

Plädoyer für mehr Wettbewerb bei medizinischen Leistungen in Europa

Forderung nach einer „Dienstleistungsrichtlinie“ für den Gesundheitsbereich

von Robert Arnold*

ABSTRACT

Die europäische Integration hat auf vielen Märkten der EU-Mitgliedstaaten durch den Binnenmarktprozess zu einem größeren grenzüberschreitenden Wettbewerb geführt, der für die Verbraucher den Vorteil niedrigerer Preise und mehr Wahlmöglichkeiten gebracht hat. Dies gilt bislang nicht für den Gesundheitsbereich. Er ist einer der wenigen Bereiche, der fast ausschließlich in der Kompetenz der Nationalstaaten liegt. Das zeigte sich jüngst auch wieder bei den Diskussionen um die Dienstleistungsrichtlinie. Viele Mitgliedstaaten plädierten dafür, den Gesundheitsbereich aus diesem innereuropäischen Wettbewerbsfeld herauszunehmen. Ein in diesem Zusammenhang unter anderem in Deutschland immer wieder vorgebrachtes Argument ist das der Qualitätssicherung. Dass dieses jedoch nicht mehr zu halten ist, ergibt sich daraus, dass inzwischen das Herkunftslandprinzip durch das Ziellandprinzip ersetzt wurde. Der vorliegende Beitrag erläutert die gegenwärtige und bereits beschlossene Rechtslage für die grenzüberschreitende Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und den Handel mit Gesundheitswaren. Und er zeigt unter der Prämisse, dass das Ziellandprinzip beibehalten werden soll auf, welche Regelungen geändert werden müssten, um den Wettbewerb mit dem Ziel höherer Effizienz auch in diesem Bereich zu intensivieren.

Schlüsselworte: Europäische Union, grenzüberschreitender Handel, internationaler Wettbewerb, Gesundheitswesen, Dienstleistungsrichtlinie, EU-Gerichtshof, Leistungsanspruchnahme im EU-Ausland

Domestic market processes caused by the European Integration led to a larger cross-border competition in many markets of the member states of the European Union. This development brought about the advantage of lower prices and more options for the consumers. However, presently this does not apply to the health care sector. It is one of the few areas which are almost exclusively governed by the national states. This was also reflected in the recent discussions about the Services Directive. Many member states pleaded to exclude the health care sector from this intra-European field of competition. One of the recurring arguments in this context in Germany and other countries, concerns quality assurance. However, since in the meantime the country of origin principle has been replaced by the country of reception principle, this argument no longer holds. This article describes the present legal situation concerning cross-border utilization of medical services and the trade in health products. It also shows which regulations – provided the country of reception principle will be maintained – would have to be altered in order to intensify competition to achieve a higher efficiency in this area.

Keywords: European Union, cross-border trade, international competition, health care sector, Services Directive, European Court of Justice, cross-border utilization of health care services

■ 1 Einleitung

Ende vergangenen Jahres ist die Dienstleistungsrichtlinie vom Parlament der Europäischen Union (EU) verabschiedet worden. Ihr Ziel ist es, den grenzüberschreitenden Wettbewerb zwischen Leistungsanbietern zu intensivieren. Dadurch soll die Versorgung der

Bevölkerung mit Dienstleistungen verbessert werden (EU-Rat 2006a). Nach heftigem Widerstand vieler europäischer Mitgliedstaaten wurde, anders als im ersten Entwurf vorgesehen, der Gesundheitsbereich von der Dienstleistungsrichtlinie ausgenommen. Damit haben die Gesundheits- und Sozialpolitiker aber einen Pyrrhussieg errungen. Denn gerade im Gesundheitsbereich, in dem

* **Diplom-Volkswirt Dr. rer. pol. Robert Arnold**
Nordstraße 19, 53111 Bonn,

Telefon: 0228 4098835 · Fax: 030 484984847
E-Mail: arno4401@uni-trier.de

die Ausgaben besonders stark steigen, wäre mehr Wettbewerb zur Verbesserung der Effizienz nötig.

In diesem Artikel wird die Frage beantwortet, welche Rechtsvorschriften in Deutschland und auf europäischer Ebene geändert werden sollten, um durch mehr Wettbewerb Effizienzvorteile im Gesundheitsbereich zu erlangen. Dabei müssen natürlich die Besonderheiten der medizinischen Waren und Dienstleistungen berücksichtigt werden. Zunächst werden allgemein die von einem erweiterten Binnenmarkt zu erwartenden Vorteile erläutert, anschließend die besonderen Eigenschaften medizinischer Waren und Dienstleistungen, die volkswirtschaftlich von Bedeutung sind. Die bestehenden Regelungen werden vorgestellt und jeweils anschließend Reformvorschläge unterbreitet.

Die Rechtsprechung, die den Wettbewerb bei Gesundheitsgütern in Europa betrifft, ist in allerjüngster Zeit deutlich fortentwickelt worden. Wissenschaftliche Literatur, die nur wenige Jahre alt ist, gibt nicht mehr den aktuellen Rechtsstand wieder. Aus diesem Grund nimmt die aktuelle Bestandsaufnahme in diesem Beitrag großen Raum ein. Dabei konzentriert sich die Untersuchung auf die Bereiche:

- Leistungsinanspruchnahme im EU-Ausland,
- Handel in der EU mit Arzneimitteln und Medizinprodukten,
- Zulassung von Leistungsanbietern (zum Beispiel Krankenhäuser, Ärzte, Apotheken) aus anderen EU-Staaten,
- Krankenversicherung im EU-Ausland.

■ 2 Vorteile eines vergrößerten Binnenmarktes

Für Gesundheitsgüter bestehen in der EU einige Barrieren, die den grenzüberschreitenden Handel erschweren. Diese Barrieren werden von einigen Sozialpolitikern als Erfolg gefeiert. Dieser „Erfolg“ ist aber ein Eigentor, denn die Erleichterung des grenzüberschreitenden Verkehrs mit Gesundheitsgütern ist durchaus sinnvoll. Durch die Senkung oder sogar Abschaffung von Kosten, die dem grenzüberschreitenden Handel entgegenstehen (zum Beispiel Kosten, die dadurch entstehen, dass ein übernationaler Anbieter in verschiedenen Ländern unterschiedliche Qualitätsanforderungen berücksichtigen muss), wird der Markt vergrößert. Ein vergrößerter Binnenmarkt bringt Effizienzvorteile. Dabei ist in diesem Artikel mit „Effizienz“ immer die volkswirtschaftliche Effizienz gemeint, die sowohl die technisch (und organisatorisch) effiziente Produktion meint als auch deren Nützlichkeit aus Sicht der Verbraucher berücksichtigt. Die Effizienzvorteile eines vergrößerten Binnenmarktes beruhen vor allem auf folgenden Mechanismen:

- Für manche Güter ist die Nachfrage im nationalen Rahmen so klein, dass selbst ein einziger Anbieter seine Kapazitäten nicht auslasten kann (beispielsweise bei der Behandlung von extrem

seltene Krankheiten, die nur mit besonderer medizinisch-technischer Ausstattung möglich ist). In diesem Fall entsteht entweder gar kein Angebot oder ein „natürliches Monopol“. Ein natürliches Monopol ist volkswirtschaftlich streng definiert. Es besteht, wenn die Nachfrage in einem Bereich der Produktionskosten liegt, bei dem ein Anbieter günstiger produzieren kann als zwei (Subadditivität der Kosten). Das ist im Allgemeinen der Fall bei sehr hohen Investitionen und niedrigen variablen Kosten wie sie beispielsweise beim Stromnetz, bei hoch spezialisierten Krankenhausleistungen oder bei sehr selten benötigten Medikamenten auftreten.

Monopole (auch natürliche) nutzen ihre (Markt-)Macht, um ihre Ware oder Leistung zu höheren Preisen zu verkaufen als es bei intensivem Wettbewerb zu erwarten wäre. Wird der Markt durch gesunkene Grenzüberwindungskosten größer, kann die Nachfrage soweit steigen, dass mehrere Anbieter ihre Kapazitäten auslasten können. Dann stehen mehrere Anbieter im Wettbewerb zueinander, so dass eine Leistungsdifferenzierung und/oder Preissenkungen zu erwarten sind. Von diesen Vorteilen profitieren vor allem kleine Länder und dünn besiedelte Grenzregionen, für die es sich nicht lohnt, alle Spezialeinrichtungen und Spezialisten vorzuhalten. Manche Krankheitsbilder sind so selten, dass auch Deutschland – und nicht nur in Grenzregionen – von Spezialeinrichtungen im Ausland profitieren würde.

- Eng mit dem Aufbrechen natürlicher Monopole verbunden ist die Möglichkeit, in einem vergrößerten Binnenmarkt Größenvorteile zu nutzen. Bei der Produktion mancher Güter können die Herstellungskosten mit steigender Stückzahl (in begrenztem Umfang) gesenkt werden (Größenvorteil). Durch geringere Grenzüberwindungskosten kann eine Marktberreinigung beschleunigt werden, bei der ineffiziente kleine Produktionsstätten vom Markt verschwinden, weil effizientere, größere Anbieter günstiger anbieten. Sinkt der Aufwand, um eine Ware oder Leistung im Ausland anzubieten, können sich auch Innovationen schneller ausbreiten.

