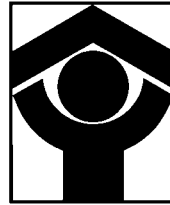




Perspektiven der PKV in Europa

**Verband der privaten
Krankenversicherung e.V.**

PKV-Dokumentation 23



Perspektiven der PKV in Europa

©
Verband der privaten Krankenversicherung e. V.
Bayenthalgürtel 26 · 50968 Köln
Telefon 0221 / 3 76 62-0 · Telefax 0221 / 3 76 62 10
Btx * 20 177 #
Internet:
<http://www.pkv.de>
eMail: postmaster@pkv.de
Köln, im Mai 1999
ISSN 0340-1367

INHALT

	Seite
Vorwort	5
Geleitwort Prof. Dr. Günter Hirsch Europäische Sozialunion kraft Richterrecht?	7
Georges Schroeder Die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs zur Leistungspflicht der Krankenversicherung aus der Sicht Luxemburgs	15
Ministerialdirektor Dr. jur. Manfred Zipperer Die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes zur Leistungspflicht der Krankenversicherung aus der Sicht der deutschen Bundesregierung	19
Geert Jan Hamilton Die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs zur Leistungspflicht der Krankenversicherung aus der Sicht der Regierung und der gesetzlichen Krankenversicherung der Niederlande	33
Professor Dr. Meinhard Heinze Die Auswirkungen der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes auf den Markt der substitutiven privaten Krankenversicherung	41

Dr. jur. Jan Boetius	
Europäische Perspektiven aus Unternehmenssicht	63
Professor Dr. Eberhard Wille	
Mögliche Auswirkungen der Europäischen	
Währungsunion auf die Sozial-, insbesondere auf die	
gesetzliche Krankenversicherung	79

Vorwort

Seit 1995 führen die deutschen und die niederländischen privaten Krankenversicherungen jährlich eine Europatagung zu Themen der substitutiven privaten Krankenversicherung durch. Diese Präsenz auf der europäischen Bühne ist die direkte Folge der Liberalisierung des Versicherungsmarktes der Privatversicherer und der unbeschadet nationaler Sozialautonomie zunehmenden Bedeutung europäischer Entscheidungen. Zumal im Zeichen des Euro werden Strukturanpassungen auch im sozialen Sektor zwangsläufig sein, wie Professor Wille darlegte. Die substitutive Krankenversicherung hat allen Grund, sich in diesem Zusammenhang zu Wort zu melden, ist sie doch in Europa, wo es größere private substitutive Märkte nur in den Niederlanden und in Deutschland gibt, im Vergleich zur Sozialversicherung und den staatlichen Systemen nur relativ schwach vertreten.

Als Tagungsort für die 1998er Europatagung war Luxemburg als Sitz des Europäischen Gerichtshofs gewählt worden. Ihre Aktualität bezog das Treffen aus den vorangegangenen Entscheidungen des EuGH zur Pflegeversicherung und zur grenzüberschreitenden Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung, aus den Urteilen Molenaar und Kohll/Decker. Deren Begründungen und Auswirkungen auf die nationalen Sicherungssysteme wurden für Deutschland und Luxemburg von den Herren Dr. Zipperer und Schroeder kritisch gesehen, während ihnen der Niederländer Hamilton eher positive Gesichtspunkte abgewinnen konnte. Daß sich die private Krankenversicherung überhaupt mit dieser Thematik befaßte, mag auf den ersten Blick überraschen, ist sie in ihrem Bedingungsnetz doch schon längst auf die europaweite Leistungspflicht festgelegt. Sie tut sich damit naturgemäß auch leichter, da sie anders als die auf die Solidarität verpflichtete Sozialversicherung individuelle risikogerechte Beiträge erhebt, orientiert an einer Leistungshöhe, die nicht von nationalen Budgetbegrenzungen oder ähnlichen Einschränkungen begleitet ist. Die Ausstrahlung der Urteile zur Sozialversicherung auch auf die substitutive private Krankenversicherung ist den-

noch unverkennbar. Der PKV muß daran gelegen sein, daß das Gesamtsystem, das auf dem Versicherungsprinzip basiert und zu dem sie als substitutives Element gehört, nicht destabilisiert, sondern gestärkt wird. Zudem gibt es für sie direkte Auswirkungen der Luxemburger Entscheidungen. Für die private Pflegepflichtversicherung liegen sie auf der Hand und sind durch eine freiwillige Anpassung an die europäischen Vorgaben auch schon berücksichtigt worden. Für die substitutive private Krankenversicherung ergibt sich dies: Die Hervorhebung der Grundfreiheiten durch den EuGH läßt den Rückschluß zu, daß eine Einschränkung des grenzüberschreitenden Wettbewerbs, etwa durch eine Anhebung der Krankenversicherungspflichtgrenze in der Bundesrepublik, europarechtswidrig wäre. Aus dem Vortrag von Professor Heinze wird dies deutlich, im Geleitwort des deutschen Europarichters Hirsch klingt dieser Gesichtspunkt an. Eine ebenso spannende wie leider noch offene Frage ist, ob es mit der Freizügigkeit der Bürger wirklich vereinbar ist, daß der substitutive private Krankenversicherungsschutz im Gegensatz zum Sozialversicherungsschutz in anderen Mitgliedstaaten nicht anerkannt wird, etwa wenn ein privatversicherter deutscher Student bei Aufnahme des Studiums in Brüssel gezwungen wird, sich gesetzlich zu versichern und damit seine Privatversicherung aufzugeben.

Die insbesondere von Dr. Boetius und dem holländischen Versicherer Dr. Paulus, der an den Abschluß von Verträgen mit deutschen Ärzten denkt (sein umfangreicher Vortrag konnte aus Platzgründen nicht abgedruckt werden), vorgestellten Perspektiven und Chancen des größeren europäischen Marktes laden geradezu ein, sich einmal über die nationale Sicht zu erheben und europäische Zukunftsbilder zu entwerfen. So hat Dr. Boetius zu bedenken gegeben, ob nicht angesichts des allen europäischen Ländern gemeinsamen demographischen Problems generell der Übergang zum Anwartschaftsdeckungsverfahren ins Auge gefaßt werden sollte – auch wenn dabei manche traditionellen Grenzen zwischen der bereits nach diesem System arbeitenden Privatversicherung und der auf das Umlagesystem festgelegten Sozialversicherung zunächst verschwimmen sollten. Wer solche Gedanken als Distanzierung vom deutschen System, das von der PKV einmütig als unter den obwaltenden

Umständen beste Lösung bejaht wird, und als potentiellen Übergriff auf den Kassensektor mißversteht, wird den Ansprüchen an europäische Gedankenfreiheit nicht gerecht.

Köln, im Mai 1999

Verband der privaten Krankenversicherung e.V.

Greisler
Vorsitzender

Dr. Uleer
Verbandsdirektor

Geleitwort

Europäische Sozialunion kraft Richterrecht?

Die Europäische Union ist längst über ihre ursprüngliche Beschränkung auf eine Wirtschaftsgemeinschaft hinausgewachsen. Nichts zeigt dies deutlicher als die gemeinsame Währung und der nach dem Amsterdamer Vertrag breit gefächerte Katalog der Aufgaben der Gemeinschaft. Daß Fragen der sozialen Sicherheit vom Integrationsprozeß nicht ausgeschlossen sein können, liegt auf der Hand. Die Grenzziehung zwischen Gemeinschaftskompetenz und der Regelungshoheit der Mitgliedstaaten wirft jedoch gerade in diesem Bereich schwierige rechtliche und rechtspolitische Fragen auf, wie die kontroversen Reaktionen auf die Urteile Kohll und Decker sowie Molenaar des Europäischen Gerichtshofs vom 28. April 1998 bzw. 5. März 1998 zeigen.

Mit diesen Urteilen hat der Gerichtshof Versicherungsbestimmungen gesetzlicher Krankenkassen für rechtswidrig erklärt, die die Erstattung der Kosten für eine in einem anderen Mitgliedstaat durchgeführte Zahnbehandlung bzw. gekaufte Brille von einer vorherigen Genehmigung des Versicherungsträgers abhängig machen. Im Urteil Molenaar wurde die Beschränkung von Pflegegeld auf im Inland erbrachte Pflegeleistungen für gemeinschaftswidrig erklärt.

Das Grundsatzproblem, das insbesondere in den politischen Reaktionen auf diese Urteile zu Recht in den Mittelpunkt gestellt wurde, lautet, ob und inwieweit das EG-Recht die Mitgliedstaaten auch in Bereichen beschränkt, die nach der Kompetenzordnung der Gemeinschaft ausschließlich nationaler Regelungshoheit unterliegen. Setzt also das Gemeinschaftsrecht den nationalen Gesetzgebern z. B. auch im Hinblick auf die Einkommensteuer, auf das Strafrecht, auf Kultur- und Medienfragen oder – wie im Ausgangsfall – auf die Ordnung des Krankenversicherungssystems Grenzen?

Europa wurde als Wirtschaftsgemeinschaft konzipiert, die, will sie funktionieren, Rechtsgemeinschaft sein muß. Rechtsgemeinschaft bedeutet

nicht, daß eine Vereinheitlichung der Rechtsordnungen der Mitgliedstaaten Aufgabe oder Ziel der Gemeinschaft wäre. Vielmehr müssen nationale Rechtsregeln nur dort zurücktreten, wo die Verträge der Gemeinschaft eine Regelungskompetenz zugewiesen haben (Grundsatz der beschränkten Einzelmächtigung nach Art. 3 b Abs. 1 EGV), von der diese unter Achtung des Subsidiaritätsprinzips Gebrauch gemacht hat.

Trotz einiger sozialpolitischer und sozialrechtlicher Ansätze, wie etwa der Gemeinschaftscharta der sozialen Grundrechte oder der sozialen Absicherung der Arbeitnehmer, läßt das Gemeinschaftsrecht die Zuständigkeit der Mitgliedstaaten zur Ausgestaltung ihrer sozialen Sicherungssysteme bewußt unberührt. Sozialpolitik ist nationale Gestaltungsaufgabe; auch wenn ein „hohes Maß an sozialer Sicherheit“ sowie „die Förderung des sozialen Zusammenhalts“ zwischen den Mitgliedstaaten nach Art. 2 EGV Gemeinschaftsziele sind, folgt hieraus noch keine Handlungsermächtigung. Zur Schaffung einer Sozialunion hat die Gemeinschaft keine Befugnis.

Hieraus zu schließen, daß die Ordnung der gesetzlichen Krankenversicherung von den Mitgliedstaaten völlig autonom und vom Gemeinschaftsrecht unberührt ausgestaltet werden könnte, verkennt jedoch die Verschränktheit der beiden Rechtsordnungen. Das Herzstück der Gemeinschaft ist der freie Verkehr von Waren zwischen den Mitgliedstaaten, das Recht der Arbeitnehmer auf grenzüberschreitende Berufstätigkeit, das Recht von Unternehmen, sich frei niederzulassen, die freie Erbringung von Dienstleistungen sowie der freie Kapital- und Zahlungsverkehr (sog. Binnenmarktfreiheiten). Diese Grundfreiheiten setzen den Mitgliedstaaten auch dort Grenzen, wo ausschließlich ihnen die Regelungshoheit zusteht. Hinzu kommt das Verbot jeder Diskriminierung von Gemeinschaftsbürgern wegen ihrer Staatsangehörigkeit.

Damit sind Spannungen vorprogrammiert. Der Definition einer Zuständigkeit als eine ausschließliche widerspricht es zwar nicht, daß der Ausübung dieser Kompetenz Grenzen durch höherrangiges Recht gesetzt werden. Deshalb ist der Leitsatz, daß die Grundfreiheiten des Vertrages

von den Mitgliedstaaten auch bei Ausübung der ihnen zustehenden Regelungshoheit zu beachten sind, geradezu eine Selbstverständlichkeit. Das Problem, angelegt im Spannungsfeld von nationaler Zuständigkeit und übergeordneten gemeinschaftsrechtlichen Grundprinzipien, liegt vielmehr in der richterrechtlichen Festlegung der Tragweite der Grundfreiheiten im konkreten Fall.

Der Europäische Gerichtshof hat die Grundfreiheiten des Vertrages im Wege der Rechtsfortbildung mit Grundrechtselementen aufgeladen. Ursprünglich als Verbot der Diskriminierung ausländischer Waren, Arbeitnehmer, Dienstleister etc. konzipiert (unter die der Gerichtshof auch eine mittelbare Diskriminierung subsumierte), wurden zumindest einige der Grundfreiheiten zum Verbot einer Behinderung (Beschränkung) von Waren, Personen und Unternehmen aus anderen Mitgliedstaaten fortentwickelt. Verboten ist etwa nicht nur, einen Arbeitnehmer aus einem anderen Mitgliedstaat auf dem Arbeitsmarkt wegen seiner Staatsangehörigkeit zu benachteiligen, vielmehr darf keinem Arbeitnehmer die Aufnahme einer Berufstätigkeit in einem anderen Mitgliedstaat erschwert werden.

Die Ausdehnung der Grundfreiheiten durch den EuGH ist janusköpfig; sie gibt einerseits den EG-Bürgern mehr Rechte, beschränkt jedoch andererseits den Regelungsspielraum der Mitgliedstaaten. Hinzugefügt könnte noch werden, daß sie die Rolle (hier von Macht zu sprechen, würde einen Mißbrauch der Richterstellung insinuieren) des Gerichtshofes selbst stärkt, da er als Hüter der Verträge Rechtsschutz gegen Verletzung der Grundfreiheiten gibt.

Ein weiteres Problem kann darin liegen, die Tragweite einer Entscheidung des EuGH zu bestimmen. Die genannten Urteile Kohll und Decker etwa betreffen unmittelbar nur ein nach dem Kostenerstattungsprinzip organisiertes System sowie ambulante (zahn-)ärztliche Leistungen und Heilhilfsmittel. Hieraus wurde zum Teil der Schluß gezogen, daß für Sozialsysteme auf der Basis des Sachleistungsprinzips sowie für stationäre ärztliche Leistungen und Kuren die rechtlichen Schlußfolgerungen des Gerichtshofes nicht gelten. Ob diese Unterschiede so entscheidend

sind, daß sie zu einer anderen Beurteilung der Rechtsfrage (Eingriff in Grundfreiheiten des Vertrages) zwingen, erscheint jedoch fraglich. Zutreffend ist aber sicherlich, daß die in den Urteilen aufgeworfene Frage der Rechtfertigung von Eingriffen in die Dienstleistungsfreiheit jeweils im Hinblick auf die konkreten Umstände zu beurteilen ist. Zu fragen wäre also, ob etwa dann, wenn von deutschen Kassenpatienten stationäre ärztliche Leistungen und verordnete Kuren in erheblichem Umfang im EG-Ausland in Anspruch genommen werden, das finanzielle Gleichgewicht des deutschen Systems in Gefahr gerät oder der Umfang der medizinischen und pflegerischen Versorgung oder eines bestimmten Niveaus der Heilkunde nicht mehr gewährleistet wäre. Der Beitrag von M. Heinze gibt hierzu überzeugende Antworten.

Zu betonen ist, daß nach den genannten Urteilen der Anspruch des Kassenpatienten bei Leistungen im Ausland nur in Höhe der für entsprechende Leistungen im Inland vorgesehenen zu erstattenden Kosten besteht. Ist die Leistung im Ausland billiger, fordert das Gemeinschaftsrecht sicherlich nicht, daß mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten erstattet werden.

Sollte durch die Öffnung der gesetzlichen Krankenversicherungssysteme die grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen gegenüber innerstaatlichen Leistungen bevorzugt werden, ist dies kein Problem des Gemeinschaftsrechts. Dieses verbietet nicht die Schlechterstellung rein nationaler Sachverhalte im Verhältnis zu solchen, die vom Gemeinschaftsrecht erfaßt werden. Die Beseitigung derartiger sog. „Inländerdiskriminierungen“ ist Sache des nationalen Gesetzgebers.

Festzuhalten bleibt, daß im Rahmen des Prozesses der europäischen Integration das Gemeinschaftsrecht zunehmend auf die Organisation und Strukturen der nationalen Systeme der sozialen Sicherung einwirken wird. In einem politisch, ökonomisch und sozial vernetzten Europa müssen nationale Gesetzgeber sowohl grenzüberschreitende Sachverhalte als auch die Auswirkungen rein nationaler Regelungen auf den europäischen Wettbewerb bedenken.

Die Krankenversicherer stehen in grenzüberschreitender Konkurrenz; Maßnahmen des Gesetzgebers, die protektionistisch wirken, verstoßen gegen Grundprinzipien des Gemeinschaftsrechts. So wird etwa bei jeder gesetzlichen Veränderung der Stellung und der Marktbedingungen der substitutiven Krankenversicherer zu berücksichtigen sein, ob sie sich nicht mittelbar zum Nachteil ausländischer Wettbewerber auswirkt.

Der nationale Gesetzgeber muß – dies zeigen sehr deutlich die folgenden Beiträge – auch und gerade im Bereich der sozialen Sicherungssysteme die europäische Dimension immer stärker in den Blick nehmen.

Professor Dr. Günter Hirsch
Richter am Gerichtshof
der Europäischen Gemeinschaften
– Kammerpräsident –



Georges Schroeder
Generalinspektion der
Sozialen Sicherung, Luxemburg

Die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs zur Leistungspflicht der Krankenversicherung aus der Sicht Luxemburgs

Zu Beginn meiner Ausführungen zur Rechtsprechung des EuGH in der Sache Decker und Kohll will ich Ihnen einen kurzen Überblick über das Krankenversicherungswesen in Luxemburg geben.

Die gesetzliche Krankenversicherung beruht auf dem Prinzip der Pflichtversicherung. Arbeitnehmer und Selbständige, Rentenempfänger, Bezieher von Arbeitslosenunterstützung oder Krankengeld, Sozialhilfempfänger, sie alle sind pflichtversichert. Ihre Familienmitglieder sind mitversichert. Somit genießt, von einigen wenigen Ausnahmen abgesehen, die gesamte Wohnbevölkerung den Schutz der gesetzlichen Krankenversicherung. Das Leistungsniveau der gesetzlichen Krankenversicherung liegt im Schnitt bei 95 Prozent der Ausgaben. Die Versicherten sind hauptsächlich an den Kosten für Arztbesuche, Arzneimittel und Massagen beteiligt. Bei Zahnersatz oder bei Brillen zahlen die Kassen nur begrenzt. Bei Krankenhausaufenthalt wird nur die 2. Klasse übernommen.

Das Betätigungsfeld privater oder auf dem Mutualitätsgedanken beruhender Krankenversicherungsträger besteht im wesentlichen aus Zusatzleistungen zur gesetzlichen Krankenversicherung. Danach kann der Versicherte den Arzt, das Krankenhaus oder andere Heilberufe frei auswählen. Im Gegenzug sind sämtliche ansässigen Ärzte, Krankenhäuser und Heilberufe als Leistungsanbieter in die gesetzliche Krankenversicherung eingebunden. Tarifabkommen mit den Krankenkassen sind bindend. Bei Leistungen kann der Arzt also nur den tariflich festgelegten Betrag einfordern. Die Krankenkasse übernimmt die Kosten des Versicherten auf Grund dieses festgelegten Betrages. Krankenhauskosten werden auf Grund eines mit den Krankenkassen ausgehandelten Haushaltsplans übernommen.

Für Auslandsbehandlungen besteht eine grundsätzliche Übereinstimmung der nationalen Gesetzgebung mit den diesbezüglichen Bestimmungen der EG-Verordnung 1408/71. Die Übernahme der Kosten erfolgt bei vorübergehendem Aufenthalt im Ausland oder bei Unmöglichkeit der Behandlung in Luxemburg, welche durch ein kontrollärztliches Gutachten festgestellt wird. Da Luxemburg nicht über ein Universitätsklinikum verfügt, sind Auslandsbehandlungen bei schwierigen Krankheitsfällen häufig. Die Kosten für Auslandsbehandlungen beliefen sich im Jahr 1997 auf 14,2 % der Gesamtausgaben für Sachleistungen. Die luxemburgische Krankenversicherung bewegte sich somit genau im Rahmen der Verordnung 1408/71. Anfechtungen von Versicherten konnte sie also mit einer gewissen Gelassenheit gegenüberreten, die Ablehnungsbescheide fußten auf europäischem Recht.

