträglichen Genehmigung abhängig macht, die nur erteilt wird, wenn nachgewiesen ist, dass die im Ausland zu behandelnde Krankheit plötzlich während des Aufenthalts aufgetreten ist und die unverzügliche Behandlung erforderlich gemacht hat, nicht mit den Artikeln 31 und 36 der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 (heute: Art. 27 und 35 VO (EG) Nr. 883/2004) vereinbar ist.

#### 3.2.2.2.6 Die Rechtssache Müller-Fauré/Van Riet

In der Rechtssache Müller-Fauré/Van Riet (C-385/99) bestätigte der Gerichtshof die Entscheidung Smits/Peerbooms und befasste sich ebenso näher mit der **Problematik der Wartelisten**.

Frau Müller-Fauré, die in den Niederlanden wohnt, ließ während ihres Urlaubs in Deutschland eine Zahnbehandlung durchführen, ohne zuvor eine Genehmigung ihrer niederländischen Krankenkasse eingeholt zu haben. Nach der Rückkehr in die Niederlande beantragte sie die Erstattung der Behandlungskosten.

Frau Van Riet hingegen beantragte bei ihrer niederländischen Kasse die Übernahme der Kosten für eine Arthroskopie in Belgien, da diese dort zu einem früheren Termin als in den Niederlanden durchgeführt werden konnte. Ohne eine entsprechende Genehmigung abzuwarten, unterzog sie sich im Nachbarland einem operativen Eingriff.

In beiden Fällen wurde die Erstattung der Kosten mit der Begründung abgelehnt, dass die erforderliche und geeignete ärztliche Behandlung in den Niederlanden in einem angemessenen Zeitraum verfügbar gewesen sei.

---

<sup>89</sup> Vgl. auch Süddeutsche Zeitung vom 26.02.03, S. 5.

Das niederländische Gericht legt dem EuGH folgende Fragen vor:

- Ob das Erfordernis einer vorherigen Genehmigung gegen die Bestimmungen über den freien Dienstleistungsverkehr verstoße, wenn ein Versicherter in einem Sachleistungssystem ambulante ärztliche Behandlung benötigt.
- Wie der Begriff „rechtzeitig“ ausgelegt werden müsse.

Am 13. Mai 2003 hat der EuGH die Rechtssache Müller-Fauré/Van Riet entschieden. Der Gerichtshof führt aus, dass die niederländische Regelung die Sozialversicherten davon abhalte oder sogar daran hindere, sich an medizinische Dienstleistungserbringer in einem anderen Mitgliedstaat als dem Mitgliedstaat der Versicherungszugehörigkeit zu wenden, und dass dies sowohl für die Versicherten als auch für die Leistungserbringer eine Behinderung des freien Dienstleistungsverkehrs darstelle. Der Gerichtshof weist darauf hin, dass eine erhebliche Gefährdung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit und die Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen, ausgewogenen sowie allen zugänglichen ärztlichen und klinischen Versorgung generell Forderungen seien, die die Behinderung rechtfertigen können. **Hierbei sei allerdings zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zu unterscheiden:**

Das Gericht kommt zu dem Ergebnis, dass **der Grundsatz des freien Dienstleistungsverkehrs einer Regelung entgegensteht, die eine ambulante Versorgung in einem anderen Mitgliedstaat (durch einen Leistungserbringer erfolgt, mit dem die Krankenkasse des Versicherten keine vertragliche Vereinbarung getroffen hat) von einer vorherigen Genehmigung abhängig macht.** Nach Auffassung des Gerichtshofes ist nicht ersichtlich, dass ohne einen solchen Genehmigungsvorbehalt für eine ambulante Leistung derart viele Patienten ins Ausland „flüchten“ würden, dass dadurch das finanzielle Gleichgewicht des niederländischen Systems der sozialen Sicherheit erheblich gestört würde und infolgedessen das Gesamtniveau des Schutzes der öffentlichen Gesundheit gefährdet wäre, was eine Beschränkung des elementaren Grundsatzes des freien Dienstleistungsverkehrs rechtfertigen könnte<sup>90</sup>.

**Dagegen sei für die stationäre Versorgung das Erfordernis einer vorherigen Genehmigung gerechtfertigt.** Die Genehmigung dürfe aber nur versagt werden, wenn der Patient die gleiche

---

<sup>90</sup> Vgl. Urteil des Gerichtshofes vom 13. Mai 2003, Randnummer 95.

oder eine ebenso wirksame Behandlung **rechtzeitig** in einer vertraglich gebundenen Einrichtung erlangen könne<sup>91</sup>.

### 3.2.2.2.7 Die Rechtssache Watts

In der Rechtsache Watts (RS C-372/04) hat der EuGH durch sein Urteil vom 16. Mai 2006 erneut bestätigt, dass die Regeln der Dienstleistungsfreiheit anwendbar sind, wenn sich eine Person zu einer erforderlichen Krankenhausbehandlung in einen anderen Mitgliedstaat begibt<sup>92</sup>. Er stellt fest, dass die Verpflichtung, die Kosten von Krankenhausbehandlungen in einem anderen Mitgliedstaat zu übernehmen, auch für einen nationalen Gesundheitsdienst (hier den britischen National Health Service), der derartige Behandlungen kostenfrei erbringt, gilt. Die Übernahme der Kosten darf von einer vorherigen Genehmigung abhängig gemacht werden, allerdings **darf die beantragte Genehmigung nicht unter der Berufung auf die Existenz von Wartelisten abgelehnt werden**. Bei der Frage, ob eine vergleichbare Behandlung rechtzeitig geleistet worden wäre, sind sämtliche Umstände des Einzelfalls einzubeziehen (objektive medizinische Beurteilung des klinischen Bedarfs des Betroffenen im Hinblick auf seinen Gesundheitszustand, seine Vorgeschichte, die voraussichtliche Entwicklung seiner Krankheit und das Ausmaß der Schmerzen)<sup>93</sup>. Der EuGH kommt zu dem Schluss, dass folglich die verantwortlichen Stellen eines nationalen Gesundheitsdienstes Mechanismen für die Übernahme der Kosten von Krankenhausbehandlungen in einem anderen Mitgliedstaat vorsehen müssen, da der betreffende Dienst die erforderlichen Behandlung nicht innerhalb eines medizinisch vertretbaren zeitlichen Rahmens erbringen kann. Dem EuGH wurde in dieser Rechtssache die Frage gestellt, ob die zu übernehmenden Kosten einer grenzüberschreitenden Krankenhausbehandlung gemäß Artikel 22 VO Nr. 1408/71 (heute: Art. 19 VO (EG) Nr. 883/2004) nach den Rechtsvorschriften des Mitgliedstaats, in dem die Behandlung erfolgt ist (Aufenthaltsmitgliedstaat) oder gemäß Artikel 49 EG (heute: Art. 56 AEUV) nach den Rechtsvorschriften des Mitgliedstaats zu berechnen sind, in dem der Patient seinen Wohnsitz hat (zuständiger Mitgliedstaat). Der EuGH kam zu

---

<sup>91</sup> Vgl. Pressemitteilung Nr. 36/03 vom 13. Mai 2003, abrufbar unter URL:<http://www.curia.eu.int>, Pressemitteilungen (überprüft am 23.02.2012).

<sup>92</sup> Blankart/Fasten/Schwintowski, Das deutsche Gesundheitswesen zukunftsfähig gestalten, Berlin, Heidelberg 2009, S. 110.

<sup>93</sup> RS C-372/04, Watts, Slg. 2006, I-4325, Rn. 68.

folgendem Ergebnis: Im Rahmen der Sachleistungsaushilfe werden von dem zuständigen Mitgliedstaat alle Behandlungskosten übernommen, wenn die Rechtsvorschriften des Aufenthaltsstaates eine 100%ige Erstattung vorsehen, und **zwar auch wenn die Kosten dieser Behandlung höher sind als die Kosten einer gleichwertigen Behandlung im zuständigen Staat**. Es läuft darauf hinaus, dass dem betroffenen Patienten ein Deckungsniveau gewährt wird, das über den Umfang seines Anspruchs gegen den nationalen Gesundheitsdienst hinausgeht<sup>94</sup>. Auch im umgekehrten Fall **muss der in dem Verfahren zuständige Staat im Rahmen des Sachleistungsverfahrens alle Kosten übernehmen, selbst wenn sie über die Kosten nach den Rechtsvorschriften des Aufenthaltsmitgliedstaates hinausgehen, da der zuständige Mitgliedstaat im Rahmen eines nationalen Gesundheitsdienstes Kostenfreiheit vorsieht**. Sollten die Rechtsvorschriften des Aufenthaltsstaats zum Beispiel nur eine Übernahme von 80 % der Behandlungskosten vorsehen, würde gemäß Art. 19 VO (EG) Nr. 883/2004 die Sachleistung durch den zuständigen Mitgliedstaat nur zu 80% der Behandlungskosten erstattet, denn der ausländische Patient soll so gestellt werden, wie wenn er im Inland (hier Aufenthaltsland) versichert wäre. In dieser Konstruktion verpflichtet der EuGH den zuständigen Mitgliedstaat aber die Behandlungskosten zu 100% zu übernehmen: **Es stelle eine ungerechtfertigte Beschränkung des freien Dienstleistungsverkehrs dar, keine Kostenübernahme in der Höhe zu gewähren, wie sie gewährt worden wäre, wenn die Behandlung im zuständigen Mitgliedstaat erfolgt wäre**<sup>95</sup>.

Der EuGH geht noch einen Schritt weiter und verpflichtet den zuständigen Mitgliedstaat selbst die **Nebenkosten einer zu Behandlungszwecken erfolgten Auslandsreise, so zum Beispiel Reise- und Unterbringungskosten, zu übernehmen**, wenn die Rechtsvorschriften des zuständigen Mitgliedstaates eine entsprechende Übernahmepflicht im Rahmen einer Inlandsbehandlung auch vorsehen würden<sup>96</sup>. Der EuGH schreibt konsequent den Grundsatz fort, dass der Patient durch seine Auslandsbehandlung keine Nachteile haben darf, die Auslandsbehandlung also einer Inlandsbehandlung gleichgestellt werden muss.

---

<sup>94</sup> RS C-372/04, Watts, Rn. 132.

<sup>95</sup> C-372/04 Rn. 129. Vgl. auch Vanbraekels Urteil, Randnrn. 43 bis 52.

<sup>96</sup> Urt. V. 16. Mai 2006, Rechtssache C-372/04 Rn. 139. In der Arbeit als Nebenkostenerstattungspflicht bezeichnet.

### 3.2.2.3 Die Richtlinie über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung: Patientenmobilitätsrichtlinie (RL 2011/24/EU)

Die Richtlinie über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung wurde von dem Europäischen Parlament in 2. Lesung verabschiedet und trat Ende April 2011 in Kraft. Gemäß Art. 21 RL 2011/24/EU sind die Vorschriften durch die Mitgliedstaaten bis zum 25. Oktober 2013 umzusetzen. Im Mittelpunkt der Richtlinie steht die Kodifizierung der bisherigen EuGH-Rechtsprechung zur Patientenmobilität. Es wird klargestellt, dass die Richtlinie die Verordnung VO (EG) Nr. 883/2004 unberührt lässt (Art. 2), so dass die Mitgliedstaaten sicherstellen müssen, dass in den Informationen über die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung klar zwischen den Ansprüchen, die Patienten aufgrund dieser Richtlinie haben, und den Ansprüchen aufgrund der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 unterschieden wird (Art. 5 Abs. b).

Mit der Richtlinie wird klargestellt, dass Patienten ein Recht auf Zugang zu sicherer und qualitativ hochwertiger Behandlung auch im EU-Ausland sowie auf die Kostenerstattung haben. Patienten, die sich in einen anderen EU-Mitgliedstaat begeben, um sich dort medizinisch behandeln zu lassen, haben im Hinblick auf die entsprechende medizinische Leistung die gleichen Rechte wie die Bürger des EU-Mitgliedstaates, in dem sie behandelt werden. Der Versicherungsmitgliedstaat hat die Kosten der Behandlung zu tragen, soweit die Versicherten Anspruch auf die gleiche oder eine vergleichbare Leistung nach dem Recht des Versicherungsmitgliedstaates gehabt hätten<sup>97</sup>. Der Versicherungsmitgliedstaat **erstattet oder übernimmt die Kosten der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung bis zu den Höchstbeträgen**, die er übernehmen müsste, wenn die betreffende Leistung in seinem Hoheitsgebiet erbracht worden wäre, **wobei die Erstattung die Höhe der tatsächlich durch die Gesundheitsversorgung entstandenen Kosten nicht überschreiten darf** (Art. 7 Abs. 4 RL 2011/24/EU). Hier weicht die Richtlinie aber ein wenig von der Rechtsprechung des EuGH ab: Ist der im Inland erstattungsfähige Betrag höher als die tatsächlich entstandenen Kosten im EU-

---

<sup>97</sup> Krajewski, Der Entwurf einer Richtlinie zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung. Schlussstrich unter die Rechtsprechung zur Patientenmobilität oder Auftakt einer Binnenmarktharmonisierung im Gesundheitswesen?, in: Gerlinger/Mosebach/Schmucker (Hrsg.), 2010, S.108.

Ausland, so vertrat das Gerichtshof in der Rechtssache Vanbraekel, wenigstens für den Fall, dass die Genehmigung zur Auslandsbehandlung von dem Versicherungsstaat zu Unrecht versagt wurde, die Auffassung, dass die Differenz von dem Versicherten geltend gemacht werden kann, da eine bloß beschränkte Erstattung andernfalls eine abschreckende Wirkung auf die Ausübung der Dienstleistungsfreiheit hätte<sup>98</sup>.

**Sind die tatsächlichen Kosten der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung höher als die Kosten, die bei einer Versorgung im Inland entstanden wären, können die Versicherungsmitgliedstaaten beschließen, die gesamten tatsächlichen Kosten zu übernehmen (Art. 7 Abs. 4 RL 2011/24/EU)<sup>99</sup>.** Dies bleibt, wie die Übernahme von „Nebenkosten“, wie Übernachtungs- und Reisekosten, den Mitgliedstaaten überlassen. Im Gegensatz zu der EuGH-Rechtsprechung, die im Watts-Urteil eine Nebenkostenübernahmepflicht vorsieht, können die Mitgliedstaaten solche Kosten übernehmen, müssen es aber nicht. Auch insoweit setzt die Richtlinie die EuGH-Rechtsprechung nicht vollumfänglich um.

Darüber hinaus verpflichtet die Richtlinie (RL 2011/24/EU) die Mitgliedstaaten zur Schaffung eines Mechanismus zur Berechnung der erstattungsfähigen Kosten. Mitgliedstaaten, in denen die Gesundheitsversorgung kostenfrei ist (zum Beispiel England, aber auch Deutschland durch das Sachleistungsprinzip), müssen die Patienten über ihre Kostenerstattungstarife informieren. Hierzu sieht die Richtlinie vor, dass in jedem Mitgliedstaat eine Anlaufstelle eingerichtet wird, die über die Rechte der Patienten auf gesundheitliche Versorgung in ganz Europa informiert.

Die Richtlinie unterscheidet dazu, wann eine vorherige Genehmigungspflicht notwendig ist, insoweit der EuGH-Rechtsprechung folgend, zwischen stationären und ambulanten Behandlungen: **Eine ambulante Versorgung können Patienten aus einem Mitgliedstaat ohne vorherige Genehmigung in einem anderen Mitgliedstaat in Anspruch nehmen und in dem Versicherungsstaat die Erstattung der entsprechenden Kosten beantragen<sup>100</sup>. Eine stationäre Versorgung (das heißt Behandlungen, die mindestens eine Übernachtung erfordern), hochspezialisierte und kostenintensive Maßnahmen sowie risikoreiche Behandlungen sind Versorgungsformen, die von einer Vorabgenehmigung abhängig gemacht werden können.**

---

<sup>98</sup> In dieser Arbeit als „Ausschüttungspflicht“ bezeichnet. C- 368/98 Vanbraekel, Slg. 2001, I-5363, Rn. 45, 53.

<sup>99</sup> Hier weicht die Richtlinie von den Grundsätzen des Koordinierungsrechtes, die im Rahmen der Sachleistungsaushilfe eine vollständige Übernahme der Kosten, sofern die Rechtsvorschriften des Aufenthaltsstaats eine solche vorsehen.

<sup>100</sup> Krajewski sieht hier eine Erweiterung der bisherige Rechtsprechung, Krajewski a.a.O., S.109.

**Zwingend notwendig ist dies aber nicht.** Damit will die EU verhindern, dass auf nationalstaatliche Gesundheitssysteme unüberschaubare Kosten zukommen: vor allem auf Länder mit langen Wartelisten für bestimmte Gesundheitsleistungen wie Großbritannien, die aufgrund der Richtlinie mit einer größeren Abwanderung von Patienten in das EU-Ausland rechnen müssen<sup>101</sup>. Die Genehmigung kann verweigert werden, wenn die Behandlung oder der betreffende Gesundheitsdienstleister ein Risiko für den Patient darstellt, und/oder wenn eine geeignete Versorgung zeitnah in dem Versicherungsstaat erfolgen kann.

**Artikel 11 RL 2011/24/EU verpflichtet alle Mitgliedstaaten zu der Anerkennung von Verschreibungen von Arzneimitteln oder Medizinprodukten aus einem anderen Mitgliedstaat.** Damit ist sichergestellt, dass die in einem anderen Mitgliedstaat erbrachte gesundheitliche Versorgung bei der Rückkehr des Patienten in dem Versicherungsstaat ordnungsgemäß fortgesetzt wird. Es besteht aber unter Umständen die Gefahr, dass auf diese Weise mitgliedstaatliche Regulierungen auf dem Arznei- und Lebensmittelmarkt umgangen werden können<sup>102</sup>.

Schließlich sieht die Richtlinie den Aufbau von Netzwerken, die auf der freiwilligen Teilnahme ihrer Mitglieder beruht, vor. Die Kommission unterstützt die Mitgliedstaaten bei dem Aufbau sowohl europäischer Referenznetzwerken zwischen Gesundheitsdienstleistern und Fachzentren, insbesondere im Bereich der seltenen Krankheiten (Art. 12 RL 2011/24/EU), als auch eines freiwilligen Netzwerks, mit dem die für elektronische Gesundheitsdienste zuständigen nationalen Behörden vernetzt werden (Art. 14 RL 2011/24/EU).

### 3.3 Wettbewerbsrecht

Neben der Frage nach der Anwendbarkeit der wirtschaftlichen Grundfreiheiten stellt sich die Frage nach den gesundheitspolitischen Wirkungen der europäischen Wettbewerbsregeln. Nicht nur einzelne Patienten haben über die Rechtsprechung des EuGH versucht, ihre Rechte

---

<sup>101</sup> Spielberg, Schlagbäume für Patienten in der EU fallen, in: Die GesundheitsWirtschaft 1/2011, S. 79-81, hier S.80.

<sup>102</sup> Welti, Rechtliche Aspekte der Gesundheitsdienstleistungen im europäischen Binnenmarkt, in: Gerlinger/Mosebach/Schmucker (Hrsg.), 2010, S. 195.

durchzusetzen, auch private Wirtschaftakteure wollen über den europäischen Rechtsweg ihre Position in den öffentlich regulierten Gesundheitssystemen verbessern<sup>103</sup>.

### 3.3.1 Primäres Recht

Die Wettbewerbsrechtsregeln der Art. 101-109 AEUV bilden ein zentrales Element zur Sicherung eines Systems des unverfälschten Wettbewerbs im europäischen Binnenmarkt<sup>104</sup>. Als Instrumente stehen vor allem das Kartellverbot (Art. 101 AEUV), das Verbot einer marktherrschenden Stellung (Art. 102 AEUV) und die Pflichten der Mitgliedstaaten in Bezug auf öffentliche und monopolartige Unternehmen (Art. 106 AEUV) zur Verfügung. Mit dem europäischen Wettbewerbsrecht besteht ein rechtlicher Rahmen, der von den Mitgliedstaaten auch dort, wo sie grundsätzlich zuständig sind – eben im Gesundheitswesen - zu respektieren ist und der den Handlungsspielraum der Mitgliedstaaten beschränkt, da dem europäischen Recht ein **Anwendungsvorrang** vor jeglichem nationalen Recht der Mitgliedstaaten zukommt. Darüber hinaus kommt dem primären und sekundären europäischen Recht **Direktwirkung** zu, wenn es im Verordnungsweg ergeht: Es gilt nicht nur für die Mitgliedstaaten sondern auch unmittelbar für die EU-Bürger<sup>105</sup>.

Art. 106 AEUV bestimmt grundsätzlich, dass die öffentliche Hand, wenn sie ein Unternehmen betreibt, sich auch dem Wettbewerb stellen muss. Damit ist auch der Staat an Wettbewerbsregeln gebunden, er darf keine wettbewerbsbehindernden Absprachen treffen und eine mögliche Marktmacht nicht missbrauchen. Dabei war lange unklar, was in den Fällen geschieht, in denen der Staat nach geltendem Recht ein Monopol innehat. Nach einigen Diskussionen wurde der Anwendungsbereich des Art. 106 AEUV auf gesetzlich geregelte Monopole erweitert. Damit zwingt diese Vorschrift zu einer Öffnung der Märkte auch dort, wo öffentliche Unternehmen bislang Monopole wahrgenommen haben. Hierzu wurde im Übrigen auch der gesetzliche Unternehmensbegriff erweitert. Es wird diesbezüglich europarechtlich nur noch darauf abgestellt, ob das, was ein staatlicher Betrieb leistet, auch von privaten Unternehmen getan werden könnte.

---

<sup>103</sup> Schmucker, a.a.O., S.25.

<sup>104</sup> Geiger/Khan/Kotzur, a.a.O., S. 431.

<sup>105</sup> Schmucker, a.a.O., S. 17. Dies gilt freilich nicht für europäisches Richtlinienrecht, das gegenüber EU-Bürger keine unmittelbare Rechtswirkung entfalten kann.

### 3.3.2 Sekundäres Recht – EuGH-Urteile

Der Staat darf eine bestimmte Aufgabe nur dann als Monopolist wahrnehmen, wenn es dafür eine hinreichende Rechtfertigung gibt. Die Frage, ob die Sozialversicherung ein Unternehmen ist, hat der EuGH bereits 1993 entschieden<sup>106</sup> und ist zu dem Ergebnis gekommen, **die Sozialversicherung sei kein Unternehmen** und damit dem Anwendungsbereich des Art. 106 AEUV entzogen. Argumentationsgrundlage war dabei der ausschließliche soziale Charakter der staatlichen Tätigkeit, dies obwohl dieselbe Tätigkeit auch von einem Privaten erbracht werden kann<sup>107</sup>.

Am 16. März 2004 entschied der EuGH nach jahrelangem Streit um die Vereinbarkeit der Festbetragsregelungen in der gesetzlichen Krankenversicherung mit europäischem Kartellrecht<sup>108</sup>. Im Kern ging es um die Frage, ob es sich bei den deutschen Krankenkassen um Unternehmen handelt, die eine wirtschaftliche Tätigkeit ausüben. Der EuGH urteilte, dass die Festbetragsregelung für Arznei- und Hilfsmittel nicht gegen das europäische Wettbewerbsrecht verstößt. Die Spitzen- und Landesverbände der Krankenkassen können daher weiterhin gemeinsam und einheitlich die Erstattungsgrenzen für Arznei- und Hilfsmittel bestimmen<sup>109</sup>. Der EuGH stellte fest, dass **die deutschen Krankenkassen der gesetzlichen Krankenversicherung keine Unternehmen im Sinne der Art. 101, 102 AEUV sind**. Vor allem weil die Krankenkassen rein soziale Aufgaben nach dem Grundsatz der Solidarität ohne Gewinnerzielungsabsicht und nach gesetzlich festgelegten Kriterien wahrnehmen<sup>110</sup>. Systeme,

---

<sup>106</sup> Es handelt sich hier um die Rechtssachen Poucet und Pistre, EuGH v. 17.02.1993, Rs. C-159 und 160/91.

<sup>107</sup> Unsicher und umstritten sind insoweit nach wie vor die Grenzziehungen auf dem Sozialversicherungssektor, Geiger/Khan/Kotzur, a.a.O., S. 458. Zudem ist darauf hinzuweisen, dass die Rechtsauffassung des EuGH keineswegs unumstritten ist. (Vgl. Blankart/Fasten/Schwintowski, a.a.O.; Schmucker, a.a.O., S. 28). So hat der europäische Generalanwalt, an dessen Votum sich der EuGH üblicherweise orientiert, in seinem Schlussantrag während des betreffenden Verfahrens das Handeln der Krankenkassen als eine wirtschaftliche Tätigkeit interpretiert. Denn die Aufgaben der Krankenkassen könnten auch von privaten Krankenversicherungen wahrgenommen werden und es gebe zwischen gesetzlichen Krankenkassen und Privatversicherungen auch ein gewisses Maß an Wettbewerb. Daher sei in diesem Fall das Wettbewerbsrecht der Gemeinschaft anzuwenden.

<sup>108</sup> EuGH 2004, I-2493 – AOK-Bundesverband.

<sup>109</sup> Vgl. Knispel, Ulrich: Arznei-Festbeträge mit EU-Wettbewerbsrecht vereinbar - Krankenkassen sind keine Wirtschaftsunternehmen, in: Soziale Sicherheit, Heft 7/2004, Juli 2004, S. 244-249.

<sup>110</sup> Urteil Rn. 51 und Geiger/Khan/Kotzur, a.a.O., S. 434.

die ausschließlich sozial funktionieren sind dem Anwendungsbereich des Art. 106 AEUV entzogen<sup>111</sup>.

Das europäische Wettbewerbsrecht konnte hier also keinen mittelbaren Einfluss auf die Ausgestaltung des nationalen Gesundheitssystems ausüben. Dennoch gilt es hier als mögliches Instrument einer mittelbaren europäischen Gesundheitspolitik, denn durch die Unterscheidung zwischen wirtschaftlicher und nicht-wirtschaftlicher Tätigkeit, müssen sich – wie sich im nächsten Abschnitt zeigen wird – einzelne Regelungen der vergangenen deutschen Gesundheitsreformen an den Definitionen des Europäischen Gerichtshofes messen lassen<sup>112</sup>.

Eine Unvereinbarkeit zwischen der Systematik im Recht der deutschen gesetzlichen Krankenkassen und den europäischen Wettbewerbsregeln könnte auftreten, wenn sich der in der deutschen Gesundheitspolitik zu beobachtende Trend einer Privatisierung von Krankheitsrisiken und einer Liberalisierung des Vertragsrechts weiter fortsetzen sollte<sup>113</sup>. Mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs 2007 wurden mit § 53 Abs. 1 und 2 SGB V eine Differenzierung der Beitragshöhe in Abhängigkeit vom individuellen Krankheitsrisiko („Wahlmodelle“ mit Selbstbehalt und Beitragsrückerstattung) ermöglicht. Gesunde Versicherte haben nun die Möglichkeit sich partiell der solidarischen Finanzierung zu entziehen. Aber auch die Einführung von einkommensunabhängigen Zusatzbeiträgen stellt einen Systembruch mit dem bisherigen System der einkommensabhängigen und paritätischen Finanzierung der GKV dar. Damit wird das solidarische Finanzierungsprinzip der GKV geschwächt, das vom EuGH als ein zentrales Merkmal der nicht-wirtschaftlichen Tätigkeit der deutschen Krankenkassen gesehen wurde<sup>114</sup>.

Setzen sich diese Entwicklungstrends weiter fort, so wächst damit die Wahrscheinlichkeit, dass **die Krankenkassen unter europarechtlichen Gesichtspunkten ihren sozialen Charakter verlieren und damit als Unternehmen im Sinne des europäischen Binnenmarktrechts eingestuft werden**. Denn dann würden genau jene Eigenschaften, aus denen sich dem EuGH zufolge der nicht-wirtschaftliche Charakter einer Organisation ergibt, nicht mehr zutreffen.

---

<sup>111</sup> Blankart/Fasten/Schwintowski, a.a.O., S. 112.

<sup>112</sup> Schmucker, a.a.O., S. 28.

<sup>113</sup> Rosenstock/Gerlinger, a.a.O., S. 333.

<sup>114</sup> Schmucker, a.a.O., S. 29.

## 4. Zusammenfassung der Grundsätze der europäischen Gesundheitspolitik

### 4.1. Unterscheidung zwischen unmittelbarer und mittelbarer europäischer Gesundheitspolitik

Bei der Darstellung der Instrumente einer europäischen Gesundheitspolitik wurde zwischen einer offenen unmittelbaren und einer „versteckten“ mittelbaren europäischen Gesundheitspolitik unterschieden. Unter einer unmittelbaren europäischen Gesundheitspolitik wurden alle Handlungsformen und Instrumente der EU zusammengefasst, die auf der Grundlage einer ausdrücklichen Kompetenzzuweisung final und unmittelbar auf eine gesundheitspolitische Wirkung gerichtet sind. Dabei wurde zwischen dem primären Recht (Art. 4, 6, 9 AEUV und Art. 168 AEUV), dem Sekundärem Recht und der Offenen Methode der Koordinierung (OMK) unterschieden. **Unter einer „versteckten“ mittelbaren europäischen Gesundheitspolitik wurden alle Instrumente dargestellt, die offiziell keineswegs dem Ziel dienen, gesundheitspolitische Effekte auszulösen – wozu den Europäischen Gemeinschaften auch keine Kompetenz zustünde -, sondern eingesetzt werden, um die Konditionen des Binnenmarktes und des Europäischen Wettbewerbs zu verbessern.** Hier spielen sowohl die Auswirkungen des Gebotes vom freien Waren- und Dienstleistungsverkehr als auch die Auswirkungen des europäischen Wettbewerbsrechts auf die nationalen Gesundheitssysteme eine entscheidende Rolle. Die Untersuchung hat gezeigt, dass diese mittelbare europäische Gesundheitspolitik einen „schleichenden“ weitreichenderen Einfluss auf die nationalen Gesundheitssysteme gewonnen hat als die unmittelbare europäische Gesundheitspolitik.

### 4.2. Mittelbare europäische Gesundheitspolitik jenseits der vertraglichen Kompetenzen und Prinzipien

Eine mittelbare Gesundheitspolitik stellt sich, wie oben ausführlich beschrieben, als Reflex, als „side effect“ von Maßnahmen dar, die zumindest vordergründig auf ganz andere Ziele, v.a. auf eine Umsetzung der binnenmarktbezogenen Grundfreiheiten (Freizügigkeit und Waren- und Dienstleistungsverkehrsfreiheit) gerichtet sind. Für eine solche reflexartige mittelbare Gesundheitspolitik, die in die Regelungen der nationalen sozialen Sicherungssysteme eingreift,

steht den Europäischen Gemeinschaften aber keine vertragliche Kompetenz zu. Im Gegenteil: Art.168 AEUV stellt ausdrücklich klar, dass die Europäischen Gemeinschaften keine Kompetenz zur Regelung der nationalen sozialen Sicherungssysteme haben. Hier vollzieht sich im Ergebnis eine kompetenzlose und schleichende Europäisierung der nationalen sozialen Sicherungssysteme.

Mit dem Subsidiaritätsprinzip gemäß Art. 5 Abs. 3 EUV, das mit dem Amsterdamer Protokoll 1997 zum EGV konkretisiert wurde, sollte dem europäischen Grundprinzip der Einzelermächtigung zu mehr Durchschlagskraft verholfen werden. Soweit keine ausschließliche EU-Zuständigkeit vorliegt, kann demnach die Gemeinschaft im Rahmen konkurrierender oder paralleler Kompetenzen (die freilich vorliegen müssen) nur tätig werden, wenn sich die betreffende Maßnahme auf der Ebene des Mitgliedstaates nicht ausreichend erledigen lässt. Ob das Subsidiaritätsprinzip, die ihm zugeordnete korrektive Funktion tatsächlich auch erfüllt, ist mehr als fraglich. Der Respekt, der dem Prinzip von den Organen der Gemeinschaft entgegengebracht wird, ist gering. Es werden – häufig nur sehr vordergründige – Umstände, zumeist die Notwendigkeit eines einheitlichen Rechtszustandes, bemüht, um das Subsidiaritätsprinzip zu unterlaufen und so einen fortlaufenden „kompetenziellen Terraingewinn der EU“<sup>115</sup> zu bewirken.

Eine mittelbare europäische Gesundheitspolitik geht noch weit darüber hinaus: Wenn die Organe der Gemeinschaft subsidiär Maßnahmen treffen, obwohl entsprechendes auch auf der Ebene der Mitgliedstaaten ausreichend möglich gewesen wäre, steht in aller Regel zumindest subsidiär eine konkurrierende oder parallele vertragliche Handlungskompetenz zur Verfügung. Eine mittelbare europäische Gesundheitspolitik indessen kann sich noch nicht einmal darauf berufen, sie ist schlicht kompetenzlos. Eine mittelbare europäische Gesundheitspolitik wird daher jenseits des Subsidiaritätsprinzips und jenseits der vertraglichen Kompetenzzuweisungen betrieben. Handelt es sich bei Verstößen gegen das Subsidiaritätsprinzip um „kompetenziellen Terraingewinn“, ist eine mittelbare europäische Gesundheitspolitik „offener europäischer Landraub“. Unabhängig davon, ob dies aus rechtlicher Sicht zu rechtfertigen ist, kann ein solcher „Dammbruch“ eigentlich bestenfalls dann hingenommen werden, wenn er mit positiven Effekten verbunden ist.

---

<sup>115</sup> Vgl. Oppermann/Claassen/Nettesheim und ihre grundsätzliche Skepsis gegenüber der Funktionalität des Subsidiaritätsprinzips.

### 4.3. Übersicht

Im Kern geht es dem Art. 168 AEUV, der Offenen Methode der Koordinierung, den EuGH-Urteilen zur grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, der Richtlinie zu Patientenrechten bei der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung RL 2011/24/EU, der Verordnung Nr. 883/2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, sowie dem Einfluss des europäischen Wettbewerbsrechts also um Folgendes:

- Bei der Festlegung und Durchführung aller Unionspolitiken und –maßnahmen wird ein hohes Gesundheitsschutzniveau sichergestellt (Querschnittsklausel).
- Die Union ist auf die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung, die Verhütung von Humankrankheiten und die Beseitigung von Ursachen für die Gefährdung der geistigen und körperlichen Gesundheit gerichtet. Die Union betreibt keine eigene Gesundheitspolitik.
- Die Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung bleiben in der Verantwortung der Mitgliedstaaten.
- Die OMK will eine Effizienzsteigerung der Gesundheitssysteme durch eine stärkere Zusammenarbeit der Mitgliedstaaten und eine Stärkung der Koordinierungs- und Leistungsfunktion der EU erreichen.
- Bei der Ausgestaltung ihrer nationalen Gesundheitssysteme müssen die Mitgliedstaaten die Vorschriften des EU-Vertrages und die Grundfreiheiten berücksichtigen. Dabei gilt auch für den Bereich der sozialen Sicherheit nichts anderes. Er ist ebenso an die EU-Grundfreiheiten und das EU-Wettbewerbsrecht gebunden.
- Auf der Grundlage der Sachleistungsaushilfe im Koordinierungsrecht der VO (EG) Nr. 883/2004 wird eine Leistung, die im Ausland in Anspruch genommen werden soll, so

behandelt, als ob sie im Herkunftsland des Versicherten entstanden wäre. Wobei Aufwendungen für Sachleistungen, die vom Träger eines Mitgliedstaates auf Rechnung des Trägers eines anderen Mitgliedstaates gewährt worden sind, **in voller Höhe (nach den Rechtsvorschriften des EU-Auslands) vom Träger im Heimatland zu erstatten sind**. Tritt während eines vorübergehenden Aufenthaltes im EU-Ausland der Krankheitsfall ein, so kann der Versicherte genehmigungsfrei medizinisch notwendige Leistungen in Anspruch nehmen. Im Falle einer planbaren medizinischen Behandlung ist sowohl in der stationären als auch in der ambulanten Versorgung im Rahmen der Sachleistungsaushilfe **eine Genehmigung erforderlich**.

- Der EuGH hat in seiner Rechtsprechung zur grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in den Jahren 1998 bis 2006 – von Kohll/Decker bis zur Watts-Entscheidung – festgestellt, dass die Ausgestaltung der Systeme der sozialen Sicherung zwar allein Sache der Mitgliedstaaten ist, aus den Grundfreiheiten aber:
  - o eine Pflicht zur genehmigungsfreien Erstattung durch den EU-Versicherungsstaat von ambulanten Leistungen, die in einem anderen EU-Mitgliedstaat erbracht wurden,
  - o gar eine Pflicht zur „Ausschüttung“ des Differenzbetrags bei günstigerer ambulanter Leistung im EU-Ausland als im EU-Versicherungsstaat, wenn eine Genehmigung zuvor zu Unrecht abgelehnt worden ist,
  - o ein Diskriminierungsverbot der Versicherten, das heißt im Falle eines nationalen Gesundheitsdiensts eine Übernahme aller Behandlungskosten, sogar über die Rechtsvorschriften des Aufenthaltsmitgliedstaats hinaus bei einer Genehmigung im Rahmen des europäischen Koordinierungsrechts,
  - o eine Pflicht zur Übernahme von Nebenkosten, sollten solche im Inland bei vergleichbarer Leistung eine Regelleistung darstellen,
  - o und eine Pflicht zu einer genehmigungsfreien Erstattung für nicht-planbare Versicherungsfälle folgt.

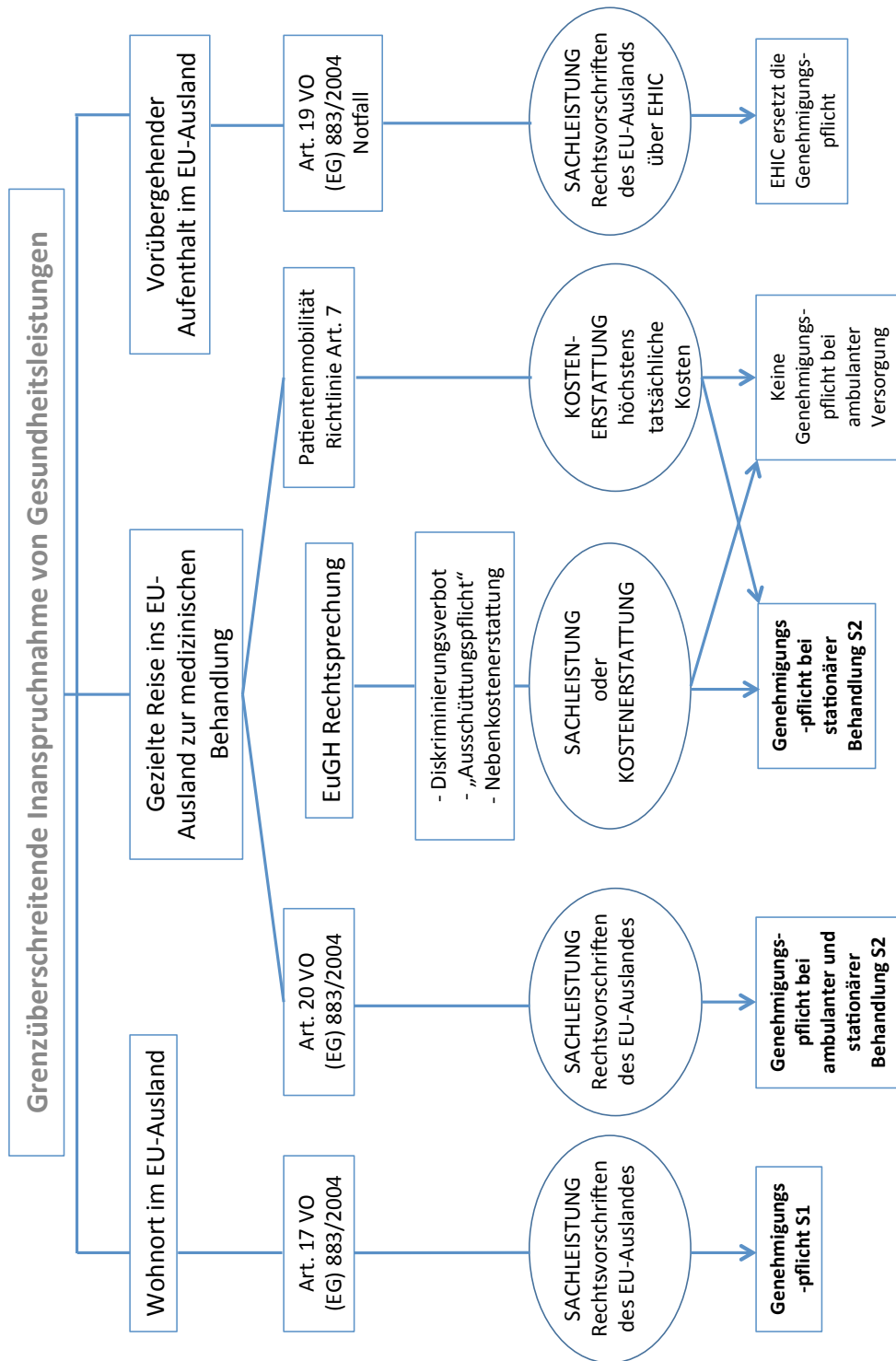
Lediglich für geplante stationäre Behandlungen soll nach der EuGH-Rechtsprechung ein Genehmigungsvorbehalt im nationalen Recht zulässig sein, das heißt nicht gegen die

Dienstleistungsfreiheit verstoßen. An einen solchen Genehmigungsvorbehalt stellt der EuGH indessen sehr strenge Anforderungen.

- Nach der Richtlinie RL 2011/24/EU, mit der die EuGH Rechtsprechung umgesetzt wurde, haben EU-Bürger das Recht auf Erstattung der Kosten der ambulanten ärztlichen Versorgung in jedem Mitgliedstaat der EU ohne vorherige Genehmigung und bei Vorkasse durch den Patient. Bei einer geplanten stationären Versorgung, sowie bei hochspezialisierten und kostenintensiven Behandlungen im EU-Ausland ist eine Vorabgenehmigung einzuholen. Der Versicherungsmitgliedstaat **erstattet die Kosten der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung bis zu den Höchstbeträgen**, die er übernehmen müsste, wenn die betreffende Leistung in seinem Hoheitsgebiet erbracht worden wäre, **wobei die Erstattung die Höhe der tatsächlich durch die Gesundheitsversorgung entstandenen Kosten nicht überschreiten darf**.
- Die Systeme der sozialen Sicherheit sind nur insoweit der Anwendung der Regeln des Europäischen Vertrags entzogen, als sie **nicht unternehmerisch** im Sinne der Artikeln 101, 102 AEUV tätig sind. Sind sie demgegenüber wirtschaftlich – also im Wettbewerb – tätig, unterfallen sie den europäischen Wettbewerbsregeln<sup>116</sup>.

---

<sup>116</sup> Blankart/Fasten/Schwintowski, a.a.O., S.113.



## D. Rezeption der mittelbaren europäischen Gesundheitspolitik im deutschen Krankenversicherungsrecht

Nachdem die Darstellung der Instrumenten der heutigen europäischen Gesundheitspolitik gezeigt hat, dass vor allem mittelbar, zum Schutz des Binnenmarktes, gesundheitspolitischer Einfluss auf die nationalen Systeme sozialer Krankenversicherung ausgeübt wird, soll nun zusammengefasst werden, wo genau die mittelbare europäische Gesundheitspolitik bereits Eingang ins deutsche Recht gefunden hat.

In dem §13 Abs. 4 und Abs. 5 SGB V hat der deutsche Gesetzgeber mittlerweile das Krankenversicherungsrecht an die EuGH-Rechtsprechung zur Kostenerstattung für medizinische Behandlungen in einem anderen EU-Mitgliedstaat angepasst. So sieht das zum 1.1.2004 in Kraft getretene Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) **Kostenerstattungsregeln** für die Behandlung im EU-Ausland vor. Ebenso wie die EuGH-Rechtsprechung und inzwischen die EU-Richtlinie RL 2011/24/EU unterscheidet das deutsche Krankenversicherungsrecht zwischen der grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von ambulanten und stationären Leistungen. § 13 Abs. 4 SGB V regelt die ambulante Inanspruchnahme von Leistungserbringern in anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union: Es dürfen nur solche Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, bei denen die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des Berufes Gegenstand einer Richtlinie der Europäischen Gemeinschaft sind oder die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind. In diesem Fall besteht für den deutschen Versicherter der genehmigungsfreie Anspruch auf Erstattung höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte. § 13 Abs. 5 SGB V regelt die stationäre Inanspruchnahme von Leistungserbringern in anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union: Krankenhausleistungen werden nur nach vorheriger Zustimmung durch die Krankenkassen in Anspruch genommen. Die Zustimmung darf nur versagt werden, wenn die gleiche oder eine für den Versicherten ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit rechtzeitig bei einem Vertragspartner der Krankenkasse im Inland erlangt werden kann.