- Darüber hinaus kann die Zulassung von ausländischen Anbietern dazu führen, dass starre inländische Strukturen aufgebrochen werden. Das bedeutet, dass für die inländischen Anbieter (z.B. Apotheken, niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser) schmerzhaft Prozesse der Umstrukturierung oder Schrumpfung beschleunigt werden, die durch die (ausländische) Konkurrenz erzwungen werden.

Diese drei Punkte setzen die inländischen Anbieter also unter verstärkten Wettbewerbsdruck, weshalb sie versuchen, entsprechende Regelungen politisch zu verhindern. Dabei führen sie häufig an, dass die billiger anbietende Konkurrenz niedrigere Qualität liefert (Gebhardt 2006; Europäischer Wirtschafts- und Sozialausschuss 2005).

Wenn aber die Marktöffnung gegenseitig erfolgt, so sind die Chancen wesentlich höher, dass der Widerstand der Anbieter im

Plädoyer für mehr Wettbewerb bei medizinischen Leistungen in Europa

Inland überwunden werden kann, weil zumindest einige inländische Anbieter einen Markt im Ausland vermuten. Die Chancen dafür sind aus dieser Perspektive auf europäischer Ebene gut, denn verschiedene Anbieterinteressen gleichen sich auf europäischer Ebene eher gegenseitig aus als auf nationaler Ebene. Die EU-Kommission ist also einem geringeren politischen Druck der Anbieter ausgesetzt als die Bundesregierung. Das ist einer der Gründe, warum sich die EU-Kommission für mehr Wettbewerb auch im Gesundheitsbereich engagiert, während die meisten Mitgliedstaaten hier zögerlich sind. Ein weiterer Grund ist, dass die nationalen (Sozial-)Politiker fürchten, eigenen Handlungsspielraum zu verlieren und damit Möglichkeiten, sich beim Wähler zu profilieren.

■ 3 Qualitätssicherung

Das Problem der Qualitätssicherung wird immer wieder im Kontext mit der Öffnung der Märkte für Gesundheitsgüter angeführt (Gebhardt 2006; *Europäischer Wirtschafts- und Sozialausschuss 2005*). Auf welcher Ebene aber sollen entsprechende Standards festgelegt werden? Und was nutzen Mindeststandards, wenn sie nicht auch durchgesetzt werden können?

3.1 Qualitätssicherung als staatliche Aufgabe?

Die Sicherung der Qualität ist in einem freien Markt immer dann ein Problem, wenn die (potenziellen) Kunden die Qualität der Ware oder Leistung (Gut) nicht vorab beurteilen können (Güter mit Erfahrungs- oder/und Vertrauensguteigenschaften). Verschärft wird das Problem, wenn ein und dasselbe Gut nicht mehrfach konsumiert werden kann, wie bei Feuerwerkskörpern, Kopfschmerztabletten oder vielen persönlichen Dienstleistungen. Bei Kopfschmerztabletten beispielsweise kann nicht direkt festgestellt werden, ob sie wirken, denn man weiß nicht, ob die Kopfschmerzen auch ohne sie genauso schnell nachgelassen hätten. Erst umfangreiche statistische Untersuchungen können mit einiger Wahrscheinlichkeit belegen, dass die Kopfschmerztabletten zu einem schnelleren Rückgang der Kopfschmerzen führen als ein Placebo. Zusätzlich erschwert wird die Qualitätsbeurteilung, wenn die betreffende Ware oder Leistung nur ein Mal im Leben benötigt wird, wie zum Beispiel beim Bau eines Eigenheimes oder eine Blinddarmoperation.

Marktliche Instrumente können bereits einen Teil des Informationsmangels beim Verbraucher lösen (der möchte sich beispielsweise darüber informieren, welcher Arzt bei einer bestimmten Behandlung besonders gut ist). Beim so genannten „Signalling“ signalisiert der Anbieter, zum Beispiel dadurch, dass er sich von einer angesehenen Institution kontrollieren und zertifizieren lässt, einen bestimmten Qualitätsstandard (beispielsweise EQUAM in

der Schweiz¹). Auch das Gewähren einer (Erfolgs-)Garantie gehört zum Signalling. Beim „Screening“ sucht der Nachfrager gezielt nach Informationen, die Aufschluss über die Qualität der Anbieter geben können, beispielsweise indem er die vorgeschriebenen Qualitätsberichte der Krankenhäuser studiert oder bei Freunden und Bekannten nach einem Anbieter mit einem guten Ruf fragt. Beide Instrumente können aber nur dann sinnvoll funktionieren, wenn den Nachfragern wichtige Informationen über die tatsächliche Qualität zugänglich sind und eine behauptete Qualität auch überprüfbar wird. Deswegen ist aus volkswirtschaftlicher Perspektive eine staatliche Informationsförderung über die Qualität der Anbieter medizinischer Waren und Leistungen sinnvoll (Arnold 2006, S. 135–142).

Bei medizinischen Waren und Leistungen reicht allein die Förderung der Information der Nachfrager über die Qualität wahrscheinlich nicht aus, um vermeidbare Todesfälle, die durch eine qualitativ schlechte Behandlungen verursacht sind, zu verhindern. Wenn ein Patient aufgrund schlechter medizinischer Qualität stirbt und erst dadurch mangelnde Sicherheitsstandards offen gelegt werden, dann ist das ethisch nicht vertretbar. Deswegen ist die staatliche Festlegung von Mindestqualitätsstandards im Gesundheitsbereich unumstritten. Allerdings reagiert auch der Staat manchmal zu spät, das heißt erst auf Todesfälle. Im Grenzgebiet zwischen dem Saarland und Frankreich hat beispielsweise der vermeidbare Tod eines Kindes in einem Krankenwagen, der nicht über die Grenze nach Frankreich gelassen wurde, zu einer erheblichen Beschleunigung der Verhandlungen über einen Staatsvertrag zwischen Deutschland und Frankreich geführt, der die Fahrt von Rettungsdiensten im Inland aus dem jeweils anderen Staat erlaubt. Auch eine staatliche Festlegung von Mindeststandards kann somit vermeidbare Todesfälle nicht mit Sicherheit ausschließen.

Auf welchem Niveau die Mindestqualität von Gesundheitsgütern liegen soll, ist mit der Einsicht, dass Mindestqualitätsstandards grundsätzlich nötig sind, noch nicht festgelegt. Bei transportierbaren Waren gilt innerhalb der EU die Regel, dass eine Ware, die irgendwo in der EU zugelassen ist, in alle EU-Länder exportiert werden darf (eine Ausnahme hiervon bilden Arzneimittel). Sie hat zu einem starken Harmonisierungsdruck geführt, wie an den zahlreichen Vorschriften zur CE-Kennzeichnung zu erkennen ist, die eine Voraussetzung für das Inverkehrbringen innerhalb der EU ist. Die CE-Kennzeichnung (Communauté Européenne, franz. für „Europäische Gemeinschaft“) findet sich beispielsweise auch auf Waschmaschinen oder Videorekordern und signalisiert, dass die europäischen Richtlinien zur Sicherheit der Geräte eingehalten werden.

Im Gesundheitsbereich, insbesondere im Dienstleistungsbereich wird die Regelung, dass eine Ware, die in einem Land verkauft

werden darf, grundsätzlich in alle EU-Länder exportiert werden darf mit dem Begriff des Herkunftslandprinzips beschrieben. Danach würden für einen Dienstleister, der aus dem Ausland kommt, ausschließlich die Vorschriften des Landes gelten, in dem er seinen Sitz hat. Nachdem im ursprünglichen Entwurf der Dienstleistungsrichtlinie noch das Herkunftslandprinzip vorgesehen war, gilt nun seit dem 28.12.2006 das Ziellandprinzip. Danach müssen sich ausländische Dienstleister, wenn sie Dienstleistungen in einem anderen EU-Staat erbringen, an die Vorschriften des Landes halten, in dem die Dienstleistung erbracht wird.

Ob das Herkunfts- oder das Ziellandprinzip Anwendung finden sollte, wird an dieser Stelle nicht abschließend behandelt. Die wichtigsten Aspekte bei der Abwägung zwischen Herkunfts- und Ziellandprinzip werden aber erläutert.

Das Herkunftslandprinzip erzeugt einen starken Harmonisierungsdruck, weil die Anbieter im Inland der Konkurrenz von Anbietern aus anderen EU-Staaten ausgesetzt sind, für die andere Vorschriften gelten. Für die Abwägung zwischen Herkunfts- und Ziellandprinzip bedeutet das, dass die langfristig im politischen Prozess jeweils zu erwartenden Folgen berücksichtigt werden müssen. Das heißt, eine wahrscheinliche Harmonisierung der Mindeststandards (für den Fall der Entscheidung für das Herkunftslandprinzip) muss mit der Situation von langfristig national unterschiedlichen Mindeststandards (im Fall des Ziellandprinzips) verglichen werden.