Die Urteile in der Sache Decker und Kohll belehrten uns eines anderen. Die Bestimmungen der Verordnung 1408/71 sind ein Recht für den Versicherten. Sie dürfen nicht durch den nationalen Gesetzgeber in eine Verpflichtung umgemünzt werden.

Großzügigerweise überläßt der Gerichtshof dem nationalen Gesetzgeber die Möglichkeit, sein Krankenversicherungssystem zu gestalten. Die Gestaltungsfreiheit darf jedoch den freien Warenverkehr und die Freiheit der Dienstleistungen nicht beeinträchtigen. Andeutungsweise

gibt der Gerichtshof zu verstehen, daß Einschränkungen in Erwägung gezogen werden können, wenn es darum geht, die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung sicherzustellen oder etwa das finanzielle Gleichgewicht der sozialen Versicherungssysteme abzusichern. Beim Tatbestand der Fälle Decker und Kohll, beim Kauf einer Brille oder bei einer Zahnspange, konnte man natürlich nicht auf eine direkte Gefährdung der Gesundheitsversorgung oder der sozialen Sicherungssysteme schließen. Eine solche Gefährdung konnte nur als mögliche Konsequenz angeführt werden.



Blick ins Publikum

Die luxemburgische Krankenversicherung hat auf Grund der Rechtsprechung des EuGH folgende Richtlinien festgelegt:

Die Übernahme durch die Krankenkasse erfolgt auch, wenn keine Genehmigung vorliegt, bei Heil- und Hilfsmitteln, bei Arzneimitteln, bei ärztlicher Behandlung und bei ambulanter Behandlung im Krankenhaus, sofern die Übernahme der Kosten nach luxemburgischer Gesetzgebung tariflich festgesetzt ist. Die Beweislast obliegt dem Versicher-

ten. Die Übernahme beschränkt sich auf die effektiven Kosten. Die Versicherten werden im üblichen Rahmen an den Kosten beteiligt. Stationäre Krankenhausbehandlungen im Ausland sind weiterhin genehmigungspflichtig. Da in Luxemburg die Krankenhausfinanzierung über eine Budgetierung erfolgt, bestehen keine vergleichbaren Tarife, welche Rückerstattungen der Kosten einer Auslandsbehandlung ermöglichen würden.

Dies beweist die Einseitigkeit der Rechtsprechung im Fall Decker und Kohll. Sie ist nur anwendbar bei Systemen, die auf Kostenrückerstattung beruhen. Mittel- oder langfristig sind diese Systeme in Frage gestellt. Verstärkt wird diese Tendenz, wenn Krankenversicherungssysteme, wie in Luxemburg, eine feste Einbindung der Ärzteschaft vorsehen. Die Ärzte versuchen, aus diesem starren System auszubrechen und üben Druck aus, tarifliche Freiräume außerhalb der finanziellen Rahmen der Krankenversicherung zu schaffen. Dieser Druck wird durch die Urteile Decker und Kohll wesentlich verstärkt. Weshalb soll der Arzt, weshalb sollen andere Leistungserbringer in ein System eingebunden sein, wenn auf der anderen Seite der Versicherte die Freiheit hat, aus diesem System auszubrechen, sich nach Belieben, und ohne wesentliche finanzielle Konsequenzen, jenseits der Grenzen, nach luxemburgischer Lage fast vor der Haustür, medizinische Dienstleistungen, Heil- und Hilfsmittel zu beschaffen?

Die mögliche Lösung, auch in der nationalen Gesetzgebung tarifliche Freiräume für die medizinische Versorgung zu schaffen, birgt die Gefahr, daß das heutige System, welches jedem die gleiche Gesundheitsversorgung zuspricht, durch ein Zweiklassensystem ersetzt wird, welches den Einkommensschwachen benachteiligt, da er wahrscheinlich eine teure, außertarifliche Versorgung nicht bezahlen kann.

Die Urteile Decker und Kohll sind sicherlich eine Bestätigung gemeinschaftsrechtlicher Freiheiten; in ihrer Konsequenz sind sie jedoch keine Bereicherung gemeinschaftlicher Solidarität.



Ministerialdirektor
Dr. jur. Manfred Zipperer
Bundesministerium für Gesundheit,
Bonn

Die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes zur Leistungspflicht der Krankenversicherung aus der Sicht der deutschen Bundesregierung

Was hat der EuGH, was haben überhaupt die EU-Institutionen mit der gesetzlichen Krankenversicherung zu tun? Läßt nicht das primäre Gemeinschaftsrecht diesen Bereich außerhalb der Einflußmöglichkeit und Gestaltungskompetenz der Europäischen Union?

Zwar befaßt sich Artikel 129 des Vertrages von Maastricht mit dem Gesundheitswesen, begründet aber Zuständigkeiten der Gemeinschaft nur bei der Förderung der Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten und bei der Verhütung von Krankheiten. Wenn der Rat in diesem Zusammenhang Fördermaßnahmen erläßt, muß dies nach Artikel 129 Abs. 4 „unter Ausschluß jeglicher Harmonisierung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten“ geschehen. Daraus entnehme ich, daß die Zuständigkeit der Mitgliedstaaten bei der Gestaltung ihres Gesundheitswesens nicht tangiert werden soll.

Artikel 152 des Vertrages von Amsterdam setzt diese Tendenz fort und betont in Absatz 5 sogar ausdrücklich:

„Bei der Tätigkeit der Gemeinschaft im Bereich der Gesundheit der Bevölkerung wird die Verantwortung der Mitgliedstaaten für die Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung in vollem Umfang gewahrt . . .“

In der Amtlichen Begründung der Bundesregierung zu ihrem Gesetzentwurf zum Vertrag von Amsterdam (BT-Drs. 13/9339) heißt es dazu u. a.:

„Die Verantwortung der Mitgliedstaaten für Gesundheitspolitik insbesondere für die Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung bleibt unberührt (Absatz 4 Buchstabe c und Absatz 5). Es erfolgt keine, wie auch immer geartete Harmonisierung der nationalen Rechtsvorschriften im Gesundheitswesen.“

Ungeachtet dieser gesundheitspolitischen Abstinenz des primären Gemeinschaftsrechts gibt Artikel 51 des Maastrichter Vertrages (jetzt Artikel 42 des Amsterdamer Vertrages) dem Rat die Befugnis, „die auf dem Gebiet der sozialen Sicherheit für die Herstellung der Freizügigkeit der Arbeitnehmer notwendigen Maßnahmen“ zu beschließen. Dieser Artikel ist die Rechtsgrundlage für sekundäres Gemeinschaftsrecht, insbesondere für die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern, und die dazugehörige Durchführungsverordnung (EWG) 574/72.

Beide Rechtsverordnungen gelten unmittelbar in allen Mitgliedstaaten, enthalten aber nur Koordinierungsregelungen. Diese dienen dem Erhalt von sozialrechtlichen Ansprüchen und Positionen, wenn die begünstigten Personen den Mitgliedstaat wechseln, begründen aber selbst keine neuen, dem jeweiligen nationalen Recht fremden Ansprüche. Die Systematik beider Verordnungen baut auf dem nationalen Recht der Mitgliedstaaten auf, läßt es unverändert und sorgt nur dafür, daß aus dem Wechsel des Mitgliedstaates und damit auch des Systems der sozialen Sicherheit dem Betroffenen keine sozialen Nachteile entstehen. Das Recht des Arbeitnehmers, in jeden Mitgliedstaat einzureisen, um sich ei-

ne Arbeit zu suchen, und, wenn er eine gefunden hat, dort zu bleiben, wird also ergänzt durch das Recht auf Gleichbehandlung im Aufnahme-
staat.

Es versteht sich deshalb von selbst, daß diese gemeinschaftsrechtlichen Koordinierungsregelungen – von Akutfällen und Grenzgängerfällen abgesehen, die hier keine Rolle spielen – die Inanspruchnahmen von medizinischen Leistungen in einem anderen Mitgliedstaat von einer Genehmigung der Einrichtung abhängig machen, die den Schutz im Krankheitsfall sicherstellt. Das sekundäre Gemeinschaftsrecht geht hierbei von der Überlegung aus, daß jedes nationale System der sozialen Sicherheit selbst bestimmen soll, wann es die Behandlungskosten eines Versicherten übernimmt, wenn dieser sich zur Behandlung ins Ausland, in einen anderen Mitgliedstaat begibt, um dort medizinische Leistungen in Anspruch zu nehmen.

Dahinter steht die Erkenntnis, daß jedes Sozialsystem im Grundsatz darauf ausgerichtet ist, daß seine Leistungen in der Regel im Inland in Anspruch genommen werden, da es die dort Befindlichen schützen soll. Dem entspricht sein Leistungskatalog, die Risikostruktur der Versicherten, ihr Inanspruchnahmeverhalten, die medizinische Angebots- und Nachfragestruktur im Inland, Verordnungsgewohnheiten, Steuerungsmechanismen und die auf all diese Faktoren ausgerichtete Leistungsfähigkeit, Organisation und Finanzierbarkeit des Systems. Mit dieser Genehmigungspflicht schützen sich die nationalen Versicherungs- und Versorgungssysteme fast aller Mitgliedstaaten vor einer nicht kontrollierbaren und deshalb finanziell unkalkulierbaren Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen im Ausland.

Die beiden Rechtsverordnungen respektieren die Tatsache, daß die Sozialsysteme der einzelnen Mitgliedstaaten in erster Linie auf die Lebensverhältnisse in den jeweiligen Territorien zugeschnitten sind und auf diese beschränkt bleiben. Darin verwirklicht sich das Territorialprinzip, ein Grundpfeiler der Stabilität der nationalen Sozialsysteme.

Auch das Leistungsrecht der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung geht von diesen Fakten aus. Leistungsansprüche ruhen grundsätzlich, soweit sich Versicherte im Ausland aufhalten. Nur in Ausnahmefällen – Beschäftigung im Ausland, Fehlen einer anderweitigen Versicherungsmöglichkeit wegen Vorerkrankung oder Alters – darf die Krankenkasse die Behandlungskosten im Ausland übernehmen, aber nur bis zu der Höhe, die bei einer Behandlung im Inland entstanden wären. Sie kann sie außerdem ganz oder teilweise übernehmen, wenn eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur im Ausland möglich ist. Das bedarf allerdings zwingend einer Vorprüfung durch den Medizinischen Dienst. Im übrigen dürfen nach deutschem Recht die Behandlungskosten der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übernommen werden, wenn sich der Versicherte zur Behandlung ins Ausland begibt.

Das Ruhensgebot des SGB V ist auch das Ergebnis des die deutsche gesetzliche Krankenversicherung prägenden Sachleistungsprinzips. Anders als etwa die luxemburgische oder die französische Krankenversicherung sind die deutschen Krankenkassen verpflichtet, die gesetzlich vorgesehenen Leistungen ihren Versicherten in natura zur Verfügung zu stellen. Die einzelnen Krankenkassen bzw. ihre Verbände sorgen durch Verträge mit den Leistungserbringern bzw. deren Verbänden im ambulanten wie im stationären Bereich dafür, daß der Versicherte die Leistung direkt in Anspruch nehmen kann, ohne finanziell in Vorlage treten zu müssen. Nachdem die frühere Regierung die Möglichkeit der Kostenerstattung erweitert hatte, beschränkt die neue Koalition in einem soeben beschlossenen Gesetzentwurf die Kostenerstattung als Methode der Leistungserbringung im Recht der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung wieder auf freiwillige Versicherte.

Das sekundäre Gemeinschaftsrecht in den beiden erwähnten Verordnungen berücksichtigt diese nationale Rechtslage. Es zwingt die deutsche gesetzliche Krankenversicherung nicht dazu, den ihr fremden Weg der Kostenerstattung zu gehen, sondern sieht für solche Systeme die sog. Sachleistungsaushilfe vor: Der ausländische Krankenversicherungsträger gewährt die Leistung im Aushilfsweg, daher steht sie dem

Versicherten aus dem anderen Mitgliedstaat im Rahmen seines Versorgungssystems zur Verfügung. Allerdings wird dieser Versicherte nicht besser behandelt als die eigenen Versicherten, da er dieselben Zuzahlungen leisten und Leistungskonditionen beachten muß, wie z. B. den Ausschluß bestimmter Leistungen, die das System des betreffenden Landes als Krankenversicherungsleistungen nicht kennt, wohl aber das deut-



v.l.n.r.: Hamilton, de Jong, Roos, Dr. Uleer, Greisler

sche GKV-System. Die Krankenkasse des Heimatlandes erstattet der aushelfenden Krankenkasse des anderen Mitgliedstaates die anfallenden Kosten in vollem Umfang, auch wenn sie höher sein sollten als bei einer Behandlung im Heimatland. Nur im Fall des sog. Systemversagens läßt das sekundäre Gemeinschaftsrecht in begrenztem Umfang eine Kosten-erstattung direkt durch die Krankenkassen des Heimatlandes zu.

In diese „heile Welt“, die seit über einem Vierteljahrhundert problemlos praktiziert wird, die die Organisations- und Finanzverantwortung des einzelnen Mitgliedstaates berücksichtigt und ihn vor Überforderung schützt, bricht nun die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes ein. Sie läßt das sekundäre Gemeinschaftsrecht unberührt und eröffnet

einen neuen Weg der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen im EU-Ausland, den das bisher geltende nationale und supranationale Recht nicht vorsah. Das Revolutionäre an dieser Rechtsprechung in den beiden Rechtssachen Kohll und Decker ist, daß es sich um Richterrecht handelt, das weder aus dem sekundären Gemeinschaftsrecht der beiden Verordnungen noch aus den Vorschriften über die Befugnisse der Europäischen Union im Bereich des Gesundheitswesens abgeleitet werden kann.

Der EuGH sieht in einer nationalen Regelung, die die Erstattung der Kosten einer medizinischen Behandlung oder eines medizinischen Ergebnisses von einer Genehmigung abhängig macht, wenn diese Leistung in einem anderen Mitgliedstaat in Anspruch genommen worden ist, einen Verstoß gegen die Artikel 59 und 60 bzw. 30 und 36 des EG-Vertrages. Er hält eine solche Einschränkung mit den europäischen „Grundrechten“ des freien Waren- und Dienstleistungsverkehrs nicht vereinbar. Der EuGH sieht seine Entscheidung nicht als Notlösung und Ausnahme, sondern eröffnet damit eine reguläre zweite Möglichkeit, medizinische Leistungen in Gestalt von Produkten oder Dienstleistungen in der ganzen Gemeinschaft in Anspruch zu nehmen, ohne daß dies von der Zustimmung des diese Leistungen finanzierenden Krankenversicherungsträgers abhängt. Das bedeutet, daß die gesamte Europäische Union mit ihren Gesundheitsversorgungssystemen dem einzelnen Bürger der Gemeinschaft zur Verfügung steht.

Die große Mehrheit der Leistungserbringer in Deutschland, aber auch Patientenvertretungen und Krankenkassen haben diese Entscheidungen begrüßt. Sie sehen in ihnen einen Anstoß für mehr Liberalisierung, mehr Leistungswettbewerb und eine patientenfreundlichere Versorgung, aber auch eine deutliche Entscheidung gegen alle Systeme staatlicher Steuerung der Gesundheitsversorgung. Sie erhoffen sich eine Beseitigung von Budgetierungen, Zulassungsbeschränkungen und staatlichen Kontrollen. Viele nehmen die Entscheidungen zum Anlaß, lang ersehnte politische Ziele zu fordern: Aufbrechung der sog. Zuteilungswirtschaft in einem überregulierten, bürokratisierten Versorgungssystem, Kostenerstattung statt Sachleistung, Einkaufsmodell mit Individualverträgen

statt Kollektivversorgung, Abschaffung aller Steuerungsinstrumente, die eine wirtschaftliche Versorgung gewährleisten, freie Wahl des Behandlers in der gesamten Europäischen Union.

Bei einem so massiven Eingriff in nationale Gestaltungskompetenzen darf es nicht verwundern, daß der frühere Bundesgesundheitsminister Horst Seehofer in einer ersten Stellungnahme auf die Gefahren der EuGH-Urteile hinwies und die Entscheidungen in den beiden Rechtssachen Kohll und Decker für die deutsche gesetzliche Krankenversicherung nicht anwendbar hielt.

Der EuGH läßt den Grundsatz des freien Waren- und Dienstleistungsverkehrs allerdings auch nicht uneingeschränkt gelten. Er anerkennt eine systemimmanente einschränkende Konkretisierung durch „einen zwingenden Grund des Allgemeininteresses“. Hierzu zählt der EuGH eine erhebliche Gefährdung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit. Es müssen wesentliche Auswirkungen auf die Finanzierung der Systeme der sozialen Sicherheit zu erwarten sein. Diese Voraussetzungen sind bei einer Anwendung der beiden Entscheidungen auf die deutsche gesetzliche Krankenversicherung gegenwärtig und wohl auf absehbare Zeit noch nicht gegeben. Da der EuGH verlangt, daß die fragliche Gefährdung nachzuweisen sei, reicht eine virtuelle Gefährdung nicht aus. Ebenso wenig dürfte es ausreichen, daß einzelne Krankenkassen durch eine Häufung bei ihnen anfallender grenzüberschreitender Fälle in finanzielle Not zu geraten drohen. Gemeint ist wohl das Gesamtsystem eines Mitgliedstaates.

Eine weitere Ausnahme enthält Artikel 36 EG-Vertrag, der Beschränkungen zum Schutz der menschlichen Gesundheit rechtfertigt. Im Fall Decker sieht der EuGH die Qualität der ärztlichen Leistungen und damit den Gesundheitsschutz dadurch gewährleistet, daß die Bedingungen des Zugangs zu geregelten Berufen und ihrer Ausübung Gegenstand einer EG-Richtlinie sind. Deshalb müsse von einer Gleichwertigkeit des Berufes des Optikers in allen Mitgliedstaaten ausgegangen werden. Im Fall Kohll stellt der EuGH darauf ab, daß die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung der Tätigkeiten als Arzt oder Zahnarzt Gegenstand meh-

erer Richtlinien für die gegenseitige Anerkennung der Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstigen Befähigungsnachweise sei. Hieraus folge, daß die im anderen Mitgliedstaat niedergelassenen Ärzte und Zahnärzte für die Zwecke des freien Dienstleistungsverkehrs als ebenso qualifiziert anerkannt werden müßten wie im Inland niedergelassene Ärzte und Zahnärzte.

Zwar darf die Frage der Gewährleistung der Qualität und damit des Gesundheitsschutzes nicht allein unter Berufszugangs- und Berufsausübungsregelungen gesehen werden. Gleichwohl wird sich die deutsche gesetzliche Krankenversicherung für Leistungen im EU-Ausland nicht auf den Ausnahmegrundsatz des Schutzes der Gesundheit berufen können.

Das gleiche gilt für den Ausnahmegrund, auf den sich ein Mitgliedstaat berufen darf, wenn er eine ausgewogene, allen zugängliche ärztliche und klinische Versorgung aufrecht erhalten will. Angesichts der gegenwärtigen Fallzahlen von grenzüberschreitenden Leistungen kann Deutschland noch nicht belegen, daß die Voraussetzungen für eine solche Gefährdung gegeben seien.

Damit kann sich Deutschland für sein System der gesetzlichen Krankenversicherung zumindest im gegenwärtigen Zeitpunkt nicht auf die Tatbestände berufen, bei deren Vorliegen das EG-Recht selbst eine Beschränkung des freien Waren- und Dienstleistungsverkehrs rechtfertigt und zuläßt. Bedeutet das, daß die deutschen gesetzlichen Krankenkassen die beiden EuGH-Entscheidungen im vollen Umfang umzusetzen und ihre Leistungspflicht danach auszurichten haben?