Außerdem ist es den Krankenkassen mittlerweile gestattet, über den § 140e SGB V Versorgungsverträge auch mit Leistungserbringern in anderen EU-Mitgliedstaaten abzuschließen.

Die europäische Integration wirkt sich somit auch im deutschen Krankenversicherungsrecht aus, obwohl dessen Ausgestaltung in der nationalstaatlichen Kompetenz liegt. Die deutschen Versicherten sind in ihrer Nachfrage nach medizinischen Leistungen nicht mehr auf das Inland beschränkt. Sie tragen allerdings das Risiko, nur einen Teil ihrer Kosten erstattet zu erhalten, sollte die Behandlung im Ausland teurer sein als die entsprechende Sachleistung im Inland<sup>117</sup>. Das Grundprinzip aus der Richtlinie über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung (RL 2011/24/EU) wurde in Deutschland bereits vor einigen Jahren mit § 13 Abs. 4, 5 SGB V im Anschluss an die einschlägige Rechtsprechung des EuGH in nationales, verbindliches Recht umgesetzt. Auch der deutsche Gesetzgeber freilich wird nicht umhin kommen, die Einzelregelungen, die die Richtlinie zur Konkretisierung dieses Grundprinzips vorsieht, in nationales Recht umzusetzen. So sieht die Richtlinie zum Beispiel Detailregelungen zur Transparenz der Kosten von Gesundheitsleistungen vor (die der Versicherte im Sachleistungssystem regelmäßig gar nicht kennt), damit der Versicherte abschätzen kann, ob die Leistung, die er im Ausland in Anspruch nehmen möchte, unter Umständen teurer sein könnte, als dies im Inland der Fall ist<sup>118</sup>.

#### E. Zusammenfassung

Die bisherige Untersuchung hat gezeigt, dass trotz der eigentlich entgegengesetzten Vorschrift des Art. 168 Abs. 7 AEUV das Gesundheitswesen Gegenstand der Gemeinschaftspolitik ist. **Nationale Gesundheitspolitik hängt nicht allein von nationalen Regelungen ab, sondern wird auch von primärem und sekundärem Europäischem Gemeinschaftsrecht beeinflusst<sup>119</sup>. Die europäische Gesundheitspolitik nimmt mittelbar Einfluss auf die nationalen Systeme sozialer Krankenversicherung.** Diese mittelbare europäische Gesundheitspolitik verläuft in

---

<sup>117</sup> Vgl. Blankart/Fasten/Schwintowski, a.a.O., S. 124.

<sup>118</sup> Art. 6 der Richtlinie, Nationale Kontaktstellen für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung.

<sup>119</sup> Vgl. Schulte, 2001, a.a.O., S. 37.

zwei Bahnen: über die Sicherung der gemeinschaftlichen Grundfreiheiten und über die europäische Wettbewerbspolitik.

Während das „Versicherungsmonopol“ der gesetzlichen Krankenversicherung vom EuGH solange respektiert wird, wie es sich durch Solidarität und Umverteilung auszeichnet und deswegen keine unternehmerische Betätigung darstellt, dehnt sich der Europäische Binnenmarkt gleichwohl auf die nationalen Gesundheitssysteme aus. Die im AEUV angelegte Trennung zwischen einem integrierten europäischen Binnenmarkt einerseits und national begrenzten Gesundheitswesen andererseits entspricht nicht der Realität. **Gerade die gemeinschaftlichen Grundfreiheiten führen zu einer faktischen europäischen Gesundheitspolitik.**

Die dargestellten Rechtssachen und die Richtlinie RL 2011/24/EU zeigen, wie der Schutz der Grundfreiheiten, das heißt der Schutz des Binnenmarktes, mittelbar nationale Gesundheitspolitik nachhaltig beeinflussen kann. **Wenn der EuGH und die Richtlinie (RL 2011/24/EU) zum Schutz der Grundfreiheiten und des Binnenmarkts nationale Krankenkassen verpflichten, die Inanspruchnahme von Leistungen im EU-Ausland zuzulassen und zu erstatten, wirkt eine derartige Rechtsprechung erheblich auf das nationale System der Krankenversicherung und die Grundsätze der Kostenerstattung ein. § 13 und 140e SGB V sind das Ergebnis einer faktischen mittelbaren europäischen Gesundheitspolitik.**

**Ein deutscher Versicherter kann in den folgenden drei Lebenssituationen eine Gesundheitsleistung im EU-Ausland in Anspruch nehmen:**

- **Er wohnt im EU-Ausland.**
- **Er befindet sich vorübergehend im EU-Ausland.**
- **Er reist gezielt in das EU-Ausland, um sich dort medizinisch behandeln zu lassen.**

**Eine solche grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen kann sich auf drei verschiedenen Mechanismen stützen<sup>120</sup>:**

- **Dem deutschen Versicherte können die Leistungen gemäß der VO (EG) Nr. 883/2004 gewährt werden.**

---

<sup>120</sup> Schulte, Chancen und Risiken einer EU-Richtlinie zur Ausübung der Patientenrechte bei der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, 2008, S. 11. Im Rahmen dieser Arbeit wird ein dritter Mechanismus hinzugefügt, über §140e SGB V.

- **Dem deutschen Versicherte können die Leistungen gemäß der EU-Patientenmobilitätsrichtlinie RL 2011/24/EU gewährt werden.**
- **Dem deutschen Versicherte können die Leistungen aufgrund von Vereinbarungen nach § 140e SGB V zwischen deutschen Krankenkassen und ausländischen Leistungserbringern gewährt werden.**

Im Folgenden soll in einem ersten Schritt für jeden Mechanismus ein Modell konstruiert werden, um die Leistungs- und Finanzströme einer grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen je nach Versorgungssystem herauszuarbeiten. Dies soll dazu dienen, in einem zweiten Schritt mit den Methoden und Prämissen der Neuen Politischen Ökonomie in diesem rechtlichen Rahmen nun die ökonomische Frage zu stellen, die bislang noch nicht hinreichend berücksichtigt und dargestellt wurde, wie sich die grenzüberschreitende Erbringung und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen auf die Interessenkonstellationen der wichtigsten gesundheitspolitischen Akteure in Deutschland auswirken. Werden sich dabei **die Interessenkonstellationen der wichtigsten gesundheitspolitischen Akteure in Deutschland durch den europäischen Einfluss verschieben? Welche Rückwirkungen sind zu erwarten?**

## TEIL IV

### INTERESSENKONSTELLATIONEN IM DEUTSCHEN GESUNDHEITSWESEN BEI EINER GRENZÜBERSCHREITENDEN GESUNDHEITSVERSORGUNG

#### A. Einführung

In der Europäischen Union hat die Gesundheitspolitik bislang stets eine eher untergeordnete Rolle gespielt, wie die Darstellung im vorherigen Kapitel gezeigt hat. In den vergangenen Jahren hat sie aber an Bedeutung gewonnen, obwohl einer Gesundheitspolitik der EU rechtlich klare Grenzen gesetzt sind (oder wenigstens de lege lata sein sollten): **Grundsätzlich können vor dem Hintergrund der Kompetenzzuweisungen und des Subsidiaritätsprinzips die nationalen Gesundheitssysteme nicht Gegenstand der Gemeinschaftspolitik sein.** Eine Intervention im Bereich der Finanzierungs-, Regulierungs- oder Versorgungsstrukturen durch die Unionsorgane ist unzulässig. Dass die Organe der Gemeinschaft durch eine mittelbare Gesundheitspolitik gleichwohl auch in diesen Bereichen tätig werden, wurde dargestellt. Sie handeln insoweit aber kompetenzlos und können sich noch nicht einmal auf eine subsidiäre Zuständigkeit berufen. Dennoch wurde in der Literatur die strikte Trennung zwischen einem integrierten europäischen Binnenmarkt und einem jeweils isoliert und national geregelten Gesundheitswesen in den einzelnen Mitgliedstaaten in Frage gestellt<sup>1</sup>. Es wird argumentiert, dass nicht zuletzt die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes dazu geführt hat, dass eine Diskussion über die Stellung der nationalen Gesundheitssysteme in der Europäischen Union unumgänglich ist. **Die EuGH-Rechtsprechung und die EU-Richtlinie (RL 2011/24/EU) könnten als Basis eines gesamteuropäischen Marktes für Gesundheitsgüter verstanden werden, so dass eine Gesundheitspolitik ohne europäische Dimension praktisch nicht mehr möglich ist**<sup>2</sup>. Die Impulse einer europäischen Dimension auf das nationale Gesundheitswesen gehen – wie bereits gesehen – in der Regel nicht von der für die Gesundheitspolitik zuständigen Generaldirektion der Kommission aus, sondern wurzeln im europäischen Wirtschaftsrecht<sup>3</sup>. Wie im vorherigen Kapitel gezeigt wurde, führt die schleichende Europäisierung dazu, dass die Mitgliedstaaten, ihre Gesundheitssysteme an die Vorgaben des europäischen

---

<sup>1</sup> Vgl. Wismar/Busse, Der Einfluss des europäischen Binnenmarkts auf die Gesundheitssysteme der Mitgliedstaaten, in: Bellach/Stein (Hrsg.), Die neue Gesundheitspolitik der Europäischen Union, München 1999, S. 83ff.

<sup>2</sup> Vgl. Oberender, Das deutsche Gesundheitswesen im europäischen Wettbewerb, in: RPG 2001, Heft 3 S. 79-89.

<sup>3</sup> Vgl. Wismar/Busse, Europa Ante Portas. Die Europäisierung der Gesundheitsversorgung in den Mitgliedstaaten, in: Gesellschaftspolitische Kommentare (gpk), Oktober 2001, S. 14-18, hier S. 18.

Binnenmarktrechts anzupassen haben. Gleichwohl sind die Auswirkungen auf die Gesundheitssysteme aus einer ökonomischen Perspektive bislang nur unzureichend untersucht worden<sup>4</sup>.

Daher gilt es, im Folgenden die Auswirkungen der gemeinschaftlichen Grundfreiheiten auf die Interessenkonstellationen innerhalb des Gesundheitssystems in der Bundesrepublik Deutschland herauszuarbeiten, um ein wenig Transparenz in den tatsächlichen Auswirkungen des Binnenmarktes auf die Interessen im deutschen Gesundheitssystem zu schaffen. Die Frage ist, wie die Europäisierung der nationalen Gesundheitssysteme die Interessen der Akteure im System verändert, und welche Auswirkungen dies hat bzw. haben wird. **Es wird also um die Verschiebung der Interessenlagen in den Systemen der ambulanten Versorgung, der stationären Versorgung und der Arzneimittelversorgung aufgrund der Anwendbarkeit der Waren- und Dienstleistungsverkehrsfreiheit auf diese Systeme gehen.** Dabei dominiert die Frage, wie der europäische Einfluss die Ausgabenentwicklung beeinträchtigt. Welches ökonomische Potenzial besitzt die grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen? Es bleibt in diesem Zusammenhang bei der Unterteilung in drei Ebenen. Jede Ebene wird auf die isolierten Interessen ihrer Akteure und die daraus resultierenden Interdependenzen untersucht. Bei der Untersuchung der unteren Ebene muss es zwangsläufig um Wechselwirkungen zwischen zwei nationalen Gesundheitssystemen gehen. Begibt sich ein ausländischer Patient nach Deutschland, um sich behandeln zu lassen, so hat dies sowohl Auswirkungen auf das Gesundheitssystem des Heimatlandes als auch auf das System des Landes, in dem die Behandlung stattfindet. Dasselbe gilt für einen Patient aus Deutschland, der sich im Ausland behandeln lässt.

## B. System der ambulanten Versorgung

In einem ersten Schritt gilt es herauszuarbeiten, wie die Leistungs- und Finanzströme der ambulanten Versorgung in Deutschland im Einzelnen verlaufen, wenn entweder ein deutscher Versicherter im EU-Ausland oder ein Patient aus dem EU-Ausland in Deutschland eine ambulante Gesundheitsleistung nachfragt. **Die ambulante Gesundheitsleistung im EU-Ausland kann jeweils entweder nach dem Sachleistungsprinzip, das heißt nach der VO (EG) Nr. 883/2004 oder nach dem Kostenerstattungsprinzip, das heißt nach der EU-**

---

<sup>4</sup> Vgl. Berman, Bericht aus Arbeitsgruppe 4, in: Bellach/Stein, Die Konferenz „Die neue Gesundheitspolitik der Europäischen Union, München 1999, S. 220. Aber auch Gerlinger/Mosebach/Schmucker (Hrsg.), Gesundheitsdienstleistungen im europäischen Binnenmarkt, Frankfurt am Main, 2010, S. 8.

**Patientenmobilitätsrichtlinie RL 2011/24/EU oder auch auf der Basis eines individuellen Versorgungsvertrages zwischen einem deutschen Arzt und einem EU-Sozialversicherungssystem, bzw. zwischen einer deutschen Krankenkasse und einem Arzt aus dem EU-Ausland (§ 140e SGB V) nachgefragt werden.** Erst dann wird es in einem nächsten Schritt möglich sein, eine eventuelle Veränderung der Interessen der beteiligten Akteure durch die grenzüberschreitende Inanspruchnahme von ambulanten Gesundheitsleistungen aufzuzeigen.

1. Ein deutscher Versicherter fragt im EU-Ausland eine ambulante Leistung nach

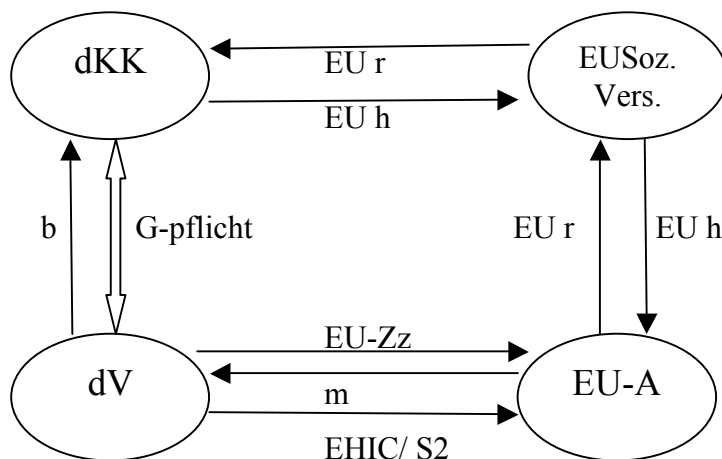
1.1 Leistungs- und Finanzströme der ambulanten Versorgung bei grenzüberschreitender Leistungsanspruchnahme nach dem Sachleistungsprinzip (VO (EG) Nr. 883/2004)

Deutsche Versicherten, die entweder im EU-Ausland wohnen, sich vorübergehend im EU-Ausland befinden oder gar gezielt ins Ausland reisen, um sich dort medizinisch im Wege der Sachleistungsaushilfe behandeln zu lassen, verändern den allgemeinen Kreislauf der Finanzierung und Leistungserbringung in der deutschen ambulanten Versorgung.

Charakteristisch für die Sachleistungsaushilfe nach der VO (EG) Nr. 883/2004 ist die Genehmigungspflicht (außer im Notfall) für die ambulante Behandlung und die Abwicklung – wenn möglich – nach dem Sachleistungsprinzip aller im aushelfenden Staat anfallenden Ausgaben nach dessen Rechtsvorschriften. Ist im EU-Ausland zum Beispiel für eine bestimmte medizinische Leistung eine Zuzahlung vorgesehen, wird der deutsche Versicherte dem Versicherten im EU-Ausland gleichgestellt und muss für diese Zuzahlung ebenfalls selbst aufkommen.

Da sich die VO (EG) 883/2004 an dem Leistungsrecht des Aufenthaltsstaates orientiert, muss nach dem Sozialversicherungssystem im jeweiligen EU-Aufenthaltsstaat - das heißt danach, wie dort die Leistungen erbracht werden - unterschieden werden: In einem System der Kostenerstattung werden die Leistungs- und Finanzierungsströme zwischen der Akteure der ambulanten Versorgung anders verlaufen als in einem Sachleistungssystem.

### 1.1.1 Sachleistungssystem im EU-Ausland



Der deutsche Versicherte (dV) zahlt an seine deutsche Krankenkasse (dKK) Beiträge (b) und beantragt eine Genehmigung, um im EU-Ausland von einem Arzt (EU-A) ambulant behandelt werden zu können. Wohnt er im EU-Ausland oder reist er gezielt in das EU-Ausland, um sich dort medizinisch behandeln zu lassen, wird er von seiner Kasse ein Formular S2<sup>5</sup> erhalten, um dort über die Sachleistungsaushilfe auf Kosten seiner deutschen Krankenkasse behandelt werden zu können. Befindet er sich vorübergehend im EU-Ausland, so genügt die Vorlage der Europäischen Krankenversicherungskarte (EHIC)<sup>6</sup>, um sich im europäischen Ausland bei einem Unfall oder einer akuten Erkrankung medizinisch behandeln zu lassen. Dann besteht ein Anspruch auf die Leistungen (m), die sich während des Aufenthalts im Gebiet eines anderen EU-Mitgliedstaates als medizinisch notwendig erweisen. Der EU-Arzt (EU-A) reicht der sogenannten aushelfenden Krankenkasse, oder dem dortigen Sozialversicherungssystem (EU Soz. Vers.), seine Rechnung (EU r) ein und erhält daraufhin, wie bei inländischen Kassenpatienten auch, sein Honorar (EU h) von der aushelfenden Krankenkasse (EU Soz. Vers.). Diese wiederum rechnet dann mit der deutschen Krankenkasse (dKK) ab.

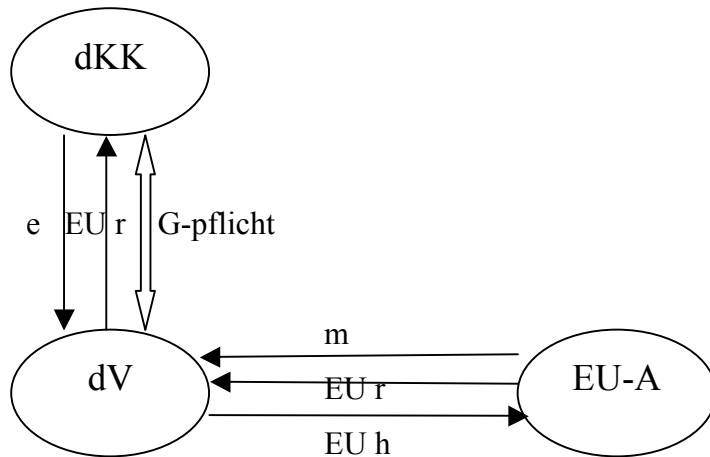
Im Falle einer grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen über die Sachleistungsaushilfe kommt es, wenn im EU-Ausland das Sachleistungssystem „herrscht“, bis auf die Genehmigungspflicht, zu keiner Veränderung im Leistungs- und Finanzierungskreislauf der ambulanten Versorgung. Das Aggregat der Kassenärztlichen Vereinigung wird im Versorgungskreislauf ausgeschlossen und durch die EU-Sozialversicherung ersetzt. **Die angefallenen Ausgaben werden nach den**

<sup>5</sup> Vordruck S2 ersetzt der frühere E 112 und dient der Genehmigung einer geplanten medizinischen Behandlung in einem anderen EU-Land. Patienten sollten dann wie Einwohner dieses Landes behandelt werden.

<sup>6</sup> Oft ist die EHIC-Karte auf die Rückseite der Krankenversicherungskarte aufgedruckt, wie es auch bei uns in Deutschland üblich ist.

**Rechtsvorschriften des EU-Auslandes von der deutschen Krankenkasse übernommen, d.h. landesübliche Zuzahlungen (EU-Zz) können zu Lasten des deutschen Versicherten anfallen.**

### 1.1.2 Kostenerstattungssystem im EU-Ausland



Der Finanzierungs- und Leistungskreislauf der ambulanten Versorgung bei einer grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsleistung umfasst, wenn ein Kostenerstattungssystem im EU-Ausland vorliegt, so wie in Belgien, Finnland, Frankreich und Luxemburg, hingegen nur drei Aggregate: der Versicherte (dV), die deutsche Krankenkasse (dKK) und der EU-Arzt (EU-A). Die Kassenärztlichen Vereinigungen und das aushelfende Sozialversicherungssystem werden in diesem Fall vom Versorgungskreislauf ausgeschlossen.

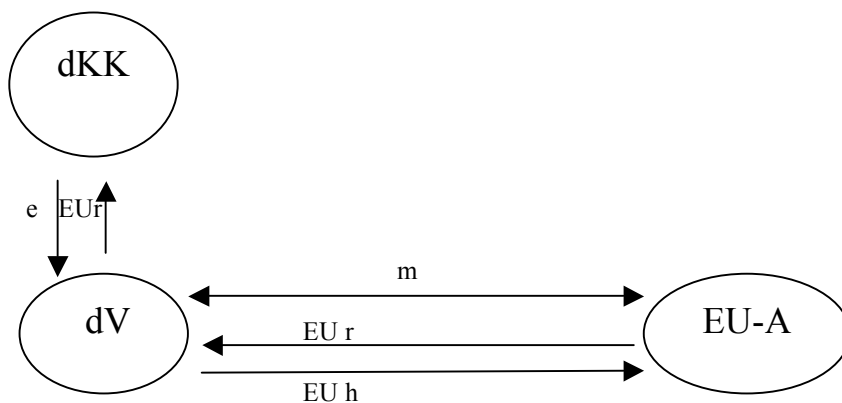
Der Versicherte begibt sich zu einem Arzt im EU-Ausland (EU-A), von dem er ärztliche Leistungen (m) erhält. Der Patient bezahlt das Honorar (EUh) selbst. Hierüber wird ihm eine Quittung (EUr) ausgestellt, die er zur Rückerstattung (e) bei der deutschen Krankenkasse (dKK) einreicht (EUr). **Ob die Rückerstattung, d.h. die Summe (e) mit dem auf der Arztquittung (EUr) verzeichneten Honorar (EUh) identisch ist oder ob sie darunter bleibt, hängt von den Rechtsvorschriften des EU-Auslandes ab.**

Im Gegensatz zu der Beziehung inländischer Patient – inländischer Arzt ist die Beziehung inländischer Patient – Arzt im Ausland nicht auf einen Quasi-Markt reduziert. Es handelt sich um eine Marktbeziehung, bei der Leistungen gegen Honorare getauscht werden. Die Versicherten beschaffen sich auf dem wegen seiner Intransparenz unvollkommenen Markt für ärztliche Leistungen ihre medizinische Versorgung. Es findet keine Abrechnung zwischen Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenkassen statt, abgerechnet wird direkt zwischen

Versicherten und Krankenkasse.

1.2 Leistungs- und Finanzströme bei der ambulanten Versorgung bei grenzüberschreitender Leistungsanspruchnahme nach dem Kostenerstattungsprinzip (RL 2011/24/EU)

Aus den Grundsätzen der EuGH-Rechtsprechung und der EU-Richtlinie (RL 2011/24/EU) folgt, dass ein Versicherter - unabhängig davon, ob die Heimatversicherung Kostenerstattung oder Sachleistung vorsieht – genehmigungsfrei einen Arzt in jedem anderen Mitgliedstaat aufsuchen und die Kosten hierfür gegenüber seiner Krankenkasse geltend machen kann. Allerdings kann ein Versicherter Erstattung nur in der Höhe beanspruchen, die in seinem Heimatstaat nach dem Leistungskatalog seiner Krankenkasse erstattungsfähig ist: **Der Versicherte erhält bei direkter Leistungsanspruchnahme Kostenerstattung nach dem Recht und den Sätzen seines Versicherers und höchstens die tatsächlichen Kosten.** Wie verlaufen nun die Leistungsströme und die Steuerungsbeziehungen der ambulanten Versorgung und welche Interessenverschiebung ergibt sich bei den Akteuren der ambulanten Versorgung?

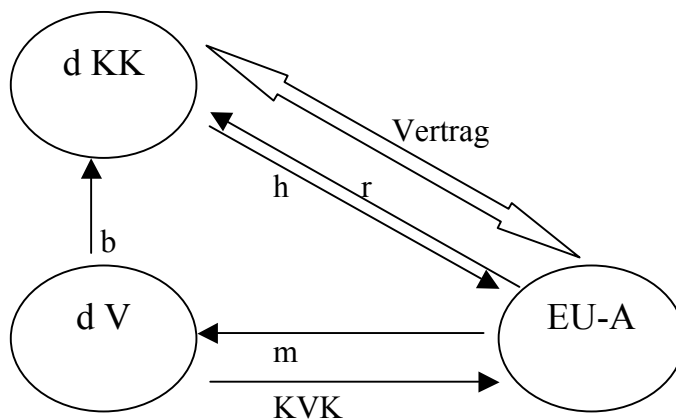


Der deutsche Versicherte (dV) zahlt an seine deutsche Krankenkasse (dKK) Beiträge (b). Der Versicherte begibt sich zu einem Arzt im EU-Ausland (EU-A), von dem er ärztliche Leistungen (m) bekommt. Der Patient bezahlt das Honorar (EUh) selbst. Über die Beträge wird ihm eine Quittung (EUR) ausgestellt, die er zur Rückerstattung (e) bei der deutschen Krankenkasse (dKK) einreicht (EUR). **Ob die Rückerstattung, d.h die Summe (e) mit dem auf der Arztquittung (EUR) verzeichneten Honorar (EUh) identisch ist oder ob sie darunter bleibt, hängt von dem erstattungsfähigen Betrag einer gleichwertigen Behandlung im Inland ab.** Auch in diesem Fall handelt es sich in der Beziehung zwischen

dem deutschen Patienten und dem ausländischen Arzt um eine Marktbeziehung, bei der Leistungen gegen Honorare getauscht werden. Es findet ebenso keine Abrechnung zwischen Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenkassen statt, abgerechnet wird direkt zwischen Versicherten und Krankenkasse. Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden auch durch die EU-Richtlinie (RL 2011/24/EU) von dem Versorgungskreislauf ausgeschlossen.

### 1.3 Leistungsströme und Steuerungsbeziehungen bei der ambulanten Versorgung bei grenzüberschreitender Leistungsanspruchnahme auf der Basis eines Versorgungsvertrages zwischen einer deutschen Krankenkasse und einem Arzt aus dem EU-Ausland (§ 140e SGB V)

Der deutsche Gesetzgeber räumt mittlerweile die Möglichkeit ein, Verträge mit Leistungserbringern aus dem EU-Ausland zu schließen. Die deutschen Krankenkassen nutzen die Möglichkeit gemäß § 140 e SGB V, um eine grenzüberschreitende Leistungsanspruchnahme insbesondere in grenznahen Regionen, oder in den Urlaubsgebieten, vor allem in Bezug auf bestimmte Indikationen zu fördern. Der Vorteil in dieser Konstellation besteht für die Versicherten darin, dass grenzüberschreitende Gesundheitsleistungen im Rahmen von Sachleistungen in Anspruch genommen werden können. Hier gibt es eine Reihe von Projekten, so zum Beispiel im Rahmen der Euregios<sup>7</sup>.



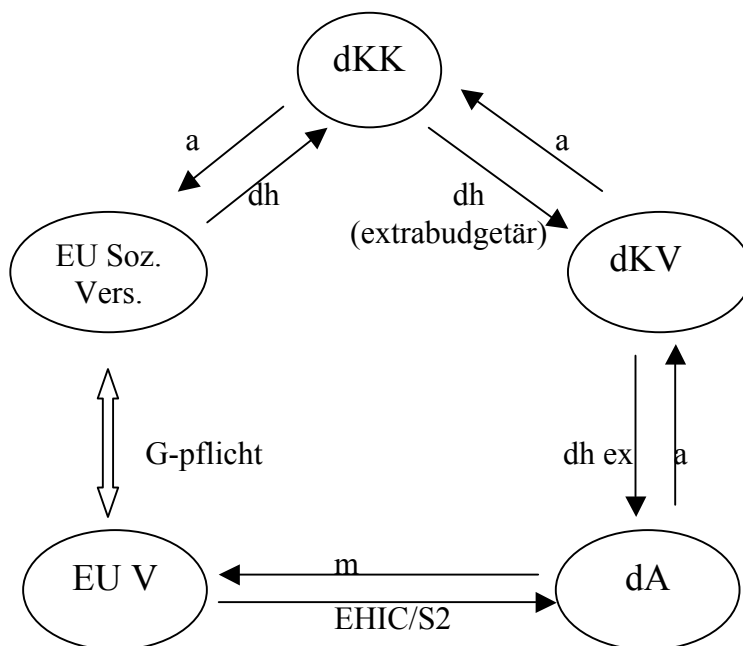
Aufgrund eines Versorgungsvertrages zwischen einer deutschen Krankenkasse und einem Arzt aus dem EU-Ausland kann ein deutscher Versicherter ohne Genehmigungsvorbehalt alle zwischen den Vertragspartnern vereinbarten Sachleistungen bei Vorlage seiner deutschen Krankenversicherungskarte (KVK) abrufen. Die Abrechnung erfolgt zwischen den Vertragspartnern, d.h. der ausländische Vertragsarzt (EU-A) rechnet direkt (r bzw. h) mit der

<sup>7</sup> Arbeitsgemeinschaft der Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene, Gesetzliche Krankenversicherung in Europa: Chancen nutzen – Kompetenzen wahren – Soziales gestalten, Juli 2010, S. 11.

deutschen Krankenkasse (dKK) ab. **Die Höhe der Erstattung hängt von den vereinbarten Vertragssätzen ab, kann also auch Zuzahlungen zu Lasten des Versicherten enthalten, wenn dies im deutschen Recht vorgesehen ist.** Auch hier wiederum sind die Kassenärztlichen Vereinigungen von dem Versorgungskreislauf ausgeschlossen.

2. Patient aus dem EU-Ausland fragt in Deutschland eine ambulante Leistung nach

2.1 Leistungs- und Finanzströme der ambulanten Versorgung bei grenzüberschreitender Leistungsanspruchnahme nach dem Sachleistungsprinzip (VO (EG) Nr. 883/2004)

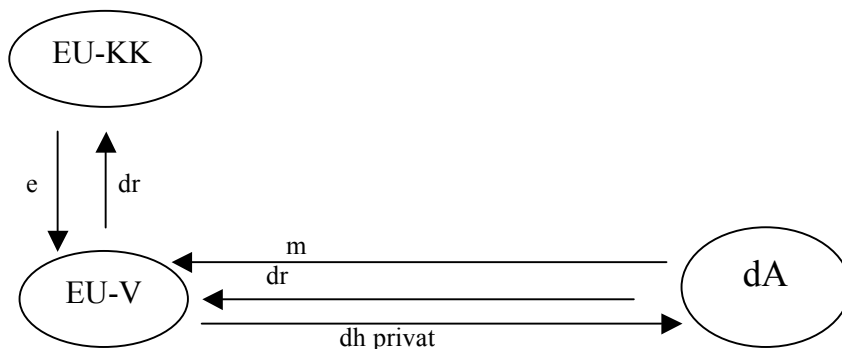


Die Beziehung zwischen EU-Sozialversicherungsträger (EU-Soz.Vers.) und EU-Versichertem (EU-V) kann nicht konkret angegeben werden, da sie je nach System unterschiedlich sein wird. Dennoch – so viel steht fest - besteht eine Genehmigungspflicht zwischen Versicherten und Krankenkasse, da die ambulante Leistung im Rahmen der VO (EG) Nr. 883/2004 nachgefragt wird. Der EU-Versicherte und EU-Patient begibt sich nach Deutschland zur ambulanten Behandlung und erhält dort von dem deutschen Arzt (dA) gegen Vorlage seiner europäischen Krankenversicherungskarte (EHIC) bzw. des Vordrucks S2 und nach Bezahlung der Praxisgebühr von 10€ ärztliche Leistungen (m). Der Patient sucht sich eine aushelfende Krankenkasse (dKK) aus. Der deutsche Arzt rechnet mit der Kassenärztlichen Vereinigungen

nach den Regelungen des Ersatzverfahrens<sup>8</sup> ab (a). Ärztliche Leistungen an EU-Patienten über die EHIC werden extrabudgetär, außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung (aMGV), zu festen Preisen von den Krankenkassen vergütet: Das heißt, ärztliche Leistungen an EU-Patienten werden außerhalb des RLV und der QZV zum vollen EBM-Preis vergütet<sup>9</sup>. Die gewählte deutsche Krankenkasse (dKK) rechnet dann mit dem Krankenversicherungsträger aus dem EU-Ausland ( EU-Soz.Vers.) ab.

Wenn der Patient ausdrücklich Leistungen nachfragt, die über den durch die EHIC abgedeckten Leistungsumfang hinausgehen, werden die Mehrleistungen auf Basis der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) privat abgerechnet. **Fragt ein Patient aus dem EU-Ausland in Deutschland eine grenzüberschreitende Leistungsanspruchnahme nach dem Sachleistungsprinzip (VO (EG) Nr. 883/2004) nach, werden die Kassenärztlichen Vereinigungen nicht von dem Versorgungskreislauf ausgeschlossen. Die medizinischen Leistungen werden dem deutschen Arzt außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung (aMGV) vergütet.**

2.2 Leistungs- und Finanzströme bei der ambulanten Versorgung bei grenzüberschreitender Leistungsanspruchnahme nach dem Kostenerstattungsprinzip (RL 2011/24/EU)



Die Beziehung zwischen EU-Krankenkasse (EU-KK) und EU-Versichertem (EU-V) kann auch hier nicht konkret angegeben werden, da sie je nach System unterschiedlich sein wird. Der EU-Versicherte und EU-Patient begibt sich gezielt nach Deutschland zu einer ambulanten Behandlung und erhält dort vom deutschen Arzt (dA) ärztliche Leistungen (m). Der Patient

<sup>8</sup> Informationen abrufbar unter URL: <http://www.kvhh.de/pdf/abrechnung/ausland-versicherte-checkliste.pdf> Stand März 2011 (überprüft am 23.02.2012), hier geht es um die Abrechnungsmodalitäten für Patienten aus den Staaten im europäischen Wirtschaftsraum, über die Europäische Krankenversicherungskarte.

<sup>9</sup> Kassenärztliche Vereinigung Berlin, Informationen für die Praxis, abrufbar unter URL: [http://www.kvberlin.de/20praxis/70themen/auslandspatient/praxisinfo\\_auslandspatient.pdf](http://www.kvberlin.de/20praxis/70themen/auslandspatient/praxisinfo_auslandspatient.pdf) (überprüft am 23.02.2012).

bezahlt das Honorar selbst, das nach den Sätzen für deutsche Privatpatienten (dh privat) berechnet wird<sup>10</sup>. Über den Betrag wird eine Quittung (dr) ausgestellt, die er zur Rückerstattung (e) bei seiner Krankenkasse (EU-KK) einreicht (dr). **Ob die Rückerstattung, d.h. die Summe (e) mit dem auf der Arztquittung (dr) bezeichneten Honorar (dh privat) identisch ist oder ob sie darunter bleibt, hängt davon ab, wie eine vergleichbare Behandlung im Herkunftsland des Versicherten vergütet wird. Wäre sie im Herkunftsland günstiger gewesen, so muss der Versicherte selbst für den Unterschiedsbetrag aufkommen. Einen Gewinn kann er nicht erzielen, da nach der EU-Richtlinie (RL 2011/24/EU) höchstens die tatsächlichen Kosten erstattet werden.**

Die „Zahlungsumwege“ im komplexen System der Leistungserbringung, wie sie im Sachleistungsprinzip ohne Auslandsbezug bestehen, existieren hier nicht mehr. Es gibt auch keine Gruppenverhandlungen über die Gesamtvergütung ärztlicher Leistungen zwischen Krankenkassen und Kassenärztlicher Vereinigung mehr und keine Honorarausschüttung an die Ärzte. Auch in diesem Fall entspricht die Beziehung EU-Patient – inländischer Arzt einer Marktbeziehung, wie sie im System der PKV vorzufinden ist: Der EU-Patient schließt Einzelverträge mit dem inländischen Arzt ab. Diese Marktbeziehung ist durch ihre Intransparenz gekennzeichnet<sup>11</sup>. Um die Versicherten im Hinblick auf eine grenzüberschreitende Leistungsanspruchnahme optimal informieren zu können, ist eine besondere Transparenz bezüglich Art und Umfang der Leistungen sowie der Qualität der medizinischen Leistungen und der Leistungserbringer in den anderen Mitgliedsstaaten erforderlich<sup>12</sup>. Daher fordert die EU-Richtlinie RL 2011/24/EU in Art. 6 den Aufbau von nationalen Kontaktstellen für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung.

### 2.3 Leistungs- und Finanzströme bei der ambulanten Versorgung bei grenzüberschreitender Leistungsanspruchnahme auf der Basis eines Versorgungsvertrages zwischen einem deutschen Arzt und einem Krankenversicherungsträger aus dem EU-Ausland

Auch hier ist nach dem Sozialversicherungssystem im jeweiligen EU-Aufenthaltsstaat zu unterscheiden: Je nach System, Kostenerstattung oder Sachleistung, werden die Leistungs- und Finanzierungsströme zwischen den Akteuren der ambulanten Versorgung unterschiedlich

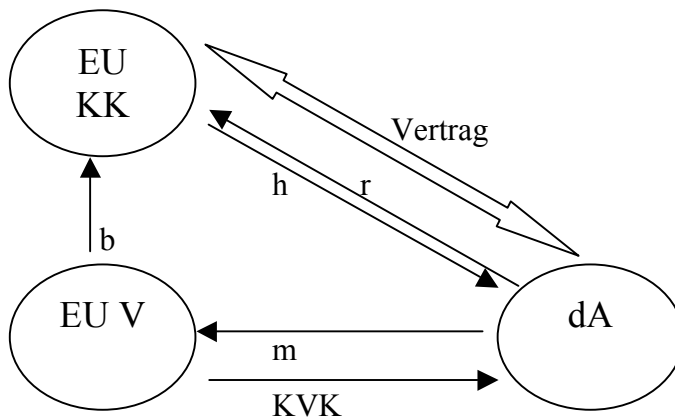
---

<sup>10</sup> Informationen abrufbar unter URL: <http://www.kvhh.de/pdf/abrechnung/ausland-versicherte-checkliste.pdf>, Stand März 2011, (überprüft am 23.02.2012), hier geht es um Patienten, die keinen oder nicht den richtigen Anspruchsnachweis vorlegen, dann erfolgt die Vergütung nach der GOÄ.

<sup>11</sup> Vgl. Herder-Dorneich, Ökonomische Theorie des Gesundheitswesens, Baden-Baden 1994, S. 893.

<sup>12</sup> Vgl. Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen Europa für die Versicherten gestalten- aktuelle europäische Entwicklungen im Bereich der Gesundheitspolitik, (Positionspapier der erweiterten Europa-AG der SpiK), September 2004.

verlaufen. Besteht Kostenerstattung im EU-Versicherungsstaat wird kein Anreiz bestehen, Verträge mit deutschen Leistungserbringern abzuschließen. Solche Anreize treten vor allem im Sachleistungssystem auf, insbesondere wenn Leistungsengpässen im EU-Versicherungsstaat bestehen. So erwiesen sich zum Beispiel in den Niederlanden, Orthopädie (Hüfte/Knie), Augenheilkunde (Grauer Star) und Urologie/Gefäßchirurgie als Gebiete mit einem besonders hohen Bedarf<sup>13</sup>, so dass verstärkt in diesen Bereichen Versorgungsverträgen mit deutschen Leistungserbringern geschlossen wurden.



Aufgrund eines Versorgungsvertrages zwischen einer EU-Krankenkasse (EU-KK) und einem deutschen Arzt (dA) kann ein EU-Versicherter ohne Genehmigungsvorbehalt alle zwischen den Vertragspartnern vereinbarten Sachleistungen bei Vorlage seiner Krankenversicherungskarte (KVK) abrufen. Die Abrechnung erfolgt zwischen den Vertragspartnern, d.h. der deutsche Vertragsarzt (dA) rechnet direkt (r bzw. h) mit der EU-Krankenkasse (EU-KK) ab. **Die Höhe der Erstattung hängt von den vereinbarten Vertragssätzen ab.** Auch hier wiederum sind die Kassenärztlichen Vereinigungen von dem Versorgungskreislauf ausgeschlossen.

### 3. Interessenkonstellationen in der deutschen ambulanten Versorgung bei einer grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

#### 3.1 Untere Ebene

Es stellt sich nun die Frage, wie sich die Interessen der in Deutschland versicherten Patienten, aber auch der in Deutschland praktizierenden Ärzte unter dem Einfluss einer derart weitreichenden Dienstleistungswahlfreiheit verändern. Um eine eventuelle Veränderung der

<sup>13</sup>Informationen abrufbar auf der Internetseite der Universität Münster unter URL: <http://www.uni-muenster.de/NiederlandeNet/nl-wissen/soziales/vertiefung/zusammenarbeit/gesundheitsraum.html> (überprüft am 23.02.2012).

Interessen der beteiligten Akteure durch die grenzüberschreitende Inanspruchnahme von ambulanten Gesundheitsleistungen aufzuzeigen, muss an dieser Stelle erneut danach unterschieden werden, ob die VO (EG) Nr. 883/2004, die EU-Richtlinie RL 2011/24/EU (d.h. § 13 Abs. 4, 6 SGB V) oder § 140e SGB V zur Anwendung kommen soll, denn je nach Verfahren werden die Anreize unterschiedlich ausfallen.

### 3.1.1 Interessen der Akteure auf der unteren Ebene

#### 3.1.1.1 Patient

##### 3.1.1.1.1 Nach der VO (EG) Nr. 883/2004

Außer im Notfall ist für eine Nachfrage nach medizinischen Leistungen im EU-Ausland über die Sachleistungsaushilfe eine Genehmigung erforderlich. So dass sich der in Deutschland versicherten Patienten für eine geplante Behandlung im EU-Ausland zunächst in Deutschland um eine Genehmigung bemühen muss. Dann wird er aber dem EU-Versicherten gleichgestellt, und erhält die Behandlungskosten in voller Höhe des im EU-Ausland erstattungsfähigen Betrages erstattet. Ob es sich dabei wirtschaftlich um einen Vorteil handelt, hängt von den Sätzen im EU-Ausland, von den dort landesüblichen Zuzahlungen ab. Ist der im EU-Ausland erstattungsfähige Betrag niedriger als die tatsächlichen Behandlungskosten, so muss der deutsche Versicherte – wie der EU-Versicherte – für den Unterschiedsbetrag selbst aufkommen. Sein Anreiz gezielt ins EU-Ausland zu reisen, um dort behandelt zu werden, dürfte eher gering sein, wenn in Deutschland für eine vergleichbare medizinische Behandlung keine Zuzahlung oder kein Eigenanteil existiert. In diesem Fall würde er sich schlechter stellen, als wenn er sich im Inland behandeln ließe.

**Anders verhält es sich, wenn eine Behandlung in Deutschland mit Zuzahlungen oder Eigenanteilen belastet ist, im EU-Ausland aber für die gleiche Behandlungen keine Zuzahlungen oder Eigenanteile zu Lasten des Versicherten bestehen. Durch die Inanspruchnahme der medizinischen Leistungen im EU-Ausland kann sich der deutsche Patient dann besser stellen, als wenn er die Leistung im Inland nachgefragt hätte, denn in diesem konkreten Fall werden nach VO (EG) Nr. 883/2004 die Gesamtkosten übernommen.**

Besteht im EU-Ausland ein Sachleistungssystem, hat der deutsche Patient den Vorteil nicht in Vorkasse treten zu müssen. Besteht dort aber ein Kostenerstattungssystem, so muss der deutsche Versicherte zunächst selbst in Vorleistung treten und sich selbst um die

administrativen Abläufe kümmern. In einigen Ländern wie Belgien, Finnland, Frankreich und Luxemburg gibt es keine ambulanten Leistungen im Rahmen der Sachleistungsabrechnung. Die Behandlung muss grundsätzlich zunächst selbst bezahlt werden. 42% der befragten Mitglieder der Techniker Krankenkasse mit mindestens einer EU-Auslandsbehandlung, die im Rahmen ihrer Auslandsbehandlung den Versuch unternommen haben, die EHIC einzusetzen, wurden abgelehnt. Lediglich 9% der EU-Auslandsbehandlungen würden über die EHIC abgerechnet: Dies zeigt mehr als deutlich das Akzeptanzproblem der EHIC bei grenzüberschreitender Versorgung<sup>14</sup>. In diesem Fall profitiert der deutsche Versicherte kaum von einer echten Sachleistungsaushilfe wie sie die VO (EG) Nr. 883/2004 eröffnen will.

#### 3.1.1.1.2 Nach der EU-Richtlinie (RL 2011/24/EU)

Entscheidet sich der deutsche Patient für eine Inanspruchnahme von Leistungen nach der EU-Richtlinie, d.h. über §13 Abs. 4, 6 SGB V, so kann er genehmigungsfrei im EU-Ausland einen Arzt aufzusuchen, und die Erstattung nach dem Recht und den Sätzen seines deutschen Versicherers, höchstens aber die tatsächlichen Kosten geltend machen.