Eine Harmonisierung von Mindeststandards (und damit das Herkunftslandprinzip) erleichtert den grenzüberschreitenden Handel und steigert so die Effizienz. Allerdings kann dann ein national unterschiedliches Sicherheitsbedürfnis (national unterschiedliche Nachfrage nach Mindestqualität) nicht zum Zuge kommen.

Im Fall der Harmonisierung kann die Anhebung des Mindeststandards für das eine Land genauso schmerzhaft sein wie die Absenkung für ein anderes Land. Aus dem Beitritt der osteuropäischen Länder resultierte beispielsweise in diesen Ländern unter anderem eine Anhebung von Hygieneanforderungen bei der Lebensmittelproduktion. Diese Anforderungen konnten nicht von allen bisherigen Anbietern erfüllt werden, weil die dazu notwendigen Investitionen für sie nicht rentabel wären. Das bedeutet in diesen Betrieben einen Arbeitsplatzverlust. Außerdem führen die höheren Anforderungen zu einem Preisanstieg, der viele Verbraucher verärgert, die einen niedrigeren Standard (der Jahrzehnte lang ausgereicht hat) gegenüber höheren Preisen bevorzugen.

Inwieweit eine national unterschiedliche Nachfrage nach Mindestqualität besteht und damit die Frage, wie schwer der Nachteil der Harmonisierung wiegt, hängt von den nationalen Unter-

schieden in den Präferenzen, den Einkommensniveaus und den Knappheiten von nicht transportierbaren Gütern ab (transportierbare Güter sind in einem Binnenmarkt überall etwa gleich knapp). Da Knappheiten, Einkommensniveaus und kulturelle Prägungen auch innerhalb eines Staates variieren können, wird im Folgenden korrekterweise von Unterschieden in Regionen (anstelle von Staaten) gesprochen. Die Argumentation ist also ebenso auf Bundesländer wie auf die Mitgliedstaaten der EU anwendbar.

Regional unterschiedliche Präferenzen in Bezug auf die Mindestqualität der Versorgung entstehen vor allem durch unterschiedliche soziokulturelle Prägungen. Zudem besteht bei einem höheren Einkommensniveau typischerweise eine erhöhte Nachfrage nach Sicherheit (d.h. Mindestqualität). Weiterhin können Gesundheitsrisiken und die Widerstandskraft der Menschen gegen diese Risiken regional unterschiedlich verteilt sein (unterschiedliche Knappheiten). In einer Region beispielsweise kann die Ansteckungsgefahr mit einer gefährlichen Krankheit wegen der klimatischen Bedingungen höher sein als in einer anderen Region. In der Region mit hoher Ansteckungsgefahr kann es sinnvoll sein, ein präventiv wirkendes Medikament zuzulassen, das starke Nebenwirkungen hat, während in einer Region mit geringer Ansteckungsgefahr die Nebenwirkungen als zu gravierend eingestuft werden und das Medikament verboten ist. Ein anderes Beispiel: Es könnte in einer Region eine Knappheit an medizinischem Personal oder Geräten bestehen. In diesem Fall kann es sinnvoll sein, bestimmte Leistungen nicht zu erbringen oder medizinische Waren gar nicht erst anzuschaffen (zum Beispiel einen Computertomografen, wenn ein Röntgengerät vorhanden ist), um freie Ressourcen für andere, dringendere Krankheitsfälle zu haben.

Wenn keine Harmonisierung stattfindet (also das Ziellandprinzip gilt), entsteht für überregionale Anbieter ein zusätzlicher Aufwand daraus, dass sie die unterschiedlichen Anforderungen in den verschiedenen Regionen berücksichtigen müssen. Ein grenzüberschreitendes Angebot von Gesundheitsgütern wird somit erschwert. Zusätzlich besteht dabei das Risiko, dass nationale Mindestqualitätsvorschriften mit dem Zweck erlassen werden, unliebsame ausländische Konkurrenz aus dem Inland fernzuhalten.

3.2 Die straf- und zivilrechtliche Belangbarkeit ausländischer Anbieter

Mindestqualitätsanforderungen ergeben nur Sinn, wenn sie auch durchgesetzt werden können. Zu ihrer Durchsetzung bestehen mehrere Möglichkeiten. Erstens kann es verboten werden, Waren, die den Anforderungen nicht entsprechen, an den Endverbraucher abzugeben. Zweitens muss es die Möglichkeit geben, Anbieter, die dennoch mindere Qualität an Endverbraucher abgeben, straf- und zivilrechtlich zu belangen.

Besonders bei Waren und Leistungen mit Erfahrungs- und Vertrauensguteigenschaften, die einer Vorabkontrolle entzogen sind, spielt die straf- und zivilrechtliche Belangbarkeit der Anbieter im Nachhinein eine wichtige Rolle. Dies gilt beispielsweise für persönliche Dienstleistungen, denn bei ihnen kann typischerweise die Qualität im Vorhinein kaum festgestellt werden. Für den Schutz der Bevölkerung spielt also die zivil- (Schadensersatz) und strafrechtliche Belangbarkeit von inländischen und ausländischen Anbietern eine besondere Rolle. Außerdem ist die leichte Belangbarkeit ausländischer Anbieter für einen fairen Wettbewerb zwischen in- und ausländischen Anbietern wichtig. Könnten ausländische Anbieter wegen der Verletzung einer Vorschrift nicht belangt werden, hätten sie Vorteile gegenüber inländischen Anbietern.

Bei der Belangbarkeit von Anbietern in anderen EU-Staaten wurden sowohl im zivil- als auch im strafrechtlichen Bereich in der jüngsten Vergangenheit große Fortschritte erzielt. Mit dem EU-Rahmenbeschluss vom 24.2.2005 ist es möglich, in anderen EU-Ländern verhängte Bußgelder ab 70 Euro direkt im Heimatland (das heißt ohne erneute inhaltliche Prüfung durch ein heimisches Gericht) zu vollstrecken. Bis zum 22.3.2007 muss dieser Beschluss in allen Mitgliedstaaten in nationales Recht umgesetzt sein. Beim Haftbefehl ist der Beschluss in allen EU-Staaten bereits im Rahmenbeschluss über den Europäischen Haftbefehl umgesetzt (*EU-Rat 2002*). Die Dauer von der Festnahme bis zur Überstellung gerichtlich gesuchter Personen aus anderen EU-Staaten hat sich seitdem von rund 93 Tagen auf 43 Tage beziehungsweise in bestimmten Fällen auf 13 Tage verkürzt (*EU-Rat 2006b*). Das bedeutet, ausländische Anbieter müssen mit den gleichen Konsequenzen rechnen wie inländische.

Die zivilrechtliche Belangbarkeit bei grenzüberschreitendem Handel spielt vor allem eine Rolle zur Verminderung der Transaktionskosten, die im Folgenden behandelt werden.

■ 4 Transaktionskosten

Für den grenzüberschreitenden Handel (zum Beispiel Kauf von Brillen oder Gehhilfen, aber auch Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen im Ausland) spielt die Höhe der Transaktionskosten eine wichtige Rolle. Je geringer sie sind, desto stärker ist der internationale Wettbewerb (*Zimmermann 2007*). Alle tarifären Handelshemmnisse (Zölle) sind innerhalb der EU abgeschafft. Nichttarifäre Handelshemmnisse wie beispielsweise komplizierte und langwierige Verfahren zur Zulassung ausländischer Anbieter oder Produkte bestehen jedoch weiterhin, so dass die Transaktionskosten höher sind als notwendig, und der Wettbewerb nicht so intensiv ist wie möglich.

Die Transaktionskosten setzen sich zusammen aus allen Aufwendungen, die mit dem Vertragsabschluss, der Vertragsabwicklung und -durchsetzung, also einer Transaktion zwischen zwei „Handelspartnern“, verbunden sind (beispielsweise wie sie anfallen, wenn ein holländischer Patient in ein deutsches Krankenhaus eingewiesen wird und das Krankenhaus für seine Leistungen vergütet werden muss). Bei der Vertragsdurchsetzung kann dem Staat eine wichtige Rolle zukommen. Er kann die Vertragsdurchsetzungskosten deutlich verringern, wenn er bei beiden Vertragsparteien den berechtigten Glauben erzeugen kann, dass er die Einhaltung des Vertrags oder bei Nichterfüllung des Vertrags entsprechende Schadensersatzzahlungen durchsetzt. Das Risiko der jeweiligen Vertragsbeziehung wird dadurch deutlich verringert und die Transaktionskosten werden gesenkt. Auf diese Weise können Geschäfte wie die Behandlung ausländischer Patienten oder der Kauf von Medizinprodukten im Ausland betriebswirtschaftlich rentabel werden, die wegen zu hoher Transaktionskosten sonst nicht zustande gekommen wären.