Die beiden vom EuGH entschiedenen Rechtssachen betreffen Sachverhalte des durch das Prinzip der Kostenerstattung geprägten luxemburgischen Rechts: sie wirken förmlich nur zwischen den Parteien. Die Rechtslage ist hier eine andere als in der Rechtssache Molenaar, wo es um den Export von Pflegegeld ging und ein Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung als Pflegekasse verurteilt wurde.

Da der EuGH im vorliegenden Fall seine Entscheidung auf Systeme mit pauschalierter Kostenerstattung beschränkt, können den beiden Entscheidungen keine abschließenden und zuverlässigen Kriterien zur Bedeutung des Kaufs von Brillengläsern oder zur Inanspruchnahme anderer medizinischer Sachleistungen in einem anderen Mitgliedstaat entnommen werden.

Die beiden EuGH-Urteile binden Parteien eines Rechtsstreits vor deutschen Gerichten nicht förmlich. Deshalb müssen nationale Gesetzge-



Dr. Zipperer bei seinem Vortrag

bung, Rechtsprechung und Verwaltung selbst im Lichte der EuGH-Entscheidungen und in Würdigung ihrer Gründe das europäische Recht eigenverantwortlich für sich interpretieren und anwenden.

Soweit die beiden Urteile einen Verstoß gegen die Freiheit des Warenverkehrs bzw. die Dienstleistungsfreiheit annehmen, wenn und soweit nationale Regelungen Ansprüche auf Kostenerstattung für in einem anderen Mitgliedstaat vom Versicherten selbst beschaffte Gesundheitsleistungen von der vorher erteilten Genehmigung des Trägers der sozialen Sicherheit im zuständigen Staat abhängig machen, muß diese Entscheidung respektiert werden. Gleichzusetzen sind Maßnahmen, die sogar

nur partiell Genehmigungsvorbehalte vorsehen, im übrigen aber für Leistungen im Ausland grundsätzlich eine Kostenübernahme ausschließen.

Soweit es um Sachverhalte oder Entscheidungen geht, die dem Waren- und Dienstleistungsverkehr zuzuordnen sind – also Angebot und Nachfrage zwischen Privaten auf dem Markt – gelten die wirtschaftlichen Grundfreiheiten. Um einen solchen Vorgang aus dem Bereich des Waren- und Dienstleistungsverkehrs handelt es sich auch, wenn Versicherte privatautonom Verträge über die Beschaffung von Gesundheitsdienstleistungen, Arzneimitteln oder Medizinprodukten schließen. Wenn der nationale Gesetzgeber Versicherten die eigenverantwortliche Beschaffung von Versicherungsleistungen aufgibt und Versicherte hierzu auf den „Markt“ verweist, überträgt er Leistungserbringern und Versicherten die Funktionen von Anbietern bzw. Nachfragern. Insofern ist es dann nur folgerichtig, dieses „Marktgeschehen“ dem Regime der wirtschaftlichen Grundfreiheiten zu unterstellen.

Diese Konsequenz läßt sich auch unschwer mit der den Mitgliedstaaten verbliebenen Kompetenzen zur Regelung ihrer Systeme der sozialen Sicherheit in Einklang bringen. Die Geltung der Grundfreiheiten schmälert im Lichte dieser Betrachtungsweise die Gestaltungsmöglichkeiten für den nationalen Gesetzgeber nicht. Systementscheidungen bleiben nämlich unberührt, wenn der innerstaatliche Anspruch auf Kostenerstattung wegen der Geltung der Grundfreiheiten auf den grenzüberschreitenden Dienstleistungs- und Warenverkehr verlängert wird. Es bleibt dem nationalen Gesetzgeber unbenommen, Organisation, Mitgliedschaftsrecht und Strukturprinzipien des Leistungserbringerrechts selbst zu regeln. Auch das Leistungsrecht wird lediglich in seiner territorialen Begrenzung, aber nicht in seiner inhaltlichen Ausgestaltung und damit in seinem systemimmanenten Zusammenhang mit anderen Strukturprinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung durch die wirtschaftlichen Grundfreiheiten nach dem EG-Vertrag verdrängt.

Hat sich also der Gesetzgeber mit der Normierung einer Kostenerstattungsregelung selbst dafür entschieden, daß der Versicherte zum Marktteilnehmer und sein Verhältnis zum Leistungsanbieter identisch wird mit anderen Vertragsverhältnissen über Waren- und Dienstleistungen,

ist den wirtschaftlichen Grundfreiheiten ihre Wirkungskraft ungeschmälert zu belassen. Das gilt nur dann nicht, wenn nachgewiesen werden kann, daß die Voraussetzungen für die im EG-Vertrag selbst ausdrücklich vorgesehenen Ausnahmen vorliegen.

Welche Konsequenzen sind zu ziehen, wenn es sich nach innerstaatlichem Recht um eine Sachleistung handelt?

Der Tenor der beiden Entscheidungen Decker und Kohll befaßt sich ausdrücklich nur mit Kostenerstattungsregelungen. Über Sachverhalte, in denen es nach dem jeweiligen nationalen Gesundheitssystem nicht um eine Marktteilnahme geht, sondern in denen dem Versicherten Gesundheitsleistungen von Staats wegen zur Verfügung gestellt werden und von ihm nicht im privaten Waren- und Dienstleistungsverkehr „auf dem Markt“ selbst zu beschaffen sind, enthalten die beiden Urteile keine Aussage. Der deutsche Richter am EuGH hat selbst die Ansicht vertreten, daß dann, wenn es „um ein Versicherungssystem geht, das gegenüber dem in Luxemburg wesentliche strukturelle Unterschiede aufweist, die Frage, ob insoweit eine Abschottung des nationalen Marktes mit dem Gemeinschaftsrecht vereinbar ist, mit den genannten Urteilen noch nicht entschieden ist. Insoweit stellt sich die Rechtfertigungsfrage neu“ (vgl. Günter Hirsch, Europäische Sozialunion durch Richterrecht? FAZ vom 17. 7. 1998, S. 18).

Auch aus dem Umstand, daß der Tenor der beiden Entscheidungen enger gefaßt ist als die Fragen des vorlegenden Gerichts, ist zu entnehmen, daß der EuGH die Urteile auf Regelungen beschränkt wissen will, die die Erstattung von Kosten „vor dem Hintergrund eines Sozialsystems, das durch das Kostenerstattungssystem gekennzeichnet ist“ (Hirsch), vorsehen.

Wir wissen allerdings nicht, wie der EuGH zu Sachleistungen oder beispielsweise Leistungen im Rahmen eines staatlichen Gesundheitssystems nach britischem Muster entscheiden würde. Die britische Regierung sieht sich nicht in der Lage, die EuGH-Rechtsprechung auf die vom NHS geschützten Personen anzuwenden, weil sie schlicht nicht an-

geben kann, was eine in einem anderen Mitgliedstaat in Anspruch genommene Leistung im Vereinigten Königreich gekostet hätte. Wird der EuGH angesichts solcher Probleme seine Rechtsprechung zu nationalen Kostenerstattungsregelungen weiterentwickeln? Wird er ungeachtet der unterschiedlichen Gesundheitssysteme in jedem Fall eine gesetzliche Kostenübernahmeverpflichtung nationaler Krankenversicherungsträger aufgrund der wirtschaftlichen Grundfreiheiten statuieren? Wie würde er entscheiden, wenn die Gesundheitsleistungen nicht im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung, sondern als Sachleistungen der Renten-, Unfall- oder Pflegeversicherung erbracht werden? In all diesen Versicherungszweigen wird das deutsche Recht bei Sachleistungen ebenfalls vom Territorialitätsprinzip geprägt und macht Auslandsbehandlungen von der Genehmigung des Versicherungsträgers abhängig.

Einer Anwendung der EuGH-Rechtsprechung auf Sachleistungen in der deutschen Krankenversicherung stehen auch noch juristische Argumente entgegen. Die Auffassung des EuGH, daß Artikel 22 der EG-Verordnung 1408/71 keine abschließende Regelung für die Inanspruchnahme von Waren und Dienstleistungen im anderen Mitgliedstaat darstellt, ist zumindest für Sachleistungen problematisch. Vielmehr erscheint Artikel 51 des EG-Vertrages als eine Spezialregelung, die der Reichweite der Grundfreiheiten dort Schranken setzt, wo die Geltung der Grundfreiheit ungeachtet der nach dem EG-Vertrag den nationalen Gesetzgebern verbliebenen Regelungskompetenzen die Entscheidungen der nationalen Gesetzgeber über die Strukturierung ihrer nationalen Sicherungssysteme präjudizieren und verformen würde.

Nach den Vorstellungen der Vertragspartner des EG-Vertrages gehörte zwar zur Herstellung des Gemeinsamen Marktes von Anfang an auch die Kompetenz, die Dienstleistungsfreiheit zu gewährleisten. Dabei sahen die Unterzeichner der römischen und vor allem auch der späteren Verträge – anders als bei der „Koordinierung“ – keine wirkliche Verbindung zwischen Dienstleistungsfreiheit und souveräner Wohlfahrtsstaatlichkeit. Das nicht gesehene Konfliktfeld zwischen Dienstleistungsfreiheit und nationalstaatlicher Sozialgesetzgebung muß zumindest so lange offen gehalten werden, solange weder der EuGH noch die Mit-

gliedstaaten das sich daraus ergebende Spannungsverhältnis gelöst haben.

Der EuGH anerkennt selbst eine den Grundsatz des freien Waren- und Dienstleistungsverkehrs einschränkende systemimmanente Konkretisierung durch „einen zwingenden Grund des Allgemeininteresses“. Eine solche systemimmanente Einschränkung der Grundfreiheiten sollte der EuGH auch dann annehmen, wenn es darum geht, mittels Interpretation des EG-Vertrages das in ihm angelegte Spannungsverhältnis zwischen der EG-rechtlichen Freiheit des Warenverkehrs und der Dienstleistungsfreiheit einerseits sowie den Kompetenzen der Mitgliedstaaten zur Regelung ihrer nicht marktgängig strukturierten, sozialen Sicherungssysteme andererseits zu lösen.

Zu den gemeinschaftlich anerkannten Schutzziele gehören in einem System der sozialen Sicherheit, das auf dem Sachleistungssystem aufbaut, das umfassend geregelte Leistungserbringerrecht. Es ist mit seinen gesetzlichen Regelungen zur Bedarfsplanung, zur Altersgrenze von Ärzten und Zahnärzten, zu den Regelungen in den Bundesmantelverträgen und den Gesamtverträgen sowie den Richtlinien der Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen die Grundlage dafür, mit den Mitteln der Systemsteuerung für eine ausreichende, zweckmäßige und das Maß des Notwendigen nicht überschreitende medizinische Versorgung der Versicherten zu sorgen. Das Sachleistungssystem verbindet ökonomische und qualitätssichernde Maßnahmen. Werden einzelne Sachleistungen herausgebrochen, indem man den Bezug dieser medizinischen Leistungen im anderen Mitgliedstaat zuläßt, gerät in Folge des Domino-Effektes das Gesamtsystem ins Wanken. In Gefahr bringen kann das System auch die politische Diskussion um eine eintretende Inländerdiskriminierung.

Das deutsche Bundesministerium für Gesundheit hält es angesichts dieser Überlegungen noch nicht für rechtlich geboten, den Inhalt der wirtschaftlichen Grundfreiheiten nach dem EG-Vertrag dahingehend zu verstehen, daß ihnen auch Sachleistungen unterzuordnen seien. Das gilt umso mehr, als eine vollständige Übertragung der beiden EuGH-Ent-

scheidungen auf die gesetzliche Krankenversicherung die jüngsten Bestrebungen der Bundesregierung und der rot-grünen Koalition konterkarieren würden: Die Rückkehr zur Sachleistung und die Gewährleistung stabiler Beiträge durch sektorale Budgetierung. Beide Grundentscheidungen setzen geradezu voraus, daß sich die Inanspruchnahme von Leistungen der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen des Steuerungsinstrumentariums abspielt, von dem sich die Politik die Einhaltung der Beitragsstabilität und damit die Finanzierbarkeit unseres Gesundheitswesens erwartet.

Die Berücksichtigung dieser politischen Argumente ist aber nicht in erster Linie Aufgabe des EuGH, sondern muß einer politischen Diskussion auf der Ebene der Mitgliedstaaten über die Weiterentwicklung der Europäischen Union vorbehalten bleiben. Die Bundesregierung hat diesen Punkt bei der Kommission bereits angemeldet und ist dort auf Diskussionsbereitschaft gestoßen. Es muß Ziel der Bundesregierung bleiben, das Spannungsverhältnis zwischen den Grundfreiheiten des Waren- und Dienstleistungsverkehrs auf der einen Seite und der Verantwortung der Mitgliedstaaten für die Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung auf der anderen Seite im EG-Vertrag zu lösen. Möglicherweise wird dies erst im Zusammenhang mit der geplanten Osterweiterung der Europäischen Union erfolgen können.

Bis dahin muß diese Frage offen gehalten werden. Im Augenblick sieht die Bundesregierung keinen Anlaß, wegen der beiden EuGH-Entscheidungen das innerstaatliche Recht zu ändern, etwa durch Aufhebung der Ruhensregelungen für Leistungsansprüche innerhalb der EU auch ohne Genehmigung der Krankenkasse oder durch das Schaffen von Rechtsgrundlagen für Vorträge mit Leistungsanbietern in anderen Mitgliedstaaten. Ob diese Fragen im Rahmen der für das Jahr 2000 geplanten Strukturreform der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung aufgegriffen werden wird, läßt sich derzeit noch nicht beurteilen.



Geert Jan Hamilton
Director Zorgverzekeraars Nederland

**Die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs
zur Leistungspflicht der Krankenversicherung
aus der Sicht der Regierung und der
gesetzlichen Krankenversicherung der Niederlande**

**Standpunkt des Vorstands der Zorgverzekeraars Nederland
zu den Decker- und Kohll-Urteilen
des Gerichts der Europäischen Gemeinschaft**

1. Der Vorstand der Zorgverzekeraars Nederland hat die Urteile des Gerichtshof der Europäischen Gemeinschaft im Prozeß N. Decker gegen die Caisse de Maladie des employés privés (Nr. C-120/95) und im Prozeß R. Kohll gegen die Union de caisses de maladie (C-158/96) zur Kenntnis genommen und festgestellt, daß diese Urteile sowohl in den Niederlanden als auch in anderen Mitgliedsstaaten der EU dazu geführt haben, daß die Frage diskutiert wird, ob und inwiefern die nationale Regelung auf dem Gebiet der Krankenversicherung im Lichte des Europäischen Rechts, insbesondere der Prinzipien des freien Verkehrs von Waren und Dienstleistungen, einer Änderung bedürfe.

2. Zuerst muß festgestellt werden, daß sich die Urteile auf Streitigkeiten beziehen, die infolge der Anwendung der luxemburgischen Regelung entstanden sind. Bei den betreffenden Prozessen ging es um die Frage, ob eine luxemburgische Krankenkasse zu Recht oder zu Unrecht die Vergütung einer Brille bzw. einer zahnärztlichen Behandlung abgelehnt habe, die der Versicherte ohne Genehmigung von Seiten der Krankenkasse außerhalb Luxemburgs gekauft bzw. der er sich unterzogen hatte. Nach dem Urteil des Gerichtshofs der Europäischen Gemeinschaft befindet sich die luxemburgische Regelung, die das Kaufen einer Brille bzw. das Anrufen einer zahnärztlichen Hilfe außerhalb Luxemburgs von der Genehmigung durch die Krankenkasse abhängig macht, wohingegen es für den Kauf einer Brille bzw. das Anrufen zahnärztlicher Hilfe in Luxemburg keiner Genehmigung bedarf, im Widerspruch zu bindenden Prinzipien des EG-Vertrags, und zwar zum Verbot, den freien Güterverkehr bzw. den Dienstleistungsverkehr einzuschränken.
3. Unter Hinweis auf die Vertragsbestimmungen und im Anschluß an frühere Rechtsprechung ist der Gerichtshof der Europäischen Gemeinschaft der Meinung, daß die Prinzipien des freien Güter- und Dienstleistungsverkehrs keine absoluten Prinzipien sind und daß ein „zwingender Grund allgemeinen Interesses“ Beschränkungen in der nationalen Regelung rechtfertigen könne. Ein solcher zwingender Grund könnte sein, daß „ein ernsthafter Angriff auf das finanzielle Gleichgewicht des sozialen Sicherheitssystems“ stattfindet. Aus Gründen der Volksgesundheit kann der freie Verkehr eingeschränkt werden. Nach dem Urteil des Gerichtshofs erlaubt diese Ausnahmemöglichkeit den Mitgliedsstaaten, die freie Dienstleistung von Ärzten und Krankenhäusern einzuschränken, sofern die Instandhaltung einer Betreuungsmöglichkeit oder medizinische Sachkenntnisse auf dem nationalen Gebiet für die Gesundheit oder sogar das Überleben der Bevölkerung essentiell ist. Eine eventuelle nationale Regelung muß „notwendig“ sein, „um eine ausgeglichene und jeder Person zugängliche Betreuung durch Ärzte und Krankenhäuser zu gewährleisten“. In den Urteilssprüchen hält der Gerichtshof eine Berufung auf die Einreden nicht gerechtfertigt.

4. Obwohl sich die Urteile auf luxemburgische Angelegenheiten beziehen, ist die Tatsache, daß die nationale Regelung auf dem Gebiet der sozialen Krankenversicherung unter Berufung auf das Europäische Recht unberücksichtigt gelassen worden ist, auch für Krankenkassen/Krankenversicherer in anderen Mitgliedsstaaten ein besonderes Faktum. Denn schließlich ist man in vielen Ländern bisher davon ausgegangen, daß es Mitgliedsstaaten frei stehe, bei den Verabreichungs- und Vergütungsregeln vom Hoheitsprinzip auszugehen. In verschiedenen Ländern wurde die Tatsache, daß Art. 22 der Anordnung 1408/71 vom Prinzip des Rechts auf Pflege in dem Land ausgeht, in dem man lebt, als eine Bestätigung der Richtigkeit der Stellungnahme gesehen, daß das europäische Recht dem Prinzip nicht im Wege stehe, daß die gesetzliche Versicherung nur die Pflege vergütet, die im eigenen Land stattfindet.

Der Vorstand der Zorgverzekeraars Nederland sieht in den Urteilsprüchen ein Zeichen dafür, daß das Europäische Recht bei der Einrichtung der sozialen Krankenversicherung eine größere Rolle spielt als bisher angenommen wurde. Wie groß diese Rolle ist, kann auch nach den Urteilsprüchen nicht genau gesagt werden. Der Gerichtshof bleibt bei der Auffassung, daß Mitgliedsstaaten befugt seien, selbst ihr soziales Sicherheitssystem einzurichten, nötigt jedoch dazu, bei der Einrichtung des Systems die vertraglichen Prinzipien zu berücksichtigen. Wie weit der Arm der Einreden reicht, ist eine Interpretationsfrage. Bei einem Meinungsunterschied wird letztendlich der Richter, und wie es aussieht, in neuen Auslegungsfragen der Gerichtshof der Europäischen Gemeinschaft, das erlösende Wort aussprechen müssen.