Auf die Frage, ob die Höhe der im Voraus zu zahlenden Kosten ein Hinderungsgrund für EU-Auslandsbehandlungen sei, antworteten zwei Drittel der befragten TK-Mitglieder mit „Nein“. Lediglich 21% sahen in der Vorauszahlung der Behandlungskosten einen Hinderungsgrund<sup>15</sup>. Zwei Drittel der Versicherten sehen also im Kostenerstattungsprinzip keinen Nachteil, 77% der EU-Auslandsbehandlungen würden im Wege der Kostenerstattung abgerechnet<sup>16</sup>.

Ist ein deutscher Versicherter über die Kosten einer Behandlung im EU-Ausland gut informiert, so kann er das Risiko, schlechter gestellt zu werden als bei einer Behandlung im Inland, wie es bei der Inanspruchnahme über die VO (EG) Nr. 883/2004 noch möglich war, minimieren. Der finanzielle Anreiz eine geplante Behandlung im EU-Ausland durchzuführen, ist eindeutig: 33% der TK-Mitgliedern geben die Einsparung von Kosten, die nicht von der GKV erstattet werden als Grund für eine EU-Auslandsbehandlungen an, 24% die Einsparung von Zuzahlung. Verstärkt wird der finanzielle Aspekt der grenzüberschreitenden Inanspruchnahme bei der Betrachtung des monatlichen Bruttoeinkommens der TK-Mitglieder mit EU-Auslandsbehandlungen: Es sind überwiegend TK-Mitglieder mit geringeren Einkommen, die geplant in das EU-Ausland fahren, um sich behandeln zu lassen<sup>17</sup>. Jüngere

---

<sup>14</sup> Vgl. Wagner/Schwarz, Die TK in Europa – TK-Ergebnisanalyse zu EU-Auslandsbehandlungen 2007, S. 10, 23 und Wagner/Verheyen, Die TK in Europa – Deutsche Patienten auf dem Weg nach Europa, TK-Europabefragung 2009, S. 26.

<sup>15</sup> Vgl. Wagner/Verheyen, a.a.O., S. 25.

<sup>16</sup> Vgl. Wagner/Schwarz, a.a.O., S. 23.

<sup>17</sup> 48% der gefragten TK-Mitgliedern verfügen über ein monatliches Einkommen unter 1500 €, Wagner/Verheyen, a.a.O., S. 13.

EU-Länder wie Polen, Tschechien und Ungarn bieten günstigere Preise an. Zahnbehandlungen und Zahnersatz sind in osteuropäischen Ländern bis zu 80% preiswerter als in Deutschland: So liegen die Preise in Deutschland für ein Implantat mit Aufbau zwischen 1500 und 4000 €, polnische Praxen bieten die gleiche Leistung für 800 bis 1700 € an<sup>18</sup>.

#### 3.1.1.1.3 Nach § 140e SGB V

Sind selektive Verträge zwischen der deutschen Krankenkasse und dem EU-ausländischen Leistungserbringer nach § 140e SGB V abgeschlossen worden, so kann der deutsche Versicherte eine qualitativ hochwertige und unbürokratische Versorgung mit einem deutschsprachigen Ansprechpartner in Anspruch nehmen. Ein Viertel der befragten TK-Mitglieder befürworteten Verträge der TK mit ausgewählten Ärzten und Einrichtungen für eine hochwertige Versorgung zu vorteilhaften Konditionen<sup>19</sup>. Im Dreiländereck Deutschland, Belgien und den Niederlanden aber auch in touristisch beliebten Regionen werden preiswerte Behandlungen angeboten und Verträge zwischen ausländischen Leistungsanbietern und deutschen Krankenkassen abgeschlossen. Wird somit das deutsche Sachleistungsprinzip im Rahmen der selektiven Verträge in das EU-Ausland faktisch exportiert, kann der deutsche Patient in zweierlei Hinsicht entlastet werden: **Über die VO (EG) Nr. 883/2004 würde er die Leistung zwar ebenfalls als Sachleistung erhalten, müsste aber den Betrag, der über das hinausgeht, was im EU-Ausland erstattungsfähig ist, selbst tragen – von dem administrativen Mehraufwand ganz abgesehen. Über die Patientenmobilitätsrichtlinie RL 2011/24/EU muss der deutsche Versicherte zunächst in Vorleistung treten und verfügt regelmäßig nicht über hinreichende Informationen darüber, wie viel er – nach dem im Inland geltenden Sätzen – zurückerhält. All diesen Risiken ist er nicht ausgesetzt, wenn er die Leistung im EU-Ausland bei einem Leistungserbringer nachfragt, mit dem ein Selektivvertrag besteht.**

#### 3.1.1.1.4 Chancen und Risiken aus der Interessenstruktur des Patienten bei einer grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

Würde der inländische Patient den Besuch beim inländischen Arzt durch einen Besuch beim Arzt im EU-Ausland substituieren, könnten sich für den Versicherten

---

<sup>18</sup> Vgl. Ferenczi/Fink/Güstens et al., Medizintourismus, in: Focus, 9.7.2007, S. 58-69 und wörtlich Wagner/Schwarz, a.a.O., S. 16.

<sup>19</sup> Vgl. Wagner/Schwarz, a.a.O., S. 28.

Einsparungsmöglichkeiten ergeben. Eine solche Substitution könnte aber auch bei der GKV zu Einsparungen führen.

Die kostentreibenden Probleme der „Umlagerationalitätsfalle“ und der „Patientenkarriere“ bestehen weiterhin. Aufgrund der Umlagerationalitätsfalle werden die Versicherten verstärkt ausländische Ärzte aufsuchen, um ihre Beiträge „auszureizen“: Durch die Inanspruchnahme von Leistungen im Ausland glauben sie, dass sich bereits gezahlte Beiträge besser amortisieren. Die Umlagerationalität wird sogar um eine Komponente erweitert. Darüber verlängert sich auch die „Patientenkarriere“<sup>20</sup>. Die nach „Prestige“ strebenden Patienten können nun auch die Dienste ausländischer Allgemeinärzte, ausländischer Fachärzte und ausländischer Krankenhäuser in Anspruch nehmen. Dabei ist noch nicht einmal eine Genehmigung zu der nachfolgenden Erstattung nach inländischen Sätzen erforderlich. Die Behandlung muss auch nicht dringlich sein. Diese erweiterte Wahlmöglichkeit führt zu höheren Kosten, denn ein nach „Prestige“ strebender Patient wird einen inländischen **und** einen Arzt im EU-Ausland bzw. Facharzt im EU-Ausland aufsuchen. Selbst wenn die Ärzte bzw. Fachärzte im EU-Ausland niedrigere Sätze verlangen als ihre deutschen Kollegen, kann es zu einem Ausgabenanstieg kommen, denn die Leistungen werden nicht substituiert, sondern **komplementär** nachgefragt.

Einige Studien zeigen, dass Massenleiden wie Diabetes, Bluthochdruck und Krebs in Deutschland vergleichsweise qualitativ schlecht behandelt werden. Die durchschnittliche Lebenserwartung der Deutschen ist mit 77,8 Jahren für Männer und 82,8 Jahren für Frauen niedriger als in vielen vergleichbaren Industriestaaten<sup>21</sup>. Es wäre daher zu erwarten, vorausgesetzt die Qualität der Versorgung verändert sich nicht, dass deutsche Patienten für die Behandlung solcher Krankheiten ins Ausland gehen. Um einer solchen Abwanderung der Patienten entgegenzuwirken, wird ein Qualitätswettbewerb in der inländischen ambulanten Versorgung unausweichlich sein.

Die Interessen der deutschen Patienten verändern sich bei der grenzüberschreitenden Inanspruchnahme insofern, als sie –statistisch gesehen in 77% der EU-Behandlungsfälle - entgegen dem Grundprinzip der GKV in Deutschland, nach dem Kostenerstattungsprinzip abrechnen müssen. Im Rahmen der Kostenerstattung sind die Versicherten bei der Vereinbarung von Preisen und der Beurteilung der Qualität einer Leistung im Ausland auf sich allein gestellt. Der Versicherte wird in der Regel keine Kenntnis über die Höhe der erstattungsfähigen Kosten haben und benötigt daher insoweit Unterstützung durch die

---

<sup>20</sup> Ausführlich zur „Patientenkarriere“ im Teil II, D, 3.1.1.1.

Krankenkasse<sup>22</sup>, im Einklang mit der EU-Patientenmobilitätsrichtlinie RL 2011/24/EU, die entsprechende Kontaktstellen vorsieht. Diesen Risiken ist er nicht ausgesetzt, wenn er die Leistung im EU-Ausland bei einem Leistungserbringer nachfragt, mit dem ein Selektivvertrag besteht. Im Unterschied zu dem dualen Vertragsprinzip der Kostenerstattung nach der Patientenmobilitätsrichtlinie ist der Versicherte als Patient im Rahmen einer grenzüberschreitenden Inanspruchnahme über Selektivverträge jedoch nicht in seiner Beziehung zu dem EU-Arzt auf sich allein gestellt, sondern verfügt mit seiner Krankenkasse über einen Sachverwalter. Dieser zusätzliche Agent kompensiert durch kompetente Fachberatung des Versicherten, durch eine vertragsbasierte Vorauswahl unter den Versorgungsleistungen beziehungsweise Leistungserbringer nach verständlichen Qualitäts- und Effizienzkriterien und durch Erfahrungswerte, die aus der Informationsasymmetrie im EU-Arzt-Patient-Verhältnis resultierenden Beeinträchtigungen der Patientensouveränität im Interesse des Patienten<sup>23</sup>.

### 3.1.1.2 Arzt

Für den deutschen Arzt ergibt sich die Möglichkeit, EU-ausländischen Patienten Leistungen anzubieten.

Die Ärzteschaft hat sich positiv zur EU-Patientenmobilitätsrichtlinie (RL 2011/24/EU) geäußert. „Indem nur die Kosten zum Preis einer Behandlung im eigenen Land übernommen werden müssen, bleiben diese kontrollierbar“, heißt es von der Bundesärztekammer<sup>24</sup>. Die Ärzteschaft ist von ihrem Leistungsniveau, ihrer Qualität überzeugt und erwartet daher eine verstärkte Nachfrage aus anderen EG-Mitgliedstaaten, nicht dagegen eigene Patientenverluste – die ebenfalls denkbar wären<sup>25</sup>. Ihnen erschließt sich nach eigener Überzeugung eine neue Klientel. Daraus ergeben sich im Wesentlichen zwei Veränderungen in der Interessenstruktur:

---

<sup>21</sup> Vgl. Eurostat, OECD, Dezember 2010.

<sup>22</sup> Vgl. Wagner/Schwarz, a.a.O., S. 27f.

<sup>23</sup> Vgl. Jacobs/Kip/Schulze, Mehr Kostenerstattung in der GKV? Auswirkungen auf Kostentransparenz und Inanspruchnahmeverhalten – Wunsch und Wirklichkeit, in: GGW 2010, Heft 4 (Oktober), S. 17-26, hier S. 23.

<sup>24</sup> Siehe Spielberg, Europäische Union. Neue Regelungen zur Behandlung im Ausland, in: Deutsches Ärzteblatt 2011, abrufbar unter URL: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/80693/Europaeische-Union-Neue-Regelung-zur-Behandlung-im-Ausland?src=search> (überprüft am 23.02.2012).

<sup>25</sup> Vgl. Fußnote 64 in Lampert/Lenz, Gemeinsamer Binnenmarkt und Leistungserbringung in der Gesetzlichen Krankenversicherung – Konsequenzen der Rechtsprechung des EuGH in den Rechtssachen „Decker“ und „Kohl“ für den Arzneimittelmarkt in der Gesetzlichen Krankenversicherung, Teil 1, in: Pharma Recht, 1999, Heft 3, S. 66-75 und Hess, Europäische Freizügigkeit im Gesundheitswesen, in: Auf dem Weg in ein Europäisches Gesundheitswesen?, Die Dokumentation zur Veranstaltung am 5. März 2002 in Brüssel, Kassenärztlichen Bundesvereinigung (Hrsg.).

Für den inländischen Arzt lohnt es sich mehr EU-ausländische Patienten zu behandeln, als inländische Patienten:

Wird eine Abrechnung über die Sachleistungsaushilfe vorgenommen, so werden seine Leistungen gegenüber dem EU-ausländischen Patienten extrabudgetär, als sogenannte „freie Leistungen“ vergütet. Die ärztlichen Leistungen werden insoweit zwar über die Kassenärztliche Vereinigung, aber **außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und ohne Mengengrenzung zum vollen EBM-Preis** vergütet. Der deutsche Arzt weiß sofort wie viel er für die Leistung bekommt, der endgültige Preis der ärztlichen Leistung hängt nicht von der eigenen Fallzahl und nicht von dem durchschnittlichen Fallwert seiner Arztgruppe ab<sup>26</sup>.

Wird eine grenzüberschreitende Behandlung über das Kostenerstattungsprinzip vorgenommen, **stellt der inländische Arzt eine Privatrechnung aus, und rechnet nach der GOÄ ab**. Der EU-ausländische Patient zahlt also zunächst selbst und bekommt den Betrag erst von seiner Kasse bis zur Höhe der in seinem Staat geltenden Sätze erstattet. Auf diesem Wege kann der Arzt auch der Pauschalierungsrationale entfliehen: Er bekommt nicht weniger Punkte (und somit weniger Geld) für zunehmende Leistungen, sondern erhält unmittelbar eine bestimmte Geldsumme für eine bestimmte Leistung.

Wird eine grenzüberschreitende Behandlung aufgrund eines Selektivvertrags des deutschen Arztes mit einer EU-ausländischen Krankenkasse erbracht, wird die Vergütung auch nicht im Rahmen der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung erfasst, was für den Arzt „unterm Strich“ vorteilhaft ist. Der Arzt kann sich aber auch durch den Abschluss solcher Selektivverträge eine vorteilhafte Stellung im Wettbewerb um EU-Patienten sichern. Der Patient wird durch die jeweilige EU-Kasse aufgefordert, einen speziellen Arzt im Rahmen der grenzüberschreitenden Behandlung auszuwählen.

**Festzuhalten ist, dass sich in allen drei Alternativen der grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Leistungen der deutsche Arzt der Mengensteuerung nach nationalem Recht entziehen kann.** Der Arzt erhält mehr Geld für die erbrachte Leistung, als wenn er im Sachleistungssystem abrechnen müsste, da er den tatsächlichen Wert seiner Leistung abrechnen kann und nicht auf den „Punktwert“ angewiesen ist.

Es ist daher zu erwarten, dass **ein starker Wettbewerb um die ausländischen Patienten** stattfinden wird. Daraus folgt nicht nur ein Mengenwettbewerb, sondern – wie bereits

angesprochen – auch ein Qualitätswettbewerb. Die Ärzte müssen ausländische Patienten überzeugen, die angebotenen Gesundheitsleistungen in Anspruch zu nehmen<sup>27</sup>.

### 3.1.2 Interdependenzen auf der unteren Ebene – Wechselwirkung zwischen zwei europäischen Gesundheitssystemen

Die Interdependenzen auf der unteren Ebene betreffen Akteure aus zwei unterschiedlichen nationalen Gesundheitssystemen: die Beziehung zwischen einem inländischen Patienten und einem Arzt im EU-Ausland oder zwischen einem inländischen Arzt und einem EU-ausländischen Patienten.

#### 3.1.2.1 Deutscher Patient – Arzt im EU-Ausland

Da die Interessen des Arztes im EU-Ausland stark von den für ihn geltenden Abrechnungsmodalitäten abhängen und diese je nach EU-Mitgliedstaat sehr unterschiedlich sein können, sind hier kaum Aussagen über die Interdependenzen beider Akteure möglich. Wie bereits gesehen, wird ein deutscher Patient, der sich in Frankreich behandeln lässt, gleich in der französischen Praxis seine Rechnung unmittelbar begleichen müssen. Für den französischen Arzt macht es keinen Unterschied, ob sein Patient aus dem EU-Ausland kommt oder nicht, denn er rechnet nach den gleichen Sätzen ab. Eine Ausweitung seiner Behandlungsleistungen auf EU-ausländische Patienten ermöglicht dem französischen Arzt allerdings eine Ausweitung seines Patientenkreises und damit seiner Einnahmen. Dies gilt aber grundsätzlich für alle EU-ausländischen Leistungserbringer, wenn die Behandlung im Rahmen der EU-Richtlinie RL 2011/24/EU nach dem Kostenerstattungsprinzip in Anspruch genommen wird. Es ist kaum wahrscheinlich, dass private Abrechnungen für den EU-ausländischen Arzt weniger lukrativ sind, als Abrechnungen im Rahmen eines Kollektivvertrages. Die Behandlung von EU-Patienten wird alle EU-Ärzten gleich oder besser stellen, keinesfalls indessen schlechter. **Es ist also zu erwarten, dass EU-ausländische Ärzte die Behandlung deutscher Patienten - sollte diese nicht mit hohem administrativem Aufwand verbunden sein - tendenziell positiv gegenüberstehen werden.**

---

<sup>26</sup> Siehe Kapitel II, D, 3.2 Besondere Berücksichtigung der Honorierung der Vertragsärzte in der ambulanten Versorgung.

<sup>27</sup> Vgl. Hajen/Paetow/Schumacher, Gesundheitsökonomie: Strukturen – Methoden – Praxis, Stuttgart 2011.

### 3.1.2.2 Ausländischer Patient – Arzt in Deutschland

Hier liegt die Konstellation anders: Es gelangt kein Geld von Deutschland in einen anderen Mitgliedstaat, vielmehr fließt Geld in das deutsche Gesundheitssystem (aus anderen Mitgliedstaaten). Je nachdem wie der Arzt sein Honorar erhält, wird es sich für ihn mehr oder weniger lohnen, ausländische Patienten zu behandeln.

Werden Patienten, die in den Anwendungsbereich der VO (EG) Nr. 883/2004 fallen aus dem EU-Ausland wie gesetzlich versicherte Patienten in Deutschland behandelt, d.h. über die EHIC oder der Vordrucke S2 „abgewickelt“, unterscheiden sich die Interdependenzen zwischen diesen zwei Akteuren auf der unteren Ebene von den bereits dargestellten Interdependenzen zwischen einem deutschen Arzt und einem deutschen Patienten, insofern als die deutschen Ärzten außerhalb der Mengensteuerung abrechnen können. Für die deutsche Ärzteschaft steigt dann der Umfang auf der Nachfrageseite, zusätzlich zu den deutschen Patienten können sie Patienten aus dem EU-Ausland ihrer Klientel hinzufügen, und sie können der Pauschalisierungsrationalfalle entfliehen.

**Werden Patienten, die nicht in den personellen Anwendungsbereich der VO (EG) Nr. 883/2004 fallen, aus dem EU-Ausland aufgrund der neuen EU-Patientenmobilitätsrichtlinie RL 2011/24/EU aber wie deutsche Privatpatienten behandelt,** (das heißt, sie müssen in Vorkasse treten und die Leistungen beim Arzt direkt bezahlen und können erst später bei der eigenen Kasse Kostenerstattung beantragen) **so ist der Anreiz für deutsche Ärzte um so größer, Patienten aus dem EU-Ausland zu behandeln,** da sie nicht nur der Mengensteuerung entfliehen können, sondern nach höheren Sätzen abrechnen können. Da die Mehrzahl der Patienten nicht unter die VO (EG) Nr. 883/2004 fällt, ist diese Konstellation für den Arzt besonders interessant.

Der Patient aus dem EU-Ausland hat eine andere Ausgangsposition: Er bekommt nach der EU-Richtlinie nur so viel von seiner Kasse zurückerstattet, wie er für dieselben Leistungen im Inland bekommen hätte. Sind die entsprechenden Gesundheitsleistungen in Deutschland billiger als im Versicherungsstaat, werden die Interessen zwischen dem Patienten aus dem EU-Ausland und dem deutschen Arzt gleichgerichtet sein. Da jedoch die Gesundheitsleistungen in Deutschland im Durchschnitt teurer sind als die in anderen EU-Ländern (vor allem als in den osteuropäischen Ländern), wird der ausländische Patient in der Regel einen Differenzbetrag selbst tragen müssen. In so einem Fall kann nur die Qualität der Leistungen in Deutschland zur Nachfrage animieren. Es ist also nicht zu befürchten, dass die Behandlung EU-ausländischer Patienten eine Qualitätsminderung im deutschen

Gesundheitssystem mit sich bringt. **Wollen sich die Ärzte einen wachsenden Stamm unmittelbar zahlender EU-Patienten schaffen, so folgen aus den Interdependenzen auf der unteren Ebene zweier nationaler Gesundheitssysteme innerhalb der EU, dass hierfür eine hohe Qualität der ärztlichen Leistungen notwendig ist.**

### 3.2 Mittlere Ebene

#### 3.2.1 Interessen der Krankenkassen

Als Bürokratie sind die Kassen an wachsenden Mitgliederzahlen interessiert, denn daran ist das Ansehen einer Kasse und damit der persönliche Aufstieg ihrer Angestellten gekoppelt. Im Wettbewerb um Mitglieder werden die Kassen gezwungen, Leistungsverbesserungen anzubieten. Eine erweiterte Kostenübernahme bei der Inanspruchnahme von Leistungen im Ausland kann eine solche Leistungsverbesserung darstellen, da die EU-Richtlinie RL 2011/24/EU nur eine Kostenerstattung nach inländischen Sätzen vorgeschrieben hat und keine Ausweitung des Leistungskatalogs vorsieht: Damit sollten Auslandsbehandlungen für die Kassen nicht teurer als Inlandsbehandlungen sein, sieht man von dem zusätzlichen Verwaltungsaufwand ab<sup>28</sup>. Artikel 7 Abs. 4 der RL 2011/24/EU erlaubt aber die gesamten Kosten der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung zu erstatten, auch wenn diese höher sind als die Kosten, die entstanden wären, wäre die Gesundheitsdienstleistung in ihrem Hoheitsgebiet erbracht worden. Eine weitere Leistungsverbesserung stellt der Abschluss von Direktverträgen mit EU-ausländischen Leistungsanbietern dar, so dass trotz künftiger Anwendung der EU-Richtlinie (RL 2011/24/EU), für deutsche Patienten medizinische Leistungen, die deutschen Qualitätsstandard entsprechen auch im EU-Ausland im Rahmen des Sachleistungsprinzips, d.h. ohne Kostenrisiko, eventuell sogar in deutscher Sprache in Anspruch genommen werden können. Die Techniker Krankenkasse weist auf diese Leistungsverbesserungen im Rahmen der grenzüberschreitenden Versorgung hin<sup>29</sup>.

**Problematisch bleibt jedoch die bestehende Mehrfachfinanzierung der ambulanten Versorgung – sowohl im In- als auch im Ausland.** Diese kann zusätzliche finanzielle

---

<sup>28</sup> Natürlich dürfen aber diese Verwaltungsaufwendungen nicht unverhältnismäßig sein oder derart abschreckend wirken, dass der Versicherte mittelbar in der Wahrnehmung seiner Rechte nach dem EG-Vertrag beeinträchtigt wird. Die Kassen sind berechtigt, ihre infolge des Abweichens vom Regelfall der Sachleistung u.U. höheren Verwaltungsaufwendungen für die praktische Abwicklung der Kostenerstattung unter Anrechnung der Ersparnisse für die Sachleistungsabrechnung geltend zu machen. Vgl. Lampert/Lenz, a.a.O., S. 99.

<sup>29</sup> Wagner, TK Strategy in Cross-Border Health Care, Mai 2010.

Belastungen zur Folge haben<sup>30</sup>, denn im Inland werden Kapazitäten geplant, finanziert und vorgehalten, diese Kapazitäten werden aber bei einer Leistungsanspruchnahme im Ausland nicht genutzt. Die im Ausland erbrachten Leistungen müssen dann zusätzlich zum Teil im Inland finanziert werden<sup>31</sup>. Dabei muss aber auch umgekehrt berücksichtigt werden, dass im Falle der Behandlung eines EU-Patienten durch einen deutschen Arzt geplante, finanzierte und vorgehaltene Kapazitäten genutzt werden, ohne dass die Krankenkassen die nun entstandenen Kosten zu tragen haben. Daher meinen das europäische Parlament und der Rat der Europäischen Union in ihrem Standpunkt zu der zweiten Lesung der EU-Richtlinie lediglich, dass Patienten zwar grenzüberschreitende Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen können, aber nicht dazu ermuntert werden sollten<sup>32</sup>.

### 3.2.2 Interdependenzen zwischen unterer und mittlerer Ebene

Ist bei einem vorübergehenden Aufenthalt in einem EU-Staat eine unvorhergesehene medizinische Versorgung notwendig, also der klassische Notfall eingetreten, so ist der Versicherte durch seine Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC) theoretisch geschützt. Leider scheint zwischen Theorie und Praxis eine Diskrepanz vorzuliegen, wie die Zahlen der befragten TK-Mitglieder belegen: 41 % der Befragten haben vergeblich versucht ihre EHIC einzusetzen. 44% der Befragten haben gar nicht erst einen entsprechenden Versuch unternommen. Im EU-Ausland ist also eine Tendenz zu beobachten, die EHIC erst gar nicht einzusetzen. Geht man davon aus, dass es EU-ausländischen Patienten in Deutschland ähnlich ergehen würden - sei es weil sie die EHIC gar nicht besitzen, oder nicht vorzeigen, oder dass sie abgelehnt wurde<sup>33</sup> - und geht man darüber hinaus davon aus, dass die deutschen Ärzte und die deutschen Krankenkassen komplementäre Interessen an einer privaten Rechnung der ärztlichen Behandlung ausländischer Patienten haben, würde die Zahl der **ungeplanten Behandlungen**, die im Wege der Kostenerstattung und nicht im Rahmen des Sachleistungsprinzips abgerechnet werden, steigen. Die Ärzte können so ihr Einkommen direkt erhöhen, die Nachfrage entspricht einer Marktbeziehung. Da die unmittelbare

---

<sup>30</sup> Vgl. Hajen/Paetow/Schumacher, a.a.O., um das Problem der Mehrfachfinanzierung zu lösen, schlagen sie vor, das Budget für ambulante Behandlungen um den Beitrag zu kürzen, der in dem KV-Bezirk erfahrungsgemäß durch die Behandlung im Ausland anfällt.

<sup>31</sup> Vgl. Positionspapier der erweiterten Europa-AG der SpiK, 2000, S. 7.

<sup>32</sup> Standpunkt des Europäischen Parlaments festgelegt in zweiter Lesung am 19. Januar 2011 im Hinblick auf den Erlass der Richtlinie 2011/24/EU des Europäischen Parlaments und des Rates über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, Grund 4.

<sup>33</sup> Zahlreiche Blogs im Internet weisen auf die Akzeptanzproblematik der EHIC hin, so z.B. <http://www.deutsche-in-london.net/forum/topic/36542-nutzung-der-ehic-in-deutschland> (überprüft am 23.02.2012).

Übernahme von Sachleistungen nach der VO (EG) Nr. 883/2004 für die Krankenkassen das Risiko in sich birgt, die entstandenen Kosten bei der ausländischen Krankenkasse nicht erstattet zu bekommen, ist zu erwarten, dass die deutschen Krankenkassen den Anreiz haben werden, die VO (EG) Nr. 883/2004 möglichst eng auszulegen, so dass der Großteil der EU-Patienten auf eine Kostenerstattung durch die „Heimatkasse“ verwiesen wurde.

Obwohl in der TK-Studie von 2007 60% aller EU-Auslandsbehandlungen der TK-Mitglieder ungeplante Notfallbehandlungen waren, wurden nur 9% aller EU-Auslandsbehandlungen über die EHIC abgerechnet, 77% hingegen über die Kostenerstattung<sup>34</sup>. **Aufgrund der Interdependenzen zwischen Krankenkassen und Ärzten hat das Prinzip der Kostenerstattung als Abrechnungsmodalität in der Praxis einen hohen Stellenwert.**

Darüber hinaus sind komplementäre Interessen zwischen dem deutschen Patienten und seiner Krankenkasse bei einer grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zu beobachten, wenn die Behandlung im Inland durch eine kostengünstigere Behandlung im Ausland substituiert wird und nicht komplementär nachgefragt wird: Von einer günstigeren Behandlung im EU-Ausland profitieren Patienten ebenso wie Krankenkassen, aber auch die ausgewählten EU-Leistungsanbieter. Ein Beispiel: Ein Zahnersatz kostet in Deutschland 6000 Euro und wird von der Kasse mit 4000 Euro bezuschusst. Derselbe Zahnersatz kostet in Ungarn nur rund 3300 Euro. Der Patient spart sich also die Zuzahlung und wird kostenlos behandelt. Die Kasse spart dadurch 700 Euro Zuschuss. Es ist also nicht erstaunlich, dass viele Kassen wie etwa die AOK Berlin-Brandenburg Kooperationsverträge mit osteuropäischen Zahnärzten geschlossen haben<sup>35</sup>.

**Aufgrund dieser Interdependenzen zwischen Krankenkassen, Patienten und EU-Ärzten kommt es zu einer verstärkten Nachfrage nach Gesundheitsleistungen im EU-Ausland. Selektivverträge über §140 e SGB V ermöglichen die gleichgerichteten Interessen aller beteiligten Akteure zu institutionalisieren.**

3.3 Zusammenfassung aller Interessenkonstellationen in der deutschen ambulanten Versorgung bei einer grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

Vergleicht man die Interessen der **Ärzten und Krankenkassen bei einer grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen nach der VO (EG)**

---

<sup>34</sup> Vgl. Wagner/Schwarz, a.a.O., S. 15 und S. 23.

<sup>35</sup> Czycholl, Warum so viele Deutsche im Ausland zum Arzt gehen, 11.09.2011, abrufbar unter URL: <http://www.welt.de/finanzen/verbraucher/article9563956/Warum-so-viele-Deutsche-im-Ausland-zum-Arzt-gehen.html>, (überprüft am 23.02.2012).

**Nr. 883/2004 (Sachleistungsaushilfe) oder nach der Patientenmobilitätsrichtlinie RL 2011/24/EU (Kostenerstattung), wird klar, dass beide Akteure an einer größtmöglichen Reichweite des Kostenerstattungsprinzips interessiert sind. Beide Akteure haben kaum finanzielle Anreize, eine Inanspruchnahme der grenzüberschreitenden medizinischen Behandlung über die VO (EG) Nr. 883/2004 durchzuführen.** Bei einer Kostenerstattung grenzüberschreitender Leistungsinanspruchnahme spielen die Kassenärztlichen Vereinigungen keine Rolle. Es kommt dann zwangsläufig zu einem Rückgang der Abwicklung über die Kassenärztlichen Vereinigungen und zu einer faktischen Ausweitung der Kompetenzen der Krankenkassen<sup>36</sup>. **Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind doppelt betroffen: Zum einen sind sie von den Abrechnungen über die Kostenerstattung ausgeschlossen, zum anderen nimmt die Zahl der EU-Auslandsbehandlungen, die über das Sachleistungsprinzip und somit über die Kassenärztlichen Vereinigung, abgerechnet werden, ab, da die Bedeutung der Kostenerstattung steigt. Wird aber über Selektivverträge zwischen Krankenkassen und ausländischen Leistungserbringern abgerechnet, sind die Kassenärztlichen Vereinigung ebenso ausgeschlossen, dennoch kommen die deutschen Patienten in den Genuss einer echten Sachleistung im EU-Ausland, ohne finanzielles Risiko, ohne allein die Qualität der medizinischen Leistungen beurteilen zu müssen.**

### C. System der stationären Versorgung

Seit der EuGH-Entscheidung in den Rechtssachen Smits/Peerbooms wird die Freiheit des Dienstleistungsverkehrs grundsätzlich auch auf die Inanspruchnahme stationärer Leistungen angewendet. Der EuGH vertritt die Auffassung<sup>37</sup>, dass eine Einschränkung der Dienstleistungsfreiheit grundsätzlich gerechtfertigt sei, denn eine vorherige Genehmigung für Krankenhausbehandlungen im Ausland sei vor allem für die Kapazitätsplanung im stationären Sektor unabdingbar. Aus Sicht des Gerichtshofes bezweckt diese Planung, dass im betreffenden Staat ein ausgewogenes Angebot qualitativ hochwertiger Krankenhausversorgung ständig in ausreichendem Maß zugänglich ist. Außerdem trägt sie

---

<sup>36</sup> Im Rahmen der Untersuchung von Rückwirkungen durch neu entstandene Interessenkonstellationen wird dieser Steuerungsverlust der Kassenärztlichen Vereinigungen ausführlich behandelt.

<sup>37</sup> Der EuGH hat im Urteil Müller-Fauré/Van Riet diese Auffassung noch einmal bestätigt. Vgl. Pressemitteilung N. 36/03 vom 13. Mai 2003, unter [www.curia.eu.int](http://www.curia.eu.int), Pressemitteilungen (überprüft am 23.02.2012).

dazu bei, die Kosten zu beherrschen und soweit wie möglich jede Verschwendung finanzieller, technischer und menschlicher Ressourcen zu verhindern<sup>38</sup>.

In den folgenden zwei Fällen muss eine Genehmigung aber dennoch zwingend erteilt werden:

- wenn die beabsichtigte Behandlung nicht oder nicht rechtzeitig durch eine inländische Einrichtung, mit der ein Versorgungsvertrag besteht, erfolgen kann;
- wenn die Behandlung dem internationalen medizinischen Standard entspricht.

Die EU-Patientenmobilitätsrichtlinie RL 2011/24/EU setzt nun diese Rechtsprechung des EuGH um: **Der Versicherungsmitgliedstaat kann für eine geplante stationäre Behandlung im EU-Ausland**, d.h. eine Behandlung, die mindestens eine Übernachtung im Krankenhaus erfordert<sup>39</sup>, sowie für hochspezialisierte und kostenintensive Behandlungen, **ein Genehmigungssystem vorsehen**<sup>40</sup>. Mit der Richtlinie steht fest, dass ein EU-Bürger die Kosten der Behandlung im Ausland erstattet bekommt, sofern die betreffende Gesundheitsdienstleistung zu den Leistungen gehört, auf die er im Heimatland Anspruch hat<sup>41</sup>: Deutsche Patienten können daher beispielsweise auch weiterhin keine Präimplantationsdiagnostik auf Kosten ihrer Krankenkasse ausführen lassen<sup>42</sup>. Eine Genehmigung ist auch dann abzulehnen, wenn eine angemessene Klinikbehandlung im Einzelfall auch zeitnah im eigenen Land möglich wäre. Im Falle einer genehmigten stationären medizinischen Versorgung im EU-Ausland können die Kosten für die Behandlung entweder über die Sachleistungsaushilfe (VO (EG) Nr. 883/2004) oder aber aufgrund von Selektivverträgen übernommen werden.

Verzichtet der Versicherungsmitgliedstaat auf ein System der Vorabgenehmigung, oder begibt sich ein Versicherter ohne Genehmigung in das EU-Ausland zu einer geplanten stationären Behandlung, so werden die stationären Auslandsleistungen nach der EU-Richtlinie (RL 2011/24/EU) über das System der Kostenerstattung abgerechnet.

Nun gilt es auch hier in einem ersten Schritt herauszuarbeiten, wie die Leistungs- und Finanzströme in der deutschen stationären Versorgung verlaufen, wenn zum einen ein deutscher Versicherter im EU-Ausland, zum anderen ein Patient aus dem EU-Ausland in

---

<sup>38</sup> Standpunkt des Europäischen Parlaments im Hinblick auf den Erlass der EU-Richtlinie zur Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, Abs. 40.

<sup>39</sup> Eine bessere Definition zur Abgrenzung zwischen einer ambulanten und einer stationären Dienstleistung hat die EU-Richtlinie nicht mit sich gebracht.

<sup>40</sup> Art. 8 Abs. 1 RL 2011/24/EU.

<sup>41</sup> Vgl. Otterbach/ Öner, Europäische Gesundheitspolitik gewinnt an Fahrt, in: DFZ 3, 2011.

Deutschland eine stationäre Gesundheitsleistung nachfragt. Die stationäre Gesundheitsleistung kann derzeit entweder nach dem Sachleistungsprinzip (VO (EG) Nr. 883/2004) oder auf der Basis eines Versorgungsvertrages zwischen einem deutschen Krankenhaus und einem EU-Sozialversicherungssystem, bzw. zwischen einer deutschen Krankenkasse und einem Krankenhaus aus dem EU-Ausland (§ 140e SGB V) nachgefragt werden. Sollte Deutschland bis 2013 auf ein System der Vorabgenehmigung verzichten<sup>43</sup>, oder nimmt ein Versicherter eine stationäre Leistung im EU-Ausland ohne Genehmigung in Anspruch, so werden grenzübergreifende stationäre Leistungen wie grenzübergreifende ambulanten Leistungen angesehen und nach dem Kostenerstattungsprinzip (EU-Patientenmobilitätsrichtlinie RL 2011/24/EU) abgerechnet. Erst dann wird es in einem zweiten Schritt möglich sein, eine eventuelle Veränderung der Interessen der beteiligten Akteure durch die grenzüberschreitende Inanspruchnahme von stationären Gesundheitsleistungen aufzuzeigen.

1. Ein deutscher Versicherter fragt im EU-Ausland eine stationäre Leistung nach

1.1 Leistungs- und Finanzströme der stationären Versorgung bei grenzüberschreitender Leistungsinanspruchnahme nach dem Sachleistungsprinzip (VO (EG) Nr. 883/2004)

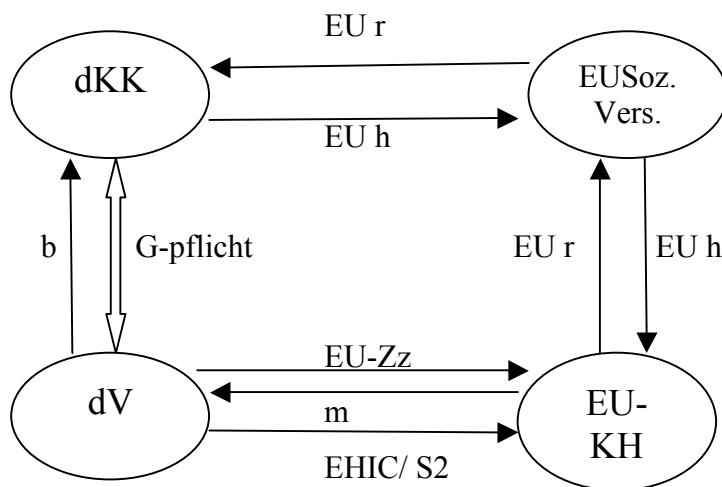
Ein deutscher Versicherter verletzt sich oder erkrankt im Ausland und muss unverzüglich im EU-Ausland stationär behandelt werden: Er legt seine EHIC vor, die Übernahme der Behandlungskosten verläuft dann im Wege der Sachleistungsaushilfe (Art. 19 VO (EG) Nr. 883/2004). Plant ein deutscher Versicherter eine stationäre Behandlung in einem anderen EU-Mitgliedstaat, so muss er vorab eine Genehmigung für die Kostenübernahme einholen. Die Übernahme der Behandlungskosten verläuft dann ebenso im Wege der Sachleistungsaushilfe (Art. 20 VO (EG) Nr. 883/2004).

Da die VO (EG) 883/2004 nach dem Leistungsrecht des Aufenthaltsstaates verfährt, müsste dann unterschieden werden, nach welchem Sozialversicherungssystem im jeweiligen EU-Aufenthaltsstaat medizinische Leistungen in Anspruch genommen werden. Je nach System, Kostenerstattung oder Sachleistung, werden die Leistungs- und Finanzierungsströme zwischen den Akteuren der ambulanten Versorgung unterschiedlich verlaufen. Die nachfolgende Graphik legt dennoch ein Sachleistungssystem im EU-Ausland zugrunde, da

---

<sup>42</sup> Vgl. Spielberg, Schlagbäume für Patienten in der EU fallen, in: Die GesundheitsWirtschaft 1/2011, S. 79-81, hier S. 80.

selbst Länder, die ein System der Kostenerstattung vorsehen, meistens für die stationäre Versorgung auch eine Sachleistung anbieten.



Der deutsche Versicherte (dV) zahlt an seine deutsche Krankenkasse (dKK) Beiträge (b) und beantragt eine Genehmigung, um im EU-Ausland in einem Krankenhaus (EU-KH) stationär behandelt werden zu können. **Wohnt er im EU-Ausland oder reist er gezielt in das EU-Ausland, um stationäre Leistungen in Anspruch zu nehmen, so wird er von seiner Kasse einen Formular S2 erhalten**, um dort über die Sachleistungsaushilfe auf Kosten seiner deutschen Krankenkasse behandelt werden zu können. **Befindet er sich vorübergehend im EU-Ausland, so genügt die Vorlage der Europäischen Krankenversicherungskarte (EHIC)<sup>44</sup>, um im europäischen Ausland bei einem Unfall oder einer akuten Erkrankung medizinisch versorgt zu werden.** Es besteht dann ein Anspruch auf die Leistungen (m), die sich während des Aufenthalts im Gebiet eines anderen EU-Mitgliedstaates als medizinisch notwendig erweisen. Das EU-Krankenhaus (EU-KH) reicht der sogenannten aushelfenden Krankenkasse, oder dem dortigen Sozialversicherungssystem (EU Soz. Vers.) seine Rechnung (EU r) ein, die wie bei jedem anderen inländischen Kassenpatient, von der aushelfenden Krankenkasse (EU Soz. Vers.) beglichen (EUh) wird. Diese wiederum rechnet dann direkt mit der deutschen Krankenkasse (dKK) ab.

Die angefallenen Ausgaben werden nach den Rechtsvorschriften des EU-Auslandes von der deutschen Krankenkasse übernommen, d.h. landesübliche Zuzahlungen (EU-Zz) können auch hier zu Lasten des deutschen Versicherten anfallen.

<sup>43</sup> Diese noch theoretische Konstellation soll hier modellhaft ebenso untersucht werden, da sie derzeit thematisiert wird.

<sup>44</sup> Oft ist die EHIC-Karte auf die Rückseite der Krankenversicherungskarte aufgedruckt, wie es auch bei uns in Deutschland üblich ist.

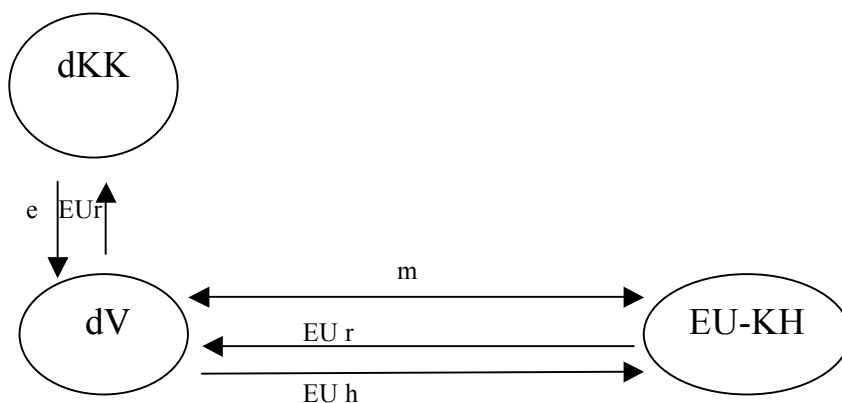
## 1.2 Leistungs- und Finanzströme der stationären Versorgung bei grenzüberschreitender Leistungsanspruchnahme nach dem Kostenerstattungsprinzip (RL 2011/24/EU)

Damit sind zwei Konstellationen angesprochen:

- Ein deutscher Versicherter nimmt ohne Genehmigung eine stationäre Leistung im EU-Ausland in Anspruch, bezahlt sie selbst und beantragt erst danach Rückerstattung der Behandlungskosten.
- Ein deutscher Versicherter beantragt eine Genehmigung für eine stationäre Leistung im EU-Ausland, die er zeitnah in Deutschland auch erhalten könnte, er wird darauf hingewiesen, dass er Erstattung nur in der Höhe beanspruchen kann, die in seinem Heimatstaat nach dem Leistungskatalog seiner Krankenkasse erstattungsfähig ist: **Der Versicherte erhält bei direkter Leistungsanspruchnahme Kostenerstattung nach dem Recht und den Sätzen seines Versicherers und höchstens die tatsächlichen Kosten.**

Es wird dargestellt, wie dann die Leistungsströme und die Steuerbeziehungen der stationären Versorgung verlaufen. Die EU-Patientenmobilitätsrichtlinie RL 2011/24/EU räumt den EU-Ländern auch die Möglichkeit ein, freiwillig ein Gutscheinsystem einzuführen, damit die Versicherten nicht in Vorleistung treten müssen<sup>45</sup>.