Die staatliche Durchsetzung von Verträgen ist allerdings nur dann geboten, wenn sie privat nicht kostengünstiger durchgesetzt werden können. Soweit der Staat allein durch die glaubhafte Drohung dazu beiträgt, dass die Verträge eingehalten werden, verbraucht das staatliche Verfahren sehr wahrscheinlich weniger Ressourcen als private Maßnahmen zur Vertragsdurchsetzung. Darüber hinaus stellt sich bei den privaten Maßnahmen die Frage der Angemessenheit und Gerechtigkeit.

Dem Staat kommt damit die Aufgabe zu, EU-weit die zivilrechtliche Belangbarkeit sicherzustellen. Welche Gliederungsebene der Gebietskörperschaften (EU, Nationalstaat, Bundesländer) diese Aufgabe am besten wahrnehmen sollte, wird an dieser Stelle nicht weiter untersucht. Die Verfahren zur zivilrechtlichen Belangbarkeit im EU-Ausland werden gegenwärtig vereinbart (Europäisches Mahnverfahren).

Die EU-Verordnung 44/2001, die die Eintreibung von zivilrechtlichen Forderungen, beispielsweise beim Kauf von MP3-Playern und Brillen über das Internet betrifft, gilt seit dem 1.3.2002 in allen EU-Staaten (außer Dänemark) unmittelbar. Sie muss nicht in nationales Recht umgesetzt werden, eine nationale Umsetzung dient lediglich der Erhöhung der Transparenz. Diese Verordnung ermöglicht die direkte Vollstreckung in einem anderen EU-Land, ohne eine erneute inhaltliche Prüfung durch ein Gericht in dem EU-Land, in dem vollstreckt werden soll. Bei der Vollstreckung finden die in dem vollstreckenden Land geltenden Regelungen Anwendung. Die notwendigen Verfahren zur grenzüberschreitenden Vollstreckung befinden sich derzeit in einem Prozess der Vereinachung und Verbesserung. So hat das europäische Parlament am 25.10.2006 in zweiter Lesung einen Vorschlag für eine Verord-

nung zur Einführung eines einheitlichen europäischen Mahnverfahrens verabschiedet. Der Vorschlag wurde von der EU-Kommission akzeptiert (*EU-Kommission 2006*). Damit die Verordnung unmittelbare Wirkung in allen Mitgliedstaaten erlangen kann, muss sie noch vom Rat mit qualifizierter Mehrheit angenommen werden. Es wird damit gerechnet, dass das europäische Mahnverfahren 2008/2009 eingeführt sein wird.

Insgesamt sind die allgemeinen Voraussetzungen für grenzüberschreitenden Handel, also eine möglichst einfache zivilrechtliche Belangbarkeit, erfüllt. Auch die Voraussetzungen für den Handel mit Waren und Leistungen, bei denen die Möglichkeit zu staatlichen Sanktionen mit dem Ziel der Qualitätssicherung besonders wichtig ist (beispielsweise medizinische Waren und Leistungen), sind erfüllt. Durch die bereits geplanten Vereinfachungen (europäisches Mahnverfahren) wird das Risiko von grenzüberschreitendem Handel weiter vermindert.

In einzelnen Bereichen des Gesundheitswesens bestehen für den grenzüberschreitenden Handel jedoch Sonderregelungen (zum Beispiel medizinische Leistungsanspruchnahme, Handel mit Arzneimitteln und Medizinprodukten, Zulassung von Anbietern medizinischer Leistungen aus anderen EU-Ländern, Versicherung bei ausländischen Versicherern). Sie werden im Folgenden untersucht. Zuvor soll aber noch einmal auf die Dienstleistungsrichtlinie eingegangen werden, da sie für viele Gesundheitsbereiche relevant sein könnte.

■ 5 Die Dienstleistungsrichtlinie der EU

Die gegenüber ihrem ersten Entwurf stark geänderte Dienstleistungsrichtlinie ist Ende letzten Jahres in Kraft getreten. Nun haben die EU-Staaten drei Jahre, also bis zum 28.12.2009, Zeit, sie in nationales Recht umzusetzen. Auf europäischer Ebene können Verordnungen beschlossen werden, die unmittelbar in allen EU-Staaten rechtswirksam sind. Wenn Richtlinien beschlossen werden, so muss jeder EU-Staat die Richtlinien erst in nationales Recht umsetzen, damit sie rechtswirksam werden. Rahmenbeschlüsse sind den Richtlinien ähnlich, zu ihrer Verabschiedung ist jedoch nicht die Zustimmung des europäischen Parlaments erforderlich.

Nach der geänderten Dienstleistungsrichtlinie gilt nicht mehr, wie im ursprünglichen Entwurf vorgesehen, das Herkunftslandprinzip. Danach hätten für einen Dienstleister, der aus dem Ausland kommt, ausschließlich die Vorschriften des Landes gegolten, in dem er seinen Sitz hat. Stattdessen gilt nun das Ziellandprinzip. Danach müssen sich ausländische Dienstleister, wenn sie Dienstleistungen in einem anderen EU-Staat erbringen, an die Vorschriften des Landes halten, in dem die Dienstleistung erbracht wird.

Dabei ist es generell verboten, dass ausländische Dienstleister benachteiligt werden. Um eine Diskriminierung ausländischer Anbieter (beispielsweise bei der Zulassung) zu verhindern, werden eine ganze Reihe verwaltungsvereinfachender Vorschriften erlassen.

Da die Dienstleistungsrichtlinie das Ziellandprinzip vorsieht, sind eigentlich alle Einwände gegen den grenzüberschreitenden Verkehr von Gesundheitsleistungen, die sich auf die Qualitätsunsicherheiten beziehen, hinfällig. Der Gesundheitsbereich ist dennoch von der Dienstleistungsrichtlinie ausgenommen (Artikel 2, Nr. 2f und Artikel 17, Nr. 6 und 7), was zwei Gründe hat. Der erste ist historisch zu erklären. Wegen immer wieder vorgebrachter Qualitätseinwände (*Europäischer Wirtschafts- und Sozialausschuss 2005*), wurde der Gesundheitsbereich herausgenommen und erst später vom Herkunftslandprinzip auf das Ziellandprinzip umgeschwenkt. Zweitens fürchten vor allem Politiker aus Ländern mit einem stärker staatlich gelenkten System um ihre nationalen Handlungsspielräume. Der europäische Wirtschafts- und Sozialausschuss befürchtet, dass der Handlungsspielraum der Mitgliedstaaten bei der Gestaltung der Anforderungen an Gesundheitsdienstleister eingeschränkt würde und eine „Nivellierung nach unten“ stattfinden würde, wenn das Herkunftslandprinzip im Gesundheitswesen angewendet würde (*Europäischer Wirtschafts- und Sozialausschuss 2005*). Durch die Verankerung des Ziellandprinzips gibt es aber keine inhaltlichen Argumente mehr, die die Ausnahme des Gesundheitsbereiches von der Dienstleistungsrichtlinie rechtfertigen könnten. Diese Ausnahme bedeutet nur weniger Wettbewerb als möglich und damit unnötige Ineffizienzen. Zur Verringerung dieser Ineffizienzen sollte Deutschland die Richtlinie so umsetzen, als würde sie auch für den Gesundheitsbereich gelten. Auf europäischer Ebene sollte Deutschland darauf dringen, dass für den Gesundheitsbereich eine der Dienstleistungsrichtlinie ähnliche Richtlinie für Gesundheitsleistungen verabschiedet wird.

Im Folgenden werden die einzelnen Gebiete, die den Gesundheitsbereich betreffen, im Hinblick darauf untersucht, wie der grenzüberschreitende Verkehr mit Gesundheitsgütern erleichtert werden könnte.

■ 6 Leistungsanspruchnahme in anderen EU-Staaten

Zur Regelung der Inanspruchnahme und Finanzierung von Gesundheitsgütern im EU-Ausland besteht bereits seit 1971 eine EU-Verordnung (*EWG 2004*). Bei allen auf EU-Ebene beschlossenen Regelungen zur Inanspruchnahme von Gesundheitsgütern im Ausland kann folgendes Vorgehen als roter Faden identifiziert werden: Die Bürger sollen in ihrer Reisefreiheit und in der Freiheit der Wahl ihres Arbeitsplatzes nicht durch die national unterschiedlichen

Plädoyer für mehr Wettbewerb bei medizinischen Leistungen in Europa

Gesundheitssysteme behindert werden. Dabei soll gleichzeitig für jeden Mitgliedstaat die Freiheit, das Gesundheitssystem nach eigenen Vorstellungen zu gestalten, erhalten bleiben. Alle Urteile des EU-Gerichtshofes tragen diesem Grundgedanken Rechnung.