5. Der Vorstand der Zorgverzekeraars Nederland ist der Meinung, es sei unvermeidlich, daß auch im Gesundheitswesen von einer zunehmenden europäischen Orientierung die Rede sein werde. Es handelt sich dabei um eine mehr europäisch gerichtete Orientierung von Versicherten, Pflegeleistungsanbietern und Krankenversicherern. Versicherte („der Konsument“) sehen, daß in der Wirtschaft Grenzen immer mehr verschwinden. Dem Konsumenten kann man immer

schwieriger richtig erklären, warum auf dem Gebiet der Pflegeleistungen die nationalen Schiedslinien noch oft solch eine dominante Rolle spielen. Bei Pflegeleistungsanbietern, die zur Qualität ihres Produktes stehen, wächst das Bedürfnis, dieses Produkt „europäisch“ an den Mann bringen zu können. Europa stimuliert den internen Markt auf dem Gebiet des Gesundheitswesens (Richtlinien Gewerbetreibende, Arzneimittel und Hilfsmittel), nationale Versicherungsregeln sind jedoch dem Bezahlen grenzüberschreitend abgesetzter Produkte und Dienstleistungen bisher im Wege gestanden. Zwischen Pflegeleistungsanbietern zeichnet sich bereits eine grenzüberschreitende Zusammenarbeit ab. „Europäisch“ orientierte Krankenversicherer wollen in mehreren Mitgliedsstaaten Versicherungsprodukte absetzen. Auch Krankenversicherer werden praktisch mit nationalen Trennlinien konfrontiert.

6. Die Urteile geben auf alle Fälle das Signal ab, daß ungerechtfertigte Behinderungen für das grenzüberschreitende Abrufen-Können von Pflegeleistung weggenommen werden müssen. Von einer „europäischen“ Vorgehensweise und von „europäischer“ Konsumentenperspektive aus muß dieses Signal begrüßt werden. Andererseits kann man seinen Kopf nicht vor der Tatsache in den Sand stecken, daß die nationale Vorgehensweise in der Einrichtung des Systems in der Vergangenheit auch durch den Wunsch zustande gekommen ist, die Kosten im eigenen System beherrschen zu können und auf diesem Wege die Pflegeleistung für jeden weiterhin zugänglich zu halten. Laut der Urteile bildet die Kostenbeherrschung als solche keine Rechtfertigung für Behinderungen des freien Verkehrs. Die Handhabung des finanziellen Gleichgewichts (Gleichgewicht zwischen Prämieinkünften und adäquatem Pflegeleistungsniveau) und der guten Zugänglichkeit (dazu gehört die Erreichbarkeit der Pflegeleistung für alle) kann wohl eine Rechtfertigung darstellen.

Laut Meinung des Vorstands der Zorgverzekeraars Nederland wird nach den Urteilen Decker und Kohll mit mehr Einsatz als bisher betrachtet werden müssen, ob und inwiefern derzeit vorhandene Behinderungen für den grenzüberschreitenden Verkehr in der Pflegelei-

stung aus den Regeln herausgenommen werden können. Dies kostet nicht nur Anstrengungen von seiten des niederländischen Staates, sondern auch eine gemeinsame Bemühung der Obrigkeiten in den europäischen Ländern. Besonders Nachbarländer, z.B. Deutschland, Belgien und die Niederlande, werden gemeinsam besehen müssen, ob sie über Anpassungen ihrer nationalen Gesetzgebung nicht unnötige Behinderungen wegnehmen können. Krankenversicherer können über ihre nationalen Organisationen bessere Abstimmung in den Regelsystemen beeinflussen.

7. Was die praktische Durchführung der Kassenversicherung angeht, muß derzeit festgestellt werden, daß die niederländische Versicherung in einem essentiellen Punkt von der luxemburgischen abweicht. Die niederländische Versicherung kennt ein System von Ansprüchen in Naturleistungen, das luxemburgische System geht dahingegen von einer Kostenvergütung aus. Mit der Naturalversicherung ist ein System von Verträgen zwischen Krankenversicherern und Pflegeleistungsanbietern verknüpft. Über das Vertragssystem wird unter anderem eine Beherrschung der Qualität, des Volumens und des Preises der Pflegeleistung angestrebt. Es kann zwischen Pflegeleistungsanbietern, hinsichtlich derer es eine Vertragsfreiheit gibt und Pflegeleistungsanbietern, hinsichtlich derer es eine Vertragspflicht für den Versicherer gibt, unterschieden werden. Eine Vertragspflicht gibt es für Einrichtungen, die der Planungsgesetzgebung des niederländischen Staates unterliegen. Bisher galt in der Praxis, daß ein Vertrag nur mit einem in den Niederlanden ansässigen Pflegeleistungsanbieter abgeschlossen wurde. Im Prinzip sieht es so aus, als könne man verteidigen, daß die Strukturwahl, die die Niederlande für das Natursystem innerhalb der sozialen Krankenversicherung getroffen haben, die zur Befugnis des niederländischen Staates gehört, für anwendbar gehalten werden müssen. Das Verhaltensmuster scheint nicht aufrechterhalten bleiben zu können, da nicht in den Niederlanden ansässigen Pflegeleistungsanbietern, einzig und allein wegen der Tatsache, daß sie ihren Sitz nicht in den Niederlanden haben, ein Vertrag verweigert wird. Was den Einkauf der Pflegeleistung angeht, werden die niederländischen Krankenkassen vom niederländischen

Staat als „Unternehmen“ gesehen. Jeder Krankenversicherer ist für seine eigene Einkaufspolitik der Pflege selbst verantwortlich. Der Vorstand ist der Meinung, es sei empfehlenswert, daß Krankenversicherer beim Entwickeln ihrer Vertragsabschlußpolitik hinsichtlich Pflegeleistungsanbietern, die zur Vertragsabschlußfreiheit gehören, nicht länger zwischen Pflegeleistungsanbietern, die in einem anderen EU-Mitgliedsstaat ansässig sind, unterschieden. Mit welchen Pflegeleistungsanbietern konkret ein Vertrag geschlossen wird, wird selbstverständlich auch von der Streuung der Versicherten abhängen. Was Krankenhäuser und andere Einrichtungen anbelangt, könnten ebenfalls grenzüberschreitende Verträge geschlossen werden. Der Vorstand ist sich wohl bewußt, daß auf Gebieten, auf denen man sich, was die Pflegeeinrichtungen und die Budgetierung des Pflegeleistungsangebots angeht, für eine Planung von seiten des Staates entschieden hat, vor allem dafür gesorgt werden muß, daß bei der Planung und Tarifbestimmung die Abwanderung von Patienten in andere Länder, und eine mögliche Einwanderung aus anderen Ländern berücksichtigt werden. Eine diesbezügliche Rücksprache mit der Obrigkeit ist geboten.

An erster Stelle bleibt es also weiterhin so, daß Versicherte sich an einen Pflegeleistungsanbieter wenden, mit dem ein Vertrag abgeschlossen worden ist, ob dies nun ein Pflegeleistungsanbieter ist, der außerhalb der Niederlanden ansässig ist, oder nicht. Wenn die erforderliche Pflegeleistung (die sich in der Anspruchssphäre selbstverständlich nach niederländischen Maßstäben befinden) nicht von vertraglich gebundenen Pflegeleistungsanbietern geboten werden kann, kann die Krankenkasse eine Hilfeleistung durch einen nicht vertraglich gebundenen Pflegeleistungsanbieter genehmigen. Auch hier wird im Prinzip nicht zwischen Pflegeleistungsanbietern, die außerhalb der oder in den Niederlanden ansässig sind, unterschieden. Der Vorstand ist geneigt, für die Einrichtungen, die unter einer „Art. 18-WZV-Maßnahme“ fallen (Top klinische Einrichtung; die derzeit auf der Basis der Gesetzgebung über besondere ärztliche Verrichtungen geregelt ist) weiterhin zu fordern, daß eine Genehmigung fürs Ausland erst dann aufs Tapet gebracht werden könne, wenn es in den nie-

derländischen Zentren eine inakzeptabel lange Warteliste gibt. Hier könnte die Ausnahme gelten, daß das finanzielle Gleichgewicht gefährdet würde und die Geschicklichkeit von Ärzten für wesentliche Einrichtungen verloren ginge, wenn die sorgfältig geplante niederländische Kapazität nicht benutzt wird.

Bisher bestimmt noch das Krankenkassengesetz, daß die Pflegeleistung, die genehmigt worden ist und die im Ausland in Anspruch genommen wird, nach der Höhe der Tarife, die im Land der Pflegeleistung gelten, vergütet wird. Es soll in Erwägung gezogen werden, ob das Gesetz in diesem Punkte nicht geändert werden sollte, in dem Sinne, daß (gemäß „Decker“ und „Kohl“) die Pflegeleistung bis höchstens dem Niveau der niederländischen Tarife vergütet wird. Für besondere Sonderfälle, bei denen es ungerecht wäre, die Kosten im Ausland nicht integral zu vergüten, würde Art. 22 der Anordnung 1408/71 Anwendung finden können.

8. Besondere Aufmerksamkeit erfordert die Standardpaketpolice WTZ. Diese basiert auf einer gesetzlichen Maßnahme (der Vergütungsregelung Gesetz über den Zugang zu Krankenversicherungen). Die Vergütungsregelung beschränkt die Vergütung im Prinzip auf Hilfeleistung, die in den Niederlanden gewährt worden ist. Der Vorstand ist der Auffassung, daß diese gesetzliche Maßnahme im Lichte der Urteile Decker und Kohl betrachtet, nicht uneingeschränkt haltbar sei. Im Prinzip wird auch eine im Ausland verliehene Hilfeleistung vergütet werden müssen. Eine Vergütung erfolgt ausschließlich, sofern die Police die Hilfeleistung abdeckt und höchstens bis zum Niveau der in den Niederlanden geltenden Tarife. Was die unter Ziffer 7 gemeinte TOP klinische Pflegeleistung anbelangt, kann an der Forderung festgehalten werden, daß für eine Behandlung im Ausland eine explizite Genehmigung erforderlich ist. Es muß sichergestellt sein, daß Vergütung für Hilfeleistung im Ausland unter die Umschlagregelung WTZ fällt. Der Vorstand bittet das Büro diesbezüglich, möglichst viel mit der Obrigkeit und dem Vorstand des SUO-WTZ zu überlegen.

9. Bezüglich der „Policen einer Versicherungsgesellschaft“ der privaten Krankenversicherer sei bemerkt, daß deren Inhalt nicht auf irgendeiner gesetzlichen Maßnahme basiert. In der Rechtsprechung des Gerichtshofs der Europäischen Gemeinschaft lassen sich Fälle finden, bei denen davon ausgegangen wird, daß die vertraglichen Bestimmungen auch Verpflichtungen für private Personen mit sich bringen und sich auf die Rechtsverhältnisse zwischen Privatleuten auswirken (sogenannte horizontale Wirkung). Ob sich privat Versicherte beim Gericht erfolgreich auf den nicht bindenden Charakter von Policenbedingungen berufen können, die die Deckung im Prinzip territorial eingrenzen, kann derzeit nicht mit Sicherheit vorhergesagt werden. In Anbetracht des Wettbewerbsrechts möchte der Vorstand bezüglich der spontanen Änderung in diesem Punkt in den Policen einer Versicherungsgesellschaft keine Empfehlungen aussprechen. Die Feststellung des Inhalts der Policen einer Versicherungsgesellschaft bleibt eine Sache der Betriebspolitik.
10. Der Vorstand weiß, daß die niederländische Ministerin für Volksgesundheit innerhalb absehbarer Zeit der Zweiten Kammer einen Bericht über ihre Auffassung zu den Folgen der Urteile Decker und Kohll für die niederländische Situation wird zugehen lassen. Sie ist bestrebt, mit u.a. Zorgverzekeraars Nederland bezüglich der Erläuterung einen Konsens zu erzielen. Der Vorstand erteilt dem Büro die Vollmacht, die Besprechungen, mit denen die Ministerin begonnen hat, weiterzuführen, wobei das oben Angeführte der Ausgangspunkt für den Beitrag von Zorgverzekeraars Nederland sein wird.
11. Der oben angeführte Standpunkt des Vorstands der Zorgverzekeraars Nederland läßt die eigene Verantwortung der Krankenversicherer hinsichtlich ihrer Versicherten auf der Basis der geltenden Gesetz- und Regelung selbstverständlich völlig unbeschadet.



Professor Dr. Meinhard Heinze
Universität Bonn

Die Auswirkungen der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes auf den Markt der substitutiven privaten Krankenversicherung

I.

„Wer verliebt sich denn schon in einen gemeinsamen Markt?“, so lautet ein viel zitiertes Wort Jacques Delors, und man beruft sich auf dieses Wort in der Absicht, die europäische Einigung anspruchsvoller als mit dem Binnenmarkt, der Währungsunion und Handelszwecken zu legitimieren. Das ist es, was in analogen Zusammenhängen dann Europa-Politiker zusätzlich auf ein sehr viel älteres Wort von Jean Monnet zurückgreifen läßt, welches sinngemäß lautet: „Wenn ich noch einmal Gelegenheit hätte, mit der Politik europäischer Einigung einen Anfang zu machen, so würde ich mit der Kultur beginnen.“ Hiermit verbindet sich die Meinung, daß Binnenmarkt, Handelszwecke usw. im Gegensatz zur Kultur stünden; ein weit verbreitetes Mißverständnis, denn selbstverständlich stößt der gemeinsame Binnenmarkt, stoßen – genauer formuliert – die europäischen Grundfreiheiten auf die gewachsene Rechtskultur der Mitgliedstaaten und sind somit selbst auf ihren rechtskulturellen Hintergrund zu befragen.

In vergleichbaren Zusammenhängen habe ich in den vergangenen Jahren mehrfach an anderer Stelle darauf aufmerksam zu machen versucht, daß Europa nunmehr rechtlich neu gedacht werden muß, und zwar sowohl aus der Sicht des europäischen Rechtes als auch aus der Sicht des nationalen Rechtes. Dies gilt für das Arbeits- und Sozialrecht in besonderer Weise. Sicherlich klebt das nationale Arbeits- und Sozialrechtssystem am Denken des Juristen wie die Erde am Spaten des Gärtners. Wir haben dies in der Vergangenheit bei vielfältigen Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofes ebenso schmerzlich erfahren wie bei vielfältigen Richtlinien und Richtlinienentwürfen oder Verordnungen des europäischen Normsetzers. Gleichwohl ist dies nicht die entscheidende Problematik. Entscheidend ist die Chance, daß sich das europäische Rechtssystem auch und gerade auf arbeits- und sozialrechtlichem Gebiet nach Maastricht erneut seiner universalistischen Bedeutung anstelle verordneter Uniformität bewußt wird, daß es in die Lage versetzt wird, die nationalen Rechtssysteme einschließlich der in ihnen begründeten Rechtskultur für das europäische Recht nutzbar zu machen und weiterzuentwickeln.

Als nun der Europäische Gerichtshof Ende April dieses Jahres die zwei Entscheidungen „Decker“ und „Kohl“ gefällt hat, ging durch die politischen Kreise der Bundesrepublik ein Aufschrei, der aber in der Wissenschaft auf totales Unverständnis gestoßen ist. Die deutsche Sozialrechtswissenschaft hat nämlich die Ergebnisse der Entscheidung Decker und Kohl bereits seit Jahren vorhergesagt, und zwar aufgrund zwingenden europäischen Rechtes. Ich selbst habe schon vor zwei Jahren auf der Medica das Ergebnis der beiden Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofes vorgetragen und begründet; die deutsche Sozialrechtswissenschaft hat völlig übereinstimmend diese Ansicht vor allem aufgrund der Vorarbeiten von Hagen Lichtenberg, Matthias Everling und Stephan Zechel seit langem vertreten. Mein Kollege Eichenhofer hat deshalb auf unserem Bonner Symposium Ende September dieses Jahres noch einmal die absolut herrschende Ansicht der deutschen Sozialrechtswissenschaft dargestellt und bekräftigt, die in vollem Einklang mit der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes in den Fällen Decker und Kohl steht.

II.

Der Sachverhalt in beiden Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofes ist – wie Sie wissen – sehr einfach: Der in Luxemburg gesetzlich krankenversicherte Herr Decker hat in Belgien eine Brille gekauft, deren Kosten von der luxemburgischen Krankenversicherung nicht übernommen worden waren. Herr Kohll, ebenfalls in Luxemburg gesetzlich krankenversichert, hatte seiner bei ihm im Rahmen der Familienversicherung mitabgesicherten Tochter in Trier eine Zahnregulierung anpassen lassen; auch diese Leistung war von der luxemburgischen Krankenversicherung nicht ersetzt worden. In beiden Fällen entschied der Europäische Gerichtshof, daß die Genehmigungspflichtigkeit des Kostenersatzes nach luxemburgischem Recht als Hemmnis des freien Warenverkehrs (für den Brillenkauf) und des freien Dienstleistungsverkehrs (für die Erbringung der Zahnregulierungsleistung) anzusehen seien. Richtig ist, daß das luxemburgische Recht Behandlungen und Leistungen aus dem Ausland nur bei entsprechender Genehmigung der Kasse zuließ, die gerade nicht gegeben worden war. Richtig ist auch, daß das europäische System des internationalen Sozialrechts nicht weiterhalf, da nach Art. 22 der einschlägigen Verordnung 1408/71 ein Kostenersatz nicht erfolgen konnte, da in beiden Fällen keine dringende Behandlungsbedürftigkeit im Ausland vorgelegen hatte.

Während mir – bei aller Vorsicht gegenüber den anwesenden luxemburgischen Experten – das Verdikt des Europäischen Gerichtshofes gegenüber der luxemburgischen Rechtslage als zutreffend erscheint, setzt sich der Europäische Gerichtshof insoweit Kritik aus, als er sich zu Art. 22 der VO 1408/71 zu einer Feststellung der Europarechtswidrigkeit dieser Vorschrift im sekundären Europarecht nicht durchringen konnte. Auch wenn man Verständnis dafür haben muß, daß der Europäische Gerichtshof sehr vorsichtig und zurückhaltend ist, wenn es um die Europarechtswidrigkeit sekundären Europarechts geht, so muß man doch gegenüber der These des Europäischen Gerichtshofes, daß Art. 22 der VO 1408/71 insoweit lückenhaft sei, weil es jenseits der in Art. 22 VO 1408/71 ausdrücklich aufgeführten Tatbestände der Inanspruchnahme von Sach- und Dienstleistungen außerhalb des zuständigen Staates noch

weitere Tatbestände erlaubter grenzüberschreitender Behandlungsleistungen gäbe, erhebliche rechtsdogmatische Bedenken geltend machen. Machen wir uns nichts vor: Die Rechtsprechung des EuGH muß dazu führen, Art. 22 der VO 1408/71 nunmehr insoweit als gegenstandslos zu betrachten, als die Entscheidung in den Fällen Decker und Kohll reicht.