### 1.2.1 Der deutsche Versicherter tritt in Vorleistung



Der deutsche Versicherte (dV) zahlt an seine deutsche Krankenkasse (dKK) Beiträge (b). Der Versicherte reist in das EU-Ausland, um sich dort stationär behandeln zu lassen (EU-KH). Dort erhält er von dem Krankenhaus (EU-KH) ärztliche Leistungen (m). Der Patient bekommt eine Rechnung (EUr), die er aus eigenen Mitteln begleicht (EUh). Zur Rückerstattung (e) reicht der Versicherte bei der deutschen Krankenkasse (dKK) die Rechnung (EUr) ein. Ob die

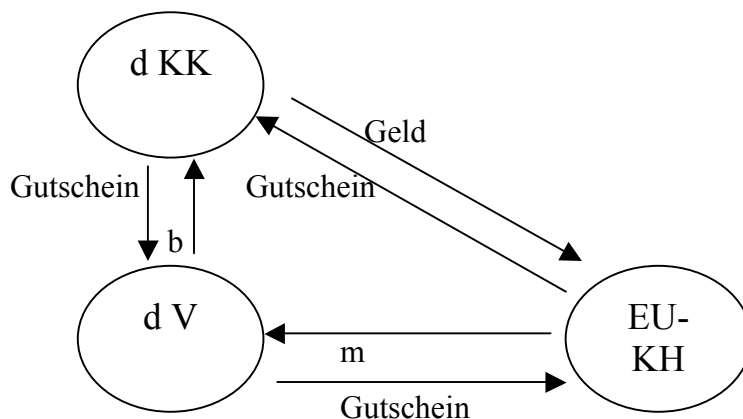
<sup>45</sup> Spielberg, a.a.O., S. 80.

Summe (e) mit den angefallenen Behandlungskosten identisch ist, hängt von der Höhe des erstattungsfähigen Betrages einer gleichwertigen Behandlung im Inland ab.

### 1.2.2 Einführung eines Gutscheinsystems

Bei vorab genehmigten Behandlungen sollen die Krankenkassen oder die jeweiligen nationalen Kostenträger direkt mit den ausländischen Kliniken abrechnen. Die heimische Krankenkasse könnte nach der Feststellung einer Behandlungsbedürftigkeit dem Versicherten auf der Basis der inländischen Preise eine Kostendeckungszusage in Form eines Gutscheines ausstellen, bis zu welcher Höhe die Behandlung übernommen werden kann<sup>46</sup>. Die Patienten würden somit nicht in Vorleistung treten müssen.

Sollte ein solches Gutscheinsystem, „Gutschein gegen Geld“, eingeführt werden, würden die Finanzströmen, ähnlich verlaufen wie im Rahmen der Sachleistungsaushilfe. In solchen Fällen müsste sich dann nicht der Patient, sondern der Leistungserbringer, hier das EU-Krankenhaus, um die Kostenerstattung kümmern. Die EU-Krankenhäuser wären dann auch hier auf die Zahlungsfähigkeit und –willigkeit der ausländischen Krankenkassen (im vorliegenden Fall deutsche Krankenkassen) angewiesen.



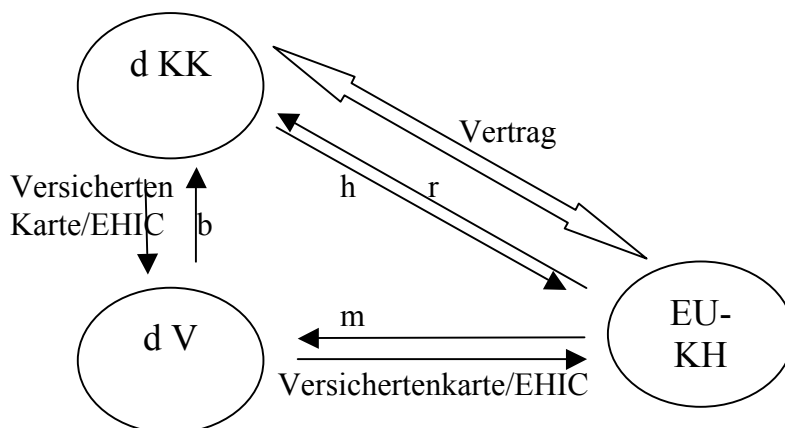
Ein spezifisches Zahlungsmittel, etwa einer Einmalkreditkarte, für die grenzüberschreitende stationäre Versorgung könnte eine zügige direkte Abrechnung zwischen Krankenhaus und Versicherten garantieren<sup>47</sup>.

<sup>46</sup> Danner, Richtlinie nach langem Ringen – EU gibt neue Rechte für Behandlung im Ausland, in: TK-Medienservice, „Gesundheit in Europa“, Mai 2011, S. 26.

<sup>47</sup> Vgl. Spielberg, a.a.O. S. 81.

### 1.3 Leistungs- und Finanzströme der ambulanten Versorgung bei grenzüberschreitender Leistungsanspruchnahme auf der Basis eines Versorgungsvertrages zwischen einer deutschen Krankenkasse und einem Krankenhaus aus dem EU-Ausland (§ 140e SGB V)

Immer mehr Krankenkassen schließen für ihre Versicherten direkte Selektivverträge mit Leistungsanbietern in anderen EU-Mitgliedstaaten, so unterhalten die AOK und die Techniker Krankenkasse ein gemeinsames mehrsprachiges Internetportal, Europaservice<sup>48</sup>. Mit ihrer AOK-GesundheitsCard Europa sowie der TK-Versichertenkarten erhalten ihre Versicherten eine komplette medizinische Versorgung in den Krankenhäusern, mit denen die AOK - Die Gesundheitskasse und die Techniker Krankenkasse Verträge geschlossen hat. Der TK-EuropaService umfasst heute 88 Vertragskliniken in den Niederlanden, in Belgien, Italien, Österreich, Polen und in der Tschechischen Republik. Zusätzlich gibt es noch 28 Verträge mit Kureinrichtungen in Österreich, Italien, Tschechien, Ungarn, Polen und der Slowakei<sup>49</sup>.



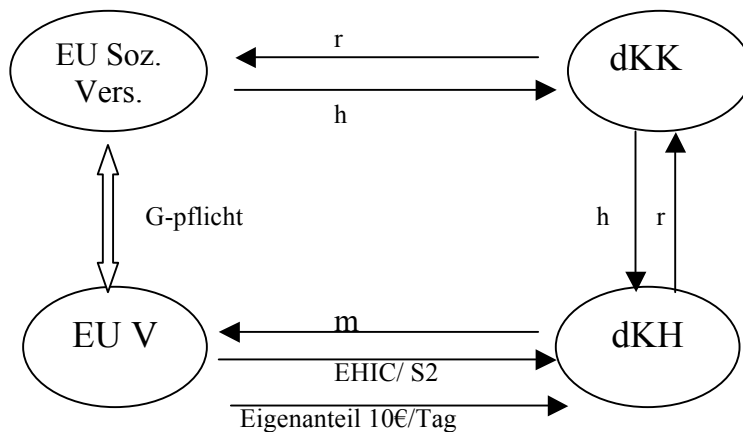
Die Versicherten legen im Vertragskrankenhaus ihre AOK-GesundheitsCard Europa bzw. ihre TK-Versichertenkarte vor. Sie können aber auch ihre EHIC benutzen (Versichertenkarte/EHIC). Per Internet können sie dort ihren Leistungsanspruch bei der AOK und der Techniker Krankenkasse bestätigen lassen. Deutschsprachige Mitarbeiter des Krankenhauses sind ihnen behilflich und stehen zur Informationen und Unterstützung bereit. Für alle Fragen rund um ihre gesundheitliche Versorgung steht eine Servicehotline bereit. Das EU-ausländische Krankenhaus wird praktisch voll in das deutsche Sachleistungssystem integriert.

<sup>48</sup> <https://europa.aok-tk.de/dyneuropa/pages/de/startseite.php> .

<sup>49</sup> Vgl. Wagner/Verheyen, a.a.O. Vorwort.

## 2. Patient aus dem EU-Ausland fragt in Deutschland eine stationäre Leistung nach

### 2.1 Leistungs- und Finanzströme der stationären Versorgung bei grenzüberschreitender Leistungsanspruchnahme nach dem Sachleistungsprinzip (VO (EG) Nr. 883/2004)

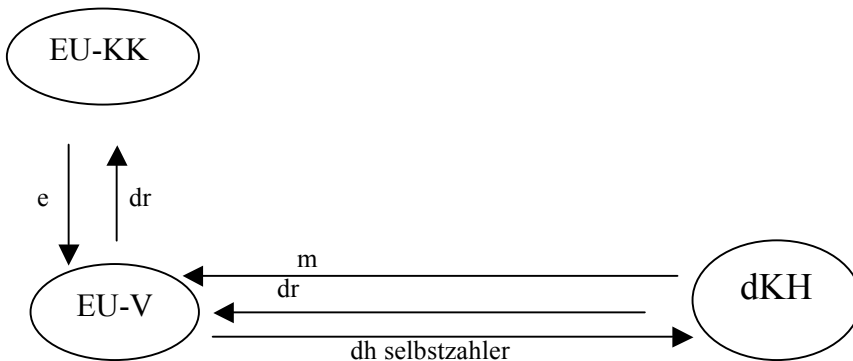


Gegen Vorlage seiner EHIC im Notfall bzw. des Formulars S2 als Genehmigungsnachweis einer geplanten medizinischen Behandlung in einem anderen EU-Land (EHIC/S2) erhält der EU-Versicherte in Deutschland eine stationäre medizinische Versorgung (m). Der EU-Versicherte wird den in Deutschland versicherten stationären Patienten gleichgestellt und muss ebenso einen Eigenanteil von 10€ pro Tag im Krankenhaus bezahlen (Eigenanteil). Die aushelfende deutsche Krankenkasse (dKK) erhält von dem deutschen Krankenhaus (dKH) eine Rechnung (r), die sie an den für den EU-Versicherten zuständigen Sozialversicherungsträger (EU Soz. Vers.) weiterreicht. Dieser zahlt dann die angefallenen Behandlungskosten (h) an die deutsche Krankenkasse, die es dem deutschen Krankenhaus weiterleitet.

### 2.2 Leistungs- und Finanzströme der stationären Versorgung bei grenzüberschreitender Leistungsanspruchnahme nach dem Kostenerstattungsprinzip (RL 2011/24/EU)

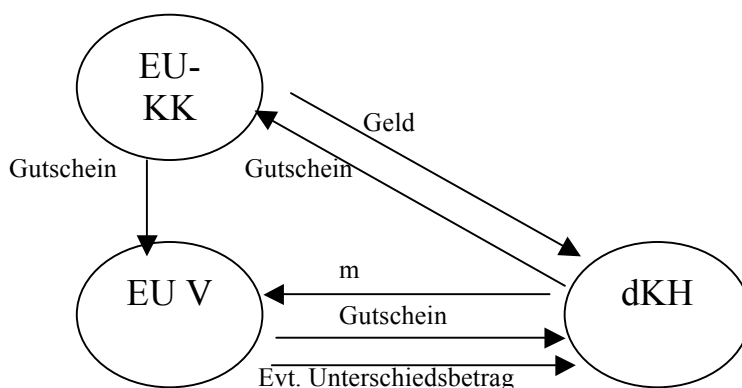
Auch hier ergibt sich durch ein mögliches „Gutscheinsystems“ unter Umständen eine relevante Annäherung an das Sachleistungssystem:

### 2.2.1 Der EU-Versicherte tritt in Vorleistung



In dieser Konstellation gilt der EU-Versicherte (EU-V) als Selbstzahler und muss die Kosten (dr) der medizinischen stationären Versorgung (m) direkt dem deutschen Krankenhaus (dKH) bezahlen (dh selbstzahler). Der EU-Versicherte reicht die vom deutschen Krankenhaus ausgestellte Rechnung (dr) bei seiner Krankenkasse (EU-KK) ein. Sind die Behandlungssätze in Deutschland niedriger als in seinem Versicherungsland, so wird der EU-Versicherte, die gesamte Behandlung erstattet bekommen ( $e = dh \text{ selbstzahler}$ ). Sind die Behandlungssätze in Deutschland höher als in seinem Versicherungsland, so wird der EU-Versicherte nur den Betrag erstattet bekommen, der angefallen wäre, wenn die Behandlung im Versicherungsstaat durchgeführt worden wäre. Für die Differenz muss der Versicherte selbst aufkommen.

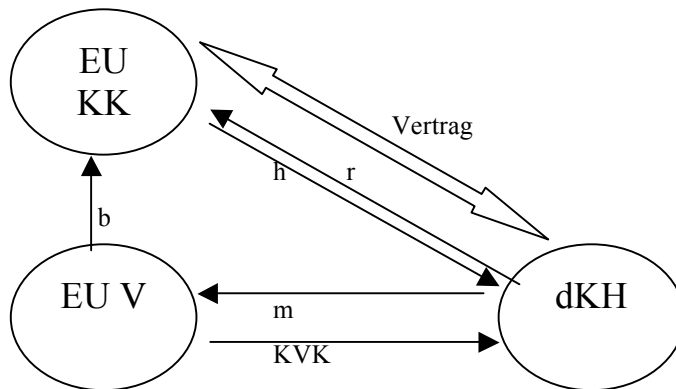
### 2.2.2 Einführung eines Gutscheinsystems



Wird ein Gutscheinsystem eingeführt, muss der Versicherte nicht in Vorleistungen treten. Denkbar wäre es, dass die Krankenkasse dem Versicherten einen Gutschein aushändigt, der maximal die Kosten abdeckt, die für eine vergleichbare Behandlung im Versicherungsstaat angefallen wären, höchstens aber die tatsächlichen Kosten. Den eventuellen

Unterschiedsbetrag muss dann der Versicherte direkt vor Ort in dem Krankenhaus entrichten.

2.3 Leistungs- und Finanzströme der stationären Versorgung bei grenzüberschreitender Leistungsanspruchnahme auf der Basis eines Versorgungsvertrages zwischen einem deutschen Krankenhaus und einem Krankenversicherungsträger aus dem EU-Ausland



Lässt sich ein EU-Patienten (EU-V) aufgrund eines Versorgungsvertrages (Vertrag) zwischen seiner Krankenkasse (EU-KK) und einem deutschen Krankenhaus (dKH) stationär behandeln (m), so muss er seine Krankenversicherungskarte (KVK) in dem deutschen Krankenhaus vorlegen. Die Abrechnung der erbrachten Leistungen erfolgt dann direkt zwischen den Vertragspartnern. Da zum Beispiel in den Niederlanden bereits seit mehreren Jahren die Möglichkeit besteht, Verträge mit ausländischen Leistungserbringern abzuschließen<sup>50</sup>, kann davon ausgegangen werden, dass solche auch zwischen den Niederlanden und deutschen Leistungserbringern bestehen. Nicht zuletzt wegen der Genehmigungserteilungspflicht für stationäre Behandlungen werden solche Verträge zwischen EU-Krankenkassen oder Staatsdiensten und deutschen Leistungserbringern verstärkt zustande kommen.

### 3. Interessenkonstellationen in der deutschen stationären Versorgung

#### 3.1 Untere Ebene

##### 3.1.1 Interessen der Akteure auf der unteren Ebene

Es stellt sich nun die Frage, wie sich die Interessen der in Deutschland versicherten Patienten, aber auch der deutschen Krankenhäuser unter dem Einfluss einer derart weitreichenden europäischen Dienstleistungswahlfreiheit verändern: Der europäische Einfluss erweitert grundsätzlich die Handlungsmöglichkeiten der Patienten und der Krankenhäuser. Die

<sup>50</sup> Vgl. Positionspapier der erweiterten Europa-AG der SpiK, 2000, S. 10.

deutschen Patienten sind nicht mehr allein auf eine inländische stationäre Behandlung angewiesen. Die deutschen Krankenhäuser sind nicht mehr allein auf eine inländische Klientel bei geplanten stationären Behandlungen angewiesen.

Um eine eventuelle Veränderung der Interessen der beteiligten Akteure durch die grenzüberschreitende Inanspruchnahme von stationären Gesundheitsleistungen darstellen zu können, muss erneut zwischen den drei Alternativen – Nachfrage über die VO (EG) Nr. 883/2004, die EU-Richtlinie RL 2011/24/EU (d.h. § 13 Abs. 4,6 SGB V) oder § 140e SGB V – unterschieden werden, denn je nach Verfahren werden die Anreize unterschiedlich ausfallen.

#### 3.1.1.1 Patient

Wie dargestellt sind finanzielle Anreize oft Grund für eine grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Nach einer Studie der Techniker Krankenkasse, entscheiden sich überwiegend die über 60-Jährigen mit geringerem Einkommen für eine geplante Behandlung im EU-Ausland. Sie verfolgen das Ziel einer Kombination aus Urlaub und Behandlung, gleichzeitig wollen sie Einsparung bei selbst zu tragenden Kosten und bei Eigenbeteiligungen realisieren<sup>51</sup>.

##### 3.1.1.1.1 Nach der VO (EG) Nr. 883/2004

Eine Erstattung über das System der Sachleistungsaushilfe ist - wie bereits dargestellt<sup>52</sup> - interessant, wenn eine stationäre Behandlung in Deutschland mit Zuzahlungen oder Eigenanteile belastet ist, im EU-Ausland aber für die gleiche Behandlungen keine Zuzahlungen oder Eigenanteile zu Lasten des Versicherten bestehen. Durch die Inanspruchnahme der stationären Leistungen im EU-Ausland kann sich der deutsche Patient dann besser stellen, wenn er die Leistung im Ausland nachfragt, denn in diesem konkreten Fall werden nach der VO (EG) Nr. 883/2004 die Gesamtkosten übernommen.

##### 3.1.1.1.2 Nach der EU-Patientenmobilitätsrichtlinie (RL 2011/24/EU)

Eine gesetzliche Krankenkasse muss nicht die vollen Kosten einer Behandlung im Ausland übernehmen, wenn diese genauso gut in Deutschland durchführbar und kostengünstiger wäre.

---

<sup>51</sup> Wagner/Verheyen, a.a.O., S. 6.

<sup>52</sup> Siehe 3.1.1.1.1 in diesem Kapitel.

Zu dieser Auffassung ist das Bundessozialgericht mit Urteil vom 17.02.2010<sup>53</sup> gekommen. Der Kläger war in Deutschland gesetzlich krankenversichert. Im Jahre 2005 beantragte er nachträglich die Kostenübernahme (36.600€) für eine stationäre Herzklappenoperation. Der Eingriff wurde in London vorgenommen. Die Krankenkasse kam im Rahmen einer Einzelfallentscheidung zu dem Ergebnis, dass **die Kosten nur zum Teil übernommen werden und zwar in Höhe der üblicherweise in Deutschland für diese Operation anfallenden Kosten** (24.000€). Die Richter des Bundessozialgerichts gaben in ihrer Urteilsbegründung der Krankenkasse Recht<sup>54</sup>.

Der deutsche Versicherte musste die Differenz zwischen den Behandlungskosten im EU-Ausland (EU-h, hier 36 600€) und im Inland (h, hier 24000€) selbst übernehmen.

Im benachbarten Österreich kosten Herzschrittmacher zum Beispiel stolze 275 Prozent mehr als in Deutschland<sup>55</sup>, so dass davon auszugehen ist, dass eine Herzschrittmacher-Operation in Österreich teurer ist als in Deutschland.

Es wird deutlich, dass die europaweite freie Krankenhauswahl durch die EU-Richtlinie RL 2011/24/EU für die Patienten das Risiko in sich birgt, auf hohe Kosten „sitzen zu bleiben“. Daher erhalten die Patienten mit der Richtlinie ein umfassendes Informationsrecht zur Gesundheitsversorgung in den anderen EU-Mitgliedstaaten<sup>56</sup>. Nur gut informierte Patienten können die Qualität und den Preis einer Auslandsbehandlung nach der EU-Richtlinie RL 2011/24/EU beurteilen.

### 3.1.1.1.3 Nach § 140e SGB V

Nehmen deutsche Patienten eine stationäre Behandlung in einer Vertragsklinik ihrer eigenen Versicherung im EU-Ausland in Anspruch, so sind sie zwar in ihrer Wahlfreiheit beschränkt, kommen dafür im Ausland tatsächlich in den Genuss einer „echten“ Sachleistungsaushilfe. Es besteht nicht die Gefahr höherer Kosten im Ausland. Sie müssen nicht in Vorleistung treten. Die Eigenleistungen entsprechen denjenigen, die auch im Inland angefallen wären.

Nach der Studie der Techniker Krankenkasse ließen 2009 aber lediglich 2% der TK-Mitglieder überhaupt eine geplante stationäre Behandlung im EU-Ausland durchführen.

---

<sup>53</sup> Az. B 1 KR 14/09 R, siehe unter URL: [http://www.anhaltspunkte.de/zeitung/urteile/B\\_1\\_KR\\_14.09\\_R.html](http://www.anhaltspunkte.de/zeitung/urteile/B_1_KR_14.09_R.html) (überprüft am 23.02.2012).

<sup>54</sup> Abrufbar unter URL: <http://rente-rentenberater.de/20100301304/gesetzliche-krankenversicherung/eingeschraenkte-kostenuebernahme-bei-auslandsbehandlung> (überprüft 23.02.2012).

<sup>55</sup> Vgl. Rümmele, Medizinprodukte Transparenz fehlt völlig, abrufbar unter URL: <http://www.clinicum.at/dynasite.cfm?dsmid=105101&dspaid=883446>, Stand: Juni 2010.

<sup>56</sup> Vgl. Schreiner, EU-Richtlinie zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung verabschiedet, Chancen für Krankenhäuser und Patienten, in: das Krankenhaus 2. 2011, S. 113-116, hier S. 113.

Ebenso nur 2% ließen eine ungeplante stationäre Behandlung in einer TK-Vertragsklinik durchführen<sup>57</sup>.

#### 3.1.1.1.4 Chancen und Risiken der Interessenstruktur des Patienten bei einer grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von stationären Gesundheitsleistungen

Eine relevante Nachfrageverschiebung setzt eine ausreichende Kenntnis der Patienten über die rechtlichen Möglichkeiten, die Vorgehensweise sowie zu erwartende Kosten bei einer Auslandsbehandlung voraus<sup>58</sup>. Hat der Patient nach der Richtlinie RL 2011/24/EU oder nach der Verordnung Anspruch auf grenzüberschreitende Gesundheitsleistungen und ist die Anwendung der VO (EG) Nr. 883/2004 für den Patienten günstiger, dann sollte er darauf auch hingewiesen werden. Nationale Kontaktstellen (Art. 6 RL 2011/24/EU) müssen eingerichtet werden. Diese unabhängigen Informationsstellen (eine Kontaktstelle je Mitgliedstaat) sollen das Vertrauen der Patienten in den europäischen Gesundheitsmarkt stärken, indem ihnen vor Ort konkrete Hilfe geleistet wird. Die Patienten haben auf diesem Weg Zugang zu verständlichen und fachkundigen Informationen, um sich für oder gegen eine Behandlung im Ausland zu entscheiden. Die Kontaktstellen informieren die Patienten z.B. über die Modalitäten der Kostenerstattung, über die verschiedenen Behandlungsmethoden in den einzelnen EU-Mitgliedstaaten, über die jeweiligen Regelungen zur Verantwortlichkeit des Arztes etc... . So kann der Patient umfangreiche Informationen über einen Arzt oder ein Krankenhaus in einem anderen europäischen Land einholen und sich auf deren Grundlage für oder gegen eine Behandlung entscheiden<sup>59</sup>.

Die freie Krankenhauswahl in Europa stellt eine Chance dar, „für alle Patienten, die derzeit noch im Stau von Wartelisten und Versorgungsengpässen verharren“<sup>60</sup>, aber auch für gut informierte Patienten. Es besteht aber weiterhin ein erheblicher Bedarf an Transparenz, wenn es um die Rechte zur Inanspruchnahme und Kostenerstattung von medizinischen Leistungen in anderen EU-Staaten geht.

#### 3.1.1.2 Krankenhaus

---

<sup>57</sup> Wagner/Verheyen, a.a.O., S. 19.

<sup>58</sup> Wille, Auswirkungen der europäischen Integrationspolitik auf das deutsche Gesundheitswesen, in: AOK im Dialog Band 17, Europa für die Versicherte gestalten. Berlin 14. April 2005, S. 29-47 hier S. 37.

<sup>59</sup> Zentrum für Europäischen Verbraucherschutz e.V., abrufbar unter URL:[http://www.eu-verbraucher.de/fileadmin/user\\_upload/eu-verbraucher/PDF/Broschueren/Ihre\\_Rechte\\_als\\_Patient\\_in\\_der\\_EU.pdf](http://www.eu-verbraucher.de/fileadmin/user_upload/eu-verbraucher/PDF/Broschueren/Ihre_Rechte_als_Patient_in_der_EU.pdf) Stand Oktober 2011, (überprüft am 23.02.2012).

<sup>60</sup> Georg Baum, Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhaus Gesellschaft im Editorial, Das Krankenhaus 2/2011, Wahlfreiheit in Europa – und bei uns?, S. 109.

In Europa sind wenige Gesundheitsversorgungssysteme frei von Wartelisten: Neben Deutschland gibt es nur in Belgien, Luxemburg, Frankreich und Österreich keine Wartelisten<sup>61</sup>. Deutschland hat europaweit die meisten Krankenhausbetten je Einwohner: Im europaweiten Vergleich hatte Deutschland im Jahr 2008 mit rund 820 pro 100.000 Einwohner die meisten Krankenhausbetten unter den erfassten Ländern<sup>62</sup>. Es wird daher kaum der Fall eintreten, dass Patienten sich aufgrund einer nicht rechtzeitig möglichen Behandlung ins Ausland begeben müssen. Auch scheint die Qualität einer Krankenhausbehandlung in Deutschland gesichert<sup>63</sup>, so dass sich ein Patient nicht auf gravierende qualitative Mängel berufen kann, die eine Genehmigung für eine Krankenhausbehandlung im Ausland erforderlich machen würden. Im diesjährigen Qualitätsvergleich des „European-Canadian Health Consumer Index“ rangiert Deutschland hinter den Niederlanden auf Platz 2 – noch vor Österreich und der Schweiz. Daher erwarten die Krankenhäuser eher eine erhöhte Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen als einen Rückgang der Behandlungsfälle durch eine Inanspruchnahme von Gesundheitsleistung durch deutsche Patienten im EU-Ausland. Dabei stellt sich die Frage, welche Interessen die Krankenhäuser je nach Erstattungsverfahren konkret haben?

#### 3.1.1.2.1 Nach VO (EG) Nr. 883/2004

Eine Behandlung nach der VO (EG) Nr. 883/2004 bringt für das Krankenhaus vor allem einen erhöhten Zeitaufwand bei der Abrechnung mit den Krankenkassen für die gleiche Vergütung mit sich: Die EU-ausländische Patienten werden wie inländische Patienten behandelt. Die Zahl genehmigter Behandlungsfälle ist gering, da die Krankenkassen, die gesamten Kosten übernehmen müssen, auch wenn diese höher liegen als im Inland. So sind 2009 lediglich 82 NHS-Patienten über einen E112 (heute S2) nach Deutschland zur Behandlung gekommen, obwohl es in England enorme Wartelisten gibt<sup>64</sup>.

#### 3.1.1.2.2 Nach der EU- Richtlinie (RL 2011/24/EU)

---

<sup>61</sup> Danner, Aktuelle Herausforderungen der EU für das Gesundheitswesen in Deutschland, in: AOK im Dialog Band 17, Europa für die Versicherte gestalten. Berlin 14. April 2005, S. 15-28, hier S. 24.

<sup>62</sup> BKK Faktenspiegel, Gesundheit in Europa, 12/2010, S. 2, abrufbar unter URL: [http://www.bkk.de/fileadmin/user\\_upload/PDF/Dezember\\_2010\\_-\\_Schwerpunktthema\\_Gesundheit\\_in\\_Europa.pdf](http://www.bkk.de/fileadmin/user_upload/PDF/Dezember_2010_-_Schwerpunktthema_Gesundheit_in_Europa.pdf) (überprüft am 23.02.2012).

<sup>63</sup> Allein der Umstand, dass die Qualität der Versorgung für bestimmte Krankheiten nur im mittleren Bereich anzusiedeln ist, wird noch keine Genehmigung rechtfertigen.

<sup>64</sup> Departement of Health, Cross Border Health and Patient Mobility. Data and Evidence Gathering, August 2010, S. 16.

Die deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) begrüßt den Beschluss zur EU-Richtlinie: „Unsere Krankenhäuser können davon ausgehen, dass mehr Patienten nach Deutschland kommen werden. Der Export von Gesundheitsdienstleistungen wird wachsen. Die deutschen Krankenhäuser gehen gut vorbereitet in den europäischen Leistungs- und Qualitätswettbewerb.“<sup>65</sup>

Die Krankenhäuser können die erbrachten Gesundheitsleistungen direkt abrechnen, solange kein Gutscheinsystem eingeführt wird: Behandeln sie EU-ausländische Patienten im Rahmen der EU-Richtlinie RL 2011/24/EU, gelten zwar die Fallpauschalen (DRG), aber es gibt Spielräume für Zuschläge. Hierzulande berechnen zahlreiche Krankenhäuser Zuschläge von durchschnittlich 30 Prozent für den Mehraufwand, so das Ergebnis einer Marktstudie der Hochschule Bonn Rhein-Sieg an 250 deutschen Kliniken. Dies geschieht entweder über erhöhte Basisraten, Verwaltungspauschalen oder Extra-Rechnungen<sup>66</sup>.

#### 3.1.1.2.3 Nach § 140e SGB V

§140e SGB V erlaubt ausdrücklich deutschen Versicherern mit ausländischen Leistungsanbietern Verträge zur Versorgung ihrer Patienten abzuschließen. Zur umgekehrten Situation einer Vereinbarung zwischen deutschen Krankenhäusern und ausländischen Versicherern ist die Zuständigkeit in den Nachbarländern nicht so eindeutig geregelt, weshalb nun auf Bundesebene Staatsverträge mit den Nachbarländern abgeschlossen werden. Das erleichtert den Nachbarstaaten dann, weitere Verträge auf nachgeordneter Ebene mit Krankenhäusern auszuhandeln. So hat beispielsweise ein Krefelder Krankenhaus mit dem holländischen Unternehmen Top-Care in Venlo, das Patienten vermittelt, einen Vertrag zur Behandlung von holländischen Patienten abgeschlossen<sup>67</sup>.

### 3.2 Mittlere Ebene

#### 3.2.1 Interessen der Krankenkassen

Die Krankenkassen, die sowohl die Krankenhausaufenthalte ihrer Versicherten als auch die Betriebskosten der Krankenhäuser zu tragen haben, begrüßen die EuGH-Rechtsprechung<sup>68</sup>.

---

<sup>65</sup> Georg Baum, a.a.O., S. 109.

<sup>66</sup> Spielberg, Patienten aus dem Ausland schätzen zunehmend die deutschen Krankenhäuser, in: Ärzte Zeitung vom 5.10.2009.

<sup>67</sup> Arnold, a.a.O., S. 16.

<sup>68</sup> Vgl. Burger, Europäischer Gerichtshof: Freier Dienstleistungsverkehr auch für stationäre Leistungen – Beschränkungen sind möglich, in: BKK 8/2001, S. 358.

Da in Deutschland Überkapazitäten im stationären Bereich vorhanden sind<sup>69</sup>, können Patienten aus Gesundheitssystemen mit Wartezeiten, wie zum Beispiel Großbritannien oder den Niederlanden, aufgenommen werden. Überkapazitäten könnten abgebaut werden und eine neue Einnahmequelle für die Krankenkassen, die ihre Betriebskosten somit senken können, kann erschlossen werden, ohne dass hierbei Nachteile für die einheimischen Patienten entstehen<sup>70</sup>. Daher sind die Krankenkassen an einem Export von Gesundheitsleistungen interessiert. Sie möchten aber zugleich sichergestellt wissen, dass eine erweiterte Nachfrage aus dem Ausland nicht zu einem weiteren Kapazitätsausbau zu Lasten der GKV führt. Darüber hinaus fordern sie die Einführung einer monistischen Finanzierung<sup>71</sup> als Voraussetzung für eine grenzüberschreitende ökonomische Kapazitätsauslastung durch ausländische Versicherte, denn nur so können Wettbewerbsverzerrungen – wenn die steuerfinanzierten Investitionen den Preis einer Krankenhausleistung reduzieren – verhindert werden<sup>72</sup>.

### 3.2.1.1 VO (EG) Nr. 883/2004 versus RL 2011/24/EU

Vergleicht man die Interessen der Krankenkassen bezüglich einer grenzüberschreitenden Nachfrage nach stationären Leistungen nach der VO (EG) NR. 883/2004 oder nach der EU-Richtlinie (RL 2011/24/EU), werden die Krankenkassen eine Inanspruchnahme nach der EU-Richtlinie eindeutig vorziehen:

Die Erfahrungen mit der grenzüberschreitenden Notfallversorgung belegen, dass die in Vorleistung tretenden Kassen bis zu 400 Tage auf die Begleichung ihrer Rechnungen warten müssen. In bis zu drei Prozent der Fälle weigern sich die Kostenträger im EU-Ausland sogar, die Kosten zu übernehmen. Eine vergleichbare Abrechnung über ein Gutscheinswesen für Krankenhausbehandlungen wollen die Regierungen der Mitgliedstaaten daher nicht auf geplante stationäre Behandlungen im Rahmen der EU-Richtlinie übertragen<sup>73</sup>. Die Einführung einer Einmalkreditkarte könnte die Krankenkassen davor bewahren, auf die Zahlungsfähigkeit und –willigkeit der ausländischen Krankenkassen angewiesen zu sein. Wäre die Einmalkreditkarte auf die tatsächlichen Kosten und höchstens die Kosten, die dem Patient im

---

<sup>69</sup> Vgl. Günther E. Braun, Gewinnung und Versorgung ausländischer Patienten – eine betriebswirtschaftliche Perspektive, DKG-Forum Europa, 4.12.2002, S. 6.

<sup>70</sup> „Es würde nicht ein Deutscher mehr behandelt, wenn es keine englischen Patienten gäbe.“, so der Geschäftsführer der Kölner Firma „Germedic GmbH“ in der Süddeutschen Zeitung, vom 18.03.2002, S. 3, „Der Export der englischen Patienten“, von Stefan Klein.

<sup>71</sup> Die Investitionskosten werden nicht aus Steuermitteln finanziert, sondern sind in den Pflegesätzen enthalten.

<sup>72</sup> Vgl. Positionspapier der erweiterten Europa-AG der SpiK, 2000, S. 12f.

<sup>73</sup> Vgl. Schreiner, a.a.O., S. 116.

Versicherungsstaat für eine vergleichbare Leistung erstattet würden, begrenzt, so könnte sich die Krankenkasse davor schützen, nachträglich von ihren Versicherten den Differenzbetrag fordern zu müssen: Der Patient müsste eine Differenz unmittelbar bei dem EU-Krankenhaus begleichen.

Darüber hinaus **kann eine Inanspruchnahme nach der VO (EG) Nr. 883/2004 auch dazu führen, dass die Krankenkassen mehr zahlen müssen, als wenn die Leistung im Inland in Anspruch genommen worden wäre**: Wird im EU-Ausland eine höhere Erstattung vorgesehen und sind die Behandlungskosten höher als in Deutschland<sup>74</sup>, und wurde eine Genehmigung im Rahmen der Sachleistungsaushilfe erteilt, dann wird der deutsche Patient einem EU-Patient gleichgestellt. Er bekommt die gesamten Kosten von seiner Kasse erstattet. Durch eine Nachfrage nach den Vorschriften der EU-Richtlinie RL 2011/24/EU könnten sich die Krankenkassen vor solchen Mehrkosten schützen, und diese auf die Patienten abwälzen. Die EU-Richtlinie RL 2011/24/EU möchte die Patienten aber vor einer interessengeleiteten Steuerung durch die Krankenkassen schützen und verlangt daher Folgendes: „Hat der Patient sowohl nach dieser Richtlinie als auch nach der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 Anspruch auf grenzüberschreitende Gesundheitsleistungen und ist die Anwendung der Verordnung für den Patienten günstiger, dann sollte der Patient darauf hingewiesen werden.“<sup>75</sup>

### 3.2.1.2 Nach § 140e SGB V

Durch Verträge mit EU-ausländischen Krankenhäusern können die deutschen Krankenkassen ihren Versicherten eine europaweit qualitativ hochwertige Versorgung mit deutschsprachigen Ansprechpartnern bei geringem bürokratischem Aufwand anbieten. Versicherte der Techniker Krankenkasse können derzeit zum Beispiel in 67 Vertragskrankenhäuser in Italien stationäre Versorgung im Wege des Sachleistungsprinzips in Anspruch nehmen<sup>76</sup>. Über direkte Selektivverträge werden die ausländischen Krankenhäuser in das deutsche Sachleistungssystem integriert, die Krankenkassen können direkt die Vertragsbedingungen aushandeln und sind nicht auf die Ergebnisse der Verhandlung im Rahmen der gemeinsamen Selbstverwaltung angewiesen. Die Krankenkassen erhöhen ihre Marktmacht, ihr Leistungsangebot und im Sinne der ökonomischen Theorie der Bürokratie ihren Stellenkegel:

---

<sup>74</sup> Eingriffe in Großbritannien sind 20 bis 25 Prozent teurer als in Deutschland. Kostensparen mit Behandlungen im Ausland, abrufbar unter URL: <http://www.flymedic.de/medizintourismus> (überprüft am 23.02.2012).

<sup>75</sup> Standpunkt des Europäischen Parlament, a.a.O., Grund 31.

<sup>76</sup> Wagner, TK Co-operation with Northern Italian Hospital, Mai 2010, abrufbar unter URL: <http://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/235364/Datei/6048/Wagner-TK-Co-operation-with-Northern-Italian-Hospitals%202010.pdf> (überprüft 23.02.2012).

Es müssen neue Stellen geschaffen werden, um zum Beispiel Kontaktstellen in den Versorgungskrankenhäusern oder der Servicehotline zu besetzen, um Verträge mit den ausländischen Anbieter auszuhandeln, und um Bedürfnissen und Erfahrungen bei der EU-Auslandsbehandlung abzufragen und aufzuarbeiten.

### 3.2.1.3 Zusammenfassung

Betrachtet man die bisherige Praxis der deutschen Krankenkassen, gewinnt man den Eindruck, dass sie für eine Ausweitung des Sachleistungsprinzips über § 140e SGB V eintreten, solange die Versicherten grenzüberschreitend Leistungen im Ausland in Anspruch nehmen, in dem Verträge mit ausländischen Leistungserbringern geschlossen werden<sup>77</sup>. Gilt es aber umgekehrt ausländische Versicherte im Rahmen des Sachleistungsprinzips nach der VO (EG) Nr. 883/2004 in Deutschland von Kosten frei zu halten, vertreten sie die entgegengesetzte Position und plädieren für eine direkte Abrechnung zwischen ausländischen Versicherten und deutschen Leistungserbringern.

### 3.2.2 Interdependenzen zwischen unterer und mittlerer Ebene anhand von zwei Beispielen aus der Praxis

Im Praxisbericht der AOK 2005 wird das grenzüberschreitende Serviceprojekt „**Urlaub in Holland oder Belgien**“ der AOK Rheinland wie folgt beschrieben:

„Die Patienten kamen sehr häufig aus ihrem Urlaub in Holland zurück und präsentierten bei Behandlungsfällen dicke Rechnungen, die ihnen nur zum Teil erstattet wurden. Das haben wir mit dem Projekt „GesundheitsCard Europa“ komplett geändert. Basis ist hierbei das Internet. Dieses Projekt läuft seit zwei Jahren – die Techniker Krankenkasse hat sich ihm vor einem Jahr angeschlossen. Diese Partnerschaft ist auch in anderen Bereichen sehr erfolgreich. Wie funktioniert das Projekt? Ein Versicherter, der sich in einem Urlaubsgebiet an der holländischen Küste befindet, musste früher Folgendes tun: Er brauchte einen Urlaubskrankenschein oder eine europäische Gesundheitskarte (EHIC). Die EHIC ist übrigens neu – sie funktioniert genauso gut oder genauso schlecht wie vorher der Europäische Krankenschein „E 111“, den sie jetzt ersetzt. Der Urlaubskrankenschein fand im Ausland kaum Akzeptanz. Die Ärzte in Holland nahmen den Behandlungsschein häufig nicht an; taten sie es doch, musste der Personalausweis beigebracht werden. Es gab lange Abrechnungszeiten – bis zu zweieinhalb Jahre. Ergebnis waren häufig Privatrechnungen und Kostenerstattungen sowie frustrierte Versicherte.

Heute ist das Verfahren so geregelt, dass unser Versicherter aus dem Rheinland, der zum Beispiel in Vlissingen an der holländischen Nordseeküste in Urlaub ist, im Notfall mit seiner deutschen KV-Karte in ein Kooperationskrankenhaus der AOK Rheinland und der Techniker Krankenkasse gehen kann. Dort geht er zu einer Kontaktstelle (diese ist im Wegweiser des Krankenhauses ausgewiesen), die eigens für solche Fälle zuständig ist. Er gibt sein Einverständnis zu einer Prüfung seiner persönlichen Daten und seines Versicherungsanspruches. Per Service-Hotline und Internetportal können diese Daten rund um die Uhr von der AOK Rheinland geprüft werden. Der Anspruch auf Leistungen wird sofort bestätigt. Die Versorgung wird nach dem dortigen Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht. Die Abrechnung erfolgt kurzfristig. Die Krankenhäuser sind mit dem Projekt sehr zufrieden. Sie schicken dem holländischen Versicherer, der mit uns kooperiert, die Abrechnung, und wir überweisen das Geld an den holländischen Versicherer. Die Patienten haben keine formalen Probleme mehr. Sie brauchen keinen Arzt zu suchen. Sie wissen, dass sie sich direkt zu den Krankenhäusern begeben können. Insgesamt stehen unseren Versicherten 13 Kliniken – neun in Holland und vier in Belgien – für eine schnelle Versorgung zur Verfügung.<sup>78</sup>

Die AOK berichtet von einem weiteren grenzübergreifenden Projekt **„GesundheitsCard international“**:

„Die Versicherten der holländischen Krankenkasse CZ Groep und die Versicherten der AOK Rheinland im Grenzgebiet erhalten eine Krankenversichertenkarte, die so genannte „GesundheitsCard international“. Mit dieser Karte können diese Versicherten problemlos in Holland oder in Deutschland sofort zum Arzt oder ins Krankenhaus gehen. Es gibt eine Service-Geschäftsstelle in Vaals – die erste dieser Art –, in der deutsche und holländische Krankenkassenmitarbeiter gemeinsam arbeiten. Die Deutschen sprechen holländisch, und die Holländer sprechen deutsch. Es gibt also keine Sprachprobleme. Rund 22.300 dieser Karten sind im Umlauf – 3.800 für die Versicherten der AOK und 18.500 für die holländischen Versicherten. Es kommen also wesentlich mehr holländische Patienten nach Deutschland, als deutsche Patienten nach Holland. Der Grund liegt sicherlich an den langen Wartezeiten in den Niederlanden.“<sup>79</sup>

---

<sup>77</sup> Vgl. Positionspapier der erweiterten Europa-AG der SpiK, 2000, S. 10.

<sup>78</sup> Jacobs, Praxisbericht: Grenzüberschreitende Zusammenarbeit, in: AOK im Dialog Band 17, Europa für die Versicherte gestalten. Berlin 14. April 2005, S. 69-75, hier S. 73.

<sup>79</sup> Jacobs, a.a.O., S. 72.

Es ist ein interessanter Markt für deutsche Krankenhäuser, die die Kosten direkt und unbürokratisch mit der holländischen Krankenkasse CZ Groep abrechnen können.

Die Interdependenzen zwischen der mittleren und der unteren Ebene sind auch hier positiv zu bewerten. Die Krankenhausleiter und –ärzte haben komplementäre Interessen mit den Krankenkassen und den Krankenhäusern. Auch die inländischen Patienten und Versicherten könnten von diesen neuen Möglichkeiten profitieren. Bei gleich bleibend hoher Versorgung sollten diese Möglichkeiten zu einer Beitragssenkung führen, denn das System wird finanziell mit Mitteln aus dem EU-Ausland alimentiert. Können die stationären Einrichtungen effizienter genutzt<sup>80</sup> werden, kommt es bei den Krankenkassen zu Einsparungen, die eventuell in Form von Beitragssenkungen den Versicherten zugutekommen. Auch von einer stationären Behandlung ihrer Versicherten im Ausland können die Krankenkassen profitieren. Mit dem Vanbraekel-Urteil versucht der EuGH, die Genehmigungspraxis der Kassen zu beeinflussen, um ihre Bereitschaft zu erhöhen, eine im Ausland kostengünstigere Behandlung zu genehmigen. Mit einer Genehmigung kann die Krankenkasse von einer kostengünstigeren Behandlung profitieren, während sie bei einer zu Unrecht versagten Genehmigung verpflichtet ist, Kostennachteile der Versicherten bis zur Höhe des im Inland geltenden Betrags zu erstatten<sup>81</sup>. Diese Kasse wird also regelrecht „bestraft“.