Weiterhin hat der EU-Gerichtshof geurteilt, dass auch Gesundheitsdienstleistungen unter das Verbot der Beschränkung des freien Dienstleistungsverkehrs gemäß Artikel 49 und 50 (EG-Vertrag vom 10.3.2001) fallen. Demnach dürfen ausländische Anbieter gegenüber inländischen Anbietern von Gesundheitsleistungen prinzipiell nicht benachteiligt werden (Artikel 81–86 EG-Vertrag vom 10.3.2001). Entsprechend muss einem Patienten, der im Ausland eine medizinische Ware oder Leistung erworben hat, mindestens der Betrag erstattet werden, den die gleiche Leistung (bzw. das gleiche Gut) im heimischen Gesundheitssystem gekostet hätte (wenn sie im Ausland nicht billiger war). Die Inanspruchnahme ausländischer Leistungen (bzw. der Kauf von ausländischen Waren) darf nicht von einer zusätzlichen Genehmigung abhängig gemacht werden. Dies gilt insbesondere für die gezielte Inanspruchnahme ambulanter Leistungen im Ausland und unabhängig von der Finanzierungsart des nationalen Gesundheitssystems (ob beitrags- oder steuerfinanziert). Die EU-Verordnung 1408/71 sieht nach der Interpretation des EU-Gerichtshofs nur für den Fall eine Regelung vor, dass der Patient eine Genehmigung bei dem heimischen Träger eingeholt hat. Hat der Patient jedoch Gesundheitsgüter im Ausland erworben, ohne sich vorher um eine Genehmigung beim heimischen Träger zu bemühen, so greifen die speziellen Regelungen der Richtlinie 1408/71 (Artikel 22, Absatz 1, Nummer c) zur Inanspruchnahme im Ausland nicht. Deswegen gelten bei gezieltem Kauf von Gesundheitsgütern in anderen EU-Staaten, wenn keine vorhergehende Genehmigung eingeholt wurde, die allgemeinen Regelungen zur Dienstleistungsfreiheit. Das bedeutet, dass ausländische (ambulante) Anbieter nicht benachteiligt werden dürfen. Darum muss der heimische Träger die Kosten bis zu der Höhe erstatten, die er auch bei einer Leistungsanspruchnahme im Inland hätte tragen müssen (*Gerichtshof der Europäischen Gemeinschaften 1998*).

Wenn ausländische Anbieter von Gesundheitsgütern benachteiligt werden, muss dies inhaltlich begründet werden. Als Begründung erkennt der EU-Gerichtshof eine „erhebliche Gefährdung des finanziellen Gleichgewichts“ des nationalen Gesundheitssystems an. Bei stationären Leistungen wird deswegen ein entsprechender nationaler Planungsbedarf anerkannt, so dass die Inanspruchnahme einer stationären Leistung im Ausland von einer vorhergehenden Genehmigung abhängig gemacht werden darf, während dies bei ambulanten Leistungen verboten ist (*Gerichtshof der Europäischen Gemeinschaften 2001*). Dieser Genehmigungsvorbehalt bei stationären Leistungen behindert den grenzüberschreitenden Wettbewerb stärker als notwendig. Wie

eine entsprechende Lösung ohne Genehmigungsvorbehalt aussehen könnte, wird im Folgenden diskutiert.

Das Gericht argumentiert, bei stationären Leistungen sei Planungssicherheit notwendig. Diese Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung mit stationären Notfallleistungen wäre zwar wünschenswert, ist aber kaum möglich. Tatsächlich kann bei Notfallleistungen vorab keine Genehmigung eingeholt werden. Warum jedoch bei planbaren Krankenhausaufenthalten eine staatliche Kapazitätsplanung notwendig sein sollte, ist nicht einleuchtend. Mit der „Planbarkeit“ umschreibt der Gerichtshof offensichtlich die Absicht von manchen nationalen Regierungen, die Krankenhauskapazitäten wegen knapper öffentlicher Mittel knapp zu halten. Dies führt in den entsprechenden Ländern zu Wartelisten wie zum Beispiel in England beim nationalen Gesundheitsdienst (National Health Service, NHS).

Welche Auswirkungen dieses Knapphalten von Ressourcen haben kann, ist im Urteil des EU-Gerichtshofes zum Fall Watts nachzulesen (*Gerichtshof der Europäischen Gemeinschaften 2006*). Yvonne Watts litt an einer chronischen Arthritis, war in ihrer Bewegungsfreiheit erheblich eingeschränkt und hatte chronische Schmerzen. Sie hätte in England etwa ein Jahr auf eine Hüftoperation warten müssen. Sie ließ sich schließlich in Frankreich behandeln und verlangte vom englischen Gesundheitsdienst die Übernahme der Behandlungsausgaben. Der Europäische Gerichtshof entschied, dass die Behandlungsausgaben zu übernehmen sind, wenn im Inland eine Behandlung nicht rechtzeitig stattfinden würde. Der englische National Health Service (NHS) hatte zuvor befunden, dass ein Jahr Wartezeit in diesem Fall rechtzeitig sei. Der EU-Gerichtshof rügte England hingegen, dass der NHS zu viel Spielraum habe bei der Beurteilung, wann eine Behandlung im Inland rechtzeitig sei.

Die Absicht, öffentliches Geld zu sparen, kann jedoch auch ohne Genehmigungsvorbehalt mit einer Regulierung erreicht werden, wie sie der Gerichtshof für ambulante Leistungen festgelegt hat. Wenn die Ausgaben der im Ausland bezogenen medizinischen Waren und Dienstleistungen nur bis zu der Höhe erstattet werden, wie sie auch im Inland angefallen wären, können nur durch höhere Fallzahlen zusätzliche Kosten entstehen. Auf nationaler Ebene werden die Leistungsanbieter teilweise pauschal, das heißt unabhängig von der Zahl der erbrachten Leistungen, entlohnt (in Deutschland bei niedergelassenen Ärzten noch bis 2008). Wenn die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen im Ausland nicht zu höheren Ausgaben der Krankenversicherung führen soll, muss die pauschale Vergütung der nationalen Anbieter entsprechend gekürzt werden, wenn Leistungen im Ausland in Anspruch genommen wurden. Dies macht unter Umständen gesetzliche Änderungen auf nationaler Ebene oder die Neuverhandlung von Leistungsverträgen notwendig.

Die vorgeschlagene Regelung bedeutet, dass eine Inanspruchnahme im Ausland grundsätzlich nicht zu höheren Ausgaben führt, es sei denn, die Fallzahlen stiegen dadurch. Solange Patienten, die auf der nationalen Warteliste stehen, nicht sterben, bevor sie behandelt werden, ist jedoch nicht klar, wie sich die Fallzahlen insgesamt verändern sollen (wenn davon ausgegangen wird, dass bei planbarem stationären Behandlungsbedarf normalerweise keine Spontanheilung ohne Behandlung eintritt). Falls dennoch ein Mitgliedstaat nicht ausreichende Kapazitäten zur Verfügung stellen will, kann er eine Zeitspanne festlegen, innerhalb derer eine Behandlung im Inland erfolgen soll. Wenn sie überschritten ist, könnte jeder berechtigt sein, eine Behandlung im Ausland zu Lasten des heimischen Trägers durchführen zu lassen. Es ist nicht klar, warum der EU-Gerichtshof es in diesem Fall den EU-Staaten erlaubt, die Inanspruchnahme und Abrechnung mit dem heimischen Träger von einer vorhergehenden Genehmigung abhängig zu machen. Der EU-Gerichtshof selbst hat im Fall Watts, entschieden, dass eine Genehmigung nicht versagt werden darf, wenn im Inland eine Behandlung „nicht rechtzeitig“ erfolgt (*Gerichtshof der Europäischen Gemeinschaften 2006*).

Was als „rechtzeitig“ anzusehen ist, kann der nationale Gesetzgeber weitgehend selbst in Form von „vorab allgemein festgelegten klinischen Prioritäten“ bestimmen (*Gerichtshof der Europäischen Gemeinschaften 2006, Randnummer 68*). Damit wäre es auch ohne eine Genehmigungspflicht möglich, die inländischen Kapazitäten knapp und die Ausgaben niedrig zu halten. Allerdings ist in diesem Fall vom Gesetzgeber durch die Festlegung von Prioritäten und damit einhergehend akzeptablen Wartezeiten ein Maß an Transparenz gefordert, das die Regierung unter politischen Handlungsdruck bringen könnte, Wartezeiten abzubauen.

Eine Genehmigungspflicht für die Inanspruchnahme ausländischer Gesundheitswaren und -leistungen ist damit insgesamt ein Mittel zur Begrenzung der öffentlichen Gesundheitsausgaben, das den Wettbewerb stärker einschränkt als notwendig und auf diese Weise Raum für Ineffizienzen bestehen lässt. Stattdessen genügt es für Behandlungen im Ausland, maximal die Sätze zu erstatten wie im Inland. Unter Umständen müssen Budgets, die für nationale Leistungsanbieter zur Verfügung stehen, entsprechend der ausländischen Leistungsanspruchnahme gekürzt werden.