Angesichts des Aufschreies im politischen Raum der Bundesrepublik Deutschland ist zwar zuzugestehen, daß entsprechend zu der luxemburgischen Regelung auch in Deutschland gemäß § 16 Abs.1 Nr.1 SGB V der Grundsatz gilt, daß die gesetzlich Versicherten des Inlandes ihre Sozialleistungen grundsätzlich nur im Inland erhalten können. Aber die deutsche Empörung, daß die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes zu einer Auszehrung der deutschen Krankenversicherung führe, ist schon rechtspolitisch unhaltbar. Darüber hinaus ist zu konstatieren, daß die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes, auch wenn sie auf das luxemburgische Krankenversicherungsrecht bezogen ist, selbstverständlich uneingeschränkt auch für das deutsche gesetzliche Krankenversicherungsrecht gilt. Der Versuch des Bundesgesundheitsministeriums, das deutsche Sachleistungsprinzip gegen das luxemburgische Kostenerstattungsprinzip auszuspielen, ist rechtlich wie rechtspolitisch unhaltbar: Denn es kann überhaupt kein Zweifel daran bestehen, daß europaweit in allen Mitgliedstaaten der EU das Leistungserbringungsverhältnis als wirtschaftliche Betätigung im Sinne des EU-Vertrages zu qualifizieren ist, weil eben dieses Leistungserbringungsverhältnis – unabhängig von der zumeist öffentlich-rechtlichen Ausgestaltung des Versicherungsverhältnisses – schlicht dem Privatrecht unterliegt. Und dabei spielt es überhaupt keine rechtliche Rolle, ob das jeweilige System ein Versicherungssystem oder ein staatliches Gesundheitssystem ist, ob das jeweilige System dem Sachleistungsprinzip oder dem Kostenerstattungsprinzip folgt. Denn in jedem Fall ist das Rechtsverhältnis zwischen dem Leistungserbringer und dem Versicherten ein Rechtsverhältnis des Privatrechtes, dessen Finanzierung im deutschen Sozialversicherungsverhältnis gemäß § 267 BGB erfolgt. Dann aber liegt hier zugleich auch stets wirtschaftliche Betätigung im Sinne des europäischen Rechtes vor. Eichenhofer hat dies sehr plastisch formuliert: „Zieht sich Sozialrecht aus der Leistungserbringung zurück und

überantwortet es dieses dem Privatrecht, so erfüllt die Privatwirtschaft die Dienst- und Warenverkehrsfreiheit im Sinne einer fundamentalen Funktion im Binnenmarkt, dem sich auch das Sozialrecht nicht entziehen kann“. Und Eichenhofer fährt weiterhin zutreffend fort: „Die Behauptung, daß die Waren- und Dienstleistungsfreiheit zwar für das Krankenversicherungsrecht Luxemburgs, indes nicht für das Krankenversicherungsrecht Deutschlands bedeutsam sei, weil jenes auf dem Prinzip der Kostenerstattung, dieses dagegen auf dem Sachleistungs-



Greisler, Dr. Zipperer, Paulus im Gespräch

prinzip beruhe, übersieht nämlich: Jegliche Inanspruchnahme der Behandlung oder anderer Akte der Leistungserbringung durch Sozialleistungsberechtigte unterliegen unter allen denkbaren sozialrechtlichen Gestaltungen dem Privatrecht. Lediglich die Finanzierung der Inanspruchnahme der Gesundheitsleistungen ist durch unterschiedliches Sozialrecht unterschiedlich geregelt. In einem Krankenversicherungsrecht, das auf dem Prinzip der Kostenerstattung beruht, ist selbst die Finanzierung der Behandlungsleistung dem Privatrecht unterworfen. In einem Krankenversicherungsrecht, das dem Sachleistungsprinzip folgt,

gilt ebenso wie im nationalen Gesundheitsdienst, daß die Vergütung öffentlich-rechtlich geschieht. Dieser Unterschied ist jedoch gemeinschaftsrechtlich allenfalls für die Frage wichtig, ob die nach unterschiedlichen Prinzipien vergütete Tätigkeit als erwerbswirtschaftlich oder als karitativ – also als nicht erwerbswirtschaftlich, sondern einseitig gewährend – zu qualifizieren ist. In dieser Frage kann es jedoch keinen Zweifel geben, daß unabhängig von der Art der Honorierung und auch unabhängig davon, ob die Parteien in der Preisgestaltung frei oder gebunden sind und schließlich die Bedingungen rechtlich vorgegeben sind oder nicht, die Erbringung von Behandlungsleistungen zugunsten von Sozialleistungsberechtigten als erwerbswirtschaftliche, weil vergütete Tätigkeit zu qualifizieren ist. Hinsichtlich der übrigen Modalitäten unterliegt jedoch die Behandlung voll und ganz dem Privatrecht. Die Parteien des Vertrages entscheiden über das Zustandekommen, den Inhalt, die Reichweite der Behandlung und der Leistungserbringer schuldet jene Sorgfalt, die im Verhältnis unter Privaten gefordert ist. In allen diesen Regeln kommt unzweifelhaft zum Ausdruck, daß die Behandlungsleistung privatrechtlich und damit auch primär privatwirtschaftlich zu qualifizieren ist. Aus der Sicht der an der Leistungsgewährung Beteiligten ist der Befund also eindeutig: Sowohl der Leistungserbringer als auch der Leistungsberechtigte gebrauchen bei der Begründung des Leistungsverhältnisses privatrechtliche Freiheit. Das heißt aber auch zugleich: Sie nehmen nicht nur eine privatwirtschaftliche Funktion wahr, sondern ihnen kommt auch das Recht zu, in einem Binnenmarkt diese Freiheit grundsätzlich grenzüberschreitend entfalten zu können. Dies garantiert die aktive Warenverkehrs- und Dienstleistungsfreiheit; dieser Freiheit entspricht die passive Warenverkehrs- und Dienstleistungsfreiheit seitens des Leistungsempfängers.“ Denn nach der völlig unangegriffenen Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes steht die Warenverkehrs- und Dienstleistungsfreiheit nicht nur dem Erbringer, sondern in gleicher Weise auch dem Empfänger von Diensten zu. Demgemäß werden die aktive und die passive Warenverkehrs- und Dienstleistungsfreiheit gleichermaßen anerkannt.

III.

Ich muß sehr um Ihre Nachsicht und um Ihr Verständnis bitten, daß ich eingangs der sozialversicherungsrechtlichen Problematik in den beiden Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofes trotz der vorangegangenen Vorträge noch einmal so breiten Raum eingeräumt habe. Dies war zunächst erforderlich, um die in der Bundesrepublik Deutschland geäußerte politische Kritik zur Unterscheidung von Sachleistungsprinzip und Kostenerstattungsprinzip als unhaltbar zu dekurvieren, weil sich hierin ein erster Unterschied zwischen Privatversicherung und Sozialversicherung angedeutet haben könnte. Daß dies nicht zutreffend ist, hoffe ich dargelegt zu haben. Aber damit ist die Frage nach den Auswirkungen der Rechtsprechung des EuGH auf dem Markt der substitutiven privaten Krankenversicherung noch keineswegs beantwortet. Hierzu sind vielmehr – wie ich zeigen möchte – sehr differenzierte und durchaus schwierige europarechtliche Überlegungen unabdingbar.

1. Zunächst stellt sich nämlich die durchaus provokante Frage, welchen Rechtsinhalt der Begriff der Substitution bei der deutschen, substitutiven privaten Krankenversicherung beinhaltet. Nimmt man den Begriff der Substitution im Rechtssinne ernst, dann bedeutet er Ersatz, Ersetzbarkeit oder Vertretung. Deshalb könnte man die Frage wagen, ob die substitutive private Krankenversicherung in Deutschland nicht dann zumindest insoweit der Verordnung 1408/71 untersteht, als sie Ersatzfunktion der gesetzlichen Krankenversicherung als private Krankenversicherung wahrnimmt.

Dagegen könnte allerdings sprechen, daß der Rechtsbegriff der substitutiven privaten Krankenversicherung im Zusammenhang mit den Regelungen der EG in der 3. Richtlinie Schaden (92/49 EWG vom 18.6.1992) geprägt worden ist. Gemäß Art. 54 Abs.1 der Richtlinie werden unter der substitutiven privaten Krankenversicherung solche Krankenversicherungsverträge erfaßt, die „die im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehene Krankenversicherung ganz oder teilweise ersetzen können.“ Im Rahmen der deutschen substitutiven privaten Krankenversicherung sind damit die Krankheitskosten-Voll-

versicherung sowie die Verdienstausfalldeckung mit Hilfe der Krankengeldversicherung erfaßt, denn diese Verträge der substitutiven privaten Krankenversicherung sind nach Art der versicherten Risiken und Qualität der Versicherungsleistungen geeignet, einen der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbaren Versicherungsschutz zu gewähren. Zwar könnte auch diese Formulierung der Richtlinie zunächst für die Einbeziehung der substitutiven privaten Krankenversicherung in die Verordnung 1408/71 sprechen, aber gemäß Art. 54 Abs.1 der Richtlinie werden die Mitgliedstaaten für die substitutive private Krankenversicherung gerade zum Erlaß „spezifischer Vorschriften zum Schutz des Allgemeininteresses in Bezug auf diesen Versicherungszweig“ ermächtigt. Mit derartigen Vorschriften soll gesichert werden, daß der der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbare soziale Schutzzweck der substitutiven Krankenversicherungsverträge auf Dauer erreicht und erhalten bleibt. Gerade diese Regelung spricht jedoch eklatant gegen die These einer Einbeziehung einer substitutiven privaten Krankenversicherung in die Verordnung 1408/71, weil dann die Ermächtigung weitestgehend ihres Sinngehaltes entbehren müßte. Weil die Allgemeinen Besonderen Versicherungsbedingungen, die für die Verträge der substitutiven privaten Krankenversicherung gelten sollen, vor ihrer Verwendung der Aufsichtsbehörde desjenigen Mitgliedstaates mitzuteilen sind, in dem diese Bedingungen verwendet werden, ist in Deutschland das Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen zuständig, dem durch die Vorlage eine Kontrolle ermöglicht wird. Dabei wird diese Vorlagepflicht an das Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen auf ausländische Versicherer, die die substitutive Krankenversicherung in Deutschland betreiben wollen, ausgedehnt. Dadurch hat der europäische Normgeber gerade das sonst die 3. Richtlinie Schaden beherrschende Sitzlandprinzip durchbrochen, was auch für eine Eigenständigkeit der substitutiven privaten Krankenversicherung außerhalb der Verordnung 1408/71 spricht. Ferner können gemäß Art. 54 Abs. 2 der Richtlinie die Mitgliedstaaten vorschreiben, daß die substitutive private Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung zu betreiben ist, wovon der deutsche Gesetzgeber mittels eigenständiger Regelung im VVG Gebrauch gemacht hat. Zusammenfas-

send ist zu konstatieren, daß die Regelung in Art. 54 der 3. Richtlinie Schaden somit eher der These einer Einbeziehung der substitutiven Krankenversicherung in die Verordnung 1408/71 entgegensteht.

2. Der zweite Begründungsansatz zur Klärung der Frage, ob die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes in den Streitfällen Decker und Kohll Anwendung auf die substitutive private Krankenversicherung findet, erscheint im Ausgangspunkt zunächst weitaus weniger problematisch. Denn es dürfte in der Tat unstrittig sein, daß gerade bei der substitutiven privaten Krankenversicherung das Leistungsverhältnis zwischen dem Versicherten und dem Leistungserbringer dem Privatrecht unterliegt und deshalb insgesamt als wirtschaftliche Betätigung im Sinne der europarechtlichen Grundfreiheiten, insbesondere des Art. 59 EG-Vertrag im Rahmen des freien Dienstleistungsverkehrs zu qualifizieren ist. Die in den Art. 59 ff. EGV näher ausgeformte Dienstleistungsfreiheit sichert den Selbständigen, Gewerbetreibenden, Handwerkern, Künstlern, Freiberuflern, insbesondere den Ärzten, Krankenhausträgern das Recht auf grenzüberschreitende Tätigkeitsausübung, einerlei, ob sie diese Dienste höchstpersönlich oder durch Mitarbeiter erbringen. Dabei ist nochmals zu wiederholen, daß nach der ständigen Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes diese Freiheit nicht nur dem Erbringer, sondern in gleicher Weise auch dem Empfänger von Diensten zusteht, weshalb im Rahmen des Europarechtes zutreffend die aktive und die passive Dienstleistungsfreiheit unterschieden werden.

Das Entsprechende gilt für die zweite, von der Thematik her wesentliche Grundfreiheit im vorliegenden Zusammenhang, für die Freiheit des Warenverkehrs gemäß Art. 30 EGV. Diese Grundfreiheit gewährleistet die Freiheit jeder grenzüberschreitenden wirtschaftlichen Verwertung von Waren, die weder durch Zölle noch durch andere die Einfuhr belastende Abgaben, Mengenbeschränkungen oder „Maßnahmen gleicher Wirkung“ behindert werden darf. Vor allem unter dem Rechtsbegriff der Maßnahmen gleicher Wirkung werden technische, sanitäre, preis- und ordnungsrechtliche Vorschriften, also sämtliche Akte einer Behörde eines Mitgliedstaates verstanden, die Ein-

führen gegenüber dem Absatz inländischer Erzeugnisse erschweren, verteuern oder benachteiligen. Danach ist die Handelsbeschränkung unabhängig von ihrer Tendenz und erzielten Wirkung zu bestimmen, wobei es genügt, wenn die Maßnahme als Behinderung des freien Warenverkehrs objektiv und generell geeignet ist. Naturgemäß erweisen sich Dienstleistungs- und Warenverkehrsfreiheit als strukturell ähnlich, zumal sie übereinstimmend auf folgenden Grundsätzen beruhen: „Den Selbständigen steht ein Recht auf die Entfaltung grenzüberschreitender wirtschaftlicher Tätigkeiten zu; diese Freiheit darf nicht durch nationales Recht beschränkt werden, um den innergemeinschaftlichen Wettbewerb zu behindern; eine Beschränkung ist allenfalls aus nicht ökonomischen Beweggründen statthaft.“ In den Entscheidungen Decker und Kohll hatte der Europäische Gerichtshof sich deshalb mit der Frage zu befassen, ob diese Grundsätze der Dienstleistungs- und Warenverkehrsfreiheit auch für die Erbringung von Diensten und Waren gelten, die aufgrund des Sozialrechts der Mitgliedstaaten geschuldet sind. Stets hatte nämlich der Europäische Gerichtshof in ständiger Rechtsprechung entschieden, daß „das Gemeinschaftsrecht die Zuständigkeit der Mitgliedstaaten zur Regelung ihrer Systeme sozialer Sicherheit unberührt läßt.“ Deshalb konnte es bis zu den Entscheidungen Decker und Kohll fraglich sein, wie die Dienstleistungs- und Warenverkehrsfreiheit überhaupt auf die Sicherungssysteme der sozialen Sicherheit Auswirkungen haben sollten. Der Europäische Gerichtshof hat nunmehr in den Entscheidungen Decker und Kohll festgestellt, daß die Mitgliedstaaten zwar bei der Ausgestaltung ihrer Systeme sozialer Sicherheit im wesentlichen frei seien, gleichwohl bei der Ausgestaltung ihrer Systeme auf das Gemeinschaftsrecht in vollem Umfang Rücksicht nehmen müßten. Und nur in diesem Zusammenhang hat er sich mit Art. 22 der Verordnung 1408/71 auseinandersetzen müssen. Nachdem der Europäische Gerichtshof gerade insoweit aber eine – problematische – Lücke statuiert hat, konnte und mußte der Europäische Gerichtshof die Ausgestaltung des Systems der sozialen Sicherheit unmittelbar an Art. 30 und Art. 59, also an der Warenverkehrs- und Dienstleistungsfreiheit messen. Das Ergebnis ist bekannt. Folgt man aber insoweit der bereits oben eingangs dargestellten These, daß das Rechtsverhältnis zwi-

schen versicherter Person und Leistungserbringer stets dem Privatrecht untersteht und deshalb als wirtschaftliche Betätigung im Sinne der europäischen Grundfreiheiten zu qualifizieren ist, dann ergibt sich, daß der Europäische Gerichtshof zutreffend die Beschränkung der Versicherungsleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung im Sinne des Territorialitätsprinzips nicht aufrecht erhalten konnte, weil eben die Warenverkehrs- und Dienstleistungsfreiheit unmittelbar auf diese wirtschaftliche Betätigung im Privatrechtsverhältnis zwischen Leistungserbringer und Versichertem durchschlagen müsse. Gleichwohl folgt hieraus keineswegs zwangsläufig, daß damit auch die substitutive private Krankenversicherung bezüglich des privatrechtlichen Rechtsverhältnisses zwischen Versicherten und Leistungserbringer die eigenen Versicherungsbedingungen an Art. 30 und Art. 59 EGV messen lassen muß. Denn hierbei ist zu berücksichtigen, daß die europäischen Grundfreiheiten in Parallele zu den Grundrechten unserer Verfassung primär gegen die Mitgliedstaaten gerichtet sind und deshalb insoweit auch zunächst nur die Mitgliedstaaten binden. Die Versicherungsbedingungen der substitutiven privaten Krankenversicherung können folglich nur dann den Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofes in Sachen Decker und Kohll unterstellt werden, wenn die substitutive private Krankenversicherung zumindest im Sinne einer Drittwirkung ebenfalls an die Warenverkehrs- und Dienstleistungsfreiheit der Art. 30, 59 EGV gebunden wäre. Insoweit ist jedoch wiederum darauf hinzuweisen, daß der Europäische Gerichtshof schon mehrfach die Drittwirkung positiv entschieden hat. So verbietet nach der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes etwa Art. 30 EGV auch einem privaten Schallplattenhersteller, den Absatz seiner Erzeugnisse so zu regeln, daß der gemeinsame Markt wieder in nationale Märkte aufgesplittert wird, und Art. 48 EGV verbietet es einem privaten Sportverband, bestimmte Staatsangehörige von seinen Veranstaltungen auszuschließen. Des Weiteren hat der Europäische Gerichtshof die Vorschriften über die Niederlassungsfreiheit mit Drittwirkung gegenüber Privaten bereits in der Entscheidung *Dona* begründet und ausgeführt, daß mit den Art. 7 und Art. 48 – 51 oder je nach Sachlage den Art. 59 – 66 eine nationale Regelung oder eine nationale Praxis, auch wenn sie von einer

Sportorganisation ausgehe, unvereinbar sei, die das Recht, als Profi oder Halbprofi an Fußballausstragungen teilzunehmen, allein den Angehörigen des betreffenden Mitgliedstaates vorbehalte. Diese Rechtsprechung hat der Europäische Gerichtshof bekanntlich im Urteil Bosman bestätigt und erweitert. Danach verstößt die Regelung des Sportverbandes gegen Art. 48 EGV, wenn der Sportverband einen Berufsfußballspieler, der Staatsangehöriger eines Mitgliedstaates ist, bei Ablauf des Vertrages, der ihn an einen Verein bindet, nur dann von einem Verein eines anderen Mitgliedstaates beschäftigt werden kann, wenn dieser dem bisherigen Verein eine Entschädigung gezahlt hat. Aus der bisherigen Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes wird man deshalb insgesamt die These entnehmen müssen, daß die Warenverkehrs- und Dienstleistungsfreiheit als europäische Grundfreiheit nicht allein gegen die Mitgliedstaaten gerichtet ist, sondern einer allgemeinen Drittwirkung dergestalt unterliegt, daß sie sich auch gegen einzelne Verbände, gegen nichtstaatliches Kollektivverhalten usw. in den nationalen Mitgliedstaaten richtet, die ihrerseits Regelungen erlassen, die gegen Art. 30 oder Art. 59 EGV verstoßen. Dies müßte noch durchaus verstärkt dann gelten, wenn die Träger der substitutiven privaten Krankenversicherung in ihren Allgemeinen Versicherungsbedingungen Regelungen aufgenommen hätten, die Art. 22 der VO 1408/71 zumindest sinngemäß entsprechen. Denn insoweit hat der EuGH präzisiert, daß die Grundfreiheiten des EGV nicht nur diskriminierenden Gesetzen entgegenstehen, sondern auch die Nachprüfung von Vereinssatzungen, von Abmachungen zwischen Verbänden und anderweitigen kollektiven Regelungen erlauben. Demzufolge müßten sich auch Versicherungsbedingungen der substitutiven privaten Krankenversicherung an Art. 30 und 59 mit den Ergebnissen messen lassen, wie sie der Europäische Gerichtshof in den Entscheidungen Decker und Kohll ausgesprochen hat. Danach wäre folglich davon auszugehen, daß die Entscheidungen Decker und Kohll unmittelbar für die substitutive private Krankenversicherung „inhaltlich entsprechend“ gelten. Dies ist allerdings ein eher theoretisches Ergebnis, weil die Musterbedingungen der PKV von 1994 den Krankenversicherungsschutz ohnehin auf Heilbehandlung in Europa erstrecken. Anderes gilt allerdings nach den Musterbedingungen

1994 für die Pflegekrankenversicherung, worauf ich noch zurückkomme.