### 3.3 Zusammenfassung aller Interessenkonstellationen in der deutschen stationären Versorgung bei einer grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

Es gilt festzuhalten, dass:

- **die deutschen Krankenkassen bei der grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von stationären Gesundheitsleistungen in Europa ihren Versicherten in den meisten Fällen keine Genehmigung für eine geplante Behandlung erteilen müssen, da**

---

<sup>80</sup> Als weiteres Beispiel für eine effizientere Nutzung der stationären Einrichtungen in Deutschland aufgrund des europäischen Einflusses mag die Problematik der Belegung von Betten dienen. Solange die Krankenhäuser nach Tagespflegesätzen abrechnen durften - die Vergütung nach Fallpauschalen ist erst seit 2004 verbindlich - zählte für sie die Zeit, die der Patient in dem Krankenhaus blieb. Da die Bettenbelegung mit dem Ertrag korreliert, befanden sich die Patienten in Deutschland länger in Krankenhäusern als Patienten in anderen europäischen Ländern. So blieb 1999 der Durchschnittspatient in Deutschland 10,4 Tage im Krankenhaus. In Belgien waren es 8,8 Tage, in Italien 7,3 und in Frankreich nur 5,6 Tage. Es ist denkbar, dass eine unnötig lange Behandlung von Patienten, um Betten zu belegen, abnehmen wird, wenn brachliegendes Potential mit Patienten aus dem EU-Ausland aufgefüllt werden könnte. Die Krankenhausärzte haben dann keinen Anreiz mehr, ihren Informationsvorsprung gegenüber den Patienten für eine Verlängerung des Krankenhausaufenthaltes auszunutzen, da durch ausländische Patienten eine neue Klientel zu Verfügung steht. Ein Krankenhausaufenthalt dauerte für Patientinnen und Patienten im Jahr 2008 durchschnittlich nur noch 8,1 Tage.

<sup>81</sup> Siehe Kingreen, Zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im europäischen Binnenmarkt, in: NJW 2001, Heft 46, S. 3384.

**Deutschland zu den wenigen europäischen Sozialversicherungssystemen ohne Wartelisten gehört.**

- **wenn eine Genehmigung erteilt wird, sowohl für den Patienten als auch für seine Krankenkasse, durch die Behandlung im Ausland Ersparnisse möglich sind. Die Krankenkassen sind kreativ und bieten zahlreiche Möglichkeiten, die ausländischen Krankenhäuser in das deutsche Sachleistungsprinzip einzugliedern.**
- **nach der EU-Rechtsprechung und der EU-Richtlinie (RL 2011/24/EU) deutsche Krankenhäuser und Krankenkassen davon profitieren, dass in anderen Mitgliedstaaten Versorgungsengpässe existieren, die eine Genehmigungserteilungspflicht notwendig machen.**

#### D. System der Arzneimittelversorgung

In einem ersten Schritt gilt es herauszuarbeiten wie die Leistungs- und Finanzströme in der deutschen Arzneimittelversorgung verlaufen, wenn ein deutscher Versicherter im EU-Ausland beziehungsweise ein Patient aus dem EU-Ausland in Deutschland, ein erstattungsfähiges Arzneimittel nachfragt.

Die Arzneimittel kann nach dem Sachleistungsprinzip (VO (EG) Nr. 883/2004), nach dem Kostenerstattungsprinzip (RL 2011/24/EU) oder auf der Basis eines Versorgungsvertrages zwischen einer deutschen Apotheke und einem EU-Sozialversicherungssystem bzw. zwischen einer deutschen Krankenkasse und einer Apotheke aus dem EU-Ausland (§ 140e SGB V) nachgefragt werden. Erst dann wird es in einem nächsten Schritt möglich sein, eine eventuelle Veränderung der Interessen der beteiligten Akteure durch die grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Arzneimitteln aufzuzeigen.

1. Ein deutscher Versicherter fragt im EU-Ausland ein erstattungsfähiges Arzneimittel nach

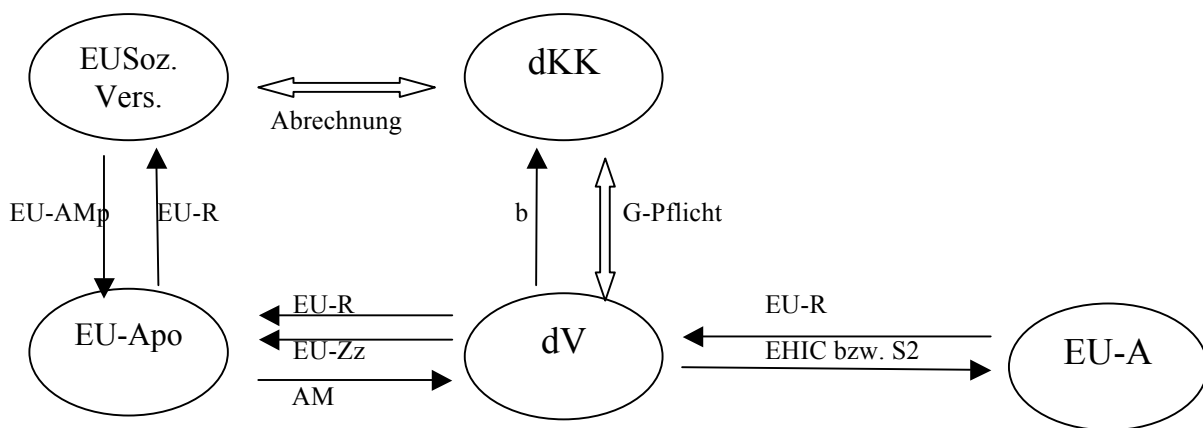
1.1 Leistungs- und Finanzströme der Arzneimittelversorgung bei grenzüberschreitender Leistungsinanspruchnahme nach dem Sachleistungsprinzip (VO (EG) Nr. 883/2004)

Wie bereits dargestellt, gilt nach dem Sachleistungsprinzip grundsätzlich eine Genehmigungspflicht (außer im Notfall) für die ambulante Behandlung und die Erstattung der gesamten im aushelfenden Staat anfallenden Ausgaben nach deren Rechtsvorschriften, nach der VO (EG) Nr. 883/2004. Ist im EU-Ausland für ein bestimmtes Arzneimittel eine

Zuzahlung vorgesehen, wird der deutsche Versicherte dem Versicherten im EU-Ausland gleichgestellt und muss für dieses Arzneimittel ebenso zuzahlen.

Da sich die VO (EG) 883/2004 an dem Leistungsrecht des Aufenthaltsstaates orientiert, muss danach unterschieden werden, nach welchem System im jeweiligen EU-Aufenthaltsstaat Arzneimittel nachgefragt werden. Je nach System, Kostenerstattung oder Sachleistung, werden die Leistungs- und Finanzierungsströme zwischen den Akteuren der Arzneimittelversorgung unterschiedlich ausfallen.

### 1.1.1 Sachleistungssystem im EU-Ausland



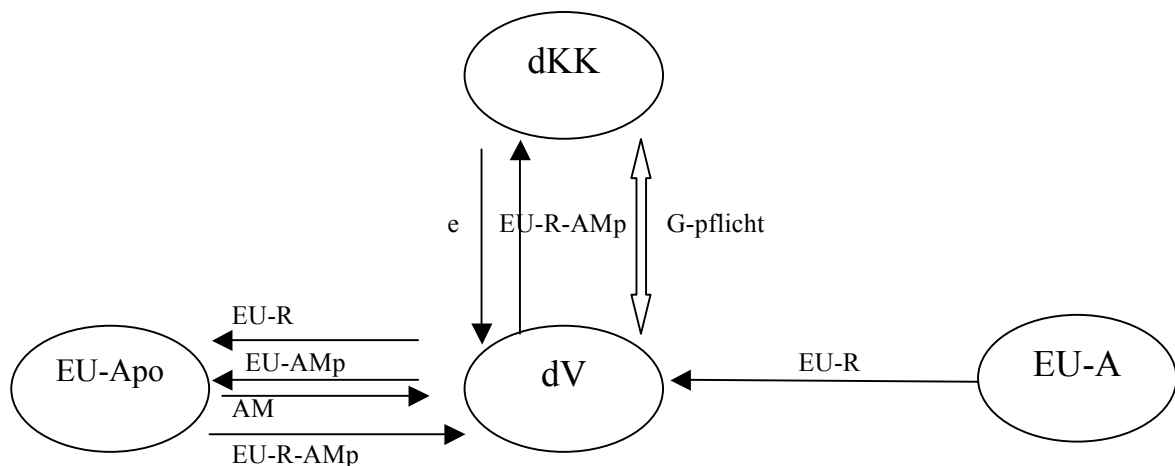
Der deutsche Versicherte (dV) zahlt an seine deutsche Krankenkasse (dKK) Beiträge (b) und beantragt eine Genehmigung (G-Pflicht), um im EU-Ausland von einem Arzt (EU-A) ambulant behandelt werden zu können. Wohnt er im EU-Ausland oder reist er gezielt in das EU-Ausland, um sich dort medizinisch behandeln zu lassen, so wird er von seiner Kasse ein Formular S2 erhalten, um dort über die Sachleistungsaushilfe auf Kosten seiner deutschen Krankenkasse behandelt werden zu können. Befindet er sich vorübergehend im EU-Ausland, so genügt die Vorlage der Europäischen Krankenversicherungskarte (EHIC)<sup>82</sup>, um sich im europäischen Ausland bei einem Unfall oder einer akuten Erkrankung medizinisch behandeln zu lassen. Dann besteht ein Anspruch auf die Leistungen, die sich während des Aufenthalts im Gebiet eines anderen EU-Mitgliedstaates als medizinisch notwendig erweisen, also auch auf die Ausstellung von Rezepten (EU-R). Der deutsche Versicherte (dV) legt der Apotheke im EU-Ausland (EU-Apo) dieses Rezept (EU-R) vor, zahlt die landesüblichen Zuzahlungen (EU-Zz) und erhält dann das verordnete Arzneimittel (AM). Die EU-Apotheke (EU-Apo) reicht

<sup>82</sup> Oft ist die EHIC-Karte auf die Rückseite der Krankenversichertenkarte aufgedruckt, wie es auch bei uns in Deutschland üblich ist.

der sogenannten aushelfenden Krankenkasse, oder dem dortigen Sozialversicherungssystem (EU Soz. Vers.) eine entsprechende Rechnung (EU-R) ein, und erhält darauf hin, wie bei einem inländischen Kassenpatient, von der aushelfenden Krankenkasse (EU Soz. Vers.) den erstattungsfähigen Arzneimittelpreis (EU-AMp). Dies aushelfende Krankenkasse (EU Soz. Vers.) wiederum rechnet dann mit der deutschen Krankenkasse (dKK) ab (Abrechnung).

**Es kann also festgehalten werden, dass im Falle einer grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen über die Sachleistungsaushilfe und wenn das Sachleistungssystem auch im entsprechenden EU-Ausland installiert ist, die Krankenkasse bessergestellt wird, wenn der erstattungsfähige Arzneimittelpreis im EU-Ausland (EU-AMp) niedriger ist als in Deutschland. Der Differenzbetrag kommt dann der Krankenkasse zugute.**

### 1.1.2 Kostenerstattungssystem im EU-Ausland



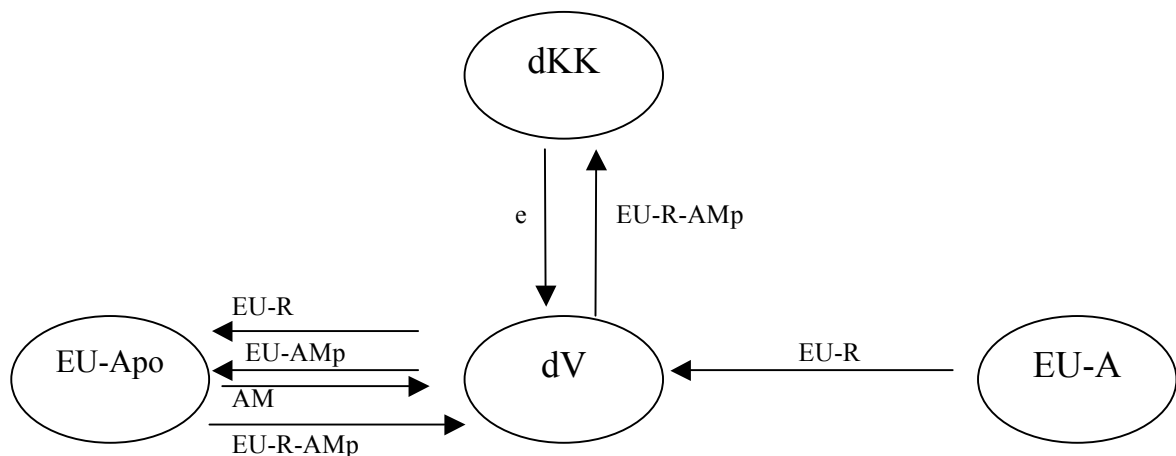
Der deutsche Versicherte (dV) begibt sich zu einem Arzt im EU-Ausland (EU-A). Der verschreibt ein Arzneimittel (EU-R). Der deutsche Versicherte (dV) legt der Apotheke im EU-Ausland (EU-Apo) dieses Rezept (EU-R) vor, zahlt den landesüblichen Arzneimittelpreis (EU-AMp) und erhält von der Apotheke zusätzlich zu dem Arzneimittel eine Rechnung über die geleistete Zahlung (EU-R-AMp). Diese Rechnung reicht der Versicherte (dV) dann zur Rückerstattung (e) bei der deutschen Krankenkasse (dKK) ein. Ob die Summe (e), die erstattet wird, mit der Summe auf der Arzneimittelquittung (EU-R-AMp) identisch ist oder ob sie darunter bleibt, hängt von den Rechtsvorschriften im EU-Ausland ab. Der deutsche Versicherte wird den inländischen Versicherten gleichgestellt. Die deutsche Kasse muss die Arzneimittelkosten in der Höhe des landesüblichen erstattungsfähigen Betrags tragen. Die Summe (e) entspricht den vom Versicherten gezahlten Arzneimittelkosten ( $e=EU-AMp$ ),

wenn die im Ausland geltenden Erstattungsregelungen eine Gesamterstattung vorsehen. Ansonsten entspricht die Summe (e) den gezahlten Arzneimittelkosten, um die landesüblichen Zuzahlungen gemindert ( $e = \text{EU-AMp} - \text{EU-Zz}$ ).

### 1.2 Leistungs- und Finanzströme der Arzneimittelversorgung bei grenzüberschreitender Leistungsinanspruchnahme nach dem Kostenerstattungsprinzip (RL 2011/24/EU)

Aus den Grundsätzen der EuGH-Rechtsprechung und der EU-Patientenmobilitätsrichtlinie folgt, dass ein Versicherter - unabhängig davon ob die Heimatversicherung Kostenerstattung oder Sachleistung vorsieht – genehmigungsfrei planen kann, einen Arzt in jedem anderen Mitgliedstaat aufzusuchen und die Kosten hierfür von seiner Krankenkasse zu erstatten sind. Allerdings kann ein Versicherter Erstattung nur in der Höhe beanspruchen, die in seinem Heimatstaat nach dem Leistungskatalog seiner Krankenkasse erstattungsfähig ist: **Arzneimittel, die von Ärzten im EU-Ausland verordnet werden, sind von den deutschen Krankenkassen maximal bis zur Höhe der inländischen Sätze zu erstatten, vorausgesetzt die Leistung gehört zum inländischen Leistungskatalog.**

Wie verlaufen nun die Leistungsströme und die Steuerungsbeziehungen der Arzneimittelversorgung?



Der deutsche Versicherte (dV) begibt sich zu einem Arzt im EU-Ausland (EU-A). Der verschreibt ein Arzneimittel (EU-R). Der deutsche Versicherte (dV) legt der Apotheke im EU-Ausland (EU-Apo) dieses Rezept (EU-R) vor, zahlt den landesüblichen Arzneimittelpreis (EU-AMp) und erhält von der Apotheke zu dem Arzneimittel eine Rechnung über die geleistete Zahlung (EU-R-AMp). Diese Rechnung reicht der Versicherte (dV) zur Rückerstattung (e) bei der deutschen Krankenkasse (dKK) ein. Die Summe (e) stellt dann die

Summe dar, die der deutsche Versicherte von seiner Krankenkasse tatsächlich auch erstattet bekommt.

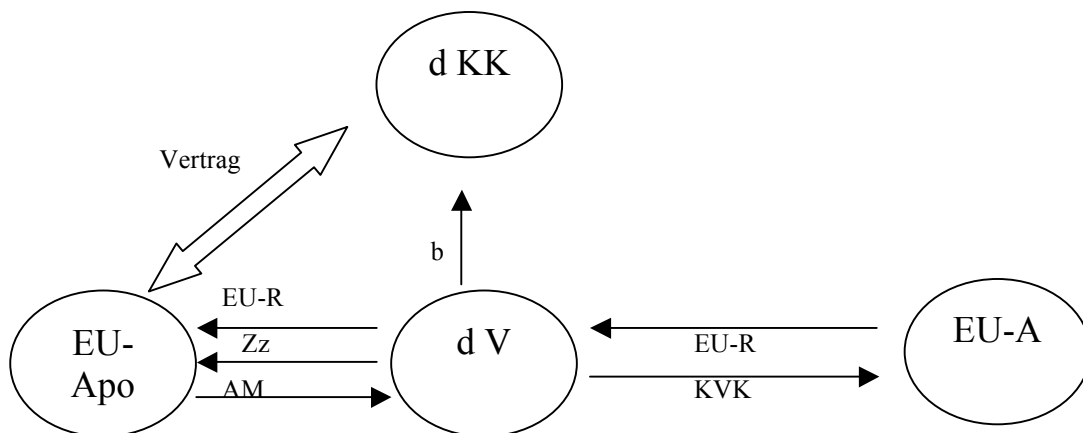
**Im Gegensatz zu einem Arzneimittelmarkt ohne Auslandsbezug entspricht hier die Beziehung zwischen der ausländischen Apotheke und dem deutschen Patienten einer Marktbeziehung**, auch wenn der Markt unvollkommen ist. Der deutsche Patient erhält das Medikament nur gegen Bezahlung des im entsprechenden EU-Land gültigen Preises für das verordnete Medikament (EU-AMp). Die Beziehung zwischen dem deutschen Versicherten und der deutschen Krankenkasse entspricht den Versicherungsbeziehungen innerhalb der PKV.

1.3 Leistungs- und Finanzströme der Arzneimittelversorgung bei grenzüberschreitender Leistungsanspruchnahme auf der Basis eines Versorgungsvertrages zwischen einer deutschen Krankenkasse und einer Apotheke aus dem EU-Ausland (§140e SGB V)

Der deutsche Gesetzgeber räumt die Möglichkeit ein, Verträge mit Leistungserbringern aus dem EU-Ausland, also auch mit EU-Apotheken zu schließen. Die deutschen Krankenkassen nutzen § 140 e SGB V, um die grenzüberschreitende Leistungsanspruchnahme insbesondere in grenznahen Regionen, in Urlaubsgebieten und in Bezug auf ganz bestimmte Indikationen zu verbessern. Hierzu gehört vor allem die Möglichkeit, auch mit ausländischen Versand-, das heißt in der Regel Internetapotheken, Verträge zur grenzüberschreitenden Leistungsanspruchnahme abzuschließen. Hat die Versandapotheke ihren Sitz in einem anderen EU-Mitgliedstaat, ist sie per se nicht Leistungserbringer der GKV und muss daher zunächst einzelvertraglich gem. § 140e SGB V angebunden werden. Diese Konstellation ist für einen bestimmten Versichertenkreis, z.B. chronisch Erkrankte oder Versicherte, die in ihrer Mobilität stark eingeschränkt sind, besonders interessant, da sie die notwendigen Leistungen „frei Haus“ erhalten. Wie bereits dargestellt, besteht der Vorteil in dieser Konstellation für die Versicherten darin, dass grenzüberschreitende Gesundheitsleistungen als Sachleistung in Anspruch genommen werden können.

Aufgrund eines Versorgungsvertrages zwischen einer deutschen Krankenkasse und einer Apotheke aus dem EU-Ausland kann ein deutscher Versicherter ohne Genehmigungsvorbehalt alle zwischen den Vertragspartnern vereinbarten Sachleistungen bei Vorlage seiner deutschen Krankenversicherungskarte (KVK) erhalten. Die Abrechnung erfolgt zwischen den Vertragspartnern, d.h. die ausländische Vertragsapotheke (EU-Apo) rechnet direkt mit der deutschen Krankenkasse (dKK) ab. Die Höhe der Erstattung hängt von

den vertraglich vereinbarten Sätzen ab und kann nach deutschem Recht vorgesehene Zuzahlungen zulasten des Versicherten enthalten<sup>83</sup>.



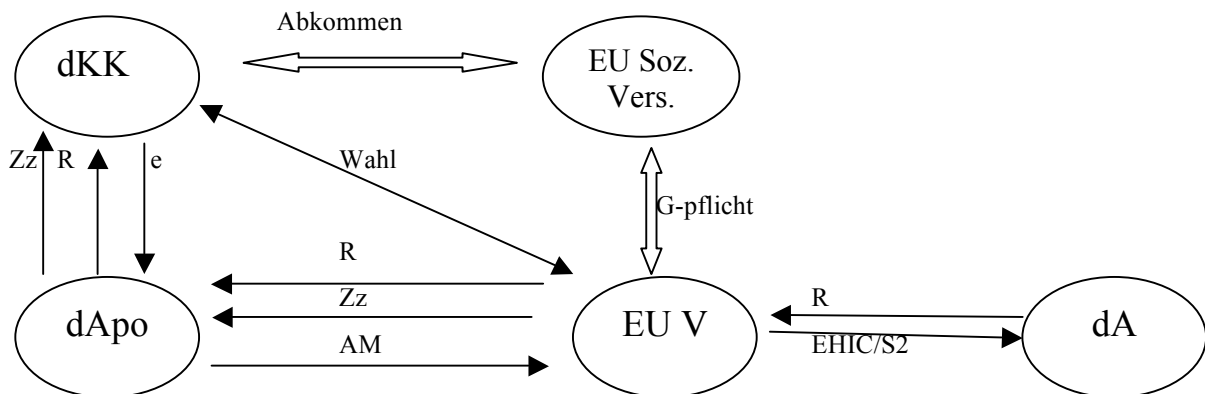
Systematisch gleichgelagert ist die Möglichkeit der GKV auch mit EU-ausländischen Arzneimittelherstellern Rabattverträge gem. § 130a SGB V abzuschließen. So hat die AOK bis September 2011 die Rabattverträge zu Generika europaweit ausgeschrieben<sup>84</sup>. Über Versorgungsverträge können EU-ausländische Apotheken, über Rabattverträge können EU-ausländische pharmazeutische Unternehmen zum Leistungserbringer in der GKV werden. In beiden Fällen kommt es im Ergebnis zu einer grenzüberschreitenden Leistungsanspruchnahme.

2. Patient aus dem EU-Ausland fragt in Deutschland ein erstattungsfähiges Arzneimittel nach

2.1 Leistungs- und Finanzströme der Arzneimittelversorgung bei grenzüberschreitender Leistungsanspruchnahme nach dem Sachleistungsprinzip (VO (EG) Nr. 883/2004)

Die Beziehung zwischen EU-Sozialversicherungsträger (EU-Soz.Vers.) und EU-Versichertem (EU-V) kann nicht konkret dargestellt werden, da sie je nach System unterschiedlich sein wird. Dennoch besteht eine Genehmigungspflicht zwischen Versicherten und Krankenkasse, da das Arzneimittel im Rahmen der VO (EG) Nr. 883/2004 nachgefragt wird. Der EU-Versicherte und EU-Patient begibt sich nach Deutschland zur ambulanten Behandlung.

<sup>83</sup> Seit Anfang 2010 können europäischen Apotheken dem Rahmenvertrag nach § 129 SGB V beitreten. Nach § 2b Abs. 2 des Rahmenvertrages dürfen ausländische Apotheken Fertigarzneimittel zu Lasten der Krankenkassen abrechnen. Es gelten allerdings für die Abrechnung die Preisvorschriften nach § 78 Arzneimittelgesetz sowie das Rabattverbot nach § 7 Heilmittelwerbegesetz. Zudem wird bestimmt, dass die Regelungen des SGB V, insbesondere zu den gesetzlichen Abschlägen, zur Zuzahlung der Versicherten, zur Arzneimittelabrechnung und Datenübermittlung sowie die Arzneimittelabrechnungsvereinbarung nach § 300 Abs. 3 SGB V entsprechend gelten.



Der Patient bekommt dort von dem deutschen Arzt (dA) gegen Vorlage seiner europäischen Krankenversicherungskarte (EHIC) bzw. des Vordrucks E 112, nachdem er sich eine aushelfende Krankenkasse (dKK) ausgesucht und die Praxisgebühr von 10€ gezahlt hat, ein Arzneimittel verschreiben (R). Mit diesem Rezept erhält der EU-Patient nach Bezahlung der vorgesehenen Zuzahlungen (Zz) von der Apotheke (dApo) ein Arzneimittel (AM). Die deutsche Krankenkasse (dKK) rechnet, wie im geschlossenen System, zunächst mit der deutschen Apotheke, dann mit dem Krankenversicherungsträger aus dem EU-Ausland (EU-Soz.Vers.) ab.

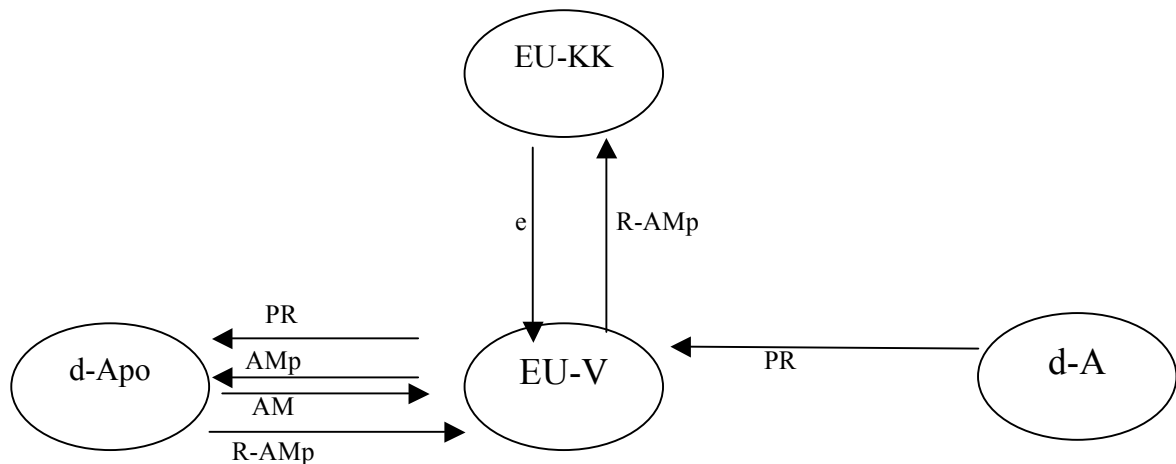
**Es kann festgehalten werden, dass, wenn ein Patient aus dem EU-Ausland in Deutschland ein Arzneimittel nach dem Sachleistungsprinzip (VO (EG) Nr. 883/2004) nachfragt, es zu keiner grundlegenden Veränderung im System kommt. Die Krankenkasse erhält freilich von dem EU-Sozialversicherungsträger und nicht von dem Versicherten, über die Beiträge vermittelt, ihr Geld.**

2.2 Leistungs- und Finanzströme der Arzneimittelversorgung bei grenzüberschreitender Leistungsanspruchnahme nach dem Kostenerstattungsprinzip (RL 2011/24/EU)

Die Beziehung zwischen EU-Krankenkasse (EU-KK) und EU-Versichertem (EU-V) kann auch hier nicht konkret dargestellt werden, da sie je nach System unterschiedlich sein wird. Der EU-Versicherte und EU-Patient begibt sich gezielt nach Deutschland zu einer ambulanten Behandlung und erhält dort vom deutschen Arzt (dA) ein Privat Rezept (PR). Der EU-Versicherte reicht der Apotheke (d-Apo) das Privat Rezept ein, und zahlt den für dieses

<sup>84</sup> Informationen abrufbar unter URL: [http://www.aok-bv.de/politik/wettbewerb/index\\_02091.html](http://www.aok-bv.de/politik/wettbewerb/index_02091.html) (überprüft am 23.02.2012).

verschriebene Arzneimittel in Deutschland gültigen Preis (AMp). Der Apotheker übergibt das Arzneimittel (AM) und eine Rechnung über die geleistete Zahlung (R-AMp). Diese Rechnung reicht der EU-Versicherte dann zur Rückerstattung (e) bei seiner Krankenkasse (EU-KK) ein.



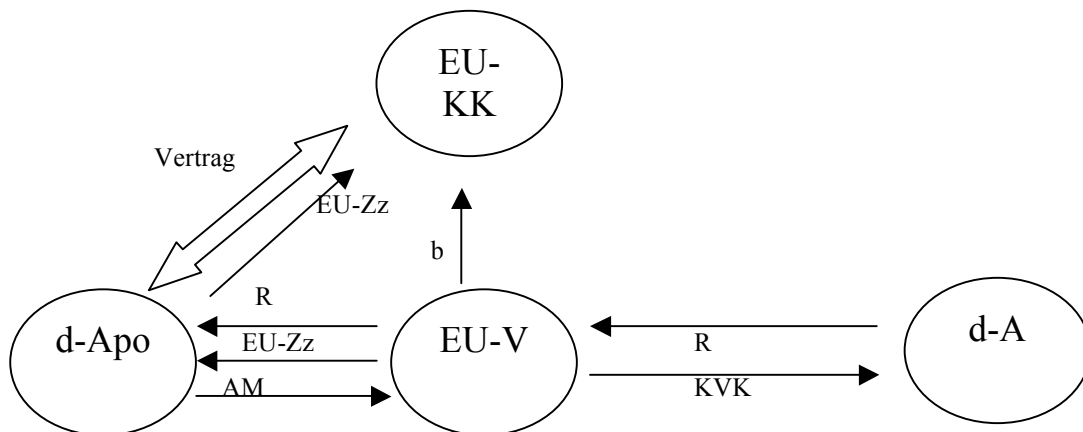
Ob die Summe (e), die zurückerstattet wird, mit der geleistete Zahlung (AMp) identisch ist oder ob sie darunter bleibt, hängt davon ab, wie viel dieses Arzneimittel im Herkunftsland des Versicherten kostet. Ist das Arzneimittel im Herkunftsland günstiger, so muss der Versicherte selbst für den Differenzbetrag (AMp – EU-AMp) aufkommen, denn die EU-Krankenkasse wird und muss höchstens den inländischen Arzneimittelpreis zahlen. Ist das Arzneimittel im Herkunftsland teurer als in Deutschland, so muss die EU-Krankenkasse die gesamten Kosten erstatten,  $e = AMp$ . Einen Gewinn kann der Versicherte aber nicht erzielen, da nach der EU-Richtlinie (RL 2011/24/EU) höchstens die tatsächlichen Kosten erstattet werden.

Auch in diesem Fall entspricht die Beziehung EU-Patient – inländische Apotheke einer Marktbeziehung, wie sie im System der PKV vorliegt: Der EU-Patient schließt Einzelverträge mit der inländischen Apotheke ab.

2.3 Leistungs- und Finanzströme der Arzneimittelversorgung bei grenzüberschreitender Leistungsanspruchnahme auf der Basis eines Versorgungsvertrages zwischen einer deutschen Apotheke und einem Krankenversicherungsträger aus dem EU-Ausland

An dieser Stelle ist zunächst noch einmal festzustellen, dass davon auszugehen ist, dass im Falle eines Systems der Kostenerstattung im EU-Versicherungsstaat kein Anreiz bestehen wird, Verträge mit deutschen Leistungserbringern abzuschließen. Solche Anreize bestehen

vor allem im Falle eines Sachleistungssystems, wenn Engpässe im EU-Versicherungsstaat, oder rege Beziehungen in den Grenzgebieten bestehen.



Aufgrund eines Versorgungsvertrages zwischen einer EU-Krankenkasse (EU-KK) und einer deutschen Apotheke (dApo) kann ein EU-Versicherter ohne Genehmigungsvorbehalt alle zwischen den Vertragspartnern vereinbarte Sachleistungen bei Vorlage seiner Krankenversicherungskarte (KVK) erhalten. Der EU-Versicherte reicht sein Rezept (R) ein, muss eventuell Zuzahlungen, die in seinem Herkunftsland üblich sind, bezahlen (EU-Zz) und erhält dann das Arzneimittel (AM). Die Abrechnung erfolgt zwischen den Vertragspartnern, d.h. der deutsche Vertragsapotheker (dApo) rechnet direkt mit der EU-Krankenkasse (EU-KK) ab. Der Betrag, den die deutsche Apotheke letztendlich von der EU-Krankenkasse für das Arzneimittel bekommt, hängt von den vertraglich vereinbarten Sätzen ab.

### 3. Interessenkonstellationen auf dem deutschen Arzneimittelmarkt

#### 3.1 Untere Ebene

Neben dem Patienten und dem Arzt sind auf der individuellen Ebene der Apotheker und die Pharmazeutische Industrie als Hersteller und Lieferant zu berücksichtigen.

##### 3.1.1 Interessen der Patienten

###### 3.1.1.1 Allgemeine Interessen

Grundsätzlich haben deutsche Patienten nun erweiterte Möglichkeiten: Sie können alle Medikamente nachfragen, die sich auf dem EU-Markt befinden und tatsächlich erstattungsfähig sind. Aufgrund der Umlagerationalität<sup>85</sup> kann es dazu kommen, dass Patienten auf dem Arzneimittelmarkt Leistungen in Anspruch nehmen, die sie auf einem isolierten „Waren“-Markt nicht nachfragen würden, weil die Krankenversicherung ihnen diese Leistungen anbietet. Es kann dazu kommen, dass Patienten mehr Medikamente nachfragen als dies bei geschlossenen, d.h. national begrenzten Märkten der Fall wäre. Auf der anderen Seite können informierte Patienten Preisunterschiede für dasselbe Medikament in verschiedenen Mitgliedstaaten ermitteln und realisieren. So bieten zum Beispiel zahlreiche EU-weite Internetportale einen entsprechenden Preisvergleich an. Das deutsch-französische Verbraucherzentrum hat eine Studie herausgegeben, aus der sich ergibt, dass deutsche Patienten in Frankreich für Medikamente im Einzelfall nur ein Viertel des in Deutschland üblichen Preises bezahlen müssen: Für den markantesten Preis-Unterschied in der Studie sorgt die Antibabypille (Triquilar/Trinordiol): Eine Dreimonatspackung kostet in Deutschland 28,11€ in Frankreich hingegen nur 7,24€<sup>86</sup>. Werden deutsche Patienten bei erstattungsfähigen Medikamenten von ihren Krankenkassen für eine solche „Recherche“ belohnt, wird dies zugunsten der GKV zu Einsparungen bei den Arzneimittelausgaben führen, ohne dass dabei die Nachfrage nach Medikamenten zurückgeht. Bei einem inversen Nachfrageverhalten wird der Konsument die teureren Medikamente den billigeren vorziehen, da er meint, höhere Preise würden eine höhere Qualität signalisieren. Zu einem solch inversen Nachfrageverhalten kommt es in dieser Konstellation jedoch gerade nicht, da es sich gar nicht um verschiedene Medikamente für dieselbe Krankheit handelt, sondern um dasselbe Medikament mit unterschiedlichen Preisen, das aber in einem anderen Land nachgefragt und gekauft wird.

### 3.1.1.2 Nach VO (EG) Nr. 883/2004

Hat sich ein in Deutschland versicherter Patient um eine Genehmigung von seiner Krankenkasse bemüht, hat dieser Patient gute Sprach- und Landeskenntnisse, um die

---

<sup>85</sup> Zu der Umlagerationalität siehe Teil II der Arbeit. Der Warenmarkt (Arzneimittel als Ware) ist hier kombiniert mit einem Versicherungsmarkt.

<sup>86</sup> Euro-Info-Verbraucher e.V. Aspirin und Antibaby-Pille in Frankreich deutlich billiger als bei uns, Kehl, 2005, abrufbar unter URL: [http://www.eu-verbraucher.de/fileadmin/user\\_upload/eu-verbraucher/PDF/Sonstige\\_pdfs/Preisvergleich\\_Anti-Baby-Pille.pdf](http://www.eu-verbraucher.de/fileadmin/user_upload/eu-verbraucher/PDF/Sonstige_pdfs/Preisvergleich_Anti-Baby-Pille.pdf) (überprüft am 23.02.2012). Die Antibaby-Pille wird in Deutschland in der Regel nicht von der GKV erstattet. Vgl. auch <http://www.zeit.de/wirtschaft/2010-09/medikament-preis-report> (überprüft am 23.02.2012). Viele Medikamente sind in Deutschland doppelt so teuer, wie im Rest Europas – Tendenz steigend. Zu dem Schluss kommt der aktuelle Arzneiverordnungsreport 2010, Ulrich Schwabe. Eine Hunderter-Packung des beliebten Magenschutzmittels Omeprazol kostete in Schweden 9,36 Euro, in Deutschland dagegen 60,46 Euro (plus 546 Prozent). Am 1. September wurde der Preis für Omeprazol hierzulande auf 43,29 Euro abgesenkt, womit der Preis "nur" noch 363 Prozent höher liegt als im Königreich Schweden.

Akzeptanzprobleme der EHIC praktisch zu überwinden und seine Rechte durchzusetzen, so kann er Arzneimittel auch ohne Vorleistungen erhalten (es sei denn, es sind Zuzahlungen im EU-Ausland vorgesehen). Für den deutschen Versicherten fallen ausschließlich die EU-landesüblichen Zuzahlungen an: Das heißt je nach EU-Zuzahlungsregelungen wird sich der deutsche Versicherte besser oder schlechter stellen, als bei einer Inanspruchnahme in Deutschland. Sind die Zuzahlungen im EU-Ausland höher als in Deutschland ( $EU-Zz > Zz$ ), so muss er selbst die Mehrkosten zahlen, **sind die Zuzahlungen im EU-Ausland aber niedriger als in Deutschland ( $EU-Zz < Zz$ ), so realisiert sich das gesamte Sparpotenzial ( $EU-Zz - Zz$ ) allein bei dem deutschen Versicherten.** Ist der Arzneimittelpreis im EU-Ausland höher als in Deutschland ( $EU-AMp > AMp$ ) und sind keine Zuzahlungen im EU-Ausland vorgesehen, so muss die Krankenkasse den höheren Preis zahlen nicht der Patient.

#### 3.1.1.3 Nach der EU-Richtlinie (RL 2011/24/EU)

Nimmt der in Deutschland versicherte Patient Gesundheitsleistungen nach der EU-Richtlinie im EU-Ausland in Anspruch, muss er vor seiner Abreise keine administrativen Vorkehrungen treffen, er muss aber in Vorkasse treten und hinterher im Wege der Kostenerstattung mit seiner Krankenkasse abrechnen. Liegt der Preis für das Arzneimittel im EU-Ausland ( $EU-AMp$ ) über dem deutschen Preis ( $AMp$ ), so wird die Krankenkasse höchstens den deutschen Arzneimittelpreis erstatten, die erstattete Summe gleicht dem deutschen Arzneimittelpreis ( $e = AMp$ ). **Den Unterschiedsbetrag ( $EU-AMp - AMp$ ) muss der deutsche Patient selber tragen.** Liegt der Preis für das Arzneimittel im EU-Ausland ( $EU-AMp$ ) unter dem deutschen Preis, so bekommt der Versicherte die gesamten Kosten erstattet ( $e = EU-AMp$ ), **den Unterschiedsbetrag ( $AMp - EU-AMp$ ) spart die deutsche Krankenkasse.**

#### 3.1.1.4 Nach § 140e SGB V

Diese Alternative ist vor allem für Patienten ohne Sprach- und Landeskenntnisse interessant, da eine „Rundherum Versorgung“ angeboten wird: Deutschsprachige Ansprechpartner, kein bürokratischer Abrechnungs- oder Genehmigungsaufwand, ein deutscher Qualitätsstandard. Die in Deutschland versicherten Patienten werden im EU-Ausland so gestellt, wie wenn sie im Inland das Arzneimittel nachfragen würden.

#### 3.1.2 Interessen der Ärzte

Was die Interessen der Ärzte im Rahmen der Arzneimittelversorgung angeht, kann die

europäische Marktfreiheit dazu beitragen, nationale Regelungen zur Steuerung der Arzneimittelversorgung zu unterlaufen. So ist es in Grenzgebieten für inländische Ärzte möglich, ihre Patienten zu ausländischen Ärzten zu schicken, um ihr individuelles Arzneimittelbudget nicht zu überschreiten. So können sie die Gefahr eines individuellen Regresses minimieren. Es wird also möglich, nationalstaatliche Regelungen zu unterlaufen: Der Patient bekommt seine Medikamente von dem ausländischen Arzt, die Krankenkasse muss sie erstatten und der inländische Arzt wird nicht regresspflichtig. Aber es kommt zu einer komplementären Nachfrage nach ärztlichen Leistungen: Sowohl der inländische als auch der ausländische Arzt werden konsultiert.

Die Beziehung zwischen dem deutschen Arzt und dem Patienten aus dem EU-Ausland ist im Rahmen der grenzüberschreitenden Arzneimittelversorgung nach der EU-Richtlinie RL 2011/24/EU auf die Ausstellung eines Rezeptes begrenzt. Hier besteht für den inländischen Arzt kein Anreiz, eine solche Nachfrage zu begrenzen, da die GKV nicht finanziell belastet wird und der inländische Arzt keine Regressansprüche zu erwarten hat. Fragt der EU-Patient aber ein Arzneimittel im Rahmen der VO (EG) Nr. 883/2204 nach, so wird der EU-Patient einem deutschen Patient gleichgestellt, so dass der inländische Arzt im „worst case“ Regressansprüche zu erwarten hätte.

### 3.1.3 Interessen der Apotheker

Von der grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen erhoffen sich die Apotheker eine wachsende Nachfrage, da sie ausländische Kunden gewinnen können.

Wird ein Arzneimittel über die VO (EG) NR. 883/2004 nachgefragt, unterscheiden sich die Interessen nicht von denen auf dem geschlossenen deutschen Arzneimittelmarkt. Die grenzüberschreitende Nachfrage nach Arzneimitteln durch EU-Ausland-Patienten führt zu einem größeren Absatzmarkt.

Lukrativ ist es für die deutschen Apotheken vor allem, wenn die Patienten aus dem EU-Ausland Arzneimittel im Rahmen der EU-Richtlinie nachfragen. Die EU-Patienten werden dann wie deutsche Privatpatienten behandelt und erhalten Privatrezepte von dem deutschen Arzt. **Der Apotheker ist bei der „privaten Abgabe“ des Arzneimittels nicht an die im Rahmen des Leistungserbringungsrechts mit den Krankenkassen geschlossenen Verträge und an die gesetzlichen Vorgaben bei der Abgabe von Arzneimitteln zu Lasten der GKV gebunden.** So ist der Apotheker zum Beispiel im Rahmen eines Privatrezepts nicht zur Abgabe des preisgünstigsten Arzneimittels gemäß § 129 SGB V i.V.m. den

Arzneimittellieferungsverträgen gebunden, sondern kann das teuerste Produkt, an dem er selbst am meisten verdient, abgeben. Vor allem Apotheker in Grenzregionen und in touristisch interessanten Regionen können hiervon profitieren.

Hat die in Deutschland ansässige Apotheke mit einem Versicherungsträger aus dem EU-Ausland Verträge abgeschlossen, so kann sie auf größere Absatzchancen hoffen. Dabei kommt es auf die Vertragsinhalte im Einzelnen an.

Nicht im Interesse der inländischen Apotheken liegt es, wenn die GKV Versorgungsverträge mit EU-ausländischen Apotheken gem. § 140e SGB V abschließt, die die Arzneimittel häufig deutlich billiger anbieten können. Dies gilt erst recht, wenn Versorgungsverträge mit EU-ausländischen Versandapotheken abgeschlossen werden. Dass sich der Kreis der Wettbewerber, die die Leistung günstiger anbieten, vergrößert, liegt nicht im Interesse der inländischen Apotheken. Auch an einem Abschluss grenzüberschreitender Rabattverträge mit EU-ausländischen Arzneimittelherstellern sind sie nicht interessiert. Die Menge der zwingend zu einem günstigeren Preis an die Versicherten abzugebenden Arzneimittel wird größer.

#### 3.1.4 Interessen der Pharmazeutischen Industrie

Die pharmazeutischen Unternehmen sind die einzigen Akteure, die in allen 6 Konstellationen auftreten. In allen Konstellationen wird ein Arzneimittel nachgefragt, das von ihnen auf dem „Markt“ bereitgestellt wird.