Zur Förderung des Wettbewerbs und der Effizienz sollte es deshalb allen EU-Staaten auch für stationäre Leistungen verboten werden, ihre Inanspruchnahme in anderen EU-Staaten von einer vorhergehenden Genehmigung abhängig zu machen. Falls die Möglichkeit zur Rationierung im Gesundheitswesen erhalten bleiben soll, so könnte dennoch die Genehmigungspflicht entfallen, wenn klare Kriterien definiert werden, wann eine Warteliste so lang ist, dass ohne Genehmigung eine Leistungsanspruchnahme

im EU-Ausland zu Lasten des heimischen Trägers möglich ist. Deutschland sollte deshalb darauf hinwirken, dass eine entsprechende Genehmigungspflicht EU-weit verboten wird.

Nur zur Vervollständigung der Darlegung der gegenwärtigen Rechtslage: Unabhängig von der nationalstaatlichen Definition von „rechtzeitig“, gilt es nach der Rechtsprechung des EU-Gerichtshofes auf keinen Fall als rechtzeitig, wenn die Behandlung im Inland erst erfolgen kann, wenn bei „objektiver medizinischer Beurteilung“ die Wartezeit nicht „vertretbar“ ist. In diesem Fall muss der heimische Träger die Ausgaben für die Behandlung im Ausland übernehmen, auch wenn er die Genehmigung rechtswidrig verweigert hatte.

Weiterhin besteht erheblicher Bedarf bei der Erhöhung der Transparenz, wenn es um die Rechte zur Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen in anderen EU-Staaten geht. So informiert selbst die Bundesregierung auf ihrer Webseite irreführend, wenn sie schreibt, die neue europäische Gesundheitskarte berechtige nicht zur gezielten Inanspruchnahme von Gesundheitsgütern im Ausland. Die Urteile des EU-Gerichtshofes sind bei ambulanten Leistungen vollkommen eindeutig: Die Ausgaben für eine gezielte ambulante Behandlung im Ausland müssen vom heimischen Träger bis zu der Höhe erstattet werden, wie sie auch im Inland angefallen wären.

Weiterhin wäre es sehr hilfreich, die Urteile des EU-Gerichtshofes in die nationalen Regelungen, aber auch explizit in die entsprechenden EU-Verordnungen aufzunehmen. Die EU-Kommission hat bereits ein Verfahren eingeleitet, das die bislang gültige Verordnung 1408/71 ersetzt. Die entsprechende neue Verordnung 883/2004 ist bereits von allen Gremien beschlossen, tritt aber erst in Kraft, wenn auch eine entsprechende Durchführungsverordnung beschlossen ist. Die neue Verordnung bedeutet für den Binnenmarkt einen deutlichen Rückschritt gegenüber dem Status quo, denn sie erlaubt den EU-Staaten, auch die gezielte Inanspruchnahme von ambulanten Leistungen in einem anderen EU-Staat von einer vorherigen Genehmigung abhängig zu machen (Artikel 20 der Verordnung). Sie beschränkt damit den Wettbewerb unnötig und stärker ein als es gegenwärtig der Fall ist.

Zur Sicherung und Stärkung des Wettbewerbs im Gesundheitsbereich sollte darauf hingewirkt werden, dass die neue Richtlinie 883/2004 erst in Kraft tritt, wenn sie so geändert ist, dass ausländische Anbieter nicht mehr benachteiligt werden dürfen. Ansonsten sind die Regelungen bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsgütern in anderen EU-Staaten aus volkswirtschaftlicher Perspektive zufrieden stellend, wenn man davon ausgeht, dass die nationalen Gesundheitssysteme nicht harmonisiert werden sollen. In Deutschland besteht vor allem noch

Plädoyer für mehr Wettbewerb bei medizinischen Leistungen in Europa

Bedarf an mehr Transparenz und einer gesicherten Rechtspraxis, wenn es darum geht, in anderen EU-Staaten medizinische Leistungen zu Lasten der GKV in Anspruch zu nehmen.

■ 7 Grenzüberschreitender Handel mit Arzneimitteln und Medizinprodukten

Medizinprodukte bedürfen im Allgemeinen in Deutschland für ihre Zulassung lediglich der CE-Kennzeichnung. Neben der CE-Kennzeichnung können für spezielle Produkte noch zusätzliche Anforderungen gestellt werden (Strahlenschutz, Arbeitsschutz usw.). Diese sind jedoch nicht im Medizinproduktegesetz verankert. Damit bestehen im Allgemeinen keine besonderen Hindernisse für einen EU-weiten Wettbewerb zwischen den Herstellern von Medizinprodukten.

Bei Arzneimitteln bestehen in Deutschland hingegen neben den europäischen Vorgaben viele weitere Regelungen. Es ist fraglich, ob sie den EU-weiten Wettbewerb stärker behindern als zur Sicherung der Qualität notwendig ist.

In Deutschland darf ohne Zulassung kein Arzneimittel an Endverbraucher abgegeben werden. Die Anbieter können zwischen zwei Zulassungsverfahren wählen: Entweder sie beantragen die Zulassung zentral bei der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA) oder bei einer Zulassungsbehörde eines EU-Staates (dezentrales Verfahren). Das zentrale Verfahren ist für den Antragsteller teurer als die Zulassung bei einer nationalen Behörde, dafür gilt die Zulassung unmittelbar in allen EU-Staaten. Beim dezentralen Verfahren gilt die erteilte Zulassung nur für den Staat, für den die Zulassungsbehörde zuständig ist. Allerdings müssen die Zulassungsbehörden in anderen EU-Staaten allein auf der Grundlage der Zulassungsunterlagen der zuerst erteilenden Behörde ebenfalls eine Zulassung erteilen, wenn nicht schwerwiegende Gründe dem entgegen stehen.

Für zugelassene Arzneimittel besteht in der EU auf Großhandelsebene freier Warenverkehr. Es bestehen lediglich die Beschränkungen, die durch gewerbliche Schutzrechte (z.B. Patente, Urheberrechte) auch für Waren aus dem Konsumgüterbereich gelten. In Deutschland werden zusätzlich bestimmte Anforderungen an Unternehmen gestellt, die Arzneimittel transportieren und lagern.

Die Abgabe von Arzneimitteln an Endverbraucher ist im Gegensatz zum Großhandel in Deutschland stark reguliert. Ob diese Regelungen mit EU-Recht vereinbar sind, ist bislang nicht geklärt. Eine Apotheke des holländischen Unternehmens DocMorris im Saarland ist Gegenstand eines Gerichtsverfahrens, das noch nicht

einmal in Deutschland über die ersten Instanzen hinaus entschieden ist, das heißt noch lange von einer Entscheidung des EU-Gerichtshofes entfernt ist. Der Apothekerverband und eine benachbarte Apotheke hatten eine inzwischen im Eilverfahren wieder aufgehobene einstweilige Verfügung zur Schließung der Filialapotheke erwirkt. Der Streitpunkt ist das deutsche Mehrbesitzverbot, das bestimmt, dass ein Apotheker nicht mehr als fünf Filialen führen darf. Die Bundesregierung hat bereits erklärt, dass sie die deutschen Regelungen sofort anpassen werde, wenn sich herausstellt, dass sie nicht mit EU-Recht vereinbar sind.

Von mehr Wettbewerb im Arzneimittelvertrieb würden die Versicherten über geringere Preise und damit gegebenenfalls geringere Beiträge für die Gesetzliche Krankenversicherung profitieren. Die Bundesregierung sollte zur Schaffung von mehr Wettbewerb und zur Senkung der Beitragssätze auch ohne eine entsprechende gerichtliche Verurteilung das Mehrbesitzverbot aufheben.

Weiterhin behindert der Kontrahierungszwang für alle in Deutschland zugelassenen Arzneimittel den Wettbewerb. Er schreibt allen Apotheken vor, dass sie alle in Deutschland zugelassenen Arzneimittel an Kunden liefern können müssen. Sie dürfen sich nicht an bestimmte Hersteller binden. Dadurch werden Rabattverhandlungen mit Arzneimittelgroßhändlern für die Apotheker erheblich erschwert. Das Wettbewerbsstärkungsgesetz, das am 1.4.2007 in Kraft getreten ist, benachteiligt bei der Verhandlung über Preise die Apotheken gegenüber der GKV als Nachfrager nach Arzneimitteln. Eine vollständige Liberalisierung, die Rabattverträge zwischen allen Akteuren (Apotheken, GKV, Großhändler, Hersteller) erlaubte, wäre im Interesse des Wettbewerbs und damit der Verbraucher. Ebenfalls im Interesse des Wettbewerbs und der Verbraucher wäre es, wenn es ausländischen Apothekern nicht weiterhin verboten wäre, eine neue Apotheke zu gründen (Paragraf 2 Absatz 2 Apothekengesetz).

■ 8 Zulassung von Anbietern medizinischer Leistungen aus anderen EU-Staaten in Deutschland

Bei der Zulassung von ausländischen Anbietern von Gesundheitswaren und -leistungen besteht das Hauptproblem in der Gratwanderung, einerseits eine gewünschte Qualität sicherzustellen und andererseits ausländische Anbieter nicht zu benachteiligen. Die entsprechenden EU-Vorgaben lösen das Problem dadurch, dass sie im Inland höhere Qualitätsanforderungen erlauben – solange ausländische Anbieter durch passende Fortbildungsmöglichkeiten die Anforderungen erfüllen können. Dabei dürfen an ausländische Anbieter keine höheren Anforderungen gestellt werden als an inländische. Aus diesem Grund ist es beispielsweise erlaubt, von

ausländischen Ärzten eine einjährige Fortbildung zu verlangen, wenn die Ausbildung im Herkunftsland des Arztes ein Jahr kürzer ist als in Deutschland (Zimmermann 2007).