3. Ein dritter und letzter Begründungsansatz könnte sich aus Art. 85 und Art. 86 EGV ergeben, wenn man die Drittwirkung der Regelungen des Art. 30 und des Art. 59 EGV in Zweifel zieht. Nach Art. 85 Abs.1 Nr. c) sind mit dem gemeinsamen Markt unvereinbar und verboten alle Vereinbarungen zwischen Unternehmen, Beschlüsse von Unternehmensvereinigungen und aufeinander abgestimmte Verhaltensweisen, welche den Handel zwischen Mitgliedstaaten zu beeinträchtigen geeignet sind und eine Verhinderung, Einschränkung oder Verfälschung des Wettbewerbs innerhalb des gemeinsamen Marktes bezwecken oder bewirken, insbesondere die Aufteilung der Märkte oder Versorgungsquellen. Insoweit käme hier ein abgestimmtes Verhalten der Träger der substitutiven privaten Krankenversicherung in Frage, wenn sie übereinstimmend in ihren Versicherungsbedingungen Regelungen aufgenommen hätten, die inhaltlich Art. 22 der VO 1408/71 entsprechen würden oder gar noch darüber hinaus das Territorialitätsprinzip der Leistungserbringung festschreiben würden. Das hierdurch eine Aufteilung der Märkte oder Versorgungsquellen im Sinne von Art. 85 Abs.1 Nr. c) bewirkt würde, erscheint meines Erachtens als offensichtlich.

Die Freistellungsverordnung vom 21.12.1992, die gemäß Art. 85 Abs. 3 ergangen ist, hilft hier übrigens nicht weiter, weil sie sich insoweit jeder Stellungnahme enthält. Bezüglich des Erfordernisses der abgestimmten Verhaltensweise ist darauf hinzuweisen, daß nach europäischem Recht eine aufeinander abgestimmte Verhaltensweise in jeder Koordinierung liegt, die zwar nicht zu einer Willenseinigung geführt hat, in der aber bewußt eine praktische Zusammenarbeit an die Stelle des mit Risiken verbundenen Wettbewerbs tritt. Des weiteren hat der EuGH mehrmals entschieden, daß ein einfaches Parallelverhalten am Markt ein Indiz für das Vorliegen einer abgestimmten Verhaltensweise bildet, wenn es nicht den normalen Wettbewerbsbedingungen entspricht. Daß aber eine Klausel nach dem Territorialitätsprinzip den normalen europarechtlichen Wettbewerbsbedingun-

gen nicht entspricht, läßt sich den Entscheidungen des EuGH zu Decker und Kohll unschwer entnehmen. Allerdings ist hierzu erneut darauf zu verweisen, daß die Musterbedingungen 1994 der PKV zur Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung diesem Rechtszustand bereits entsprechen. Erlauben Sie mir an dieser Stelle eine Anmerkung aus aktuellem Anlaß, auch wenn sie nur höchst mittelbar mit unserem heutigen Thema zu tun hat: Würde der deutsche Gesetzgeber die Beitragsbemessungsgrenzen zum Nachteil der substitutiven privaten Krankenversicherung erhöhen, stünden Rechtsverletzungen des Art. 59 EGV (Dienstleistungsfreiheit) und des Art. 90 (Europäisches Wettbewerbsrecht) unmittelbar in Frage. Auch mit dem Federation francaise-Urteil von 1995 hat der EuGH dem nationalen Gesetzgeber hier bereits deutliche Grenzen gesetzt. Schon 1985 ist zudem die Kommission im Fall einer „griechischen Versicherung“ gegen ein Gesetz, das Versicherte des Privatsektors zugunsten von Versicherern des öffentlichen Sektors vom Markt für Vermögen der öffentlichen Hand ausschloß, gemäß Art. 90 Abs. 1 und Abs. 3 EGV vorgegangen. Der Markt der Krankenversicherungen kann durch den nationalen Gesetzgeber nicht mehr ohne Rechtsverletzung europäischen Rechts zum Nachteil der substitutiven privaten Krankenversicherung verändert werden.

Kehren wir zu unserer eigentlichen Problematik zurück, so ist zusammenfassend folglich zu konstatieren, daß die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes in den Streitsachen Decker und Kohll im Sinne eines „erst recht“-Schlusses Anwendung auf die substitutive private Krankenversicherung finden muß, gleichgültig, welchem der dargestellten Begründungsansätze man folgt. Aus der Sicht des Europäischen Gerichtshofes erscheint mir der zweite Begründungsweg mit einer Bejahung der Drittwirkung von Art. 30 und Art. 59 EGV auch und gerade auf die substitutive private Krankenversicherung als der wahrscheinlichste. Anzumerken ist immerhin, daß die Rechtstellung der substitutiven privaten Krankenversicherung insoweit noch schwächer ausgestaltet ist als die der gesetzlichen Krankenversicherung, die sich immerhin auf Vorbehalte im EG-Vertrag und auf Art. 22 der VO 1408/71 berufen konnte. Deshalb führt – gleichgültig, ob man

das Ergebnis billigt oder bedauert – meines Erachtens aus europarechtlicher Sicht kein Weg daran vorbei, den Entscheidungen Decker und Kohll unmittelbare Einflußnahme und Geltung auch auf die Rechtsverhältnisse von Versicherten der substitutiven privaten Krankenversicherung mit Leistungserbringern in Europa zuzumessen. Es wäre meines Erachtens verhängnisvoll und im Ergebnis unnützlich, auf eine abweichende Rechtsprechung des EuGH zur substitutiven privaten Krankenversicherung zu hoffen. Auch die deutsche gesetzliche



Blick ins Publikum

Krankenversicherung hat im Gegensatz zum Bundesgesundheitsministerium und wohl auch zur Versicherungsaufsicht mittlerweile erkannt, daß an der Entscheidungspraxis des Europäischen Gerichtshofes in den Streitsachen Decker und Kohll kein Weg vorbeiführt. Die Unterscheidung zwischen Kostenerstattungs- und Sachleistungsprinzip spielt aus europarechtlichen Gründen – wie dargestellt – insgesamt überhaupt keine Rolle. Wie schon betont, haben die Musterbedingungen der PKV von 1994 für die Krankheitskosten – und Krankenhaustagegeldversicherung unter § 1 Abs. 4 den Erkenntnisstand

des Europäischen Gerichtshofes schon berücksichtigt. Dies gilt allerdings noch nicht für die Musterbedingungen Pflegekrankenversicherung 1994, soweit es dort heißt: „Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Pflege in der Bundesrepublik Deutschland.“ Für die Versicherungsleistung Pflegegeld wird man aber auch insoweit aufgrund der Entscheidung Molenaar des EuGH in Verbindung mit den Entscheidungen Decker und Kohll nunmehr davon ausgehen müssen, daß Versicherte der substitutiven privaten Pflegeversicherung Pflegeeinrichtungen in Europa außerhalb Deutschlands in Anspruch nehmen können und – soweit die weiteren Voraussetzungen des Gesetzes erfüllt sind – Pflegegeld folglich exportieren können. Der Ausschluß der Leistungspflicht, „solange sich versicherte Personen im Ausland aufhalten“, erscheint nicht mehr zulässig, allerdings müssen dadurch entstehende Mehrkosten abgewogen werden können.

IV.

Wenn man somit zu dem Ergebnis kommt, daß die Freiheit des Warenverkehrs und die Dienstleistungsfreiheit gemäß Art. 30 und Art. 59 EGV in ihrer Ausprägung die Rechtsbeziehungen zwischen Leistungserbringer und Versichertem bestimmen, insbesondere, daß diese Leistungen auch dann zu Lasten der substitutiven privaten Krankenversicherung erbracht werden dürfen, wenn sie nicht nur unter dem doppelten medizinischen Vorbehalt des innerstaatlichen Rechts geboten sind, sondern unabhängig davon entweder alternativ gleichwertig oder sogar aus Wirtschaftlichkeitsgründen sinnvoll sein können, so folgt daraus ein Recht des Versicherten, daß die Krankenversicherung auch diese Leistungen kostenmäßig übernimmt. Im Umkehrschluß heißt das für den Leistungserbringer, daß europaweit insofern ein Abrechnungsanspruch gegenüber dem zuständigen substitutiven, privaten Krankenversicherungsträger besteht, insoweit eben die Versicherung selbst unter der Voraussetzung der freien Auswahl des Leistungserbringers steht. Um es auf den Punkt zu bringen: Wenn der Versicherte sich einer Einrichtung oder eines Leistungserbringers bedient, der in einem anderen Mitgliedstaat der EU legitimerweise tätig ist, so kann und muß diese Inanspruchnah-

me nach den Prinzipien der Warenverkehrs- und Dienstleistungsfreiheit grundsätzlich auch zu Lasten der substitutiven privaten Krankenversicherung erfolgen.

Dies kann allerdings zunächst bedeuten, daß dadurch die europäischen Dienstleistungserbringer im Gesundheitswesen bessergestellt werden als in Deutschland ansässige Leistungserbringer: Jene unterliegen gewissen Zulassungserfordernissen, die für alle außerhalb Deutschlands Ansässigen durch die Inanspruchnahme der Warenverkehrs- und Dienstleistungsfreiheit nach europäischem Recht nicht zum Tragen käme. Die in Deutschland ansässigen Leistungserbringer müssen somit zusätzliche Zugangshürden auf sich nehmen, die den ausländischen Mitkonkurrenten nicht entgegenstünden. Im Ergebnis wäre eine solche Konstellation sicher fragwürdig, andererseits ist darauf hinzuweisen, daß es auch in den anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Gemeinschaft Zulassungsbedingungen und Zulassungserfordernisse gibt, die weiterhin (soweit sie nicht diskriminierend sind) gelten. Gerade deshalb ist auch darauf hinzuweisen, daß Gründe, welche die Warenverkehrs- und Dienstleistungsfreiheit im Interesse der Allgemeinheit beschränken könnten, auch aus den bisherigen Stellungnahmen des Bundesgesundheitsministeriums nicht entnommen werden können. Das Kostenargument wird durch die eigene Behauptung widerlegt, daß sich die Vergütung der Auslandsleistungen nach den Grundsätzen des Heimatlandes richtet. Die Versicherungen leisten also für Auslandsbehandlungen in jedem Fall nicht mehr als sie bei Inlandsleistungen erbringen müßten. „Daß Überkapazitäten anwachsen würden, ist nicht bewiesen, weil die grenzüberschreitende Leistung den inländischen Leistungserbringern nicht notwendig zum Nachteil gereicht, insbesondere dann, wenn ihm eine besondere Qualität bescheinigt wird. Zu behaupten, daß die Qualitätsstandards des eigenen Mitgliedstaates höher sind als die anderer Mitgliedstaaten, rührt an einem gemeinschaftsrechtlichen Tabu, das ähnlich eisern gilt, wie im Inland das Tabu der prinzipiellen Gleichwertigkeit aller Vertragsärzte. Gleichheit heißt immer – dies hat schon Gustav Radbruch eindrucksvoll gelehrt – absehen von noch vorhandener Ungleichheit. Und daß durch grenzüberschreitende Leistungserbringung das System gefährdet wird, verwundert in einem Rechtsrahmen, in

dem internationale Marktöffnung das Prinzip und die nationale Marktabschließung die grundsätzlich nicht legitimierbare Ausnahme darstellt. Marktöffnung ist gemeinschaftsrechtlich gewollt; die Unterbindung der Marktöffnung ist nicht durch ein außerökonomisches Allgemeininteresse – Verbraucherschutz, Gesundheitsschutz oder kulturelles Anliegen – legitimiert. Komplikationen in der Abrechnung dieser Leistungen sind ebenfalls kein zulänglicher sozialpolitischer Grund, der eine Beschränkung der Grundfreiheiten legitimiert. Die Regelung läßt sich allenfalls durch die Interessen derer begründen, die vom bisherigen status quo ökonomisch profitierten. Dieses Interesse ist aber gemeinschaftsrechtlich nicht als Allgemeininteresse anzuerkennen.“

Des weiteren sind die Entscheidungen in den Sachen Decker und Kohll nicht geeignet, die Einwände des Gesundheitsministers, das deutsche Gesundheitswesen werde teurer und das Versorgungsniveau sinke, falls Versicherte in ganz Europa Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen könnten und die Träger der Versicherung den im Heimatland üblichen Betrag zu erstatten hätten, zu begründen. Denn diese Einwände werden den entschiedenen Fällen nicht gerecht. Denn dort erbrachte ein in Deutschland niedergelassener Kieferorthopäde eine Behandlung an einem in Luxemburg Versicherten. Schon der entschiedene Fall zeigt also, daß die Ermöglichung der grenzüberschreitenden Dienstleistungen nicht notwendigerweise die in Deutschland niedergelassenen Ärzte um Betätigung bringen muß, also keineswegs notwendig zu einem Zuwachs von Überkapazitäten führen muß. Ganz im Gegenteil kann die grenzüberschreitende Leistungserbringung auch zum Abbau von Überkapazitäten führen, jedenfalls wenn sich das angeblich hohe Niveau der deutschen medizinischen Versorgung bei den Berechtigten anderer Staaten auch im Ausland herumspricht und daher die Gesundheitsleistungen aus deutschen Landen von im Ausland Ge- oder Versicherten in Anspruch genommen werden. Wer einerseits das eigene Gesundheitswesen für leistungsfähiger und besser hält als das anderer Mitgliedstaaten – übrigens eine auf Deutschland übertragene altbekannte bayowarische Stereotype –, aber gleichzeitig den Untergang der deutschen Krankenversicherung nach der Aufhebung aller Restriktionen der grenzüberschreitenden Leistungserbringung im Gesundheitswesen beschwört, weil die Versicher-

ten aus dem gelobten Land angeblich massenhaft fliehen würden, um sich in Scharen im Ausland behandeln zu lassen, stellt jedenfalls an die innere Konsistenz seiner eigenen Argumentation nur höchst bescheidene Ansprüche.“

Weiterhin möchte ich darauf hinweisen, daß die Feststellung, der Ausschluß ausländischer Leistungserbringer vom deutschen privaten und sozialen Krankenversorgungssystem verstoße gegen Europarecht, noch nicht bewirkt, daß die Leistungserbringer nicht den deutschen Zulassungs- und Überwachungsregelungen unterworfen werden dürften. Hier bieten sich möglicherweise durchaus einfache, vertragskonforme Mittel zur Konfliktlösung an: Wenn die Dienstleistungsfreiheit Beteiligungsrechte eröffnet, dann kann diesen auch dadurch Rechnung getragen werden, daß nach innerstaatlichem Recht entsprechende Zugangsmechanismen geschaffen werden. Mit anderen Worten: Dem Recht des europäischen Leistungserbringers, zu Lasten der deutschen Krankenversicherung Leistungen erbringen zu dürfen, wäre bereits dann Genüge getan, wenn ihm die Möglichkeit eröffnet wird, für die Teilnahme am reglementierten Gesundheitsmarkt zugelassen zu werden, ohne daß er zuvor seinen Sitz in den Geltungsbereich des deutschen Krankenversicherungsrechtes verlagert. Der Krankenversicherung muß es dafür möglich sein, entweder auf der Grundlage der auch in Deutschland geltenden Regelungen oder, darüber hinaus, durch individuelle vertragliche Gestaltung den jeweiligen Leistungserbringer in das Gesamtsystem einzubinden. Auf diese Weise können die Standards, die für eine Sicherstellung der medizinischen Versorgung notwendig sind, festgeschrieben werden, ohne daß damit auf der anderen Seite die auf den ersten Blick vielleicht naheliegende Verteuerung der Leistungserbringung indiziert wäre. Vielmehr würden derartige Abreden, die auf individueller wie auf kollektiver Basis erfolgen könnten, durchaus auch die Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven zugunsten der substitutiven privaten Krankenversicherung zulassen. Die Einbindung eines Leistungserbringers in das System der deutschen Krankenversicherung muß nicht notwendigerweise mit sich bringen, daß der Leistungserbringer auch nach deutschen Standards vergütet wird. So gesehen stellt sich gerade aufgrund der Entscheidungen Decker und Kohll aus der Sicht der substitutiven privaten

Krankenversicherung primär die Frage, ob nicht die Einbeziehung europäischer Leistungsanbieter möglicherweise notwendig ist, um durch eine flexiblere Ausgestaltung des Leistungsangebotes eine bessere Steuerung der Kostenströmung und damit eine effektivere Gesundheitsfürsorge bewerkstelligen zu können.

Im Rahmen der durch die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes geforderten Einbeziehung europäischer Leistungserbringer wird weiter zu prüfen sein, wie die Entgeltgestaltung für die grenzüberschreitende Leistungserbringung erfolgen soll. Jedenfalls bei der Erbringung von Dienstleistungen werden die deutschen Krankenversicherungsträger berücksichtigen dürfen, daß die Kosten für diese Dienstleistungen im Ausland durchaus unter dem Kostenniveau in Deutschland oder in Holland liegen können. Mit anderen Worten: Der Unterhalt einer Zahnarztpraxis oder einer Klinik liegt in vielen europäischen Staaten sicherlich unter den Kosten, die in Holland oder in Deutschland entstehen. Soweit die entsprechenden Dienstleistungen tatsächlich im europäischen Ausland erfolgen, wird sich die deutsche Krankenversicherung ebenso wie die niederländische Krankenversicherung daher auf die im jeweiligen Land üblichen Entgelte beschränken können, die unter dem deutschen oder niederländischen Niveau liegen. Die durch die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes möglicherweise gesetzten Hoffnungen, man könne die „hohen Leistungsentgelte des deutschen oder niederländischen Marktes ins Ausland exportieren“, dürften sich daher nicht bewahrheiten. An dieser Stelle ist vielmehr darauf hinzuweisen, daß – außerhalb des krankenversicherungsrechtlichen Kontextes – nach internationalem Privatrecht, soweit keine Rechtswahl nach Art. 27 EGBGB vorliegt, gemäß Art. 28 Abs. 2 EGBGB das Recht des Staates zur Anwendung kommt, in dem der Leistungserbringer die „vertragscharakteristische Leistung“ erbringt. Soweit in diesem Zusammenhang nach ausländischem Recht gesetzliche Entgelte oder sonst „übliche“ Summen für die Erbringung von Leistungen im Ausland bekannt sind, ist aus Rechtsgründen nicht einzusehen, warum nicht auch die Krankenversicherungsträger sich auf die Zahlung dieser Summen beschränken sollten. Ist man sich über diese Konsequenz im klaren, wird die Rechtsprechung des EuGH sicherlich auch für die Krankenversicherung eini-

ges an „Schrecken“ verlieren. Im übrigen sollte man die Neigungen der Versicherten, sich im Ausland behandeln zu lassen, nicht überschätzen. Denn unabhängig von den hier anfallenden Kosten gilt die prinzipielle Regel, daß Kranke nicht gern reisen.

Damit gelange ich zum Ende meiner Überlegungen: Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland hat sich nach der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes als teilweise nicht EG-rechtskonform erwiesen. Diese Erkenntnis ist allerdings keinesfalls neu, sondern wurde bereits durch namhafte, grundlegende Vorarbeiten beispielsweise von Zechel und Everling zum Ausdruck gebracht. Zugleich ist es meines Erachtens dringend geboten, sich den europarechtlichen Problemen des nationalen Gesundheitswesens insgesamt zu stellen, um alternative Lösungen, wie sie vorliegend angedeutet worden sind, zu entwickeln und in das jeweilige nationale Gesundheitssystem einzuführen. Nachdem die Rechtsprechung des EuGH so zu dem befürchteten „bösen Erwachen“ geführt hat, muß dringend dazu aufgerufen werden, eine juristische Beckmesserei hinsichtlich der Entscheidungspraxis des EuGH zu unterlassen und stattdessen die grenzüberschreitende Behandlungsleistung in das Leistungserbringungssystem der Krankenversicherung mit allen angedeuteten Vorzügen zu integrieren. Auf diese Weise werden nicht zuletzt die befürchteten negativen Konsequenzen für das deutsche wie für das niederländische Gesundheitswesen bewältigt werden können; vielmehr erwarte ich, daß sich für die private Krankenversicherung viele für sie günstige Alternativen stellen. Nur müssen diese Alternativen jetzt auch in der Tat mittels eines neu zu gestaltenden vertraglichen Systems genutzt werden. Die Preistabelle für Leistungen im Krankenversicherungsrecht belegt, daß an vielen Stellen innerhalb der Europäischen Gemeinschaft von der Brille bis zum Rollstuhl, von der Rehabilitationsleistung in der Rehabilitationsklinik bis zu Operationen im Krankenhaus überaus wirtschaftliche Alternativen bestehen, die für die nationalen Krankenversicherungssysteme in Deutschland wie in den Niederlanden bisher versperrt waren. Die Entscheidungen Decker und Kohll des Europäischen Gerichtshofes bilden deshalb – richtig verstanden – keinen Abschluß einer verhängnisvollen Entwicklung der Übermacht europäischen Rechtes, sondern sie bieten

ganz im Gegenteil Alternativen, die sowohl für den Versicherten als auch für die Versicherungsträger völlig neue Möglichkeiten und Chancen eröffnen. Nur muß man gewillt sein, diese Chancen auch wahrzunehmen. Das private Vertragsrecht steht jedenfalls bereit.