Die Pharmazeutische Industrie kann über Pharmaberater oder Ärzte informieren, auch über die Möglichkeiten, die Regressregelungen zu unterlaufen. Denkbar wären entsprechende Werbemaßnahmen, die im Ergebnis Ärzte entlasten und den Apotheken finanzielle Vorteile bringen, die aber zu Lasten der GKV gehen. Zu zahlreichen gesetzlichen Regelungen zur Kostensenkung in der GKV haben sich Werbemaßnahmen zur Umgehung dieser Regelungen längst eingebürgert. Über die Möglichkeit, Arzneimittel im Ausland nachzufragen oder im Inland über ein Privatrezept abzurechnen, würde sich hier ein weiteres Feld anbieten.

### 3.2 Mittlere Ebene

Auf der mittleren Ebene agieren die Krankenkassen, die Verbände der Pharmazeutischen Industrie und die Apotheker. Die Kassenärztlichen Vereinigungen spielen erneut keine Rolle.

#### 3.2.1 Interessen der Krankenkassen

Die Krankenkassen sind auf der mittleren Ebene exklusiv an dem Abrechnungsvorgang bei einer grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Arzneimitteln beteiligt, dies aber nur, wenn ein deutscher Versicherter im EU-Ausland Arzneimittel nachfragt. Werden durch EU-Patienten Arzneimittel in Deutschland nachgefragt, bleiben auf der unteren Ebene ausschließlich die deutschen Ärzte, die deutschen Apotheken und die Pharmazeutische Industrie als Akteure involviert.

### 3.2.1.1 VO (EG) Nr. 883/2004 versus RL 2011/24/EU

Vergleicht man die Interessen der Krankenkassen bezüglich einer grenzüberschreitenden Nachfrage nach Arzneimitteln nach der VO (EG) NR. 883/2004 oder nach der RL 2011/24/EU, so kann festgestellt werden, dass die Krankenkassen eine Inanspruchnahme nach der EU-Richtlinie vorziehen werden:

Liegt der Preis des Arzneimittels in Deutschland über dem Preis im EU-Auslandes ( $AMp > EU-AMp$ ) und das ist zumeist der Fall, so kann die Krankenkasse bei beiden Abrechnungsvorgängen die Kostenersparnis ( $AMp - EU-AMp$ ) für sich verbuchen. Darüber hinaus aber kann die Krankenkasse bei einer Abrechnung über die Richtlinie RL 2011/24/EU, den Fall ausschließen, dass sie bei höheren EU-Arzneimittelpreisen den Differenzbetrag selbst tragen muss, denn sie muss höchstens die inländischen Sätze, also  $AMp$  erstatten. Durch die Öffnung der Märkte können Preisgefälle ausgenutzt werden. Die Krankenkassen bekommen die Möglichkeit, Einsparungen im Arzneimittelbereich zu erzielen. Die Krankenkassen zahlen im Maximalfall den Inlandspreis, d.h. sie werden nicht dem Risiko ausgesetzt, teurere EU-Arzneimittel voll erstatten zu müssen. Dieses Risiko ist von den deutschen Versicherten selbst zu tragen, die den Differenzbetrag zwischen dem EU-Preis und der Maximalerstattung durch die Krankenkassen ausgleichen ( $EU-AMp - AMp$ ) müssen.

Eine Abrechnung über die EU-Richtlinie wird die Krankenkasse aber auch dann vorziehen, wenn ein Patient aus dem EU-Ausland in Deutschland ein Arzneimittel nachfragt, denn sie braucht dann nicht aufwendig mit dem EU-Sozialversicherungsträger abzurechnen. In der Vergangenheit war die Zahlungsmoral in einigen Staaten immer wieder problematisch, wenn es um den Ausgleich der aufgewendeten Kosten im Rahmen der Sachleistungsaushilfe ging<sup>87</sup>.

---

<sup>87</sup> Vgl. Kreutzer, Krankenversicherung und grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in Europa. Die neuen Ordnungsregelungen aus der Perspektive der deutschen Versicherungsträger, Juni 2009, S. 4.

Daher ist verwunderlich, dass der Bundesverband der Krankenkassen im Rahmen einer Stellungnahme<sup>88</sup>, neben der Forderung nach preiswerten Verordnungsalternativen wie Generika, Re- und Parallelimporten und einer höheren Transparenz des Nutzens von Arzneimitteln, auch die Forderung nach einer EU-weiten Akzeptanz der europäischen Krankenversicherungskarte (EHIC) durch die Einführung einer Plakette im Eingangsbereich der Praxen aufstellt.

### 3.2.1.2 Nach § 140e SGB V

Durch den Abschluss von Selektivverträgen mit ausländischen Apotheken, können die Krankenkassen ihren Versicherten eine „Rundum“- Versorgung anbieten, das heißt die Abnahme des bürokratischen Aufwandes, ein hohes Qualitätsniveau mit deutschsprachigen Ansprechpartnern<sup>89</sup> und Einsparungen bei der Arzneimittelversorgung realisieren: Sind die Arzneimittelpreise im EU-Ausland niedriger als in Deutschland, so profitieren die Krankenkassen davon, sind sie höher, kann die Krankenkasse im Rahmen der Vertragsverhandlungen die Preise drücken. Für die GKV ist daher auch die Integration EU-ausländischer Versandapotheken durch Versorgungsverträge von besonderem Interesse, da über eine EU-ausländische Versand- bzw. Internetapotheke, die die meisten Arzneimittel deutlich günstiger anbietet, ein erhebliches Einsparpotential realisiert werden kann. Nicht umsonst war es die GKV, die die – lange Zeit umstrittene – Inanspruchnahme EU-ausländischer Versandapotheken besonders begrüßt hat.

### 3.2.2 Interessen der Verbände der Pharmazeutischen Industrie

Von den Verbänden der Pharmazeutischen Industrie wurde die schleichende Europäisierung der Gesundheitspolitik durch die Rechtsprechung des EuGH vor einigen Jahren zunächst ausdrücklich begrüßt. Sie führt tendenziell – auch wenn sie darauf nicht gerichtet sein durfte - zu dem von der pharmazeutischen Industrie seit Jahren geforderten „Zuwachs des Wettbewerbs im Gesundheitssektor“. Dabei ist für die pharmazeutische Industrie primär zweierlei von Interesse: Mit der Rechtsprechung des EuGH und der Mobilitätsrichtlinie RL 2011/24/EU, die diese Rechtsprechung zu weiten Teilen umsetzt, aber auch mit der VO (EG) Nr. 883/04, wird die Erstattungsfähigkeit von Arzneimitteln durch die jeweiligen Träger der

---

<sup>88</sup> Arbeitsgemeinschaft der Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene, Gesetzliche Krankenversicherung in Europa: Chancen nutzen – Kompetenzen wahren – Soziales gestalten, Juli 2010, S. 7.

<sup>89</sup> Vgl. Wagner/Verheyen, a.a.O., Vorwort, S. 3.

gesetzlichen Krankenversicherung ins EU-Ausland exportiert: Auch Leistungen, die im EU-Ausland nachgefragt werden, müssen von der zuständigen Kasse ersetzt werden. Der Kreis der fixen Abnehmer, der gesetzlich zur Nachfrage von Arzneimitteln verpflichteten Sozialversicherungsträger wird größer. Daneben bestand bei den Verbänden der pharmazeutischen Industrie, wenigstens vor einigen Jahren, die Hoffnung, durch die vom EuGH grundsätzlich vorgegebene und jetzt im Europäischen Recht fortgeschriebene Erstattungspflicht der Nachfrage im EU-Ausland, eine Nachfragesteigerung in den EU-Ländern, d.h. insbesondere in Deutschland, zu erreichen, in denen Arzneimittel keiner oder einer nur eingeschränkten Preisbindung unterliegen<sup>90</sup>, im Ergebnis also teurer sind.

In den letzten Jahren hat man von den Verbänden der pharmazeutischen Industrie nichts mehr gehört zur Europäisierung der Gesundheitspolitik. Die Novellierung der VO (EG) Nr.883/2004 und der politische Diskurs zur Patientenmobilitätsrichtlinie wurden von der pharmazeutischen Industrie, soweit erkennbar, in der Öffentlichkeit kaum kommentiert. Das Interesse der pharmazeutischen Industrie hat sich nicht oder nur eingeschränkt realisiert, der Einfluss einer mittelbaren Gesundheitspolitik auf den Binnenmarkt und die nationalen Märkte für Arzneimittel ist komplex und in vielerlei Hinsicht ambivalent. Eine klare Positionierung ist für die Verbände der pharmazeutischen Industrie dabei kaum möglich: Durch die Europäisierung der Gesundheitsmärkte nivelliert sich das Preisgefälle bei Medikamenten zwischen den einzelnen Mitgliedstaaten. So ist bei einer Gegenüberstellung der Jahre 1995-2008 das Arzneimittelpreisniveau in Deutschland – mit den europaweit höchsten Arzneimittelpreisen - um etwa 10% zurückgegangen<sup>91</sup>. Aus Konsumentenperspektive ist das positiv, im Interesse der Verbände der pharmazeutischen Industrie ist es nicht. Mit der Europäisierung steigt nicht nur die Zahl der Nachfrager, sondern auch die Zahl der Produkte im Markt, was dem generellen Bemühen des europäischen Gesetzgebers, die Zahl der zugelassenen Fertigarzneimittel zu reduzieren, eigentlich zuwider läuft<sup>92</sup>. Tatsächlich wird durch die Europäisierung der Gesundheitspolitik aber im Einzelfall die Anzahl der therapeutisch äquivalenten und im Wesentlichen wirkstoffgleichen Präparate im relevanten Markt erhöht. Der Preis- und Qualitätswettbewerb steigt. Dabei ist kaum ein gleichgerichtetes Interesse unterschiedlicher Unternehmen erkennbar. Für einen Verband ist eine Positionierung dann nur schwer möglich. Gelangen im Rahmen einer europäisierten Gesundheitspolitik EU-Patienten ins hochpreisige Deutschland, ist dies zunächst im Interesse

---

<sup>90</sup> Mehr zu einer Diskussion über einen „Binnenmarkt für Arzneimittel“ in: Herausforderung Europa, VFA, Dezember 2000, S. 18.

<sup>91</sup> Bungenstock, a.a.O., S.56f.

der pharmazeutischen Industrie und ihrer Verbände. Die Nachfrage an teuren Medikamenten steigt. Die Folgewirkungen freilich könnten weniger positiv ausfallen: Der EU-Versicherte, der unter Umständen um die hohen Arzneimittelpreise gar nicht wusste, wird von einer weiteren arzneimittelgestützten Behandlung in Deutschland möglicherweise absehen. Das Image des Leistungsexports leidet. Die zahlreichen Bemühungen, das deutsche Gesundheitssystem, als qualitativ besonders hochwertig, EU-ausländischen Nachfragern „schmackhaft“ zu machen, werden konterkariert.

Kurz: Die Interessen sind ambivalent und heterogen. Für einen Verband lässt sich dabei kein eindeutiges Interessenprofil beschreiben.

### 3.2.3 Interdependenzen zwischen unterer und mittlerer Ebene

Die Krankenkasse auf der mittleren Ebene und die Patienten auf der unteren Ebene haben bezüglich der Wahl des Abrechnungsverfahrens bei höheren Arzneimittelpreisen im EU-Ausland divergierende Interessen: Da die Patienten, als große Gruppe, ihre Interessen schlechter bündeln können als kleine Gruppen<sup>93</sup>, und die Sachleistungsaushilfe bei allen Akteuren nach wie vor ein massives Akzeptanzproblem hat, ist zu erwarten, dass sich eine grenzüberschreitende Arzneimittelnachfrage nach der RL 2011/24/EU durchsetzen wird.

Wenn Versicherte und Krankenkassen bestehende Preisunterschiede durch die Nachfrage nach Arzneimitteln in anderen Mitgliedstaaten ausnutzen, kann es aber zu einem Umsatzverlust bei den Apothekern kommen<sup>94</sup>.

### 3.3 Zusammenfassung aller Interessenkonstellationen in der deutschen Arzneimittelversorgung bei einer grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

Die „Liberalisierung“ oder besser „Europäisierung“ der Bezugsmöglichkeiten von Arzneimitteln für europäische Patienten führt in Deutschland zu einem Anstieg der Abgabe von Arzneimitteln und zu vermehrten Abrechnungen über Privatrezepte, aber auch zu möglichen Einsparungen auf dem Arzneimittelmarkt für die Krankenkassen. Darüber hinaus verändert sich die Beziehung zwischen Apotheke und Patient von einer Quasi-Markt-Beziehung, bei der der Patient ausschließlich zu einem Qualitätsvergleich angehalten wird, zu

---

<sup>92</sup> Vgl. Bungenstock, a.a.O., S. 58.

<sup>93</sup> Vgl. Teil I dieser Arbeit.

<sup>94</sup> Vgl. Lenz/Lampert, a.a.O., S. 100.

einer Markt-Beziehung, bei der der Patient zu einem, wenn auch unvollkommenen Qualitäts-Preis-Vergleich angehalten wird.

E. Zusammenfassung der Interessen nach den einzelnen Akteure bei einer grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

**Die mittelbare europäische Gesundheitspolitik hat einen erheblichen Einfluss auf die Interessen der Akteure des deutschen Gesundheitswesens bei der Regelung grenzüberschreitender Leistungsanspruchnahme. Eine Europäisierung der Gesundheitspolitik hat daher mittelbar - obwohl dies nicht Zweck der Regelungen sein dürfte - die Interessen der Akteure in Deutschland verändert:**

#### 1. Versicherte

Er kann jetzt – dies war bislang im Sachleistungssystem der GKV nicht möglich - nach der VO (EG) Nr. 883/2004 und der RL 2011/24/EU Preis- und Qualitätsunterschiede in den verschiedenen EU-Mitgliedstaaten aufspüren. Damit sind für den Versicherten Chancen und Risiken verbunden: Nimmt er im EU-Ausland eine Leistung in Anspruch, die im Inland zuzahlungspflichtig wäre, dort aber günstiger, insbesondere zuzahlungsfrei ist, kann er unter Umständen erhebliche Einsparungen realisieren. Umgekehrt kann eine Leistung aber auch im Inland günstiger und im EU-Ausland nach den dort geltenden Regelungen mit einer Zuzahlung versehen sein. Der Versicherte muss dann eine Zuzahlung leisten, die er, hätte er die Leistung zuhause nachgefragt, nicht hätte tragen müssen. Der Versicherte ist also auf eine Transparenz der Kosten und der Qualität der Leistungen im EU-Ausland angewiesen. Auch ohne eine solche Transparenz kann er für sich Einsparungen realisieren, wenn er im EU-Ausland Leistungen nachfragt, die seine Krankenkasse über einen Versorgungsvertrag gemäß § 140 e SGB V zur Verfügung stellt. Wäre eine solche Leistung, wenn sie im Inland nachgefragt würde mit einer Zuzahlung verbunden, kann der Versicherte auf diese Weise ebenfalls Einsparungen realisieren. Die Wahlmöglichkeit, Leistungen als Sachleistungen oder über eine Kostenerstattung – wie sie im Recht der GKV besteht – nachzufragen, setzt sich jetzt bei einer grenzüberschreitenden Leistungsanspruchnahme fort.

#### 2. Krankenkasse

Interessant ist die Europäisierung für die GKV vor allem dort, wo die Möglichkeit besteht, Versorgungsverträge gemäß §140e SGB V mit EU-ausländischen Leistungserbringern abzuschließen: Die Kasse kann selektiv autonome Verträge schließen und dabei ihr Image als europaweit agierende Kasse kommunizieren. Da sie regelmäßig vertraglich eine günstigere Leistungserbringung durch den EU-ausländischen Vertragspartner aushandeln wird, kann sie als Marktteilnehmer Kosten sparen. Damit werden Sparpotentiale institutionalisiert: Die Einsparung erfolgt nicht nur im Einzelfall, sondern institutionell durch einen EU-ausländischen Leistungserbringer, der in das deutsche Sachleistungssystem importiert wird. An einer grenzüberschreitenden Leistungsanspruchnahme nach der VO (EG) Nr. 883/2004 hat die Kasse kein Interesse: Nimmt der eigene Versicherte nach der Verordnung im EU-Ausland eine entsprechende Leistung in Anspruch und lagen die Voraussetzungen einer Genehmigung vor, verliert die nationale Kasse ihren Einfluss auf die erstattungspflichtigen Kosten. Auch eine teure Leistung im EU-Ausland ist dann erstattungspflichtig. Umgekehrt trägt sie, wenn sie im Rahmen der Sachleistungsaushilfe tätig werden muss, das Risiko, die Kosten von der EU-ausländischen Kasse zeitnah erstattet zu bekommen. Eine grenzüberschreitende Leistungsanspruchnahme nach der Patientenmobilitätsrichtlinie (RL 2011/24/EU) dagegen ist für die Kasse nicht mit Risiken verbunden, im Gegenteil: Da sie maximal die im Inland hypothetisch angefallenen Kosten erstatten muss, kann sie, wenn die Leistung im Ausland günstiger ist, Einsparungen realisieren. Wenn der EU-Ausländer in Deutschland eine Leistung nach der Richtlinie nachfragt, ist die Kasse an der Erstattung nicht beteiligt.

### 3. Ärzte

Die schleichende Europäisierung nationaler Gesundheitssysteme liegt – unabhängig von den Modalitäten der Inanspruchnahme der Leistungen – im Interesse der nationalen Ärzteschaft. Nationale Regelungen zur Mengensteuerung werden unterlaufen: Bei einer Nachfrage nach der VO (EG) Nr. 883/2004 erfolgt zwar im Rahmen des Sachleistungsprinzips eine Abrechnung gegenüber den kassenärztlichen Vereinigungen, dies aber außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung (aMGV). Eine Nachfrage durch den EU-Versicherten nach der Patientenmobilitätsrichtlinie (RL 2011/24/EU) entspricht einer Marktbeziehung und kann privat abgerechnet werden. Für den deutschen Vertragsarzt ist diese Konstellation in doppelter Hinsicht vorteilhaft. Er kann gesichert durch seine GKV-Klientel zusätzlich noch als Wettbewerber um EU-Versicherte, die er privat abrechnen kann,

auftreten. Als Partner eines Versorgungsvertrages mit einer EU-ausländischen Kasse kann er privatautonom seinen Patientenkreis vergrößern.

#### 4. Krankenhäuser

Hier verhält es sich im Grunde gleich: Sie erhalten bei einer Leistungsanspruchnahme nach der VO (EG) Nr. 883/2004 von der aushelfenden Kasse die Fallpauschale erstattet, die sie auch für einen nationalen Patienten erstattet bekämen. Sie können aber über eine grenzüberschreitende Leistungsanspruchnahme ihren Patientenkreis vergrößern. Dies ist für deutsche Krankenhäuser besonders interessant, da hier nach wie vor Kapazitäten zur Verfügung stehen und die Leistung aufgrund der dualen Finanzierung, nach der die Investitionskosten nicht weitergereicht werden, günstig ist und regelmäßig keine nennenswerten Wartezeiten bestehen. Besonders interessant ist auch für Krankenhäuser eine Nachfrage nach der Patientenmobilitätsrichtlinie (RL 2011/24/EU) und als Partner eines Versorgungsvertrages mit einer EU-ausländischen Kasse. Hier gilt, was für die Interessen der Ärzte oben bereits ausgeführt wurde.

#### 5. Apotheker

Die Folgen einer grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Leistungen sind für die Apotheker ambivalent: Unabhängig von den Modalitäten der Inanspruchnahme der Leistungen kann die Europäisierung zu einer Erweiterung des Kundenkreises führen. Interessant ist für die nationalen Apotheken insbesondere eine Nachfrage nach der Patientenmobilitätsrichtlinie (RL 2011/24/EU), da die Leistung privat abgerechnet werden kann und die staatlichen Regelungen zur Mengensteuerung und Preisbindung unterlaufen werden können. Als Partner eines Versorgungsvertrages mit einer EU-ausländischen Kasse können sie privatautonom ihren Kundenkreis vergrößern. Umgekehrt ist die Möglichkeit der Kassen, mit EU-ausländischen Apotheken oder EU-ausländischen Arzneimittelherstellern Versorgungs- bzw. Rabattverträge abzuschließen, nachteilig. Sie verlieren unter Umständen einen Teil ihrer Kundschaft oder müssen eine größere Menge von Rabattarzneimitteln abgeben und erzielen dadurch eine geringere Rendite.

#### 6. Arzneimittelhersteller

Auch für die Arzneimittelhersteller sind die Folgen einer grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ambivalent: Im Rahmen einer Europäisierung wird die Erstattungsfähigkeit von Arzneimitteln durch die jeweiligen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung ins EU-Ausland exportiert, der Bestand einer festen Abnehmerschaft wird erhöht. Auf der anderen Seite kann ein allzu deutliches Preisgefälle keinen Bestand haben. Der Preis- und Qualitätswettbewerb steigt. Eine Europäisierung der erstattungspflichtigen Arzneimittelnachfrage kann in Deutschland zunächst zu einer höheren Nachfrage von Arzneimitteln führen. Dies liegt vordergründig im Interesse der Hersteller. Sie kann aber auch – und hierfür sprechen die zurzeit verfügbaren Daten – zu einem Rückgang der Arzneimittelnachfrage in Deutschland führen, da die Kosten transparenter werden und damit eine Nachfrage günstigerer Arzneimittel im EU-Ausland wahrscheinlicher wird.

Für das **deutsche System der Gesundheitsversorgung** schafft die mittelbare europäische Gesundheitspolitik **zusätzliche Einsparungsmöglichkeiten**. Alle Leistungserbringer werden stärker dem Wettbewerb ausgesetzt. Die Patienten erhalten erweiterte Wahlmöglichkeiten. Die Lenkungsaufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen werden systematisch unterlaufen. Für die deutschen Krankenkassen erweist sich der Einfluss der Grundfreiheiten als „zweischneidiges Schwert“. Gleichwohl bleiben altbekannte Anreizprobleme bestehen: Komplementäre Interessen und eine asymmetrische Informationsverteilung zwischen den Akteuren einer Ebene und zwischen den Akteuren verschiedener Ebenen führen zu einem Anstieg der Ausgaben. Daran kann auch der Einfluss der europäischen Grundfreiheiten, daran kann auch eine mittelbare europäische Gesundheitspolitik nichts ändern.

Bereits im Rahmen dieses Kapitels wurde deutlich, dass die Veränderungen der Interessen der Akteure des deutschen Gesundheitswesens durch den europäischen Einfluss Veränderungen der Systemelemente und der bestehenden Anreizstrukturen nach sich ziehen werden. Daher soll im folgenden Kapitel abschließend dieser Einfluss dargestellt werden. **Welche Rückwirkungen hat die mittelbare europäische Gesundheitspolitik auf die Systemelemente im deutschen Gesundheitswesen? Wie verändern sich die „schlechten“ Anreizstrukturen im deutschen Gesundheitswesen? Welche Anreize hat der deutsche Patient sich für die eine oder für die andere Abrechnungsmodalität einer grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zu entscheiden?**

## TEIL V

### RÜCKWIRKUNGEN NEU ENTSTANDENER INTERESSENKONSTELLATIONEN AUF DIE SYSTEMELEMENTE UND AUF DIE ANREIZSTRUKTUREN IM DEUTSCHEN GESUNDHEITSWESEN

#### A. Einführung

In dem vorangegangenen Kapitel wurden die neu entstandenen Interessen der Akteure der deutschen Gesundheitspolitik dargestellt, neu entstanden insofern, als sie sich durch den europäischen Einfluss zum Teil verschoben haben. Es hat sich gezeigt, dass sich durch die mittelbare europäische Gesundheitspolitik im deutschen Gesundheitswesen sowohl die Leistungs- als auch die Steuerungsströme in den Systemen der ambulanten, der stationären und der Arzneimittelversorgung verändert haben. So wurden Akteure vom Versorgungskreislauf ausgeschlossen, vor allem die Kassenärztlichen Vereinigungen. Die Beziehungen zwischen den Akteuren entsprechen nun in zahlreichen Fällen einer Marktbeziehung: Es entstehen neue Vertragspartner, Ärzte, Krankenhäuser oder Apotheken schließen Direktverträge mit dem jeweiligen Träger der gesetzlichen Krankenversicherungen anderer EU-Mitgliedstaaten. Krankenkassen schließen mit EU-ausländischen Ärzten, Krankenhäusern, Apotheken und sogar Arzneimittelherstellern Direktverträge gemäß § 140e SGB V.

Im Folgenden gilt es daher herauszuarbeiten, wie sich diese Europäisierung der Bezugsmöglichkeiten gesundheitsbezogener Waren und Dienstleistungen für die Patienten<sup>1</sup> und wie sich die Europäisierung der Vertragsbeziehungen zwischen den Leistungserbringern und den Krankenversicherungen auf die historisch gewachsenen Systemelemente, auf die Anreizstrukturen der Akteure des deutschen Gesundheitssystems auswirkt und wo sich dabei Einsparpotenziale für die Akteure ergeben könnten.

An dieser Stelle sollen, die in der Einleitung aufgestellten drei Hauptthesen noch einmal in Erinnerung gerufen werden:

**Erste These: Die grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen führt zu einer Erosion zahlreicher althergebrachter System- und Steuerungselemente des deutschen Gesundheitssystems.**

---

<sup>1</sup> Vgl. Knappe, Öffnung des deutschen Gesundheitssystems zum gemeinsamen Markt, in: Schmähl (Hrsg.), Möglichkeiten und Grenzen einer nationalen Sozialpolitik in der Europäischen Union, 2001, S. 137-176, hier S. 139.

Zweite These: **Durch den europäischen Einfluss können Anreizstrukturen auf der Angebots- und auf der Nachfrageseite in allen drei Aggregaten des deutschen Gesundheitsversorgungssystems verbessert werden. Der Wettbewerb zwischen den Akteuren steigt, zugunsten von mehr Wirtschaftlichkeit, Qualität und Präferenzorientierung in der Gesundheitsversorgung.**

Dritte These: **Aus deutscher Sicht sind die Anreize, eine Nachfrage nach europäischen Gesundheitsleistungen auf der Basis von selektiven Versorgungsverträgen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern im EU-Ausland durchzuführen, am größten.**

Der analytische „Vorlauf“ ermöglicht jetzt eine abschließende Bewertung dieser drei zentralen Thesen. Nach dem „Gegenstromprinzip“ wird zunächst auf die **Rückwirkungen** neu entstandener Interessenkonstellationen **auf die Systemelemente der deutschen Krankenversicherung** eingegangen. Dann wird danach gefragt, **ob altbekannte Anreizprobleme durch den europäischen Einfluss wenigstens zum Teil gelöst werden können.**

## B. Erosion von Systemelementen

Zur Ersten These:

**Zunächst ist festzustellen, dass in der Konsequenz des bislang Ausgeführten durch die grenzüberschreitende Leistungsanspruchnahme Systemelemente des deutschen Gesundheitssystems - der Sicherstellungsauftrag, das Sachleistungsprinzip und die duale Finanzierung der Krankenhausversorgung - erodieren werden, und mittelfristig ihre dominante Stellung verlieren werden.**

### 1. Rückwirkungen der mittelbaren europäischen Gesundheitspolitik auf den Sicherstellungsauftrag

Das Selbstverwaltungsprinzip gehört zu den tragenden Strukturprinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Krankenkassen und die Verbände der Leistungserbringer nehmen ihre Aufgaben zwar im Rahmen staatlicher Vorgaben und unter staatlicher Aufsicht wahr, jedoch letztlich autonom und in Eigenverantwortung. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben dabei vor allem die Aufgabe, gemeinsam mit den Krankenkassen und deren Verbänden

die vertragsärztliche Versorgung sicherzustellen. Neben diesem Sicherstellungsauftrag nehmen die Kassenärztlichen Vereinigungen auch einen sogenannten Gewährleistungsauftrag wahr. Sie müssen die von den Kassenärzten in Rechnung gestellten Leistungen auf ihre ordnungsgemäße Durchführung, ihre medizinische Notwendigkeit und ihre ordnungsgemäße Berechnung überprüfen.

Nun stellt sich die Frage, inwieweit diese Systemelemente durch die „Europäisierung“ der Interessen der Akteure im deutschen Gesundheitswesen tangiert werden.

Wie dargestellt, sind die Kassenärztlichen Vereinigungen bei der grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von ambulanten Leistungen von dem Versorgungskreislauf ausgeschlossen. Kassenärzte sind gezwungen, der Kassenärztlichen Vereinigung beizutreten. Haben Kassen, Patienten und Leistungserbringer die Möglichkeit, ausländische Leistungserbringer und Krankenversicherungen in die Leistungserbringung mit einzubeziehen, verändert sich die Ausgangssituation eines geschlossenen, allein auf nationale Leistungserbringung ausgerichteten Systems zwangsläufig. Als das deutsche Krankenversicherungssystem auf der Basis eines Sachleistungsprinzips konzipiert wurde, war das System geschlossen, so dass alle Leistungserbringer erfasst werden konnten. Bereits im geschlossenen deutschen Gesundheitsmarkt verringern neue Versorgungswege, wie Selektivverträge zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen, oder die Leistungsgewährung nach dem Kostenerstattungsprinzip, die Anzahl der Behandlungsfälle, die über die Gesamtvergütung finanziert werden. **Die Monopolstellung der Kassenärztlichen Vereinigungen wird unterlaufen. Eine „schleichende“ Europäisierung verstärkt diesen Trend:** Alle Gesundheitsleistungen– bis auf die Fälle der Sachleistungsaushilfe –, die in Deutschland an europäischen Patienten erbracht werden, werden außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung vergütet. Alle Gesundheitsleistungen, die im EU-Ausland an deutschen Patienten erbracht werden, werden logischerweise außerhalb der Gesamtvergütung und ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen entlohnt.

**Es kommt also zwangsläufig zu einem Rückgang der Abwicklung über die Kassenärztlichen Vereinigungen. Damit werden systematisch die Lenkungsaufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen (Sicherstellung und Kontrolle) unterlaufen. Langfristig wird die Funktionalität eines Systemelements in Frage gestellt.**

2. Rückwirkungen der mittelbaren europäischen Gesundheitspolitik auf das

## Sachleistungssystem im deutschen Gesundheitswesen

Die Leistungsgewährung erfolgt im deutschen Gesundheitssystem in der Regel nach dem Sachleistungsprinzip, die erforderlichen Gesundheitsleistungen werden – wie dargestellt - von den Krankenkassen beschafft und den Versicherten zur Verfügung gestellt. „Sachleistung“ bedeutet, dass sich der Anspruch des Leistungserbringers auf Bezahlung seiner Leistung und auf Erstattung seiner Aufwendungen kraft Gesetzes gegen den Versicherer und nicht gegen den Leistungsnehmer, den Patienten, richtet. Wirtschaftlich hat ein solches Prinzip den Sinn, ökonomisch schwächeren Versicherten die Kosten der Vorfinanzierung wie dies im Kostenerstattungsprinzip der Fall ist, zu ersparen<sup>2</sup>. Gesetzlich Versicherte können aber grundsätzlich anstelle der Sachleistung Kostenerstattung wählen. In diesem Fall, nach §13 Abs. 2 SGB V, darf die Krankenkasse den Versicherten nur die Kosten erstatten, die sie im vergleichbaren Fall im Rahmen der Sachleistung gezahlt hätte. Wird eine Wahltarifoption zur Kostenerstattung nach § 53 Abs. 4 SGB V gewählt, kann die Kasse die Höhe der Erstattung variieren und auch privatärztliche Rechnungen zahlen<sup>3</sup>. Der Anspruch des Leistungserbringers auf Bezahlung seiner Leistung und auf Erstattung seiner Aufwendungen richtet sich in diesen Fällen der Kostenerstattung kraft Gesetzes gegen den Patienten.

Diese Wahlmöglichkeit des Patienten, Leistungen als Sachleistung oder nach dem Kostenerstattungsprinzip nachzufragen, setzt sich auf europäischer Ebene fort. Die Besonderheit bei grenzüberschreitender Inanspruchnahme ist aber, dass sich der Versicherte in dem jeweiligen Einzelfall, das heißt **leistungsbezogen**, für das eine oder für das andere Prinzip entscheiden kann. Fragt ein deutscher Patient eine Leistung im EU-Ausland über das Sachleistungssystem nach, besitzt er theoretisch zwei Möglichkeiten der Leistungsgewährung: die Gewährung nach den im EU-Ausland geltenden Regeln über die VO (EG) Nr. 883/2004 (Sachleistungsaushilfe) und - wenn entsprechende Verträge existieren - die Gewährung nach den in der GKV geltenden Regeln über § 140e SGB V (Selektivverträge). Fragt ein deutscher Patient eine Leistung im EU-Ausland über das Kostenerstattungsprinzip nach, besitzt er ebenso zwei Möglichkeiten der Leistungsgewährung: Über die VO (EG) Nr. 883/2004 wird diese Leistung gegen

---

<sup>2</sup> Vgl. Münnich, Sind Sachleistungsprinzip, Budgetierung und Angebotssteuerung im europäischen Wettbewerb noch sinnvoll?, in: BKK 1/99, S. 19.

<sup>3</sup> Vgl. Jacobs/Kip/Schulze, Mehr Kostenerstattung in der GKV? Auswirkungen auf Kostentransparenz und Inanspruchnahmeverhalten – Wunsch und Wirklichkeit, in: GGW 2010, Heft 4 (Oktober), S. 17-26, hier S. 24.

Kostenerstattung erbracht, wenn im EU-Ausland das Kostenerstattungsprinzip gilt und über die Patientenmobilitätsrichtlinie (RL 2011/24/EU).

Das Sachleistungsprinzip, wie es „traditionell“ in dem ambulanten System der deutschen Gesundheitsversorgung praktiziert wird – der Patient erhält eine Sachleistung, der Arzt richtet seinen Anspruch auf Bezahlung der Leistung über die Kassenärztlichen Vereinigungen gegen die Krankenkasse - spielt im Rahmen der grenzüberschreitenden Leistungsanspruchnahme nur noch bei der Inanspruchnahme einer Gesundheitsleistung durch EU-Patienten im Rahmen der VO (EG) Nr. 883/2004, d.h. „unterm Strich“ eine nachgeordnete Rolle. Ansonsten wird – und das ist durchaus bemerkenswert - für deutsche Patienten, die über die VO (EG) Nr. 883/2004 (Sachleistungsaushilfe) eine Gesundheitsleistung im EU-Ausland in Anspruch nehmen, gar nicht über das Sachleistungssystem sondern über die Kostenerstattung abgerechnet:

In den meisten europäischen Ländern wird die Barzahlung von Gesundheitsleistungen auch von deutschen Patienten verlangt, so dass es bei einer Behandlung im Ausland schon seit langem faktisch zum „Einbruch“ in Systemelemente durch das Kostenerstattungsprinzip kommt. Dies gilt insbesondere für Länder, die kein Sachleistungsprinzip kennen (z.B. Frankreich), die daher praktisch auch bei Fällen mit Auslandsbezug immer nach dem Kostenerstattungsprinzip als „Barleistungspflicht“ im weiteren Sinne verfahren sind, die Kohll/Decker-Rechtsprechung praktisch bereits antizipiert haben.

Wird eine grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen nach der Patientenmobilitätsrichtlinie (RL 2011/24/EU) nachgefragt, so muss über das Kostenerstattungsprinzip abgerechnet werden, unabhängig von dem Prinzip der Leistungserbringung, das dem Sozialversicherungssystem, dem der Versicherte angehört, zugrunde liegt. Auf diese Weise kommt es faktisch zum „Einbruch“ des Kostenerstattungsprinzips in das deutsche Gesundheitssystem.

Der deutsche Gesetzgeber hat die Rechtsprechung des EuGH, schon vor Erlass der Patientenmobilitätsrichtlinie, vollumfänglich umgesetzt und das Prinzip der Kostenerstattung für eine ambulante EU-Auslandsbehandlung in § 13 Abs. 4 SGB V und das Prinzip der Kostenerstattung für eine stationäre EU-Auslandsbehandlung in § 13 Abs. 5 SGB V gesetzlich festgeschrieben. Neben den eher wenig bedeutenden Fällen der §§ 17, 18 SGB V **wird das Kostenerstattungsprinzip also auch gesetzlich in einem immer größeren Umfang festgeschrieben.**

**Betrachtet man darüber hinaus die aktuell zunehmenden gesundheitspolitischen**

**Forderungen auf nationaler Ebene nach mehr Kostenerstattung in der GKV<sup>4</sup>, könnte ein Bild der Erosion, der Aushöhlung des aktuellen deutschen Sachleistungsprinzips zugunsten des Kostenerstattungsprinzips, verstärkt durch die Patientenmobilitätsrichtlinie RL 2011/24/EU entstehen.**

In der aktuellen Literatur wird argumentiert, die geringe Inanspruchnahme der Wahlkostenerstattung auf nationaler Ebene nach §13 Abs. 2 SGB V sei nicht zuletzt darauf zurückzuführen, dass für die große Mehrheit der GKV-Versicherten Kostenerstattung schon allein deswegen unattraktiv sei, weil die Versicherten in jedem Fall zum Teil beträchtliche Restkosten zu tragen haben, da die Kostenerstattung nur auf der Basis der privatärztlichen Gebührenordnung durchgeführt werden kann, die Erstattung der Kassen aber auf die ansonsten für diese Leistung anfallenden Kosten im Sachleistungsprinzip beschränkt ist<sup>5</sup>. Die Untersuchung der Auswirkungen der Patientenmobilitätsrichtlinie auf die Interessen der Akteure im deutschen Gesundheitssystem hat ein ähnliches Bild ergeben. Die Patientenmobilitätsrichtlinie erhöht die Wahlfreiheit des Patienten. Eine Behandlung im EU-Ausland ist prinzipiell erstattungsfähig, dabei trägt er aber ein erhebliches Risiko beträchtliche Restkosten tragen zu müssen. Er muss den Abschlag der Krankenkassen für zusätzliche Verwaltungsaufgaben tragen und, sollte die Behandlung im EU-Ausland teurer sein als die für die vergleichbare Leistung im Inland anfallenden Kosten im Sachleistungsprinzip, muss der Patient diesen Differenzbetrag übernehmen. Für EU-Patienten, die nach Deutschland zur Behandlung nach der Patientenmobilitätsrichtlinie kommen, ergibt sich die gleiche Konstellation. Eine signifikante Zunahme der grenzüberschreitenden Leistungsanspruchnahme nach der RL 2011/24/EU, das heißt eine Abrechnung über die Kostenerstattung, ist vor allem dann zu erwarten, wenn die geplante medizinische Behandlung im EU-Ausland günstiger als im Inland ist. Ansonsten, sollte dank der vorgesehenen nationalen Kontaktstellen genügend Transparenz auf dem europäischen Gesundheitsmarkt herrschen, wird die Kostenerstattung aufgrund fehlender Anreize seitens der Patienten als Abrechnungsmodus keine größere Bedeutung gewinnen können.

**Vielmehr ist aufgrund der komplementären Interessen der Akteure eine Zunahme der grenzüberschreitenden Leistungsanspruchnahme über Selektivverträge zwischen Krankenversicherungen und Leistungserbringern zu erwarten. Das deutsche Sachleistungsprinzip wird trotz der aktuellen auf Kostenerstattung basierenden**

---

<sup>4</sup> Siehe Jacobs/Kip/Schulze, a.a.O., S. 17, Hochkonjunktur für mehr Kostenerstattung in der GKV.

<sup>5</sup> Siehe Jacobs/Kip/Schulze, a.a.O., S. 25.

**Patientenmobilitätsrichtlinie RL 2011/24/EU gefestigt:** Über §140e SGB V werden ausländische Leistungserbringer in das deutsche Sachleistungssystem „hereingeholt“, oder anders ausgedrückt **das deutsche Sachleistungsprinzip wird nach Europa exportiert.** Dies geschieht aber unter anderen Vorzeichen als im „traditionellen“ Sachleistungsprinzip: **der Sicherstellungsauftrag bleibt bei den Krankenkassen, die Kassenärztlichen Vereinigungen sind nicht in dem grenzüberschreitenden Versorgungskreislauf eingeschlossen.**

### 3. Rückwirkungen auf die duale Finanzierung in der Krankenhausversorgung

Wie ausführlich dargestellt, kommt der europäische Einfluss vor allem den deutschen Krankenhäusern und ihren Interessen entgegen. Diese haben keinen Leistungsrückgang zu befürchten. Im Gegenteil: Überkapazitäten führen dazu, dass wohl kaum ein Patient in die Situation kommen wird, in einem anderen EU-Land schneller behandelt zu werden oder auf einen Stand der medizinischen Wissenschaften angewiesen zu sein, der in deutschen Krankenhäusern nicht gewährleistet wäre.

Darüber hinaus profitieren die deutschen Krankenhäuser von der Situation in anderen Gesundheitssystemen, die keine rechtzeitige medizinische Behandlung gewährleisten können, wie zum Beispiel in Großbritannien. Kann keine geeignete Behandlung zeitnah im Versicherungsstaat erfolgen, so muss die Krankenversicherung im EU-Ausland nach der Patientenmobilitätsrichtlinie, eine stationäre Versorgung in Deutschland genehmigen. Hier zieht der EuGH durch die Entscheidung in der Rechtssache Ferlini vom 3. Oktober 2000 aber Grenzen: Der EuGH stellte fest, dass es eine durch Art. 12 Abs.1 EG verbotene Diskriminierung aufgrund der Staatsangehörigkeit darstellen würde, wenn eine Gruppe von Leistungserbringern des Gesundheitswesens (hier Krankenhäuser) ohne objektive Rechtfertigung gegenüber Staatsangehörigen anderer Mitgliedstaaten höhere Gebührensätze für Krankenhausleistungen verlangt als gegenüber Personen, die dem nationalen System der sozialen Sicherheit angehören.

Für Krankenhäuser, die sich auf das Angebot von Dienstleistungen für Patienten aus dem EU-Ausland vorbereiten, gilt daher, dass die Anwendung unterschiedlicher Tarifsysteme für inländische Sozialversicherte und solche aus dem EU-Ausland unzulässig ist. Krankenhäuser dürfen für ausländische Patienten keine höheren Kosten ansetzen als für deutsche, Mehraufwendungen können durch Zusatzvereinbarungen abgedeckt werden. Die Krankenhäuser haben dennoch – wie bereits gesehen – ein großes Interesse an der

Behandlung ausländischer Patienten: Sie können außerhalb des Budgets frei über diese Einnahmen verfügen<sup>6</sup>.

In Deutschland wird der stationäre Sektor nach wie vor dual finanziert.

Den Krankenhäusern fließen Finanzströme aus zwei Quellen zu, vom Staat und von den Sozialleistungsträgern. Da in anderen Mitgliedstaaten die Krankenhäuser weitgehend monistisch finanziert werden, d.h. die Investitionskosten werden nicht aus Steuermitteln finanziert, sondern sind in den Pflegesätzen enthalten, bietet das deutsche Krankenhauswesen besonders starke Anreize für eine Inanspruchnahme durch ausländische Patienten. Es ist für den Patienten fast immer billiger. Deutsche Krankenhäuser können preiswerter agieren als z.B. niederländische Einrichtungen, die vorwiegend monistisch finanziert werden. Eine deutsche Krankenkasse müsste sich aber bei der Erstattung der Kosten für stationäre Leistungen im Ausland mittelbar an den Investitionskosten der ausländischen Einrichtungen beteiligen. Ein Niederländer hingegen würde sich aufgrund der spezifischen Finanzierung der Krankenhäuser in Deutschland nicht an den Investitionskosten der Einrichtung, die er in Anspruch nimmt, beteiligen<sup>7</sup>.

Die Frage, ob hier eine Kollision mit dem EU-Wettbewerbsrecht angelegt sein könnte, da man die Finanzierung der Investition durch öffentliche Kassen als "Quersubventionen" verstehen könnte, bleibt den Juristen überlassen. Jedenfalls dürfen ausländische Versicherte nicht anders behandelt werden als inländische. Dies hat die Rechtssache Ferlini gezeigt. Wenn steuerfinanzierte Investitionen den Preis einer Krankenhausleistung reduzieren, entstehen Wettbewerbsverzerrungen. Mit einer monistischen Krankenhausfinanzierung, d.h. dem Einfließen der Investitionskosten in die Pflegesätze, bestünde dieses Problem nicht mehr. Das Krankenhausreformgesetz (KHRG) wird in der Literatur als „Türöffner“ zum Einstieg in eine Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser über Fallpauschalen bewertet: § 10 KHRG aus dem Jahr 2009, gibt den Ländern das Recht eigenständig zwischen der Förderung durch leistungsorientierte Investitionspauschalen und der Einzelförderung von Investitionen einschließlich der Pauschalförderung kurzfristiger Anlagegüter zu entscheiden. Sollten die Ländern diese Option der Einbindung der Investitionsförderung in das Fallpauschalensystem

---

<sup>6</sup> Im Aerzteblatt vom 27.07.2009, Ausländische Patienten bescheren Kliniken Millionenerlöse, abrufbar unter URL: <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/37490> (überprüft am 7.02.1012).