In mehreren europäischen Grenzregionen gibt es bereits Verträge von deutschen Versicherern mit ausländischen Leistungsanbietern und umgekehrt. So hat beispielsweise ein Krefelder Krankenhaus mit dem niederländischen Unternehmen Top-Care in Venlo, das Patienten vermittelt, einen Vertrag zur Behandlung von holländischen Patienten abgeschlossen. Ähnliche Vereinbarungen gibt es auch im Saarland. Darüber hinaus wird bereits im Rettungsdienst in einigen Grenzregionen mit den Nachbarländern zusammengearbeitet (z.B. Luxemburg und Rheinland-Pfalz). Auf deutscher Seite sind für solche Abkommen die Bundesländer zuständig, soweit hoheitliche Aufgaben betroffen sind (Rettungsdienst).

Für die Zusammenarbeit zwischen Leistungsanbietern und Versicherern (außerhalb des Rettungsdienstes) genügt auf deutscher Seite Paragraph 140e Sozialgesetzbuch (SGB) V, der es deutschen Versicherern ausdrücklich erlaubt, mit ausländischen Leistungsanbietern Verträge zur Versorgung ihrer Versicherten abzuschließen. Hingegen 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 niedrigerer Ebene (mit deutschen Bundesländern, deutschen Leistungsanbietern und deutschen Versicherern) auszuhandeln.

Zwischen Frankreich und Deutschland ist im Januar dieses Jahres ein entsprechender Vertrag in Kraft getreten. Die Verhandlungen hatten sich stark beschleunigt, nachdem die französische Polizei einen deutschen Krankenwagen wegen der Verletzung von Hoheitsrechten nicht nach Frankreich gelassen hatte und ein Kind im Krankenwagen gestorben war.

Verhandlungen mit Polen und Tschechien laufen derzeit, diejenigen mit Belgien ziehen sich aufgrund komplizierter Zuständigkeiten auf belgischer Seite bereits seit längerem hin.

■ 9 Versicherung bei ausländischen Versicherern

In Deutschland besteht für den größten Teil der Bevölkerung eine Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Ihr können die Bürger gegenwärtig nicht dadurch nachkommen, dass sie sich bei einem ausländischen Krankenversicherer versichern. Das bedeutet, es findet in diesem Bereich kein EU-weiter Wettbewerb statt.

In Deutschland findet in der GKV eine Einkommensumverteilung statt. Der prozentual erhobene Beitragssatz sorgt dafür, dass Personen mit einem höheren Lohn auch höhere Beiträge entrichten als Personen mit geringerem Lohn. Der Anspruch auf Leistungen ist jedoch für alle gleich (Solidaritätsprinzip). Ein so finanziertes Gesundheitswesen steht einem EU-weiten Wettbewerb der Versicherer entgegen. Könnten sich diejenigen, die in diesem System finanziell stärker belastet werden, bei ausländischen Krankenkassen ohne Einkommensumverteilungskomponente versichern, würde das Solidaritätsprinzip der GKV ausgehöhlt.

Es gibt grundsätzlich drei Möglichkeiten, wie dennoch für EU-weiten Wettbewerb der Versicherer gesorgt werden könnte:

- die Finanzierung nach dem Solidaritätsprinzip wird auf die gesamte EU ausgedehnt,
- die Finanzierung erfolgt EU-weit unabhängig vom Einkommen über Prämien und die Umverteilung zwischen „arm“ und „reich“ wird durch das nationale Steuer-Transfersystem vorgenommen oder
- ausländische Versicherer müssen für ihre deutschen Versicherten an dem solidarischen Finanzierungssystem teilnehmen.

Das Prinzip der Einkommensumverteilung durch die GKV auf die gesamte EU auszudehnen, erscheint unrealistisch. Dazu wäre zwischen allen EU-Staaten ein Konsens über die Überlegenheit des GKV-Systems notwendig, der nicht abzusehen ist.

Auch bei privaten, risikoäquivalenten Versicherungen werden Ressourcen (allerdings begrenzt) zugunsten derjenigen umverteilt, bei denen der versicherte Schaden eingetreten ist. Damit besteht auch in privaten Versicherungen eine Solidarität zwischen denjenigen, die krank werden und denjenigen, die gesund bleiben. Allerdings besteht diese Solidarität nur zwischen Personen mit dem gleichen Risiko. Die GKV enthält hingegen zwei weitere Umverteilungsmaßnahmen. Das ist die bereits angesprochene Umverteilung zwischen „arm“ und „reich“ und die Umverteilung zwischen Familien mit beitragsfrei mitversicherten Angehörigen und Alleinstehenden.

Wenn hingegen die Finanzierung über das Steuer-Transfersystem stattfinden würde, wäre ein EU-weiter freier Wettbewerb der Versicherer um die Versicherten möglich. In diesem Fall würde jede Person unabhängig von der Einkommenshöhe eine risikoabhängige Prämie an seine Krankenversicherung zahlen. Gleichzeitig müsste die Einkommensteuer erhöht (oder ein Gesundheitssolidarzuschlag erhoben) werden. Diese zusätzlichen Steuereinnahmen würden genutzt, um Personen mit niedrigem Einkommen und hohem Risiko einen Zuschuss zur Krankenversicherung zu zahlen (Zweifel und Breuer 2002). Probleme, die aufgrund von Informationsasymmetrien zwischen Versiche-

Plädoyer für mehr Wettbewerb bei medizinischen Leistungen in Europa

rer und Versichertem entstehen könnten, sind vernachlässigbar (Arnold 2006, S. 126–132).

Ist ein solches System von der Politik nicht gewünscht, kann auch eine Regelung getroffen werden, die es ausländischen Anbietern ermöglicht, am deutschen System nach den deutschen Regeln teilzunehmen. Theoretisch denkbar ist, dass dabei sogar die Beitragszahlung nach Einkommenshöhe aufrechterhalten wird.

Die Erfassung der Einkommen der Versicherten zur Berechnung des Beitrages könnte jedoch ein kritischer Punkt sein. Schließlich gibt es dabei selbst in der GKV Probleme, weil die einzelne Kasse kein Interesse daran hat, möglichst hohe Einkommen festzustellen. Bei der gegenwärtigen Regelung haben die gesetzlichen Krankenkassen kaum ein Interesse an der Feststellung eines hohen Einkommens ihrer Versicherten, weil sie aus dem Risikostrukturausgleich für jeden Versicherten einen Betrag erhalten, der unabhängig von seinem Einkommen ist. Das bedeutet, die Feststellung eines höheren Einkommens und damit verbunden einer höheren Beitragspflicht bewirkt für die Krankenkasse gegenwärtig kaum eine Erhöhung ihres finanziellen Spielraums. Vielmehr fließen die zusätzlichen Einnahmen aus höheren Einkommensfeststellungen durch den Risikostrukturausgleich gleichmäßig an alle Krankenkassen.

Bei einem Prämiensystem, bei dem jeder Versicherte einen bestimmten Euro-Betrag unabhängig von Einkommen und Risiko zu zahlen hätte, entfällt für die Krankenversicherer die Prüfung der Einkommenshöhe. Deswegen wäre es auch leichter, ausländische Unternehmen am deutschen Krankenversicherungsmarkt teilhaben zu lassen. In diesem Fall würde ähnlich wie bei risikoäquivalenten Prämien die Umverteilung nach Einkommen auf das Steuertransfersystem verlagert (Arnold 2006).

■ 10 Fazit

Zur Steigerung der Effizienz im Gesundheitswesen sollte innerhalb der EU mehr internationaler Wettbewerb zugelassen werden. Die dafür notwendigen Voraussetzungen sind bereits geschaffen worden. Insgesamt sind die gegenwärtigen Regelungen zufrieden stellend, wenn man davon ausgeht, dass die Gesundheitssysteme nicht harmonisiert werden sollen und dennoch der Wettbewerb gestärkt werden soll. Weitere Reformen sind nötig:

■ Die Richtlinie 883/2004, die die alte Richtlinie 1408/71 ersetzen wird, sollte, bevor sie in Kraft tritt, so geändert werden, dass generell keine Genehmigung vor der Inanspruchnahme eines Gesundheitsgutes im EU-Ausland erforderlich ist – auch nicht für Krankenhausleistungen (wie gegenwärtig). Die aktuelle Fassung der neuen Richtlinie sieht sogar eine Genehmigungspflicht für

Fälle vor, die bisher (nach der Rechtsprechung des EU-Gerichtshofes) genehmigungsfrei sind.