Deshalb vermag ich mich auch angesichts der Entscheidungen in den Streitsachen Decker und Kohll – anders als in vergleichbaren Fällen des Arbeits- und Sozialrechtes der letzten Jahre – nicht zu einer Kritik aufzuraffen. Die nationale Rechtskultur des Krankenversicherungsrechtes in Deutschland wie in den Niederlanden erscheint mir nach wie vor im Kern unbeschädigt. Allerdings muß es uns im Interesse gerade der nationalen Krankenversicherungssysteme und im Interesse der substitutiven privaten Krankenversicherung gelingen, als rechtliche Konsequenz aus der Entscheidungspraxis des Europäischen Gerichtshofes zu erkennen, daß wir nicht einfach unsere Machtmittel und Wirkungsmöglichkeiten ausnutzen dürfen, sondern daß wir vor den anderen als andere Halt zu machen lernen. Gadamer weist nachdrücklich darauf hin, daß wir auch vor den gewachsenen Kulturen der anderen Völker und Staaten in Europa Halt machen müssen und daß wir nur so das andere und die anderen zu erfahren haben, als die anderen unseres Selbst, als die anderen unserer Rechtskultur, um aneinander teilzunehmen. Dann werden die Grundfreiheiten und das europäische Wettbewerbsrecht die substitutive private Krankenversicherung nicht nur fordernd belasten, sondern auch und gerade schützen. Beides zusammen sind die Chancen und Risiken, die uns heute das europäische Recht eröffnet.



Dr. jur. Jan Boetius
Stellvertretender Verbandsvorsitzender

Europäische Perspektiven aus Unternehmenssicht

Einleitung

Im Rahmen der vielschichtigen Diskussion um die Problematik der Finanzierbarkeit der Gesundheitssysteme ergeben sich gerade unter dem Gesichtspunkt der Harmonisierung in Europa neue Perspektiven.

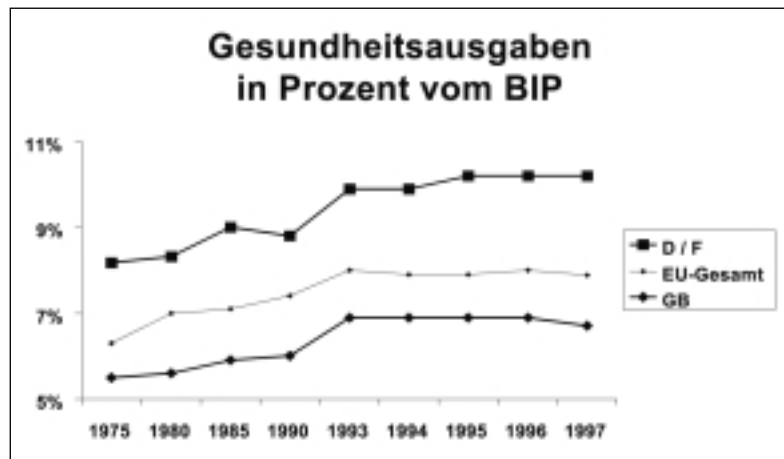
Zunächst wird ein Überblick über die derzeitige Situation in den Gesundheitssystemen gegeben. Daran anschließend folgt eine Betrachtung des notwendigen Harmonisierungsbedarfs der einzelnen Systeme. Abschließend wird ein europäisches Modell des Gesundheitssystems der Zukunft skizziert.

1. Situation des Gesundheitswesens

1.1 Gesundheitskostenentwicklung in Europa / Deutschland

Unter dem Gesichtspunkt eines aussagekräftigen Vergleichs werden verschiedene Kenngrößen der EU-Länder herangezogen. Die durch-

schnittlichen Lebenshaltungskosten in der EU stiegen in den Jahren 1980 bis 1996/97 absolut um 76,4%. Demgegenüber sind die Gesundheitsausgaben im gleichen Betrachtungszeitraum fast dreimal so schnell, nämlich um 202,2%, gewachsen. Auch im Vergleich zum Bruttoinlandsprodukt, das um 177,8% gestiegen ist, zeigt sich, daß die Gesundheitsausgaben in den letzten Jahren und Jahrzehnten überproportional angewachsen sind. Dieser Trend wird sich weiter fortsetzen, wenn die Volkswirtschaften nicht in der Lage sind, tiefgreifende Änderungen vorzunehmen und wirksame Steuerungsmechanismen zu etablieren. Doch auch andere Fakten verdeutlichen die Kostenproblematik im Gesundheitswesen.



Quelle: OECD Health Data, Update Juni 1998

Der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt hat sich von 1975 bis 1997, also innerhalb von 22 Jahren, von 6,3% auf 7,9% erhöht. Dabei könnte der Eindruck entstehen, daß eine Steigerung um lediglich 1,6 Prozentpunkte zu vernachlässigen sei. Betrachtet man dies jedoch unter dem Aspekt der tatsächlichen Steigerung in Mrd. ECU (170,8 Mrd. ECU 1975 auf 563,2 Mrd. ECU 1997), so handelt es sich um ein Volumen von annähernd 400 Mrd. ECU (ca. 800 Mrd. DM). Da-

bei darf nicht außer acht gelassen werden, daß die Verteilung bzw. Bandbreite innerhalb der EU stark variiert. So liegt der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt in Niedrig-Niveau-Ländern, wie z. B. Großbritannien, im Jahre 1997 bei 6,7% und in Hoch-Niveau-Ländern, wie z. B. Frankreich und Deutschland, bei 10,2%. Der Korridor zwischen Hoch-Niveau- und Niedrig-Niveau-Ländern hat sich in den letzten Jahrzehnten laufend vergrößert: Er betrug 1975 noch 2,6 Prozentpunkte¹ und erreichte 1997 bereits 3,5 Prozentpunkte²; das ist eine Steigerung um knapp 35%. Durch dieses extrem abweichende Spektrum der Kostenniveaus zwischen den einzelnen Ländern besteht innerhalb der EU ein erheblicher Harmonisierungsbedarf, um ein einheitliches System zur Absicherung der Gesundheitskosten zu realisieren.

Auch die Betrachtung von nichtmonetären Größen zeigt, daß sich das Gesundheitswesen problematisch entwickelt hat.



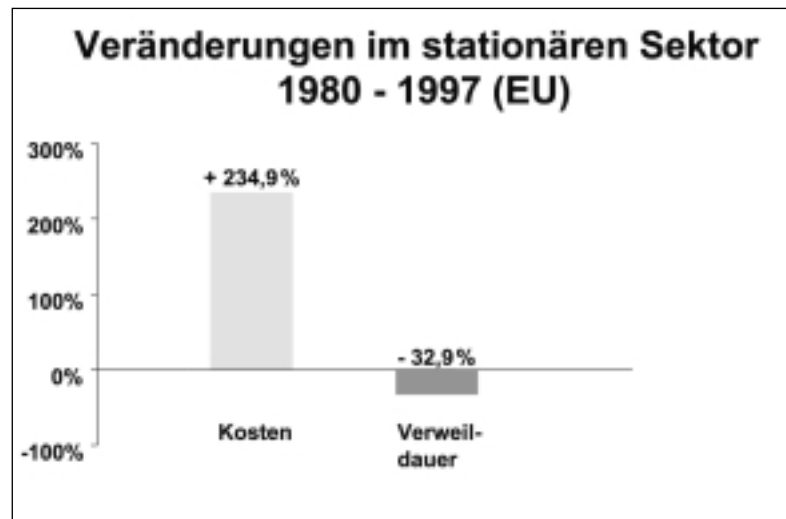
Quelle: OECD Health Data, Update Juni 1998

1 Großbritannien: 5,5 %; Deutschland/Frankreich: 8,1 %.

2 Großbritannien: 6,7 %; Deutschland/Frankreich: 10,2 %.

So ist in der EU die Bevölkerung im Beobachtungszeitraum um 4,3% gewachsen. Im Vergleich dazu hat die Zahl der praktizierenden Ärzte aber um 65,0% zugenommen. Für Deutschland sehen die Zahlen noch ungünstiger aus: Einer Bevölkerungszunahme um 4,9% steht ein Anstieg der praktizierenden Ärzte um 88,9% gegenüber. Hier ist die Frage zu stellen, ob es bisher eine Unterversorgung gegeben oder ob sich das System auf eine nicht mehr zu finanzierende Vorhaltung von Überkapazitäten hinbewegt hat. Noch deutlicher wird diese Entwicklung bei den Kosten für die ambulante Versorgung; sie nahmen von 1980 bis 1997 EU-weit um 275,7% zu.

Diese Tendenz findet sich auch im stationären Sektor wieder.



Quelle: OECD Health Data, Update Juni 1998

Trotz des stattfindenden Bettenabbaus (- 28,1%) und kürzerer Verweildauern (- 32,9%) stiegen die Kosten der Versorgung im Krankenhausbereich um 234,9%, in Deutschland allein um 280,8%. Dies zeigt deutlich, daß das Gesundheitswesen eine Eigendynamik besitzt, die nicht mit den Entwicklungen der sonstigen Wirtschaftsbereichen einhergeht.

Verschiedene Ursachen sind für diese Kostensteigerungen verantwortlich. So führt die rasante Entwicklung im medizinisch-technischen Bereich, neben dem positiven Effekt der höheren Lebenserwartung, zu neuen diagnostischen und therapeutischen Behandlungsmethoden. Diese fordern unter dem Gesichtspunkt der Amortisation einen entsprechenden quantitativen Einsatz, der sich in überproportional steigenden Anwendungszahlen und Kosten niederschlägt. Weitere Gründe liegen im subjektiven Bereich der Versicherten. Hier hat sich gezeigt, daß immer häufiger zwei oder mehr Ärzte wegen des gleichen Krankheitsbildes konsultiert werden (sogenanntes Doctor-Hopping). Dies führt nicht nur insgesamt zu höheren Arztliquidationen, sondern auch zu Doppelbezug von Medikamenten und im ungünstigsten Fall zu Fehlbehandlungen. Daneben ist ein Wandel im Anspruchsdenken der Versicherten festzustellen. So ist heute die freie Arztwahl ein entscheidendes Kriterium für die Kunden. Es werden erheblich mehr direkte Facharztbehandlungen in Anspruch genommen, ohne vorherige Konsultation des Hausarztes. Durch die aufwendigeren und spezialisierteren Untersuchungsmethoden entstehen höhere Kosten, obwohl der überwiegende Teil der Behandlungen gleichermaßen vom Allgemeinmediziner durchgeführt werden könnte.

Für die meisten Versicherten – vor allem jenen in gesetzlichen Sicherungssystemen – gibt es keine wirksame Selbstbeteiligung. Da den Patienten im Behandlungsfall kein oder nur ein geringes Kostenrisiko trifft, steigt das subjektive Risiko und damit auch die tatsächliche Inanspruchnahme überproportional an. Doch nicht nur im Bereich der medizinischen Entwicklung oder dem Patientenverhalten liegen die Auslöser der Kostensteigerung. Auch die Vergütungssysteme der Ärzte verursachen gravierende Fehlsteuerungen. Denn die Vergütung ist bisher an die Einzelleistung gebunden und orientiert sich nicht am Behandlungserfolg. Vorschub hierfür leistet darüber hinaus die Informationsasymmetrie zwischen Arzt und Patient. Der Patient als medizinischer Laie kann nur schwerlich überprüfen, ob eine Behandlung notwendig und angemessen ist. Dadurch, daß der Patient nur eine oberflächliche Beschreibung des Befundes abgeben kann, bestimmt der Arzt die nachgefragte Behandlung selbst, was gegebenenfalls zur Leistungsausweitung führt.

Der Gesundheitsmarkt wird also nicht durch die Nachfrage der Patienten bestimmt, sondern durch das Entscheidungsverhalten der Behandler. Man spricht hier von einer angebotsinduzierten Nachfrage, die dazu führt, daß immer mehr Geld in das System fließt.

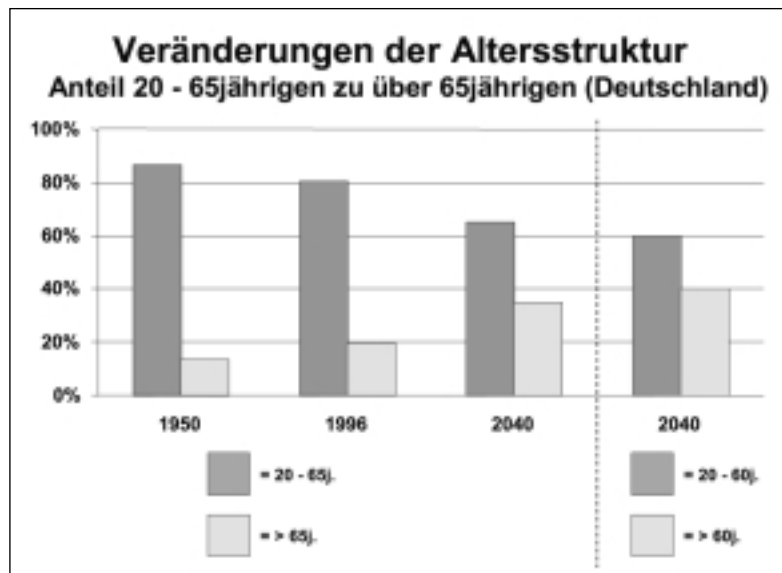
Insgesamt ergeben sich hieraus nachteilige Konsequenzen für die Gesundheitssysteme. Zum einen wächst die Ausgabenproblematik immer stärker, zum anderen führen Leistungskürzungen und Budgetierungsmaßnahmen dazu, daß es langfristig zu einer Rationierung von Gesundheitsleistungen kommt. Deshalb wurde vielfach die Forderung gestellt, die Ausgabenprobleme durch Erhöhen der Einnahmenseite zu kompensieren. Dies führt, abhängig vom jeweiligen Finanzierungsmodell des Gesundheitswesens, zwangsläufig zu einer Erhöhung der Sozial- oder Steuerabgaben, wodurch die Lohnnebenkosten direkt oder indirekt belastet werden. Dies wiederum hat zur Folge, daß die Arbeitgeber verstärkt dazu übergehen, den Produktionsfaktor Arbeit durch Kapital zu ersetzen.

Die aufgezeigten Probleme verdeutlichen, daß das Gesundheitswesen überproportionale Ausgabensteigerungen verzeichnet, die eine grundlegende Reform erfordern. Die beliebte These, daß der Gesundheitsmarkt ein Wachstumsmarkt ist, und dadurch die Möglichkeit besteht, durch den Ausbau des Gesundheitswesens die Arbeitslosigkeit wirkungsvoll zu bekämpfen, ist volkswirtschaftlich hoch problematisch. In letzter Konsequenz würde dies nämlich zu einem Aufblähen des Gesundheitssektors führen. Außerdem stünde dem Wachstum des Angebots keine Zunahme der Einnahmen gegenüber. Es zeigt sich deutlich, daß die Sozialpolitik einschneidende Veränderungen herbei- und dadurch das System wieder auf das Maß zurückführen muß, das dem eigentlichen Gedanken der Sozialversicherung entspricht.

1.2 Demographische Entwicklung

Einen nicht unerheblichen Einfluß auf die Kostenentwicklung hat auch die demographische Entwicklung. So hat die durchschnittliche Lebens-

erwartung in den letzten 16 Jahren um rund 4 Jahre zugenommen. Die mit dem Alter einhergehende höhere Morbidität, die dadurch zunehmende Multimorbidität und die insgesamt komplexeren Krankheitsbilder in Verbindung mit einer steigenden Frequentierung der Ärzte führen zu starken Ausgabensteigerungen bei den älteren Versicherten. Gravierende Konsequenzen für die Finanzierbarkeit der staatlichen Sicherungssysteme haben die Veränderungen im Altersaufbau der Bevölkerung. Der Anteil der 20 - 65jährigen geht bis zum Jahr 2040 kontinuierlich zurück, während der Anteil der über 65jährigen entsprechend steigt.



Quelle: OECD Health Data, Update Juni 1998

Im Jahr 2040 stehen einem über 65jährigen nur noch zwei im erwerbsfähigen Alter stehende Personen gegenüber. Sollten Pläne zur Senkung des Rentenalters auf 60 Wirklichkeit werden, verschlechtert sich das Verhältnis noch einmal deutlich.

Die Folgen dieser Entwicklung sind gerade für die umlagefinanzierten Systeme von entscheidender Bedeutung. Durch das Wegbrechen der

jungen Generation kommt es auf der einen Seite zu Einnahmerückgängen, auf der anderen Seite führt es durch die Überalterung des Bestandes zu einem deutlichen Anstieg der durchschnittlichen Gesundheitskosten pro Kopf. Dies wiederum bedingt höhere Beiträge und Lohnnebenkosten, wodurch das Gesundheitssystem immer stärker in eine Preisspirale hineingezogen wird. Prognosen über die Beitragssatzentwicklung gehen von einem Anstieg auf ca. 16% für die gesetzliche Krankenversicherung in den nächsten Jahrzehnten aus. Werden die anderen Zweige der Sozialversicherung mit in die Betrachtung einbezogen, zeichnet sich noch deutlicher ein Handlungsbedarf ab, um langfristig die Finanzierbarkeit der Gesundheitssysteme zu gewährleisten.

1.3 Fazit

Es hat sich gezeigt, daß die tendenziellen Entwicklungen in allen europäischen Ländern identisch oder zumindest ähnlich sind. Dabei trifft die demographische Veränderung vor allem die umlagefinanzierten Systeme; die private Krankenversicherung (PKV) ist gegenüber den demographischen Veränderungen im Altersaufbau dagegen weitgehend immunisiert, weil sie mit dem Anwartschaftsdeckungsverfahren eine entsprechende Vorfinanzierung sichert.

Demgegenüber werden gesetzliche und private Krankenversicherung gleichermaßen vom Kostenwachstum tangiert. Hier kann die PKV jedoch besser auf Veränderungen des Gesundheitssektors reagieren, insbesondere wenn der Gesetzgeber ihr die gleichen Rahmenbedingungen einräumt wie der GKV. Darüber hinaus verfügt die PKV über ein professionelles Kapitalanlagemanagement. Durch die Verwendung der Kapitalerträge zugunsten der Versicherten wird eine erhebliche Beitragsdämpfung erzielt. Darüber hinaus ist es der PKV durch die privatwirtschaftliche Organisation möglich, ein effizientes Leistungs- und Gesundheitsmanagement so einzusetzen, daß Optimierungspotentiale im Gesundheitswesen genutzt werden können. Im Ergebnis ist festzustellen, daß die umlagefinanzierten Systeme erheblichen Problemen in der Zukunft ausgesetzt sind, die dazu führen, daß diese Form der Finanzierung nicht überlebensfähig sein wird.

1.4 Rahmenbedingungen für ein ganzheitliches Gesundheitssystem in Europa

Ein ganzheitliches Gesundheitssystem muß verschiedene Rahmenbedingungen erfüllen. Zunächst muß in diesem System der demographische Wandel berücksichtigt werden. Daneben muß aktiv auf die Kostenverläufe eingewirkt werden, und zwar nicht erst nachdem die Kosten entstanden sind, sondern bereits vor ihrer Entstehung.