<sup>7</sup> Vgl. Schulte, EG-rechtliche Rahmenbedingungen für nationale Sozialpolitik, in: Möglichkeiten und Grenzen einer nationalen Sozialpolitik in der Europäischen Union, Schmähl (Hrsg.) 2001, S. 58.

nutzen, könnten die Krankenhäuser anstatt um Planfördermittel zunehmend um Patienten konkurrieren<sup>8</sup>.

**Man kann feststellen, dass durch die Europäisierung der Gesundheitspolitik bereits bestehende Zweifel am dauerhaften Bestand des dualen Finanzierungssystems der Krankenhäuser in Deutschland verstärkt werden.** Die Erfahrungen aus dem Zusammenschluss von sieben Berliner Krankenhäusern, das NBMC, das Network for Better Medical Care, zeigen, dass die Behandlung ausländischer Patienten in deutschen Krankenhäusern lukrativ sei und als Beispiel für eine „schleichende“ Monistik im Krankenhaussektor dienen kann. Die Einnahmen aus einer solchen grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen werden außerhalb des Budgets vergütet und stehen dem Krankenhaus für sinnvolle, notwendige Investitionen zur Verfügung. Damit lassen sich sicher keine größeren Investitionsstaus<sup>9</sup> ausgleichen, sie stellen aber eine durchaus attraktive Nebeneinnahme dar, mit der das Krankenhaus einiges anfangen kann<sup>10</sup>.

### C. Verbesserungen der Anreizstrukturen im deutschen Gesundheitswesen

Zur Zweiten These:

**Durch den europäischen Einfluss können Anreizstrukturen auf der Angebots- und auf der Nachfrageseite in allen drei Aggregaten des deutschen Gesundheitsversorgungssystems verbessert werden. Der Wettbewerb zwischen den Akteuren steigt zugunsten von mehr Wirtschaftlichkeit, Qualität und Präferenzorientierung in der Gesundheitsversorgung.**

Durch die Möglichkeit einer grenzüberschreitenden Leistungsanspruchnahme haben sich die Interessen der beteiligten Akteure verändert, etablierte Systemelemente der deutschen Gesundheitsversorgung erodieren. Nun stellt sich die Frage, ob durch eine Europäisierung der Gesundheitspolitik auch Rückwirkungen auf die Anreizstruktur der involvierten Akteure zu beobachten sind, ob die Europäisierung der Gesundheitspolitik ein ökonomisches Potenzial in sich birgt, bestehende Fehlanreize zu korrigieren.

---

<sup>8</sup> Bataille/Coenen, Monistik in der Krankenhausfinanzierung – Ist der Anfang gemacht?, in: Wirtschaftsdienst 2009, 2, S. 119-127, hier S.124 und 126.

<sup>9</sup> Der durch fehlende Mittel über die Jahre verursachte Investitionsstau deutscher Plankrankenhäuser wird mit bis 50 Mrd. Euro angegeben. Vgl. Bataille/Coenen, a.a.O. 2009, S. 120.

<sup>10</sup> Hans-Jochen Braun im Gespräch mit Susanne Führer am 13.01.2011, abrufbar unter URL: <http://www.dradio.de/dkultur/sendungen/thema/1364376> (überprüft am 7.02.2012).

## 1. In der ambulanten Versorgung

Die drei Modalitäten einer grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen **erweitern allesamt die Patientensouveränität** in dem deutschen Gesundheitssystem: der Versicherte kann sich in dem jeweiligen Einzelfall, das heißt **leistungsbezogen**, für eine Inanspruchnahme nach den im EU-Ausland geltenden Regeln (VO (EG) Nr. 883/2004), für eine Inanspruchnahme über das Kostenerstattungsprinzip bis zu den in Deutschland geltenden Erstattungskosten (RL 2011/24/EU) oder für eine Inanspruchnahme über das Sachleistungsprinzip nach bestehenden Selektivverträgen (§ 140e SGB V) entscheiden.

Die Ärzte werden bei der Behandlung ausländischer Patienten außerhalb der Gesamtvergütung für ihre Leistungen vergütet und **entkommen damit der Pauschalisierungsrationalität**. Sie können um neue Patienten konkurrieren, es kommt zu einem **Mengenwettbewerb**. Voraussetzung einer verstärkten Nachfrage aus anderen EU-Mitgliedstaaten ist aber selbstverständlich, dass die Qualität der deutschen Ärzteschaft einen Anreiz für diese Nachfrage schafft. Die deutsche Ärzteschaft muss sich also im Qualitätswettbewerb mit anderen EU-Ärzten durchsetzen. Nur dann kann eine mittelbare europäische Gesundheitspolitik für die deutsche Ärzteschaft tatsächlich einen Patientenzuwachs mit sich bringen. Dieser **Qualitätswettbewerb** ist aber auch notwendig, um inländische Patienten davon abzuhalten, ausländische Leistungserbringer in Anspruch zu nehmen. Ein solcher Qualitätswettbewerb ist nur möglich, wenn die Leistungserbringer in der Lage sind, Patienten über die Qualität ihrer Leistungen zu informieren und wenn die Patienten in der Lage sind, diese Informationen zu bewerten. Hierzu sollen nationale Kontaktstellen errichtet werden. Ein funktionierender Qualitätswettbewerb basiert auf soliden Informationen des „Prinzipals“ über die Qualität der medizinischen Leistungserbringer<sup>11</sup>. Im Falle einer grenzüberschreitenden Leistungsanspruchnahme agiert der Patient als Prinzipal, der Arzt als seinen Agent. Da bei einer Nachfrage über die Patientenmobilitätsrichtlinie zwischen Patienten aus dem EU-Ausland und deutschen Ärzten Einzelverträge existieren und da die Möglichkeit besteht, dass der Patient die medizinische Leistung nicht vollständig erstattet bekommt, wird dieser nicht nur zu einem Qualitätsvergleich, sondern auch zu einem **Qualitäts-Preis-Vergleich** angehalten. Die Kostenerstattung nach inländischen Sätzen bei

---

<sup>11</sup> Da jede Art eines funktionierenden Qualitätswettbewerbs auf soliden Informationen des jeweiligen Prinzipals über die Qualität der medizinischen Leistungserbringer basiert, muss zum einen der Leistungserbringer in der Lage sein, seine Patienten über die Qualität seiner Leistungen zu informieren, zum anderen sind ausreichende Informationen seitens des Prinzipals (Kasse) erforderlich, Sauerland 2001, a.a.O., S. 222f.

grenzüberschreitender Leistungsanspruchnahme könnte somit bei geeigneten Rahmenbedingungen einen Preiswettbewerb zwischen den Leistungserbringern auslösen.

Da die Kassen von diesem Wettbewerb profitieren - je billiger die Leistungen im Ausland, desto größer sind die Einsparungen für die Krankenkassen – werden sie einen Anreiz haben, ihre Versicherten mit Informationen auszustatten. Der Patient verfügt dann mit der von ihm gewählten Krankenkasse über einen „ergänzenden Sachverwalter“, einen zweiten Agenten<sup>12</sup>. Aktuelle Befragungen zeigen, dass Patienten sich weitreichende Leistungsverbesserungen im europäischen Rahmen wünschen: so z.B. europaweite Beratungsservices ihrer nationalen Krankenkassen über Behandlungs- und Leistungseinkaufsmöglichkeiten im benachbarten Ausland, Informationen über Qualitätsstandards sowie Referenzen, aber auch die bloße Terminvermittlung mit ausländischen Leistungserbringern und Einrichtungen, Reiseorganisationen bei stationären Aufenthalten etc...<sup>13</sup>. Es liegt daher an den Krankenkassen, sich im Wettbewerb um Versicherte durch eine Leistungsverbesserung mit europäischer Dimension im Markt günstig zu positionieren.

**Es kommt also bei der Behandlung von Patienten aus dem EU-Ausland nach der Patientenmobilitätsrichtlinie (RL 2011/24/EU) sowohl zu einem Mengen-, einem Qualität- als auch zu einem Preiswettbewerb.**

Die Krankenkassen haben ein großes Interesse daran, sich im Wettbewerb um Versicherte durch eine Leistungsverbesserung mit europäischer Dimension am Markt günstig zu positionieren. Seit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz dürfen die gesetzlichen Krankenkassen Selektivverträge mit einzelnen Leistungserbringern abschließen. Die Grundfreiheiten des EU-Vertrages geben den Krankenkassen die Möglichkeit solche Selektivverträge auch mit ausländischen Leistungserbringern auszuhandeln. Sie nützen diese Vertragsfreiheit und schließen gemäß § 140e SGB V selektive Verträge im Rahmen der ambulanten Versorgung mit ausländischen Ärzten. Dabei berücksichtigen die Krankenkassen zwangsläufig die Präferenzen ihrer Versicherten, und schließen solche Verträge vorwiegend in Grenzregionen und in beliebten Urlaubsgebieten ab. **Die Vertragsbeziehungen auf dem Leistungsmarkt werden konsequent wettbewerblich weiterentwickelt.**

Da zum Beispiel in den Niederlanden bereits seit mehreren Jahren die Möglichkeit besteht, Verträge mit ausländischen Leistungserbringern abzuschließen<sup>14</sup>, ist davon auszugehen, dass

---

<sup>12</sup> Siehe Jacobs/Kip/Schulze, a.a.O., S. 23.

<sup>13</sup> Vgl. Schulte, in: Arbeit und Sozialrecht 7-8/2001, S. 41 und Wagner/Schwarz, a.a.O. S. 27f.

<sup>14</sup> Vgl. Positionspapier der erweiterten Europa-AG der SpiK, 2000, S. 10.

solche auch zwischen den niederländischen Kassen und den deutschen Leistungserbringern bestehen. Nicht zuletzt wegen der Genehmigungspflicht für stationäre Behandlungen werden solche Verträge zwischen EU-Krankenkassen oder staatlichen Gesundheitsdiensten und deutschen Leistungserbringern verstärkt zustande kommen. Um als Partner selektiver Verträge attraktiv zu werden, müssen die deutsche Ärzte in einen **Preiswettbewerb** eintreten. Dieser Wettbewerb um Entlohnungskonditionen vermittelt den Ärzten starke Anreize, Patienten wirtschaftlich zu versorgen.

**Es kommt also bei der Behandlung von Patienten aus dem EU-Ausland zu einem Mengen-, zu einem Qualität- und zu einem Preiswettbewerb.** Problematisch wäre es dabei aber, wenn deutsche Leistungserbringer qualitativ gleiche Leistungen für ausländische Kassen günstiger als für deutsche Kassen erbringen würden. Es käme zu einer sogenannten Inländerdiskriminierung, d.h. deutsche Versicherte wären aufgrund ihrer Staatsangehörigkeit gegenüber ausländischen Versicherten benachteiligt. In einer solchen Konstellation wäre die Entscheidung des EuGH in der Rechtssache „Ferlini“ sozusagen „von den Füßen auf den Kopf gestellt“.

## 2. In der stationären Versorgung

Würde sich eine monistische Finanzierung der Krankenhäuser durchsetzen und ausweiten, könnte die Verletzung des Äquivalenzprinzips auf Seiten der Nachfrager durch die Steuerfinanzierung künftig vermieden werden. Das latente Problem der politischen und nicht-sachlichen Determinierung der Krankenhausinvestitionsplanung als Folge der dualen Finanzierung könnte gelöst werden.

Müssten die Krankenkassen die Betriebs- und die Investitionskosten übernehmen, könnten die Vorhalte-, Bereitstellungs- und Investitionskosten in den Preis einer Gesundheitsleistung eingerechnet werden. Wettbewerbsverzerrungen beim Export von Gesundheitsleistungen könnten dadurch vermieden werden<sup>15</sup>. Kombiniert mit der Einführung von Fallpauschalen, verbindlich seit 2004, würde die **Transparenz des stationären Leistungssektors stark verbessert**. Einem Krankenhaus wird zum Beispiel für eine bestimmte Operation ein fester Betrag vergütet. Die Kosten können dann in Deutschland im europäischen Kontext besser verglichen werden. Damit ist auf nationaler und auf europäischer Ebene eine Verschärfung des Wettbewerbs um Patienten zwischen den Krankenhäusern zu erwarten. Die Krankenhäuser konkurrieren dann um Verträge mit EU-Krankenkassen oder mit staatlichen

---

<sup>15</sup> Vgl. Positionspapier der erweiterten Europa-AG der Spik, 2000, S. 12f.

Gesundheitsdiensten. Daher müssen deutsche Krankenhäuser im Ausland für ihre Qualität werben, dies geschieht meistens über das Internet<sup>16</sup>. Diese Informationen über Qualitäts- und Preisunterschiede von stationären Behandlungen verringern die Informationsasymmetrie und verbessern gleichzeitig die Markttransparenz der stationären Versorgung. Die Krankenhäuser werden auf die gestiegene Anspruchshaltung der Patienten reagieren und die Qualität ihrer Leistungen daran anpassen müssen.

Sollte sich mittelfristig eine monistische Finanzierung im deutschen Krankenhauswesen etablieren, würde ein Anreiz ausländischer Patienten, die bislang nur die Betriebskosten der Behandlung übernehmen, entfallen. Dennoch werden deutsche Krankenhäuser weiterhin von langen Wartezeiten in der stationären Versorgung in anderen europäischen Ländern profitieren. Auch die Qualität der medizinischen Versorgung und der medizintechnischen Ausstattung motivieren für eine Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im Ausland. Da das deutsche Gesundheitssystem international besonderes Ansehen zu genießen scheint<sup>17</sup>, sollte die monistische Finanzierung nicht zu einem entscheidenden Nachfragerückgang im Wettbewerb um EU-Patienten führen.

Durch den europäischen Einfluss wird nicht nur der Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern um Patienten verschärft und die Informationsasymmetrie verringert, es kommt auch zu einer **effizienteren Nutzung vorhandener Kapazitäten**: Da die durchschnittliche Belegung der deutschen Krankenhäuser bei etwa 80% liegt, sind Betten verfügbar<sup>18</sup>. Wird die stationäre Behandlung eines EU-Patienten über die VO (EG) Nr. 883/2004 abgerechnet, sind die Finanzierungswege identisch mit denen im geschlossenen System. Die aushelfende deutsche Krankenkasse refinanziert ihre getätigten Ausgaben aber nicht über die Mitgliedsbeiträge, sondern über die Rückerstattung der EU-ausländische Krankenkasse. Es kommt „frisches“ Geld in das System. Diese zusätzlichen Einnahmen der Krankenkassen können zu einer finanziellen Entlastung führen, zu einer Senkung der Ausgaben der Krankenkassen für die stationäre Versorgung. Wird die stationäre Behandlung über die Patientenmobilitätsrichtlinie oder über einen Selektivvertrag zwischen Krankenhaus und EU-Krankenkasse abgerechnet, wird das Krankenhaus direkt entlohnt, diese zusätzlichen Einnahmen stehen dem Krankenhaus für sinnvolle, notwendige Investitionen zur Verfügung.

---

<sup>16</sup> Unter folgenden Internetadressen zum Beispiel: [www.uke-io.de](http://www.uke-io.de); [www.nbmc-berlin.de](http://www.nbmc-berlin.de).

<sup>17</sup> Vgl. Thomae, Das Kuratorium zur Förderung deutscher Medizin im Ausland – Aufgabenfelder und bisherige Erfolge, ein Beitrag im DKG-Forum „Chancen für die Krankenhäuser im Binnenmarkt“, vom 4.12.2002, S. 2f.

<sup>18</sup> Hans-Jochen Brauns im Gespräch mit Susanne Führer am 13.01.201, a.a.O.

Über die **Behandlung von Patienten aus dem EU-Ausland können also die Betriebs- und Investitionskosten gesenkt werden.** Auch deutsche Patienten profitieren dann unmittelbar.

### 3. In der Arzneimittelversorgung

Ebenso wie in den beiden anderen Teilbereichen des deutschen Gesundheitsversorgungssystems steigt auch die **Wettbewerbsintensität auf dem Arzneimittelmarkt** durch den mittelbaren europäischen Einfluss.

Unabhängig von den Modalitäten der Inanspruchnahme der Leistungen kann die Europäisierung zu einer Erweiterung des Kundenkreises der Apotheker und Arzneimittelhersteller führen. Erfolgt die Nachfrage des EU-Patienten über die Patientenmobilitätsrichtlinie, entspricht die Beziehung zwischen Apotheke und EU-Patient bei der grenzüberschreitenden Leistungsanspruchnahme einer Marktbeziehung. **Die Wettbewerbsintensität im Apothekensektor steigt.** Der EU-Patient wird zu einem **Qualitäts-Preis-Vergleich** angehalten. Der Preis ist wieder Wettbewerbsparameter für rezeptpflichtige Medikamente bei der grenzüberschreitenden Leistungsanspruchnahme. Auch hier gilt freilich, dass ein solcher Wettbewerb nur bei einem ausreichenden Informationsniveau des Patienten funktionieren kann. Diese Rolle könnten die Krankenkassen übernehmen, da sie einen Anreiz haben, dass im Ausland günstige Medikamente nachgefragt werden.

Darüber hinaus setzt der europäische Einfluss die bestehenden Markteintrittsbarrieren auf dem deutschen Apothekenmarkt mittelfristig außer Kraft: Neue Formen des grenzüberschreitenden Handels wie die Internetapotheken rütteln an dem Vertriebsmonopol der deutschen Apotheken. Darüber hinaus haben die Krankenkassen die Möglichkeit mit EU-ausländischen Apotheken oder EU-ausländischen Arzneimittelherstellern Versorgungs- bzw. Rabattverträge abzuschließen. **Selektive Verträge der deutschen Krankenkassen in diesem Bereich bergen ein erhebliches Sparpotenzial für die Arzneimittelausgaben im deutschen Gesundheitswesen in sich.** Ein allzu deutliches Preisgefälle für Arzneimittel zwischen dem EU-Ausland und Deutschland kann langfristig keinen Bestand haben. Es kommt zu mehr Markttransparenz. Der Preis- und Qualitätswettbewerb steigt.

## D. Expansion selektiver Verträge auf europäischer Ebene

Zur Dritten These:

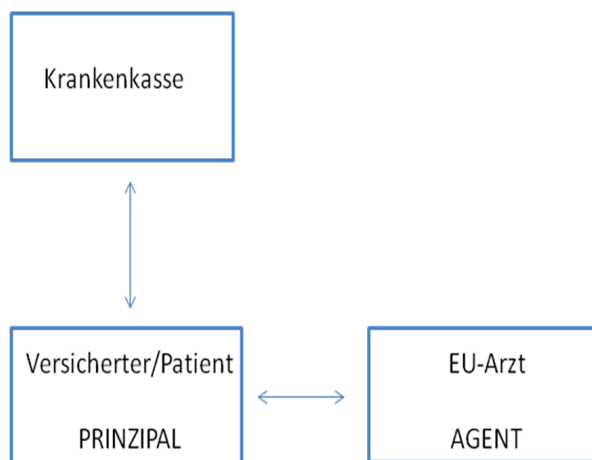
**Aus deutscher Sicht sind die Anreize, eine Nachfrage nach europäischen Gesundheitsleistungen auf der Basis von selektiven Versorgungsverträgen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern im EU-Ausland durchzuführen, am größten. Das selektive Kontrahieren auf europäischer Ebene kann mit der Abrechnungsmodalität der Patientenmobilitätsrichtlinie (RL 2011/24/EU) konkurrieren.**

Aus Sicht des informierten deutschen Patienten gibt es drei Wege einer grenzüberschreitende Inanspruchnahmen von Gesundheitsleistungen: Gemäß der VO (EG) Nr. 883/2004, gemäß der RL 2011/24/EU oder aufgrund von Versorgungsverträgen nach § 140e SGB V zwischen deutschen Krankenkassen und EU-ausländischen Leistungserbringern. Je nach Lebenssituation, in der sich ein Patient befindet, kann er sich im Einzelfall leistungsbezogen für das eine oder andere Modul entscheiden.

### 1. §140e SGB V als Königsweg?

Der erste Weg einer Inanspruchnahme beruht auf der „althergebrachten“ Praxis des Europäischen Koordinierungsrechts und hat kaum Rückwirkungen auf das deutsche Gesundheitssystem. Kommt ein EU-ausländischer Patient nach Deutschland, um sich hier **über die VO (EG) Nr. 883/2004** geplant oder ungeplant behandeln zu lassen, bleiben die Anreizstrukturen der involvierten Akteure weitgehend gleich, und unterscheiden sich nicht wesentlich von denen im geschlossenen deutschen Gesundheitssystem. Ist das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung im EU-Ausland nach dem Kostenerstattungssystem konzipiert, wird – und das ist durchaus bemerkenswert - für deutsche Patienten, die über die VO (EG) Nr. 883/2004 (Sachleistungsaushilfe) eine Gesundheitsleistung im EU-Ausland in Anspruch nehmen, gar nicht über das Sachleistungssystem sondern über die Kostenerstattung abgerechnet. Neben dem eventuell notwendigen Vorschuss, und dem administrativen Umfang dieser Regelung – außer im Notfall-, muss der Patient darüber hinaus selbst zusätzliche Kosten übernehmen, sollten die Erstattungssätze im EU-Ausland niedriger sein als im Inland. Interessant aus Sicht des deutschen Patienten ist dieser Weg vor allem in ganz spezifischen Konstellationen, zum Beispiel bei Verschiedenheit von Beschäftigungsstaat und Wohnstaat, aber auch im Urlaub als Notfallversorgung über die EHIC.

Der zweite Weg einer Inanspruchnahme **über die Patientenmobilitätsrichtlinie (RL 2011/24/EU)** ist das Ergebnis der Kodifizierung der bisherigen EuGH-Rechtsprechung zur Patientenmobilität und dient dazu dem EU-Bürger die Inanspruchnahme ärztlicher Versorgung in anderen EU-Mitgliedstaaten zu vereinfachen. Die Richtlinie sieht eine Genehmigungspflicht für die stationäre Versorgung im EU-Ausland vor, eine ambulante Versorgung hingegen ist genehmigungsfrei. Der Versicherungsmitgliedstaat erstattet die Kosten der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung bis zu den Höchstbeträgen, die er übernehmen müsste, wenn die betreffende Leistung in seinem Hoheitsgebiet erbracht worden wäre, wobei die Erstattung die Höhe der tatsächliche durch die Gesundheitsversorgung entstandenen Kosten nicht überschreiten darf (Art. 7, Abs. 4 RL 2011/24/EU). Sind medizinische Behandlungen im EU-Ausland teurer als in Deutschland, wird der deutsche Patient, der sich für die Patientenmobilitätsrichtlinie als Abrechnungsmodalität entschieden hat, die zusätzliche Kosten selbst tragen müssen. Die Patientenmobilitätsrichtlinie basiert auf dem Kostenerstattungsprinzip. Patient und EU-Leistungserbringer stehen in einer direkten Beziehung zueinander.

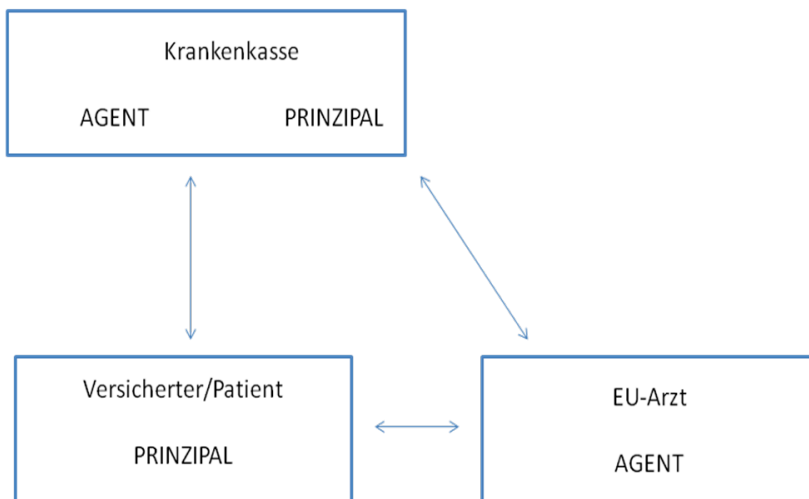


Aufgrund der asymmetrischen Informationsverteilung zwischen den beiden Vertragspartnern, dem Patient und dem EU-Arzt, agiert der EU-Arzt als besser informierter Vertragspartner in der Rolle des Agenten seines Auftragsgebers, des Patienten, seinem Prinzipal. Grundlage der Beziehung zwischen Arzt und Patient ist das überlegene Fachwissen des Arztes. In dieser klassischen Prinzipal-Agent-Konstellation ist die Nachfrage – wie bereits gesehen<sup>19</sup> - in hohem Masse angebotsinduziert. Die Krankenkasse beteiligt sich nicht an dem Entscheidungsprozess, es besteht keine Beziehung zwischen Krankenkasse und EU-

<sup>19</sup> Siehe Kapitel I, D, 2.4 dieser Arbeit.

Leistungserbringer, die einer Ausweitung der Nachfrage, die aus der Informationsasymmetrie in der Patienten-Arzt-Beziehung resultiert, entgegenwirken könnte. Der deutsche Patient bleibt trotz der vorgesehenen nationalen Kontaktstellen in seiner Beziehung zu dem EU-Arzt auf sich alleine gestellt.

Der dritte Weg einer Inanspruchnahme **über Selektivverträge** hat für deutsche Patienten den offensichtlichen Nachteil, dass nur dort wo selektive Verträge überhaupt bestehen, eine entsprechende Nachfrage möglich ist. Bestehen aber Versorgungsverträge zwischen Krankenkassen und EU-Leistungserbringern, hat der deutsche Patient die Möglichkeit das deutsche Sachleistungssystem sozusagen mit auf die Reise zu nehmen: Auf diese Weise wird das Sachleistungsprinzip in seinem territorialen Anwendungsbereich ausgedehnt. Ausländische Leistungserbringer werden „mit ins Boot“ geholt<sup>20</sup>. Es entsteht eine Dreieckbeziehung zwischen Patient, Krankenkasse und EU-Arzt.



Im Unterschied zu der Abrechnung über die Patientenmobilitätsrichtlinie, das heißt nach dem Kostenerstattungsprinzip, ist der Patient im Rahmen eines Selektivvertrages in seiner Beziehung zu dem EU-Arzt nicht mehr auf sich alleine gestellt. Er verfügt mit seiner Krankenkasse über einen „ergänzenden Sachwalter“<sup>21</sup>. Der Sicherstellungsauftrag verlagert sich von den Kassenärztlichen Vereinigungen allein auf die Kassen im Wettbewerb<sup>22</sup>. Es kommt zu einer zweifachen Prinzipal-Agent-Beziehung<sup>23</sup>, eigentlich sogar zu einer

<sup>20</sup> Im Rahmen eines Modellversuchs schlossen Krankenkassen, die sich im sogenannten „Nassauer Kreis“ zusammengetan hatten, mit ausländischen Leistungserbringern Verträge ab und versuchten auf diese Weise das Sachleistungsprinzip europatauglich zu machen. Vgl. Schulte, 2001, a.a.O., S. 40.

<sup>21</sup> Breyer/Zweifel/Kifmann, 2005, a.a.O.

<sup>22</sup> Siehe Schulz-Nieswandt, Widersprüchsvolle und ambivalente Strukturwandlungen bei noch nicht völlig absehbarer Trendrichtung, in: Wirtschaftsdienst 2008, 10, S. 647-652, hier S. 650.

<sup>23</sup> Cassel, Wettbewerb in der Gesundheitsversorgung: Funktionsbedingungen, Wirkungsweise und Gestaltungsbedarf. In: Arnold/Klauber/Schnellschmidt (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2002 – Schwerpunkt: Krankenhaus im Wettbewerb, Stuttgart 2003, S. 3-20.

mehrfachen Prinzipal-Agent-Beziehung: Dem Prinzipal Patient stehen zwei Agenten gegenüber, der EU-Arzt und die Krankenkasse. Der Arzt ist Agent und wählt aufgrund seines Fachwissens eine geeignete medizinische Behandlung (Aktion) aus. Die Krankenkasse als Agent hilft dem Prinzipal mit Informationen über den Behandlungsprozess und handelt Verträge mit Leistungserbringern aus dem EU-Ausland aus. Schließt die Krankenkasse einen Selektivvertrag mit einem EU-Arzt ab, so wird sie selbst zum Prinzipal. Es entsteht eine neue Prinzipal-Agent-Beziehung. Der Prinzipal, die Krankenkasse, legt das Anreizsystem für den Agenten, den Arzt, im Vorfeld fest. Im Gegensatz zu dem Kollektivvertragssystem kann der Arzt nun individuell entscheiden, ob er dem Anreizsystem zustimmt oder ob er sich nach alternativen Möglichkeiten umsieht. Trotz der bestehenden asymmetrischen Informationsverteilung zwischen Krankenkasse und Arzt - der Agent ist über die Qualität dieser Leistungen besser informiert als der Prinzipal – ist es im Selektivvertragssystem für den Prinzipal einfacher die Anreizbedingungen so festzulegen, dass der Agent trotz dieser Informationsasymmetrie in seinem Sinne handelt. Sind die Anreizbedingungen optimal gewählt, handelt der Agent im Sinne des Prinzipals und optimiert gleichzeitig seinen eigenen Nutzen<sup>24</sup>. Da die Interessen der Patienten und der Krankenkassen im Falle einer grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen nach § 140e SGB V – wie bereits gesehen - gleichgerichtet sind, kann man davon ausgehen, dass die Krankenkasse als Prinzipal die Entlohnungsverträge mit den EU-Ärzte so aushandeln wird, dass ihr eigener Nutzen und der ihres Prinzipals (dem Patient) maximiert wird. **Sparpotentiale werden institutionalisiert: Die Einsparung erfolgt nicht nur im Einzelfall, sondern institutionell durch einen EU-ausländischen Leistungserbringer, der in das deutsche Sachleistungssystem importiert wird.**

## 2. Folgewirkungen für die gesetzlichen Krankenkassen?

**Betrachtet man die Interessen der verschiedenen Akteure einer grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und deren Anreizstrukturen je nach Abrechnungsmodalität kommt man zu dem Ergebnis, dass sich das selektive Kontrahieren auf europäischer Ebene ausweiten sollte.** Mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) haben die

---

<sup>24</sup>Richter, Institutionen ökonomisch analysiert, Tübingen 1994, S. 16f. und Micklitz, Stellung des Verbrauchers/Patienten im liberalisierten Gesundheitsmarkt, Mai 2008, S. 5 abrufbar unter URL: [http://www.bmelv.de/SharedDocs/Downloads/Ministerium/Beiraete/Verbraucherpolitik/Gesundheitsmarkt.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.bmelv.de/SharedDocs/Downloads/Ministerium/Beiraete/Verbraucherpolitik/Gesundheitsmarkt.pdf?__blob=publicationFile) (überprüft am 7.02.2012).

Krankenkassen die Möglichkeit erhalten, neben den Kollektivverträgen, Selektivverträge mit Leistungsanbietern abzuschließen. Es besteht somit eine Parallelsteuerung, ein sogenannter Vertragssystemwettbewerb. Um die Grundfreiheiten im europäischen Binnenmarkt nicht zu beeinträchtigen, müssen im Rahmen des § 140e SGB V Selektivverträge ebenso mit EU-ausländischen Leistungserbringern abgeschlossen werden können. Die mittelbare europäische Gesundheitspolitik greift also in das deutsche Vertragssystemwettbewerbssystem ein. Dies führt dazu, dass die deutschen Patienten mit dem § 140e SGB V eine dritte Möglichkeit der Inanspruchnahme einer grenzübergreifenden Gesundheitsleistung neben VO (EG) Nr. 883/2004 und der RL 2011/24/EU besitzen, die der deutsche Gesetzgeber selbst geschaffen hat. Damit wird freilich keine „versteckte“ mittelbare europäische Gesundheitspolitik außerhalb der vertraglichen Kompetenzen betrieben – wie mit der RL 2011/24/EU –, es wird vielmehr der Einfluss der Marktfreiheiten zur Absicherung gegen das Krankheitsrisiko, unter ausdrücklicher Wahrung des Subsidiaritätsprinzips genutzt. **Der § 140e SGB V öffnet eine offene unmittelbare Gesundheitspolitik im europäischen Kontext mit der grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, unter Wahrung der Kompetenzverteilung in der Europäischen Gesundheitspolitik.** Diese Form der grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsleistung schafft günstigste Anreizstrukturen. Der Einfluss der Marktfreiheiten auf die nationalen Regelungen löst Synergie-Effekte aus. Der vom deutschen Gesetzgeber gewollte Vertragssystemwettbewerb wird europäisiert, und somit intensiviert.

Problematisch könnte es freilich sein, ob der Weg in das selektive Kontrahieren, sowohl auf nationaler als auch auf europäischer Ebene, die geltende Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes, wonach die GKV-Krankenkassen keine wirtschaftlichen Unternehmen sind, beeinflussen könnte.

Bleibt das selektive Kontrahieren weiterhin aber “nur“ Ergänzung zu den kollektiven Verträgen, und wird eine solidarische Wettbewerbsordnung weiterhin über den Risikostrukturausgleich ausgeübt, wird sich an dieser Sichtweise des Europäischen Gerichtshofes wohl nichts ändern, da es vor allem der Risikostrukturausgleich war, der den Europäischen Gerichtshof zu seiner Einschätzung geführt hat<sup>25</sup>.

Die deutsche Gesetzliche Krankenversicherung kann dann vermehrt die Chancen einer „schleichenden“ Europäisierung der Gesundheitspolitik zu ihren Gunsten nutzen.

---

<sup>25</sup> Siehe Schulz-Nieswandt, 2008, a.a.O., S. 652.

## **ZUSAMMENFASSUNG**

Nachdem ein großer Bogen gespannt wurde, der von den Grundprinzipien der Lehre der Neuen Politischen Ökonomie über die Geschichte und die Grundstrukturen des deutschen Gesundheitssystems, über die Darstellung einer aktuellen mittelbaren europäischen Gesundheitspolitik bis hin zu den Auswirkungen der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung auf die Interessenkonstellationen im deutschen Gesundheitswesen geführt hat, konnte der Einfluss dieser neu entstandenen Interessenkonstellationen auf die Systemelemente, und auf die Anreizstrukturen im deutschen Gesundheitswesen dargestellt werden. Auf dieser Basis würde prognostiziert, für welchen der drei möglichen Wege einer grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen sich deutsche Patienten eher entscheiden werden.

Damit lassen sich die zu Beginn der Arbeit gestellten vier Leitfragen wie folgt beantworten und gleichlaufend hierzu die drei vorgegebenen Thesen wie folgt begründen:

### **A. Interessenkonstellationen im deutschen Gesundheitswesen**

Folgt man dem ökonomischen Ansatz, nach dem das Verhalten eigennutzorientierter Menschen (Homo-Oeconomicus-Modell) von den jeweiligen Handlungsrestriktionen (Institutionen) determiniert wird, so führen „schlechte Anreizstrukturen“ zu gesamtwirtschaftlich unerwünschten Ergebnissen. Man spricht dann von einem Staatsversagen. Ein derartiges Staatsversagen ist in der aktuellen deutschen Gesundheitspolitik zu konstatieren: Die medizinische Versorgung im deutschen Gesundheitswesen ist ineffizient in dem Sinne, dass die beteiligten Akteure über schlechte Anreize und durch komplementäre Interessen zu einer Erhöhung der Gesamtausgaben im deutschen Gesundheitswesen beitragen.

### **B. Mittelbare Europäisierung der Gesundheitspolitik**

Für die Kompetenzverteilung im Gesundheitswesen zwischen der Europäischen Union und den Mitgliedstaaten gelten die allgemeinen europarechtlichen Strukturprinzipien, insbesondere die Prinzipien der begrenzten Einzelermächtigung und der Subsidiarität.

Über konkrete Einzelermächtigungen, d.h. klare Kompetenzzuweisungen wird vom europäischen Gesetzgeber eine unmittelbare Gesundheitspolitik betrieben. Die insoweit der

Union zugewiesenen Kompetenzen betreffen aber eher randständige Bereiche im Gesundheitswesen oder den unmittelbaren Schutz vor Gesundheitsgefahren. Die Regelung der nationalen sozialen Sicherungssysteme, insbesondere der Krankenversicherungssysteme bleibt aber ausschließlich den Mitgliedstaaten überlassen. Hier bestehen keinerlei, das heißt auch keine subsidiären Kompetenzen des EU-Gesetzgebers. Über Regelungen, die vordergründig dem Schutz der Grundfreiheiten und einer europäischen Wettbewerbspolitik dienen sollen, praktisch aber ganz erheblich auf die mitgliedstaatlichen Systeme der Kranken- und Gesundheitsversorgung einwirken, betreibt der europäische Gesetzgeber eine mittelbare Gesundheitspolitik jenseits der vertraglichen Kompetenzverteilung und jenseits der subsidiären Zuständigkeit der Union. Die Europäische Union hat daher praktisch einen erheblichen Einfluss auf die nationalen Gesundheitssysteme.

### **C. Einfluss der Waren- und Dienstleistungsverkehrsfreiheit auf die Interessenkonstellationen im deutschen Gesundheitswesen**

Die Rechtsprechung des EuGH zum Einfluss der Waren- und Dienstleistungsfreiheit auf die Gesundheitssysteme zwischen 1998 und 2004 und die daraus resultierende Patientenmobilitätsrichtlinie (RL 2011/24/EU) führen als Ergebnis einer mittelbaren europäischen Gesundheitspolitik zu wesentlichen Verschiebungen der Interessenkonstellationen im Gesundheitssystem der Bundesrepublik Deutschland. Die Leistungs- und Steuerungsströme in den Systemen der ambulanten, der stationären und der Arzneimittelversorgung verändern sich. Viele Beziehungen zwischen den Akteuren entsprechen nun einer Marktbeziehung und erhöhen daher die Wettbewerbsintensität im deutschen Gesundheitswesen. Dies führt sowohl zu einem Mengen- als auch zu einem Preiswettbewerb.

### **D. Erosion von Systemelementen und Korrektur von Fehlanreizen**

Dabei verlieren historisch gewachsene Systemelemente an Bedeutung, es besteht aber auch die Möglichkeit, traditionell gewachsene Fehlanreize zu korrigieren.

Die zu Beginn der Arbeit aufgestellten Thesen erweisen sich damit als zutreffend:

Erste These: **Die grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen führt zu einer Erosion zahlreicher althergebrachter System- und Steuerungselemente**

**des deutschen Gesundheitssystems.**

**Zweite These: Durch den europäischen Einfluss können Anreizstrukturen auf der Angebots- und auf der Nachfrageseite in allen drei Aggregaten des deutschen Gesundheitsversorgungssystems verbessert werden. Der Wettbewerb zwischen den Akteuren steigt, zugunsten von mehr Wirtschaftlichkeit, Qualität und Präferenzorientierung in der Gesundheitsversorgung.**

**Dritte These: Aus deutscher Sicht sind die Anreize, eine Nachfrage nach europäischen Gesundheitsleistungen auf der Basis von selektiven Versorgungsverträgen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern im EU-Ausland durchzuführen, am größten.**

## LITERATURLISTE

- Abholz, Harald Die Struktur der allgemein- und spezialärztlichen Versorgung, in: Arbeit und Sozialpolitik, 9-10/1995, S. 38-49
- Aerzteblatt Ausländische Patienten bescheren Kliniken Millionenerlöse, Stand 27.07.2009, abrufbar unter URL: <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/37490> (überprüft am 7.02.2012)
- Akerlof, George A. The Market of Lemons: Quality Uncertainty and the Market Mechanism, Quarterly Journal of Economics 84, 1970, S. 488-500
- Alber, Jens  
Bernadi-Schenkluhn, Brigitte Westeuropäische Gesundheitssysteme im Vergleich, Frankfurt/M, 1992
- Altmann, Morris The Nobel Prize in Behavioral and Experimental Economics: a Contextual and Critical Appraisal of the Contributions of Daniel Kahneman and Vernon Smith, in: Review of Political Economy, Vol. 16, N° 1, 3-41, January 2004.
- AOK Bundesverband Zahlen und Fakten 2010/2011, abrufbar unter URL: [http://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/zahlen/aok/zuf\\_2011.pdf](http://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/zahlen/aok/zuf_2011.pdf) (überprüft am 23.02.2012)
- AOK Bundesverband Alternativ-Medikamente in der Apotheke, abrufbar unter URL: [http://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/aokbv/politik/wettbewerb/aok\\_info\\_mehrkostenregelung\\_bv\\_01012011.pdf](http://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/aokbv/politik/wettbewerb/aok_info_mehrkostenregelung_bv_01012011.pdf) (überprüft am 23.02.2012)
- Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen Strategischer Umgang mit den aktuellen europarechtlichen Entwicklungen – Herausforderung Europa annehmen und gestalten (Positionspapier der erweiterten Europa-AG der SpiK), August 2000
- Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen Europa für die Versicherten gestalten- aktuelle europäische Entwicklungen im Bereich der Gesundheitspolitik, (Positionspapier der erweiterten Europa-AG der SpiK), September 2004
- Arbeitsgemeinschaft der Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene Gesetzliche Krankenversicherung in Europa: Chancen nutzen – Kompetenzen wahren – Soziales gestalten, Juli 2010
- Arnold, Michael Medizin zwischen Kostendämpfung und Fortschritt, Stuttgart 1986
- Balze, Wolfgang Die sozialpolitischen Kompetenzen der Europäischen Union, Baden-Baden, 1994
- Bandelow, Nils C. Gesundheitspolitik. Der Staat in der Hand einzelner Interessengruppen? Probleme, Erklärungen, Reformen, Opladen 1998
- Bandelow, Nils C. Akteure und Interessen in der Gesundheitspolitik: Vom Korporatismus zum Pluralismus?, in: Politische Bildung 37/2, 2004, S. 49-63
- Bank, Hans-Peter die Sozialgesetzgebung der Bundesrepublik Deutschland und ihr zeitlicher Zusammenhang mit den Wahlterminen seit 1949, in: Recht und Arbeit, Bd. 23/24, 1970, Heft 4, S. 101-108.
- Bataille, Marc

- Coenen, Michael Monistik in der Krankenhausfinanzierung – Ist der Anfang gemacht?, in: Wirtschaftsdienst 2009, 2, S. 119-127
- Baum, Georg Wahlfreiheit in Europa – und bei uns?, Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhaus Gesellschaft im Editorial, Das Krankenhaus 2/2011
- Becker, Gary S. The Economic Approach to Human Behavior, Chicago 1976
- Becker, Susanne  
Devetzi, Stamatia-Despina  
Stähler, Thomas P. Europäische Union und gesetzliche Krankenversicherung – Status und Perspektiven der Gesundheitspolitik in der EU, Wissenschaftliche Tagung vom 26. Bis 27.11.1998 in Kiel, in: ZFSH/SGB 3/1999, S. 139ff.
- Bellach, Bärbel-Maria  
Stein, Hans Die Konferenz „Die neue Gesundheitspolitik der Europäischen Union“, München 1999
- Belter, Philipp Zur Europäisierung von Krankenkassenleistungen, in: Europablätter 1/1999, S. 3-10
- Berg, Werner Gesundheitsschutz als Aufgabe der EU. Entwicklung, Kompetenzen, Perspektiven, Baden-Baden, 1997
- Berg, Werner Grenzüberschreitende Krankenversicherungsleistungen in der EU. Auswirkungen der Urteile EuGH, Kohll und Decker auf das deutsche Gesundheitswesen, in: EuZW, 1999, Heft 19, S. 587-591
- Berg, Werner Anmerkung zum Urteil des EuGH in der Rechtssache C-157/99, in: Pharma Recht 2001, Heft 10, S. 315-319
- Berman, Philip C. Bericht aus Arbeitsgruppe 4, in: Bellach/Stein, Die Konferenz „Die neue Gesundheitspolitik der Europäischen Union, München 1999, S. 220ff
- Bernholz, Peter Die Machtkonkurrenz der Verbände im Rahmen des politischen Entscheidungssystems, in: Hans-Karl Schneider und Christian Watrin (Hrsg.), „Macht und ökonomisches Gesetz“, Schriften des Vereins für Socialpolitik 74/II, S. 859-81
- Berthold, Norbert Sozialunion in Europa: Integrationsfaktor oder Sprengsatz einer europäischen Wirtschafts- und Währungsunion?, Tübingen 1993
- Beske, Fritz  
Brecht, Josef Georg  
Reinkemeier, Andrea-Marina Das Gesundheitswesen in Deutschland: Struktur – Leistungen – Weiterentwicklung, Köln 1993
- Beutler, Bengt/Bieber, Roland/  
Pipkorn, Jörn/Streil, Jochen Die Europäische Union. Rechtsordnung und Politik, 4. Auflage, Baden-Baden 1993, Kapitel 13: Sozialpolitik
- Binger, Michael Neue Rabattverträge, in: Die PTA in der Apotheke, Juli 2009, S. 28-29.
- BKK Positionspapier der Betrieblichen Krankenversicherung zu den Eckpunkten der Bundesregierung für eine GKV-Finanzreform, abrufbar unter URL: [http://www.bkk-nordwest.de/pressecenter/publikationen/download/positionspapier\\_eckpunkte\\_gkv\\_finanzreform.pdf](http://www.bkk-nordwest.de/pressecenter/publikationen/download/positionspapier_eckpunkte_gkv_finanzreform.pdf) (überprüft am 7.02.2012).
- Blasius, Helga  
Cranz, Hubertus Arzneimittel und Recht in Europa, Stuttgart 1998