■ Die Dienstleistungsrichtlinie sollte so in deutsches Recht umgesetzt werden, als würde sie auch für Gesundheitsleistungen gelten. Auf europäischer Ebene sollte sich Deutschland dafür einsetzen, dass für den Gesundheitsbereich eine der Dienstleistungsrichtlinie vergleichbare Regelung beschlossen wird. Dadurch würde mehr Wettbewerb zwischen Anbietern im Gesundheitswesen erzeugt, Preise und Qualität könnten sich besser und schneller an die Wünsche der Versicherten anpassen. Der einzige stichhaltige Grund, den Gesundheitsbereich von der Dienstleistungsrichtlinie auszunehmen, nämlich das Problem der Qualitätssicherung, ist durch die Änderung der Richtlinie weggefallen. Sie sieht jetzt das Zielprinzip vor, das heißt, auch ausländische Anbieter müssen sich in Deutschland an die deutschen Vorschriften halten. Durch entsprechende Änderungen in anderen Bereichen ist inzwischen oder wird in Kürze auch sichergestellt, dass die ausländischen Anbieter sowohl straf- (bei Verstößen gegen Mindestqualitätsvorschriften) als auch zivilrechtlich (Schadensersatz) nahezu genauso leicht belangt werden können, wie inländische.

■ Die Urteile des EU-Gerichtshofes sollten in die entsprechenden EU- und nationalen Vorschriften umgesetzt werden, um für alle Beteiligten die Transparenz zu erhöhen.

■ Es sollte darüber nachgedacht werden, wie der Wettbewerb zwischen den Versicherern (GKV) dadurch intensiviert werden kann, dass Versicherer aus anderen EU-Staaten an dem deutschen Markt teilhaben können. Einen guten Kompromiss zwischen risikoäquivalenten Prämien und der Ausweitung der solidarischen Finanzierung des GKV-Systems auf alle EU-Staaten könnten Pauschalprämien sein. Dabei müssten nicht alle EU-Mitgliedstaaten ein Pauschalprämiensystem einführen. Vielmehr könnten ausländische Versicherer auch aus Ländern ohne ein Pauschalprämiensystem sich am deutschen Markt engagieren.

■ Das Apothekenrecht sollte wettbewerbfreundlicher gestaltet werden, so dass es für ausländische Anbieter leichter wird, in Deutschland eine Apotheke zu eröffnen. Dazu sollte das Mehrbesitzverbot, der Kontrahierungszwang und das Verbot für Anbieter aus anderen EU-Ländern, eine Apotheke in Deutschland zu gründen, abgeschafft werden.

Ziel dieser Vorschläge ist es, den Wettbewerb zu intensivieren. Davon profitieren vor allem die Versicherten. Die Anbieter von Gesundheitsleistungen oder Waren geraten jedoch mit den genannten Reformvorschlägen unter verstärkten Konkurrenzdruck, weshalb sie entsprechende Absichten zum großen Teil ablehnen und zu verhindern suchen (beispielsweise die Apotheker, die sich gegen die Eröffnung einer Filialapotheke von DocMorris wehren). Im Interesse der Versicherten und gegen den Widerstand einiger Anbieter im Gesundheitswesen sollten diese Vorschläge umgesetzt werden. ♦

Webquellen

(letzter Zugriff im März 2007)

1 www.equam.ch

Literatur

Arnold R (2006): Ein normativ begründetes Modell für die Krankenversicherung in Deutschland. Aachen: Shaker

Bundesverfassungsgericht (2005): Gesetz zur Umsetzung des Rahmenbeschlusses über den Europäischen Haftbefehl ist nichtig. 2 BvR 2236/04, Urteil vom 18.7.2005, www.bverfg.de → Entscheidungen → „Aktenzeichen“ auswählen → „2 BvR 2236/04“ eingeben →

2 BvR 2236/04 vom 18.07.2006 (letzter Zugriff am 07.03.2007)

Deutscher Bundestag (2006): Gesetz zur Umsetzung des Rahmenbeschlusses über den Europäischen Haftbefehl und die Übergabeverfahren zwischen den Mitgliedstaaten der Europäischen Union. Europäisches Haftbefehlsgesetz (EuHbG) vom 20.7.2006, in: Bundesgesetzblatt, Teil I, Nr. 36, S. 1721–1726

Deutscher Bundestag (2006): Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG), in: Drucksache 16/3100, <http://drucksachen.bundestag.de/> → eingeben: Wahlperiode „16“ Nummer „3100“

EU-Kommission (2006): Verordnung des Europäischen Parlaments und des Rates zur Einführung eines Europäischen Mahnverfahrens. Stellungnahme der Kommission, Brüssel, 06.12.2006, <http://eur-lex.europa.eu/> → Der Zugang zum EU-Recht [DE] → einfache Suche → Nummer → „KOM-Dokument“ anklicken → Jahr „2006“, Nummer „0797“ → bibliographische Angaben + Text (letzter Zugriff am 07.03.2007)

EU-Rat (2002): Rahmenbeschluss über den Europäischen Haftbefehl und die Übergabeverfahren zwischen den Mitgliedstaaten. Rahmenbeschluss zum Europäischen Haftbefehl (RbEuHb), in: Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaften, Reihe L, Nr. 190, S. 1–20

EU-Rat (2005): Rahmenbeschluss 2005/214/JI über die Anwendung des Grundsatzes der gegenseitigen Anerkennung von Geldstrafen und Geldbußen. RbAGgAGsGb, in: Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaften, Reihe L, Nr. 76, S. 16–30

EU-Rat (2006a): Richtlinie 2006/123/EG über Dienstleistungen im Binnenmarkt. In: Amtsblatt der Europäischen Union, 27.12.2006, L 376, S. 1–68, <http://eur-lex.europa.eu> → Der Zugang zum EU-Recht → Einfache Suche → CELEX-Nummer → CELEX-Nummer eingeben: 32006L0123

EU-Rat (2006b): Europäischer Haftbefehl,

<http://europa.eu/scadplus/leg/de/lvb/l33167.htm> (letzter Zugriff am 07.03.2007)

Europäischer Wirtschafts- und Sozialausschuss (2005): Stellungnahme zu dem „Vorschlag für eine Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates über Dienstleistungen im Binnenmarkt“.

<http://eescopinions.eesc.europa.eu/> → Opinion nr: „137“, Year „2005“ (letzter Zugriff am 07.03.2007)

EU-Staaten (2002): Vertrag zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft. EG-Vertrag vom 10.3.2001, in: Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaften Nr. C-325, S. 33–184

EWG (2004): Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- oder abwandern. EWG-Verordnung 1408/71 vom 30.1.1997

Gebhardt E (2006): Den Binnenmarkt für die Bürger fair und sozial ausgewogen gestalten (Perspektiven des europäischen Gesundheitsmarktes aus Sicht der SPD), in: Klusen N (Hrsg.): Wettbewerb und Solidarität im europäischen Gesundheitsmarkt, aus der Reihe: Beiträge zum Gesundheitsmanagement, Band 16, Baden-Baden: Nomos, 153–163

Gerichtshof der Europäischen Gemeinschaften (2001): Urteil des Gerichtshofes in der Rechtssache Abdou Vanbraekel u.a., C-368/98, Urteil vom 12.7.2001,

<http://curia.europa.eu/> → de → Rechtsprechung → Suchformular → Aktenzeichen „C-368/98“ (letzter Zugriff am 07.03.2007)

Gerichtshof der Europäischen Gemeinschaften (2006): Urteil des Gerichtshofes in der Rechtssache Yvonne Watts C-372/04, Urteil vom 16.5.2006,

<http://curia.europa.eu/> → de → Rechtsprechung → Suchformular → Aktenzeichen „C-372/04“ (letzter Zugriff am 07.03.2007)

Gerichtshof der Europäischen Gemeinschaften (1998): Urteil des Gerichtshofes in der Rechtssache Nicolas Decker C-120/95, Urteil vom 28.4.1998,

<http://curia.europa.eu/> → de → Rechtsprechung → Suchformular → Aktenzeichen „C-120/95“ (letzter Zugriff am 07.03.2007)

Zimmermann T: Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung aus der Perspektive des deutschen Gesundheitssystems: Status quo, Bestimmungsgünde und Entwicklungspotentiale, Baden-Baden: Nomos (erscheint voraussichtlich 2007)

Zweifel P, Breuer M (2002): Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssystems. Gutachten im Auftrag des Verbands Forschender Arzneimittelersteller e.V., Zürich,

<http://www.vfa.de/> → „Suche nach“ → „Züricher Modell“ eingeben → 11.08.2002 PDF Studie Züricher Modell von Zweifel/Breuer (letzter Zugriff am 07.03.2007)

DER AUTOR



Dr. rer. pol. Robert Arnold,
Studium der Volkswirtschaft an den Universitäten Münster
und Trier mit dem Schwerpunkt Sozialpolitik und -verwaltung.
Promotion an der Universität Trier. Von 2001 bis 2006 wissen-

schaftlicher Mitarbeiter am Zentrum für Gesundheits-
ökonomie. Seit 2001 Politikberatung zu Fragen der
Regulierung im Gesundheitswesen.