- Blasius, Helga  
Müller-Römer, Dietrich  
Fischer, Jürgen  
Arzneimittel und Recht in Deutschland, Stuttgart 1998
- Blankart, Charles B.  
Öffentliche Finanzen in der Demokratie, München 1994
- Blankart, Charles B.  
Fasten, Erik R.  
Schwintowski, Hans-Peter  
Das deutsche Gesundheitswesen zukunftsfähig gestalten, Berlin, Heidelberg 2009
- Boettcher, Erik  
Herder-Dorneich, Philipp  
Schenk, Karl-Ernst  
Jahrbuch für Neue Politische Ökonomie, Tübingen 1983
- Bode, Ingo  
Das französische Gesundheitswesen im Wandel, Teil 1 Das Kernsystem:  
Neue Antworten auf bekannte Probleme, in: Die BKK 9/1998, S. 459-465
- Bode, Ingo  
Das französische Gesundheitswesen im Wandel, Teil 2 Das  
Komplementärsystem oder: Hat der dritte Sektor eine Zukunft?, in: Die BKK  
1/1999, S. 27- 34
- Böcken, Jan  
Martin, Butzlaff  
Esche, Andreas  
Reformen im Gesundheitswesen, Gütersloh 2000
- Böhm-Bawerk, Eugen von  
Kapital und Kapitalzins, 4. Auflage, Stuttgart 1961
- Bofinger, Peter  
Franz, Wolfgang  
Rürup, Bert  
Wiegard, Wolfgang  
Widerstreitende Interessen, ungenutzte Chancen, 2006, Sachverständigenrat  
zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, Jahresgutachten  
2006/07, Stuttgart.
- Bopp, Thomas  
Berg, Werner  
Der neue Vorschlag für eine Verordnung über Arzneimittel für seltene  
Krankheiten (Orphan Drugs), in: Pharma Recht, 1992, Heft 2, S. 38-57
- Braun, Günther E.  
Gewinnung und Versorgung ausländischer Patienten – eine  
betriebswirtschaftliche Perspektive, DKG-Forum Europa, 4.12.2002
- Braun, Günther E:  
Ausländische Patienten für deutsche Krankenhäuser gewinnen, Neuwies,  
Köln, München 2004
- Brauns, Hans-Jochen  
Führer, Susanne  
Hans-Jochen Brauns im Gespräch mit Susanne Führer am 13.01.2011 "Ich  
muss praktisch das Krankenhaus wie ein gutes Hotel führen", auf  
Deutschlandradio Kultur, abrufbar unter URL:  
<http://www.dradio.de/dkultur/sendungen/thema/1364376> (überprüft am  
7.02.2012)
- Breyer, Friedrich  
Zweifel, Peter  
Gesundheitsökonomie, 2. Auflage, Berlin, Heidelberg, New York, 1997
- Breyer, Friedrich  
Zweifel, Peter  
Kifman, Mathias  
Gesundheitsökonomie, 5. Auflage, Berlin, Heidelberg, New York, 2005

Bundesministerium für Gesundheit	Fragen und Antworten zur Honorarreform der niedergelassenen Ärzte, 2009, abrufbar unter: URL: <a href="http://www.bmg.bund.de/SharedDocs/Standardartikel/DE/AZ/H/Glossarbeginn-honorarreform.html">http://www.bmg.bund.de/SharedDocs/Standardartikel/DE/AZ/H/Glossarbeginn-honorarreform.html</a> (überprüft am 10.2.2010)
Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller e.V. (BAH)	Maßnahmen im Überblick. Gesundheitspolitik von 1977-2003. Stand 20.03.03
Bungenstock, Jan M.	Deutscher Arzneimittelmarkt zwischen Wettbewerb und Regulierung im zusammenwachsenden Europa, in: Wirtschaftsdienst 2010, Sonderheft, S. 51-58
Burger, Stefan	Europäischer Gerichtshof: Freier Dienstleistungsverkehr auch für stationäre Leistungen – Beschränkungen sind möglich, in: Die BKK 8/2001, S. 356-358
Burger, Stefan	Europäische Gesundheitspolitik – Zwischen Subsidiaritätsprinzip und Anpassungsdruck, in: Die BKK 1/1999, S. 5-7
Büscher, Reinhard	Konsequenzen der EG-Arzneimittelzulassung für die Pharmaindustrie, in: Lonsert/Preuß/Kucher: Handbuch Pharma-Management, S. 935-944
Cardon, James H. Hendel, Igal	Asymmetric Information in Health Insurance: Evidence from the National Medical Expenditure Survey, in: the RAND Journal of Economics, Vol. 32. N° 3, Autumn 2001, pp. 408-427
Cassel, Dieter	Wettbewerb in der Gesundheitsversorgung: Funktionsbedingungen, Wirkungsweise und Gestaltungsbedarf. In: Arnold/Klauber/Schnellschmidt (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2002 – Schwerpunkt: Krankenhaus im Wettbewerb, Stuttgart 2003, S. 3-20
Czycholl, Harald	Warum so viele Deutsche im Ausland zum Arzt gehen, 11.09.2011, abrufbar unter URL: <a href="http://www.welt.de/finanzen/verbraucher/article9563956/Warum-so-viele-Deutsche-im-Ausland-zum-Arzt-gehen.html">http://www.welt.de/finanzen/verbraucher/article9563956/Warum-so-viele-Deutsche-im-Ausland-zum-Arzt-gehen.html</a> , (überprüft am 23.02.2012)
Danner, Gunter	Sozialpolitisch relevante Auswirkungen der vier Grundfreiheiten des europäischen Binnenmarktes auf das Gesundheitswesen, in: Schmähl, Winfried, Europäische Sozialpolitik, 1997, S. 161-174
Danner, Günter	Nationalstaatliche Souveränität im Wandel: Europarecht bringt neue Realität in die Gesundheitsmärkte, in: KrV, Juni 2000, S. 152-156
Danner, Günter	Nationale „Gesundheitsreform“ und Europäischer Binnenmarkt, in: Die Ersatzkasse 2/2002, S. 69-70
Danner, Günter	Aktuelle Herausforderungen der EU für das Gesundheitswesen in Deutschland, in: AOK im Dialog Band 17, Europa für die Versicherte gestalten. Berlin 14. April 2005, S. 15-28
Danner, Günter	Richtlinie nach langem Ringen – EU gibt neue Rechte für Behandlung im Ausland, in: TK-Medienservice, „Gesundheit in Europa“, Mai 2011, S. 25-28
Dannheisig, Hans-Jürgen	Einfluß des EURO auf das Vermögensmanagement der Sozialversicherung, in: Die BKK 6/1997, S. 263-267
Dannheisig, Hans-Jürgen	Europäische Wirtschafts- und Währungsunion: Auswirkungen auf die Sozialversicherungsträger, in: Die BKK 2/1997, S. 96-99

- Daum, Volker  
Todt, Stefan  
Healthcare Compliance. Regulierung im Gesundheitsmarkt, 2010, abrufbar unter URL: <http://www.lto.de/de/html/nachrichten/1644/-Regulierung-im-Gesundheitsmarkt/> (überprüft am 23.02.2012)
- Develay, Aude/  
Naiditch, Michel/  
De Pourvoirville, Gérard  
Information médicale et régulation de la médecine générale: une approche comparative, in: Revue française d'administration publique, N°76, oct.-déc. 1995, S. 649-61
- Department of Health  
Cross Border Health and Patient Mobility. Data and Evidence Gathering, August 2010
- Dieners, Peter  
Reese, Ulrich  
Handbuch des Pharmarechts, München 2010
- Dinkel, Reiner  
Die Interdependenzen von Wahlen und ihre wirtschaftspolitischen Konsequenzen, in: Boettcher/Herder-Dorneich/Schenk (Hrsg.), Neue Politische Ökonomie als Ordnungstheorie, Tübingen 1980, S. 66-82
- Doepner, Ulf  
Der Regierungsentwurf eines Gesetzes zur Ablösung des Arznei- und Heilmittelbudgets aus gemeinschaftskartell- und verfassungsrechtlicher Sicht, in PharmR 2001, Heft 9, Sonderdruck I-XII
- Döhler, Marian  
Manow, Philip  
Formierung und Wandel eines Politikfeldes – Gesundheitspolitik von Blank zu Seehofer, MPIFG Discussion Paper 95/6, Oktober 1995
- Donges, Jürgen B.  
Eekhoff, Johann  
Hamm, Walter  
Möschel, Wernhard  
Neumann, Manfred J.M.  
Sievert, Olaf  
Sozialunion für Europa?, Köln 1996
- Eberle, Gudrun  
Die Entwicklung der GKV zum heutigen Stand, in: Sozialer Fortschritt 1998, Heft 3, S. 53-58
- Eisen, Roland  
Schrüfer, Klaus  
Gesundheitsleistungen: Märkte, Wahlen oder Bürokraten. Ein Beitrag zu einer positiven Gesundheitsökonomik, in: Gäfgen (Hrsg.), Ökonomie des Gesundheitswesens, Schriften des Vereins für Socialpolitik, Bd. 159, Berlin 1986, S. 207-222
- Erbsland, Manfred  
Mehnert, Angelika  
Regulierung der nationalen Pharmamärkte in der Europäischen Gemeinschaft, Mannheim 1992
- Erlei, Mathias  
Leschke, Martin  
Sauerland, Dirk  
Neue Institutionenökonomik, Stuttgart, 1999
- Ernst, Christian  
Reform der Krankenhausvergütung in Deutschland. Reise in unbekannte Gewässer, in: Eumagazin 7-8/2002, S. 29-32
- EU-Magazin  
Gesundheitswesen. Rationalisierung ringsum, aus: Das Gesundheitswesen in der EU. Arbeitsdokument. Generaldirektion Wissenschaft des Europäischen Parlaments, SACO 101, 3/1999, in: EU-Magazin, 10/1999, S. 26-17
- Europäischen Kommission  
Grünbuch über die Europäische Sozialpolitik, Weichenstellung für die Europäische Union, 17. November 1993

Europäische Kommission	Europäische Sozialpolitik, Ein zukunftsweisender Weg für die Union, Weissbuch vom 27. Juli 1994
Europäische Kommission	Die Zukunft des Gesundheitswesens und der Altenpflege: Zugänglichkeit, Qualität und langfristige Finanzierbarkeit sichern. KOM (2001)
Europäische Kommission	Weißbuch – Gemeinsam für die Gesundheit: Ein strategischer Ansatz der EU von 2008 bis 2013, von 2007
Ernst, Christian	Reform der Krankenhausvergütung in Deutschland. Reise in unbekannte Gewässer, in: EU-Magazin, 7-8/2002, S. 29-32
Evers, Adalbert	Freie Wohlfahrtspflege und Europäischer Integration. Der „Dritte Sektor“ im geeinten Europa., in: Zeitschrift für Sozialreform, März 1997, S. 208-227
Feige, Lothar	Neue Politische Ökonomie als Erklärungsansatz der Entstehung und Entwicklung von Zwangsinstitutionen am Beispiel der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: Erik Boettcher; Philipp Herder-Dorneich; Karl-Ernst Schenk (Hrsg.): Jahrbuch für Neue Politische Ökonomie, Bd. 2, Tübingen 1983
Folland, Sherman Goodman, Allen C. Stano, Miron	The economics of health and health care, London 1997, 2. Auflage
Fricke Frank Ulrich	Der gesundheitspolitische Nutzen von Evaluationsstudien, in: Schöffski/v. d. Schulenburg (Hrsg.), Gesundheitsökonomische Evaluationen, Berlin, Heidelberg, 3. Aufl., 2008, S. 509-534.
Friedel, Günther Ott, Robert	Anreizkompatible Gestaltung von Entgeltsystemen für Krankenhäuser, LMU München, April 2001
Gäfen, Gérard	Neokorporatismus und Gesundheitswesen, Baden-Baden 1988
Gäfen, Gérard	Gesundheitsökonomie. Grundlagen und Anwendungen, Baden-Baden 1990
Gasche, Martin	Zusatzbeitrag und sozialer Ausgleich in der GKV: Anreizeffekte und Projektion bis 2030, MEA 2010
Geigant, Friedrich	Möglichkeiten und Grenzen der Gewinnung zusätzlicher Arztsitze durch Arbeitszeitverkürzungen bei niedergelassenen Ärzten in der Bundesrepublik Deutschland, in: Philipp Herder-Dorneich; Alexander Schuller (Hrsg.), Die Ärzteschwemme, Baden-Baden 1985, S. 193-224
Geiger, Rudolf	EG-Vertrag. Kommentar zu dem Vertrag zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft, München 1993, Titel X: Gesundheitswesen, Titel VIII: Sozialpolitik
Geiger, Rudolf Kahn, Daniel-Erasmus Kotzur, Markus	Vertrag über die Europäische Union und Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union, Kommentar, München 2010
Gerlinger, Thomas Mosebach, Kai Schmucker, Rolf (Hrsg.)	Gesundheitsdienstleistungen im europäischen Binnenmarkt, Frankfurt am Main, 2010
Gerlinger, Thomas Schmucker, Rolf	Individuelle Gesundheitsleistungen. Steuerungsprobleme eines wachsenden Versorgungselements, in: GGW 2011, Heft 4 (Oktober), S. 23-30

- Gersching, Christine  
Prchala, Gabriele Plakativer Anstrich aus Brüssel, Internet
- Giesen, Richard Sozialversicherungsmonopol und EG-Vertrag. Eine Untersuchung am Beispiel der gesetzlichen Unfallversicherung in der Bundesrepublik Deutschland, Baden-Baden, 1995
- Glaeske, Gerd Die Arzneimittelausgaben in der GKV, in: Bayerisches Ärzteblatt 3/2010, S. 86-88.
- Gobrecht, Jens Die Bedeutung der Kohll/Decker Urteile für die Gesundheitssysteme der Mitgliedstaaten, in: Bellach/Stein, Die Konferenz „Die neue Gesundheitspolitik der Europäischen Union, München 1999, S. 99-106
- Greß, Stefan  
Walendzik, Anke  
Wasem, Jürgen Auswirkungen des GKV-WSG auf Nichtversicherung im deutschen Krankenversicherungssystem, Expertise für die Hans-Böckler-Stiftung, 2008.
- Greß, Stefan  
Wasem, Jürgen Auswirkungen des Gesundheitsfonds und Optionen zur Weiterentwicklung, Policy Paper für die Hans-Böckler-Stiftung, September 2009
- Greß, Stefan Expertise im Auftrag des Gesprächskreises Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung, Strategiewechsel in der Gesundheitspolitik schafft mehr Probleme als Lösungen, April 2010
- Grobe, T.G  
Dörnig, H.  
Schwartz, F.W BARMER GEK Arztreport 2012, Schwerpunkt: Kindergesundheit, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 12, St. Augustin 2012
- Groser, Manfred Selbstregulierung durch Pharmaverbände, in: Erik Boettcher; Philipp Herder-Dorneich; Karl-Ernst Schenk (Hrsg.): Jahrbuch für Neue Politische Ökonomie, Bd. 5, Tübingen 1986, S. 211-224
- Groser, Manfred Gemeinwohl und Ärzteinteressen – die Politik des Hartmannbundes, Renate Mayntz (Hrsg.), Gütersloh 1992
- Hailbronner, Kay Die soziale Dimension der EG-Freizügigkeit – Gleichbehandlung und Territorialitätsprinzip, in: EuZW Heft 6, 1991, S. 171-180
- Hajen, Leonhard Europäischer Wachstumsmarkt Gesundheitsdienstleistungen zwischen Vision und Realität, in: Gerlinger/Mosebach/Schmucker (Hrsg), Gesundheitsdienstleistungen im europäischen Binnenmarkt, Frankfurt am Main, 2010
- Hajen, Leonhard  
Paetow, Holger  
Schumacher, Harald Gesundheitsökonomie, Strukturen - Methoden – Praxis, Stuttgart 2010, 5. Auflage
- Hamm, Walter Grenzen europäischer Sozialpolitik, in: Verein der Freiburger Wirtschaftswissenschaftler, Ordnungspolitische Aspekte der europäische Integration. Freiburgs Botschaft für ein offenes Europa, Baden-Baden, 1996, S. 117-128
- Hanika, Heinrich Europäische Gesundheitspolitik. Stärkung der Kompetenzen der Europäischen Union im Gesundheitswesen durch die Neufassung des Artikels 152 EG-Vertrag, in: MedR 1998, Heft 5, S. 193-196

- Hanika, Heinrich                      Patientencharta. Stärkung der Rechte der Patienten bei der Reform der Gesundheitssysteme in Europa – Herausforderungen für Deutschland?!, in: MedR 1998, Heft 4, S. 149-161
- Hassenteufel, Patrick                      Les réformes des systèmes de protection maladie entre libéralisation et étatisation: une comparaison européenne (Allemagne, France, Grande-Bretagne), in: Revue internationale de politique comparée, N°2, 1998, S. 315-342
- Hassenteufel, Patrick                      Vers le déclin du „pouvoir médical“? Un éclairage européen: France, Allemagne, Grande-Bretagne, in: Pouvoirs 89, 1999, S. 51-64
- Hasskarl, Horst                              Rechtliche Rahmenbedingungen und Verbandsdirektiven als neuer Handlungsrahmen – Marketing und Recht: Management einer Wechselbeziehung, in: Lonsert/Preuß/Kucher: Handbuch Pharma-Management, S. 945-963
- Haverkate, Görg  
Huster, Stefan                              Europäisches Sozialrecht. Eine Einführung, Baden-Baden 1999
- Huster, Stefan                              Grundragen der Exportpflicht im europäischen Sozialrecht, in: NZS Heft 1, 1999, S. 10-17
- Heinz, Kersten                              Die soziale Dimension der EG: Unterschiedliche nationale Schutzsysteme zwischen Rechtsangleichung und Arbeitnehmerfreizügigkeit, in: DVBl. 15. Dezember 1990, S. 1386-1393
- Herder-Dorneich, Philipp                      Gesetzliche Krankenversicherung heute. Erfahrungen aus der Kostenexplosion und Steuerungsaufgaben in den 80er Jahren, Köln 1983
- Herder-Dorneich, Philipp                      Neue Politische Ökonomie – Eine kurzgefasste Hinführung, Rückblick – Anwendung, Ausblick, Baden-Baden 1992
- Herder-Dorneich, Philipp                      Systemdynamik, Baden-Baden 1993
- Herder-Dorneich, Philipp                      Ökonomische Theorie des Gesundheitswesens: Problemgeschichte, Problembereiche, Theoretische Grundlagen, Baden-Baden 1994
- Herder-Dorneich, Philipp  
Wasem, Jürgen                              Krankenhausökonomik zwischen Humanität und Wirtschaftlichkeit, Baden-Baden 1986
- Hajen, Leonhard  
Paetow, Holger  
Schumacher, Harald                      Gesundheitsökonomie: Strukturen – Methoden –Praxis, Stuttgart 2011
- Hess, Rainer                              Europäische Freizügigkeit im Gesundheitswesen, in: Auf dem Weg in ein Europäisches Gesundheitswesen?, Die Dokumentation zur Veranstaltung am 5. März 2002 in Brüssel, Kassenärztlichen Bundesvereinigung (Hrsg.)
- Hilken, Arnold/Reich, Norbert                      Die Regelung von Innovation und Imitation auf dem europäischen Arzneimittelmarkt
- Hirsch, Günter                              Die Auswirkungen der Europäische Verträge auf den freien Waren- und Dienstleistungsverkehr in der Gesundheitsversorgung, in: Die BKK 1/1999, S.11-16
- Hockerts, Hans Günter                      Sozialpolitische Entscheidungen im Nachkriegsdeutschland, Stuttgart 1980
- Hollmann, Susanne

Schulz-Weidner, Wolfgang	Die französischen Mutualitäten – ein dritter Weg zwischen Staat und Markt, in: Die Ersatzkasse 4/1997, S. 127-132
Hübel, Michael	Verstärkte Zusammenarbeit im Interesse der Patienten, in: Auf dem Weg in ein Europäisches Gesundheitswesen?, Die Dokumentation zur Veranstaltung am 5. März 2002 in Brüssel, Kassenärztlichen Bundesvereinigung (Hrsg.)
Huster, Stefan	Grundfragen der Exportpflicht im europäischen Sozialrecht, in: NZS Heft 1, 1999, S. 10-17
Iungareva, Iordanka	Grenzüberschreitende Gesundheitsnetzwerke im Lichte der EG-Grundfreiheiten und des europäischen Wettbewerbs-, Beihilfe- und Vergaberechts. Eine neuinstitutionsökonomische und evolutionsökonomische Analyse des Managements transnationaler Gesundheitsnetzwerke, 2009
Jaeckel, Roger	Europäische Gesundheitspolitik auf Grundlage des neuen Lissabon-Vertrages, in: Gesellschaftspolitische Kommentare, Januar 2010, S. 2
Jäcker, Christiane	Währungsunion „europäisiert“ die nationalen Wirtschaftspolitiken, in: Die BKK, 1/1999, S. 23-26
Jacobs, Klaus Kip, Caroline Schulze, Sabine	Mehr Kostenerstattung in der GKV? Auswirkungen auf Kostentransparenz und Inanspruchnahmeverhalten – Wunsch und Wirklichkeit, in: G+G Wissenschaft (GGW) 2010, Heft 4 (Oktober), S. 17-26
Jacobs, Wilfried	Praxisbericht: Grenzüberschreitende Zusammenarbeit, in: AOK im Dialog Band 17, Europa für die Versicherte gestalten. Berlin 14. April 2005, S. 69-75
Jarass, Hans D.	EuR 1995
Jürß, Claudia	Das Kuratorium zur Förderung deutscher Medizin im Ausland e.V. – Aufgabenfelder und bisherige Erfolge, in: Braun, Günther E, Ausländische Patienten für deutsche Krankenhäuser gewinnen, Neuwies, Köln, München 2004
Kaiser, Joseph H.	Europäische Gemeinschaften und nationale Gesundheitspolitik, in: Detlef Merten, Föderalismus und Europäische Gemeinschaften unter der besonderer Berücksichtigung von Umwelt und Gesundheit, Kultur und Bildung, Berlin 1990
Kath, Dietmar Kuck, André	Die Zukunft der Sozialpolitik in der EU – Wettbewerb der Institutionen, Sozialklauseln oder Sozialunion?, in: Ökonomische Theorie der Sozialpolitik: Bernhard Külp zum 65. Geburtstag, Heidelberg, 1998, S. 372-392
Knappe, Eckhard	Ist die gesetzliche Krankenversicherung für Europa gerüstet?, in: Die BKK 1/1999, S.8-10
Knappe, Eckhard	Öffnung des deutschen Gesundheitssystems zum gemeinsamen Markt, in: Winfried Schmähl (Hrsg.), Möglichkeiten und Grenzen einer nationalen Sozialpolitik in der Europäischen Union, Berlin 2001, S. 137-176
Kingreen, Thorsten	Zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im europäischen Binnenmarkt, in: NJW 2001, Heft 46, S. 3382-3385
Kingreen, Thorsten	Die Struktur der Grundfreiheiten des Europäischen Gemeinschaftsrecht, Berlin 1999



- Lenz, Carl Otto EG-Handbuch Recht im Binnenmarkt, Berlin 1991, Teil 7 von Bernd Schulte, Sozialrecht
- Lenz, Prof. Dr. Carl Otto/  
Lampert, Dr. Thomas Gemeinsamer Binnenmarkt und Leistungserbringung in der Gesetzlichen Krankenversicherung – Konsequenzen der Rechtsprechung des EuGH in den Rechtssachen „Decker“ und „Kohl“ für den Arzneimittelmarkt in der Gesetzlichen Krankenversicherung, Teil 1, in: Pharma Recht, 1999, Heft 3, S. 66-75
- Lippert, Ralf Soziale Veränderungen und Arbeitnehmerfreizügigkeit in Europa, 1995
- Lonsert, Michael/  
Preuß, Klaus-Jürgen/  
Kucher, Eckhard Handbuch Pharma-Management, Band 2, Informationsmanagement, Forschungs- und Innovationsmanagement, Human Resources Management, Recht und Management,
- Lüngen, Markus Ambulante Behandlung im Krankenhaus: Zugang, Finanzierung, Umsetzung, Berlin 2007.
- Lüngen, Markus  
Büscher, Guido Anmerkungen zum geplanten Sozialausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung. Studien zu Gesundheit, Medizin und Gesellschaft 2006, Köln, Ausgabe 02/2010 vom 7.1.2010
- Maus, Josef Gesundheitsreform 2000: Entschiedener Widerstand gegen eine ignorante Politik, Deutsches Ärzteblatt 54, 1999, 12-13
- Mayntz, Renate Politische Steuerbarkeit und Reformblockaden: Überlegungen am Beispiel des Gesundheitswesens, in: Staatswissenschaften und Staatspraxis 1, S. 283-307
- Mayntz, Renate  
Rosenitz, Bernd Ausdifferenzierung und Strukturwandel des deutschen Gesundheitssystems, in: Renate Mayntz u.a. (Hrsg.): Differenzierung und Verselbständigung. Zur Entwicklung gesellschaftlicher Teilsysteme, Frankfurt/new York 1988, S. 117-181
- Merten, Detlef Föderalismus und Europäische Gemeinschaften unter der besonderer Berücksichtigung von Umwelt und Gesundheit, Kultur und Bildung, Berlin 1990
- Meyer, Ulrich Langfristige Versicherungsverhältnisse in der Privaten Krankenversicherung, in: Leonhard Männer (Hrsg.), Langfristige Versicherungsverhältnisse: Ökonomie, Technik, Institutionen, Karlsruhe 1997, S. 177-201
- Michlaski, Lutz Juristische Probleme einer Rationierung im Gesundheitswesen, in: Peter Oberender (Hrsg.), Rationalisierung und Rationierung im Gesundheitswesen, Gräffelfing 1996, S. 32-43
- Micklitz, Hans-W. Stellung des Verbrauchers/Patienten im liberalisierten Gesundheitsmarkt, Mai 2008, S. 5, abrufbar unter URL: [http://www.bmelv.de/SharedDocs/Downloads/Ministerium/Beiraete/Verbraucherpolitik/Gesundheitsmarkt.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.bmelv.de/SharedDocs/Downloads/Ministerium/Beiraete/Verbraucherpolitik/Gesundheitsmarkt.pdf?__blob=publicationFile) (überprüft am 7.02.2012)
- Molinaro, Remo Gesundheitswesen und Kostendämpfung in der Bundesrepublik, Berlin, Heidelberg 1986
- Mossiolas, Palm

- Marhold, Karl The Influence of EU-law on the social character of health care Systems in the European Union, 2001
- Münnich, Frank E. Sind Sachleistungsprinzip, Budgetierung und Angebotssteuerung im europäischen Wettbewerb noch sinnvoll?, in: Die BKK, 1/1999, S. 17-22
- Mussler, Werner  
Streit, Manfred E. Intergrationspolitische Strategien in der EU, in: Renate Ohr (Hrsg.), Europäische Integration, Stuttgart 1996, S. 265-292
- Neubauer, Günter Staat, Verwaltung und Verbände – Entwicklung der Ordnungs- und Steuerungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Gérard Gäfgen (Hrsg.), Neokorporatismus und Gesundheitswesen, Baden-Baden 1988, S. 91-111
- Neumann, Daniela Kartellrechtliche Sanktionen von Wettbewerbsbeschränkungen im Gesundheitswesen, Baden-Baden, 2000.
- Neumann-Duesberg, Rüdiger Gesetzliche Krankenversicherung im EG-Binnenmarkt, in: Schmähl Winfried (Hrsg.): Soziale Sicherung im EG-Binnenmarkt. Aufgaben und Probleme aus deutscher Sicht, Baden-Baden 1990, S. 105-122
- Neumann-Duesberg, Rüdiger Wirkungen des EG-Binnenmarktes auf die gesetzliche Krankenversicherung, in: Arbeit und Sozialpolitik, 11/12/1990, S. 422-425
- Niskanen, William A. Bureaucracy and Representative Government, Chicago 1971
- Nohlen, Dieter Wörterbuch Staat und Politik, München 1995
- Nowak, Carsten Die Entwicklung des EG-Beihilfenkontrollrechts in den Jahren 1998, 1999 und 2000, in: Europäische Zeitschrift für Wirtschaftsrecht (EuZW), 2001, S. 293-306
- Oberender, Peter  
Hebborn, Ansgar  
Zerth, Jürgen Wachstumsmarkt Gesundheit, Stuttgart 2002
- Oberender, Peter Das deutsche Gesundheitswesen im europäischen Wettbewerb, in: RPG 2001, Heft 3, S. 79-89
- Oberender, Peter Regulierungen und Handelshemmnisse innerhalb der Europäischen Gemeinschaft. Eine ökonomische Analyse der Lage der deutschen pharmazeutischen Industrie, in: F.E. Münnich und P. Oberender (Hrsg.): Der Pharmamarkt vor dem Umbruch?, Stuttgart, New-York, 1987
- Odenbach, Volker Abschluss-Statement zum DKG-Forum Europa, am 4.12.2002
- Olson, Mancur Die Logik des kollektiven Handelns: Kollektivgüter und die Theorie der Gruppen, Tübingen 1968
- Oppermann, Thomas Europarecht. Ein Studienbuch, 2. Auflage, München 1999
- Oppermann, Thomas  
Classen, Claus Dieter  
Nettesheim, Martin Europarecht, 4. Auflage, München 2009
- Otterbach, Ernst-Jürgen  
Öner, Özgür Europäische Gesundheitspolitik gewinnt an Fahrt, in: DFZ 3- 2011, S. 36-37
- Pauly, M. Hospital Finance and the Behavior of American For-Profit and Not-For-Profit Hospitals, in: Furubotn/Richter (Hrsg.), Views on Hospital Finance, United



Schaber, Thomas	Lobbying im Europäischen Parlament. Einfluß trotz Regulierung, in: EU-magazin, 3/1997, S. 28f.
Schmähl, Winfried (Hrsg.)	Soziale Sicherung im EG-Binnenmarkt. Aufgaben und Probleme aus deutscher Sicht, Baden-Baden 1990
Schmähl, Winfried	Soziale Sicherung in Deutschland und der EG-Binnenmarkt - Anmerkungen aus ökonomischer Sicht, in: Schmähl Winfried (Hrsg.): Soziale Sicherung im EG-Binnenmarkt. Aufgaben und Probleme aus deutscher Sicht, Baden-Baden 1990, S. 11-38
Schmähl, Winfried	Europäische Sozialpolitik und die sozialpolitische Bedeutung der europäischen Integration, in: Schmähl, Winfried, Europäische Sozialpolitik, 1997, S. 9-37
Schmähl, Winfried	Europäische Sozialpolitik, Baden-Baden, 1997
Schmähl, Winfried	Möglichkeiten und Grenzen einer nationalen Sozialpolitik in der Europäischen Union, Berlin 2001
Schmucker, Rolf	Perspektiven einer europäisierten Gesundheitspolitik, in: Gerlinger/Mosebach/Schmucker (Hrsg.), Gesundheitsdienstleistungen im europäischen Binnenmarkt, Frankfurt am Main, 2010
Schöffski, Oliver v. d. Schulenburg (Hrsg.)	Gesundheitsökonomische Evaluationen, Berlin, Heidelberg, 3. Aufl., 2008
Schulenburg, M.J. Graf von der Greiner, Wolfgang	Gesundheitsökonomik, Tübingen 2000
Schulin, Bertram	Sozialrecht, 5. Aufl., Düsseldorf 1993
Schuller, Alexander	Patientenkarriere und Krankheitsbegriff, in: Medizin Mensch Gesellschaft, Bd. 1, 1976, Heft 1, S. 46-52
Schulte, Bernd	Chancen und Risiken einer EU-Richtlinie zur Ausübung der Patientenrechte bei der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung“, Vortrag Berlin 29.9.2008
Schulte, Bernd	Ausländische gesetzlich bzw. staatlich krankenversicherte Patienten als Zielgruppe deutscher Krankenhäuser – juristische Perspektiven, in: Braun, Günther E, Ausländische Patienten für deutsche Krankenhäuser gewinnen, Neuwies, Köln, München 2004, S. 71-87
Schulte, Bernd	Warenverkehrsfreiheit und Dienstleistungsfreiheit im gemeinsamen Markt: Auswirkungen auf das Deutsche Gesundheitswesen, Teil 2: Perspektiven, in: Arbeit und Sozialpolitik 1-2/2002, S. 43-57
Schulte, Bernd	Warenverkehrsfreiheit und Dienstleistungsfreiheit im gemeinsamen Markt: Auswirkungen auf das Deutsche Gesundheitswesen, Teil 1: Bestandsaufnahme, in: Arbeit und Sozialpolitik 7-8/2001, S. 36-49
Schulte, Bernd	EG-rechtliche Rahmenbedingungen für nationale Sozialpolitik, in: Schmähl (Hrsg.), Möglichkeiten und Grenzen einer nationalen Sozialpolitik in der Europäischen Union, Berlin 2001
Schulte, Bernd	Zur Kritik des europäischen koordinierenden Sozialrechts, in ZFSH/SGB 10/1999, S. 579-584 und ZSFH/SGB 11/1999, S.

- Schulte, Bernd „Zur Kur nach Albano Terme, zum Zahnarzt nach Antwerpen?“ - Europäische Marktfreiheiten und nationales Krankenversicherungsrecht, in: ZSFH/SGB 5/1999, S. 269-279 und ZSFH/SGB 6/1999, S. 347-362
- Schulte Bernd „Europäische Sozialpolitik – Auf dem Weg zur Sozialunion?“. Die „soziale Dimension „ der Gemeinschaft: Europäischer Sozialstaat oder Koordination nationaler sozialpolitischer Systeme., in: Zeitschrift für Sozialreform, März 1997, S. 165-186
- Schulz-Nieswandt, Frank Widerspruchsvolle und ambivalente Strukturwandlungen bei noch nicht völlig absehbarer Trendrichtung, in: Wirtschaftsdienst 2008, 10, S. 647-652
- Schumpeter, Joseph A. Kapitalismus, Sozialismus und Demokratie, Tübingen 1946
- Schuster, Thomas  
Vaubel, Roland Europäische Sozialpolitik, in: Renate Ohr, Europäische Integration, Stuttgart, Berlin, Köln, 1996
- Schreiner, Marc EU-Richtlinie zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung verabschiedet, Chancen für Krankenhäuser und Patienten, in: das Krankenhaus 2. 2011, S. 113-116,
- Schwab, Ulrich  
Paffrath, Dieter Arzneiverordnungs-Report 2010, Berlin 2010
- Schwanenflügel, von Matthias Gesundheit ins Europa, in: EuR, Heft 2. 1998, S. 210-218
- Schwanenflügel, von Matthias Die neuen Kompetenzen der Europäischen Gemeinschaften im Bereich der Gesundheitspolitik, in: JZ 11/1993, S. 551-554
- Schwartz, Andrea Informations-und Anreizprobleme im Krankenhausesektor. Eine institutionenökonomische Analyse, Wiesbaden 1997
- Schwartz, Friedrich W. Public Health – Gesundheit und Gesundheitswesen, 2. Aufl., München 2003
- Schwartz, Friedrich W.  
Kickbusch, Ilona  
Wismar, Matthias Ziele und Strategien der Gesundheitspolitik, in: Schwartz FW, Badura B, Busse R, Leidl R, Raspe H, Siegrist J, Walter U (Hrsg.). Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München Wien Baltimore: Urban & Fischer, 2003. S. 229-242.
- Schwarze, Jürgen Unverfälschter Wettbewerb für Arzneimittel im europäischen Binnenmarkt. Pharmazeutische Produkte im Widerstreit von freiem Warenverkehr und nationalen Preiskontrollen, Baden-Baden, 1998
- Schweitzer, Michael  
Hummer, Waldemar Europarecht: Das Recht der Europäischen Union; das Recht der Europäischen Gemeinschaften (EGKS, EG, EAG), mit Schwerpunkt EG, 5. Auflage, Neuwied, Kriftel, Berlin 1996
- Sendler, Hans Tendenzen einer europäischen Gesundheitspolitik. Eine Einschätzung aus der Sicht eines Bundeslandes, in: Arbeit und Sozialpolitik, 5-6/1993, S. 16-19
- Siebert, Horst Die zweifache Integration: Deutschland und Europa, Tübingen, 1993
- Sieveking, Klaus Der Europäischer Gerichtshof als Motor der sozialen Integration der Gemeinschaft, in: Zeitschrift für Sozialreform, März 1997, S. 187-208
- Simon, Michael Das Gesundheitssystem in Deutschland: Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise, Bern, 3. Aufl. 2010

- Singhammer, Johannes      Wie ich es sehe: Sozialleistungsexporte verhindern, in: Die Ersatzkasse 6/1998
- Spielberg, Petra              Europäische Union. Neue Regelungen zur Behandlung im Ausland, in: Deutsches Ärzteblatt 2011, abrufbar unter URL: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/80693/Europaeische-Union-Neue-Regelung-zur-Behandlung-im-Ausland?src=search> (überprüft am 23.02.2012)
- Spielberg, Petra              Schlagbäume für Patienten in der EU fallen, in: Die GesundheitsWirtschaft 1/2011, S. 79-81
- Spielberg, Petra              Patienten aus dem Ausland schätzen zunehmend die deutschen Krankenhäuser, in: Ärzte Zeitung vom 5.10.2009
- Spiethoff, Jörg                Beschäftigung im Ausland: Ausstrahlung unter Berücksichtigung der aktuellen Rechtsprechung, in: Die BKK 8/1997, S. 350-355
- Spiethoff, Jörg                Beschäftigung im Ausland: Koordinierungsregelungen des internationalen Sozialrechts, in: Die BKK, 9/1997, S. 397-404
- Stahlberg, Jürgen  
StatBA                          Europäisches Sozialrecht, St. Augustin 1997  
Statistisches Bundesamt. Gesundheitsbericht für Deutschland, Wiesbaden 1998
- Stein, Hans                    Gesundheitspolitik in der Europäischen Gemeinschaft auf der Grundlage des Vertrages über die Europäische Union und nach der Vollendung des Binnenmarktes, ZSR 1993, S. 486ff.
- Steinmeyer, Heinz-Dietrich    Akteure, Instrumente und Maßnahmen europäischer Sozialpolitik – Ein Überblick, in: Schmähl, Winfried, Europäische Sozialpolitik, 1997, S. 39-57
- Stigler, George                The Citizen and the State, Chicago 1975
- Streit, Manfred E.  
Voigt, Stefan                 Ökonomen und Juristen zur zukünftigen Verfasstheit Europas, Baden-Baden 1996
- Streinz, Rudolf                Europarecht, Heidelberg 2001
- Strohmeier, Rudolf            Die Europäische Union. Ein Kompendium aus deutscher Sicht, 1994, Kapitel 11: Sozialpolitik und Politik für Frauen in der EU
- SVR                              Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, Reform voranbringen, Jahresgutachten 1996/97, Stuttgart
- Tennstedt, Florian            Soziale Selbstverwaltung. Geschichte der Selbstverwaltung in der Krankenversicherung, Bd. 2, Bonn 1978
- Thomae, Dieter                Das Kuratorium zur Förderung deutscher Medizin im Ausland – Aufgabenfelder und bisherige Erfolge, Ein Beitrag im DKG-Forum „Chancen für die Krankenhäuser im Binnenmarkt“, vom 4.12.2002
- Uleer, Hans Christoph        Die private Krankenversicherung im EG-Binnenmarkt, in: Schmähl Winfried (Hrsg.): Soziale Sicherung im EG-Binnenmarkt. Aufgaben und Probleme aus deutscher Sicht, Baden-Baden 1990, S. 123-135
- Vaubel, Roland                Europa-Chauvinismus. Der Hochmut der Institutionen, München 2001
- Vaubel, Roland                The public choice analysis of European integration. A survey, in: European Journal of Political Economy, 10, 1994, S. 227-249

- Vaubel, Roland Perspektiven der europäischen Integration: Die Politische Ökonomie der Vertiefung und Erweiterung, in: Horst Siebert (Hrsg.), Die zweifache Integration: Deutschland und Europa, Tübingen, 1993, S. 3- 31
- Vaubel, Roland Die politische Ökonomie der wirtschaftspolitischen Zentralisierung in der europäischen Gemeinschaft, in: Jahrbuch für Neue Politische Ökonomie, Band 11, 1992, S. 30- 65
- Vera, Antonio  
Lüngen, Markus Die Reform der Krankenhausfinanzierung in Deutschland und die Auswirkungen auf das Krankenhausmanagement, in: WiSt, Heft 11, November 2002, S. 638-643
- Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.V. (VFA) Herausforderung Europa. Chancen und Risiken auf dem Weg zur Einheit, Zur Sache 6, Dezember 2000
- Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.V. (VFA) Jahresbericht des Verbandes Forschender Arzneimittelhersteller 2001  
Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.V. (VFA) Statistics 2002. Die Arzneimittelindustrie in Deutschland, Juni 2002
- Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.V. (VFA) Das Gesundheitssystem zukunftsfähig machen. Konzept zur Reform des Gesundheitswesens in Deutschland, Zur Sache 7, Juni 2002
- Verein der Freiburger Wirtschaftswissenschaftler Ordnungspolitische Aspekte der europäische Integration. Freiburgs Botschaft für ein offenes Europa, Baden-Baden, 1996
- Verfassung der Weltgesundheits-Organisation abrufbar unter URL: <http://www.admin.ch/ch/d/sr/i8/0.810.1.de.pdf> (überprüft am 7.02.2012)
- Wagner, Caroline TK Strategy in Cross-Border Health Care, Mai 2010
- Wagner, Caroline TK Co-operation with Northern Italian Hospital, Mai 2010, abrufbar unter URL: <http://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/235364/Datei/6048/Wagner-TK-Co-operation-with-Northern-Italian-Hospitals%202010.pdf> (überprüft 23.02.2012)
- Wagner, Caroline  
Schwarz, Astrid Die TK in Europa – TK-Ergebnisanalyse zu EU-Auslandsbehandlungen 2007
- Wagner, Caroline  
Verheyen, Frank v. Die TK in Europa – Deutsche Patienten auf dem Weg nach Europa, TK-Europabefragung 2009
- Waltermann, Raimund  
Wasem, Jürgen Einführung in das Europäische Sozialpolitik, in: JuS 1997, Heft 1, S. 7-11  
Das Gesundheitswesen in Deutschland: Einstellungen und Erwartungen der Bevölkerung, Neuss, 1999
- Weber, Axel Entwicklungslinien der Gesundheitspolitik in Europa, in: Arbeit und Sozialpolitik, 11-12/1993, S. 49-56
- Weber, Axel Europäische Gesundheitssysteme – Vergleiche und Perspektiven, in: Die BKK 10/1990, S. 623-633

- Welter, Patrick Die Europäische Sozialunion: Notwendiger Bestandteil des Binnenmarktes oder Verletzung des Subsidiaritätsgebots?, in: Manfred E. Streit, Stefan Voigt (Hrsg.), Ökonomen und Juristen zur zukünftigen Verfasstheit Europas, Baden-Baden 1996
- Welti, Felix Rechtliche Aspekte der Gesundheitsdienstleistungen im europäischen Binnenmarkt, in: Gerlinger/Mosebach/Schmucker (Hrsg.), Gesundheitsdienstleistungen im europäischen Binnenmarkt, Frankfurt am Main, 2010
- Wille, Eberhard Auswirkungen der europäischen Integrationspolitik auf das deutsche Gesundheitswesen, in: AOK im Dialog Band 17, Europa für die Versicherte gestalten. Berlin 14. April 2005, S. 29-47
- Wille, Eberhard  
Cassel, Dieter  
Ulrich, Volker Weiterentwicklung des Gesundheitssystems und des Arzneimittelmarktes, Baden-Baden 2009
- Wismar, Matthias ECJ in the driving seat on health policy. But what's the destination?, in: eurohealth Vol. 7 No 3, Autumn 2001
- Wismar, Matthias  
Busse, Reinhard Europa Ante Portas. Die Europäisierung der Gesundheitsversorgung in den Mitgliedstaaten, in: Gesellschaftspolitische Kommentare (gpk), Oktober 2001, S. 14-18
- Wismar, Matthias  
Busse, Reinhard Der Einfluss des europäischen Binnenmarkts auf die Gesundheitssysteme der Mitgliedstaaten, in: Bellach/Stein (Hrsg.), Die neue Gesundheitspolitik der Europäischen Union, München 1999, S. 241ff.
- Witte, Kirsten Ordnungspolitische Perspektiven der Europäischen Union. Eine Analyse aus Sicht der Neuen Institutionenökonomik, Bergisch Gladbach, Köln, 1995
- Zweifel, Peter Bedarf und Angebotsplanung im Gesundheitswesen, Beiträge zur Gesundheitsökonomie Bd. 17, Gerlingen 1988