Ein wichtiger Schritt hierzu ist, Wettbewerb unter den Leistungserbringern herzustellen. Dazu müssen individuelle Verträge zwischen den Kostenträgern und Leistungserbringern geschlossen werden, die sich außerhalb heute üblicher Gebührenordnungen bewegen. Denn erst wenn die Bezahlung nicht mehr nur auf das Erbringen einer Leistung abstellt, sondern der Erfolg der Behandlung stärker als Kriterium in die Honorierung einfließt, wird der Anreiz zur medizinisch nicht adäquaten Leistungsausweitung geringer. Darüber hinaus führt mehr Wettbewerb zu einer Reduzierung von bestehenden Überkapazitäten, so daß das System auf das erforderliche Maß zurückgeführt wird. Ein wichtiger Erfolgsfaktor für ein zukunftsorientiertes Gesundheitswesen ist die Entwicklung von evidenzbasierten Leitlinien, um Qualitätsstandards festzulegen und Kosten transparent zu machen. Daneben ist es zwingend notwendig, eine effektive Verzahnung von ambulanter und stationärer Behandlung zu erreichen.

2. Europäische Harmonisierung

2.1 Bisherige Modelle der Gesundheitssysteme

Der europäische Gesundheitsmarkt ist in seinen Systemausprägungen sehr unterschiedlich gestaltet. Stark vereinfacht ist er in drei Kategorien einzuteilen. Dabei ist ein nationales Gesundheitssystem, das rein aus Steuern finanziert wird, in den meisten Ländern vorzufinden. Die Versorgung findet durch staatlich kontrollierte medizinische Einrichtungen statt, wobei es ggf. zu eingeschränkten Versorgungsqualitäten kommen

kann. Daneben bestehen umlagefinanzierte Systeme in Verbindung mit einer Pflichtversicherung. Sie werden durch Arbeitnehmer und Arbeitgeber über einkommensabhängige Beiträge finanziert. Als dritte Form sind die gegliederten Systeme zu nennen, die es lediglich in den Niederlanden und Deutschland gibt. Hier bestehen gesetzliche und private Krankenversicherung gleichwertig nebeneinander, wobei die PKV eine vollwertige Alternative zur GKV ist. Die Finanzierung erfolgt im Bereich der GKV nach dem Umlageverfahren und in der PKV nach dem Anwartschaftsdeckungsverfahren.

Auf die unterschiedlichen Gesundheitssysteme wirkt eine Reihe von Einflußfaktoren, die Veränderungen herbeiführen werden. Hier ist der einheitliche Arbeitsmarkt in Europa zu nennen, der zu einer stärkeren Migration im Zuge der Dienstleistungsfreiheit führt. Unterstützt wird diese Entwicklung dadurch, daß die nationalen Grenzen gefallen sind. Die sich daraus ergebende Internationalisierung der Unternehmen führt zu verstärkten Konzentrationsprozessen. Diese ermöglichen bzw. erfordern eine hohe Mobilität des Faktors Arbeit innerhalb der EU. Da aus den nationalen Arbeitsmärkten ein europäischer Arbeitsmarkt wird, ist es gleichermaßen erforderlich, daß die Gesundheitssysteme diesen Anforderungen gerecht werden und an diese Situation angeglichen werden.

2.2 Harmonisierungsauftrag des EG-Vertrages (EGV)

Im Zuge des Zusammenwachsens der Europäischen Union auf der Basis des EGV sind keine speziellen Regelungen zu den nationalen Gesundheitssystemen getroffen worden. Auch der „Amsterdamer Vertrag“ formuliert nur den Grundsatz, daß in den Bereichen, die nicht in die ausschließliche Zuständigkeit der Mitgliedsländer fallen, die EU nach dem Subsidiaritätsprinzip tätig werden kann. Dies ist jedoch dahingehend eingeschränkt, daß es sich um Ziele handeln muß, die auf der nationalen Ebene nicht erreicht werden können. Damit ist im Rahmen der EU keine vertragliche Regelung getroffen, daß die einzelstaatlichen Gesundheitssysteme angeglichen werden sollen.

Dem stehen jedoch andere europäische Entwicklungen entgegen. Der einheitliche Arbeitsmarkt in Europa ist ohne ein harmonisiertes Sozialsystem nicht zu verwirklichen. Auch die Währungsunion verlangt eine Angleichung der Steuer- und Sozialsysteme; anderenfalls wäre ein Finanzausgleich zwingend. Schließlich beginnt der EuGH, erste Konsequenzen für die Sozialsysteme zu ziehen.



Blick ins Publikum

2.3 Rechtsprechung des EuGH

Zwei Urteile des EuGH zeigen deutlich den Trend zum europäischen Gesundheitsmarkt, zum einen das Molenaar-Urteil, bezüglich der Zahlung von Pflegegeld im Ausland, zum anderen das Kohl/Decker-Urteil, nach dem Kostenerstattung auch für Leistungen im Ausland zu gewähren ist. Diese Urteile betreffen vor allem die gesetzliche Krankenversicherung. Für die private Krankenversicherung spielen sie nur eine untergeordnete Rolle, da die PKV auch bisher schon für Behandlungen im europäischen Ausland Versicherungsschutz gewährt hat.

Mit diesen Urteilen hat der EuGH zu Recht die Konsequenzen daraus gezogen, daß die GKV sich von ihrem ursprünglichen Auftrag der solidarischen Krankenversicherung für Schutzbedürftige entfernt und sich in den Scheinwettbewerb als Staatsmonopol begibt. Eine solche GKV muß sich dann auch entgegenhalten lassen, daß sie im europäischen Wettbewerb keine Sonderstellung genießt. Wenn dieser Weg weiter beschritten wird, ist absehbar, daß es zu einer Verschärfung durch die EuGH-Rechtsprechung kommt. Unter diesem Gesichtspunkt ist es verständlich und zu begrüßen, daß die neue Bundesregierung die GKV wieder auf die Kernaufgaben der solidarischen Sozialversicherung zurückführen möchte.

Insgesamt zeigt sich, daß die Harmonisierung der Gesundheitssysteme in Europa zwingend notwendig ist. Um dies zu erreichen, sind bestimmte Rahmenbedingungen erforderlich. Dazu zählt vor allem die Angleichung der unterschiedlichen Versorgungsniveaus. Nur unter dieser Voraussetzung ist es möglich, Gesundheitstourismus zu vermeiden und so Hoch-Niveau-Länder volkswirtschaftlich wettbewerbsfähig zu halten. Anderenfalls kommt es zu vermehrtem Abfluß von Kapital ins Ausland, wodurch immer weniger zur Finanzierung des eigenen Sozialsystems zur Verfügung steht. Aus diesem Grund ist ein Versorgungsniveau so zu definieren, daß alle Länder in der Lage sind, dies zu finanzieren. Das bedeutet für die Hoch-Niveau-Länder, wie Deutschland und Frankreich, daß sie ihr Niveau entsprechend reduzieren. Der sich darüber hinaus ergebende persönliche Bedarf an Versicherungsschutz muß individuell abgesichert werden.

3. Ein zukunftssicheres Modell für Europa

3.1 Voraussetzungen

Das Modell hat zum Ziel, Krankenversicherungsschutz bei adäquater medizinischer Versorgung auf Dauer für alle finanzierbar zu gestalten. Hierzu ist es erforderlich, daß Sicherungs- und Solidarfunktion entkoppelt werden. So müssen versicherungsfremde Leistungen, die keinen

Bezug zum Phänomen „Krankheit“ aufweisen oder die der gesamten Gesellschaft zugute kommen, aus dem Leistungsspektrum herausgenommen werden. Hierzu zählen beispielsweise die beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen, Entbindungsgeld oder Aufwendungen für eine Haushaltshilfe. Gleiches gilt für Fremdlasten, wie z. B. erhöhte Beitragsleistungen zur gesetzlichen Rentenversicherung und Arbeitslosenversicherung bei Krankengeldbezug, die nur aus familien- bzw. sozialpolitischen Gründen der GKV aufgebürdet wurden. Darüber hinaus ist es zwingend notwendig, vorhandene Substitutionspotentiale zu realisieren. Allein durch eine effektivere und effizientere Vernetzung der Versorgungssektoren ist es möglich, Milliardenbeträge einzusparen. Unterstützt wird dieser Prozeß, indem die Fehlsteuerungspotentiale im heutigen System eliminiert werden. Erfolgsabhängige Vergütungssysteme für die Leistungserbringer und Anreizsysteme für die Patienten tragen dazu bei, daß ein kostenbewußter Umgang mit den vorhandenen Ressourcen erfolgt.

3.2 Einheitlicher Pflichtschutz

Das Modell eines europäischen Krankenversicherungsschutzes setzt sich aus zwei Hauptkomponenten zusammen, dem einheitlichen Pflichtschutz für alle und der individuellen Absicherung zusätzlicher Leistungen.

Der einheitliche Pflichtschutz sichert die adäquate medizinische Versorgung nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft; die Finanzierung erfolgt auf der Grundlage von Risikoäquivalenz und Anwartschaftsdeckungsverfahren. Dadurch wird die Problematik des demographischen Wandels aufgefangen. Wünscht der Versicherte darüber hinausgehenden Versicherungsschutz, so kann er ihn speziell nach seinen Bedürfnissen abdecken. So ist gewährleistet, daß die gesamte Bevölkerung über einen adäquaten Krankenversicherungsschutz zu günstigen Beiträgen verfügt, wobei gleichzeitig die Eigenverantwortung des Individuums gestärkt wird.

3.3 Soziale Komponente

Die soziale Komponente verfolgt Umverteilungsziele und darf daher nicht mit den andersartigen Zielen eines Risikosicherungssystems vermischt werden. Die soziale Komponente wird systematisch richtig durch die Subjektförderung der wirtschaftlich Schwächeren erfaßt. Maßstab dieser Förderung ist die individuelle Bedürftigkeit, bezogen auf den einheitlichen Pflichtschutz. Damit wird vermieden, daß das System durch materiell nicht Berechtigte – wie z. B. bisher durch Hochverdiener – ausgenutzt wird. Die Finanzierung dieser Subjektfördermittel erfolgt über Steuern. So ist gewährleistet, daß die größtmögliche Basis, gemäß ihrer Leistungsfähigkeit, an der Finanzierung beteiligt wird.

3.4 Freier Wettbewerb

Um zu diesem Ziel zu gelangen, ist ein freier Wettbewerb im Rahmen des einheitlichen Pflichtschutzes erforderlich. Aus diesem Grund muß die GKV ihre bisherige Monopolstellung aufgeben und als Wettbewerbsunternehmen, neben den bisherigen PKV-Unternehmen, am Markt agieren. Daß dies möglich ist, hat sich in der Vergangenheit bereits gezeigt. Als in den 30er Jahren die freiwillige Weiterversicherung in der GKV ausgeschlossen wurde, bildeten sich aus einigen Kassen gesonderte Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit zur Übernahme dieser Versicherten (z.B. Barmer Ersatzkasse => Barmenia Krankenversicherung VVaG). Durch die Gleichberechtigung aller Unternehmen am Krankenversicherungsmarkt wird auch der solidarischen Komponente Rechnung getragen. So ist auch der Vorwurf obsolet, daß sich die PKV der Solidargemeinschaft entzieht.

Eine Privatisierung mit einem solch beträchtlichen Finanzvolumen scheint auf den ersten Blick nur schwer umzusetzen. Doch in ganz Europa sind Privatisierungen ähnlicher Größenordnungen im Bereich der Telekommunikation, der Energiewirtschaft und des Transportgewerbes mit wirtschaftlichem Erfolg durchgeführt worden. Selbstverständlich kann nicht in kurzer Zeit ein „Quantensprung“ zwischen den Kranken-

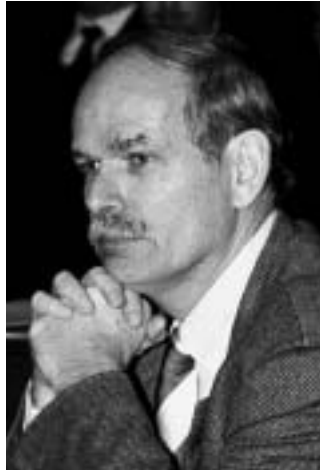
versicherungssystemen erfolgen. Es ist vielmehr erforderlich, daß in einem langfristigen Prozeß der Umstieg vom Umlage- zum Anwartschaftsdeckungsverfahren vollzogen wird. Dieser muß durch einen definierten Zeithorizont und vorbereitende Maßnahmen, wie die Rechtsformänderung der GKV, begleitet werden. Sind alle Voraussetzungen gegeben, erfolgt das vollständige Umstellen auf das neue System in einem Schritt. Ein gutes Beispiel, daß dies im Krankenversicherungsbe- reich möglich ist, ist die Pflegeversicherung. Sie wurde für die gesamte Bevölkerung geschaffen, wobei auch bereits bestehende Pflegefälle sofort mitversichert wurden. Dabei hat sich im Falle der privaten Pflegepflichtversicherung gezeigt, daß ohne Anlaufzeit ein System nach dem Anwartschaftsdeckungsverfahren arbeiten und darüber hinaus Überschüsse erzielen kann. Das ist bemerkenswert; denn früher hatte man die Pflegeversicherung für gänzlich unversicherbar gehalten.

3.5 Notwendige Rahmenbedingungen

Damit die Funktionsfähigkeit des Systems dauerhaft gesichert wird, sind bestimmte Rahmenbedingungen einzuhalten. Dazu zählt, daß im Bereich des einheitlichen Pflichtschutzes Kontrahierungszwang für die Krankenversicherer besteht. Dadurch können die Versicherten zwischen den Versicherungsunternehmen wechseln und ein freier Wettbewerb kann stattfinden. Dieses System funktioniert jedoch nur als Paket, d.h. einzelne Module dürfen nicht herausgebrochen werden. Im Bereich des individuellen Zusatzversicherungsschutzes erfolgt hingegen eine freie Produkt- und Preisgestaltung. Für dieses Segment besteht kein Kontrahierungszwang.

Für das hier skizzierte Modell der Zukunft ist ein europäischer Konsens erforderlich. Nur wenn die Politik der Problemverleugnung und -verdrängung beendet wird, besteht eine Chance für ein langfristig finanzierbares Krankenversicherungssystem. Dazu muß erkannt werden, daß es um die globale Wettbewerbsfähigkeit des Wirtschaftsstandortes Europa geht und nicht mehr nur um einzelne Länder. Wichtig ist, daß in diesem Zusammenhang die richtige Politik der Vorbereitung betrieben

wird. Jede getroffene Maßnahme muß ein Schritt in Richtung dieses Ziels sein. Dieses europäische Modell ermöglicht volle Freizügigkeit in Europa. Es ist das Modell von Freiheit, Eigenverantwortung und Subsidiarität.



Professor Dr. Eberhard Wille
Universität Mannheim

Mögliche Auswirkungen der Europäischen Währungsunion auf die Sozial-, insbesondere auf die gesetzliche Krankenversicherung*

1. Die Rahmenbedingungen an der Schwelle zur einheitlichen Währung

Mit Beginn der dritten Stufe der Europäischen Wirtschafts- und Währungsunion (WWU) zum 1. 1. 1999 geht die geldpolitische Verantwortung der elf Teilnehmerländer auf das Europäische System der Zentralbanken (ESZB) über. Zunächst fungiert der EURO als zugelassenes Buchgeld, und ab dem 1. 1. 2002 als gesetzliches Zahlungsmittel. Nachdem die nationalen Währungen dann noch ein halbes Jahr als Parallelwährungen gelten, bildet der EURO ab dem 1. 7. 2002 in den Teilnehmerländern das alleinige gesetzliche Zahlungsmittel. Das „vorrangige Ziel“ des ESZB, das sich aus der Europäischen Zentralbank (EZB) und den nationalen Zentralbanken zusammensetzt, besteht nach Artikel 105

* Erweiterte Fassung eines Vortrages im Rahmen der Europatagung 1998 der substitutiven privaten Krankenversicherung am 19.11.1998 in Luxemburg.

des EG-Vertrages (EGV) darin, „die Preisstabilität zu gewährleisten“. Die unabhängige EZB besitzt nach Artikel 106 des EGV in der Fassung von Amsterdam (ex-Artikel 105 a) „das ausschließliche Recht, die Ausgabe von Banknoten innerhalb der Gemeinschaft zu genehmigen“.

Der EURO vereinigt währungspolitisch Länder mit einer im Hinblick auf die Preisniveau- bzw. Geldwertstabilität sehr unterschiedlichen Stabilitätskultur. Im Unterschied zu Deutschland bedeutet eine unabhängige Notenbank für einige Mitgliedsländer „den Bruch mit einer langen Tradition der staatlichen Bevormundung der Geldpolitik“ (Stark, J., 1998, S. 2). Die im internationalen Vergleich niedrigen Inflationsraten, die Deutschland in den vergangenen 50 Jahren aufwies, wurzelten aber nicht nur in dem Institut einer unabhängigen Notenbank, sondern auch in dem breiten wirtschafts- und gesellschaftspolitischen Konsens, auf den sich eine stabilitätsorientierte Notenbankpolitik stützen konnte. Diese Feststellung bezieht sich auf eine vor dem Hintergrund von zwei schweren Inflationen historisch gewachsene Präferenz der Bevölkerung und intendiert keine nationale Bewertung. Einem französischen Bonmot zufolge glauben einige Deutsche an den lieben Gott, aber alle an die Deutsche Bundesbank. Immerhin bleibt aus heutiger Sicht weitgehend offen, ob die EZB künftig im Konfliktfalle mit einer konsequenten Stabilitätspolitik eine ähnlich breite gesellschaftliche Akzeptanz findet.

Die Einführung des EURO erfolgt in einer vergleichsweise günstigen konjunkturellen Phase, d.h. bei wirtschaftlichem Aufschwung, sinkender Arbeitslosigkeit und gemäßigttem Preisniveauanstieg. Die meisten Länder mußten allerdings erhebliche stabilisierungspolitische Anstrengungen unternehmen, um sich für den EURO bzw. die Europäische Währungsunion (EWU) zu qualifizieren. Nach diesen teilweise einmaligen „Kraftakten“ scheint die Neigung zu einer Fortsetzung der Stabilisierungspolitik derzeit (November 1998) wieder abzunehmen. So sinkt zwar das gesamtstaatliche Finanzierungsdefizit der Teilnehmerländer infolge der konjunkturellen Belebung auch im Jahre 1998 noch etwas, das strukturelle bzw. konjunkturbereinigte Defizit steigt nach dem starken Rückgang im Jahre 1997 aber wieder leicht an (vgl. J. Döpke et al. 1998, S. 283 ff.). Die EZB sieht sich schon zu Beginn mit dem Problem

konfrontiert, eine einheitliche Währungs- bzw. Zinspolitik für sich recht unterschiedlich entwickelnde Volkswirtschaften zu konzipieren. Während z.B. in Deutschland, Frankreich und Italien das Wirtschaftswachstum noch moderat verläuft, drohen in einigen anderen Teilnehmerländern, wie z.B. in Irland, den Niederlanden und Portugal, bereits Kapazitätsengpässe und eine konjunkturelle Überhitzung (vgl. Gemeinschaft zum Schutz der deutschen Sparer, 1998, S. 1). Die Leitzinsen schwanken zwischen 3,2% in Österreich und 5,75% in Irland.

Die Auswirkungen, die von der EWU auf die sozialen Sicherungssysteme in Deutschland und hier insbesondere auf die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und die private Krankenversicherung (PKV) ausgehen, überlagern sich weitgehend mit den Effekten der allgemeinen Globalisierung. Zudem bestehen starke Interdependenzen zwischen den möglichen Folgen, die aus der EWG, der Globalisierung und den jüngsten Urteilen des Europäischen Gerichtshofes (EuGH) in den Rechtsstreitigkeiten Kohll und Decker erwachsen können. Die EWU zeichnet hier in den wenigsten Fällen für die entsprechenden Entwicklungen ursächlich verantwortlich, vermag aber vorhandene Tendenzen, wie z.B. die Intensivierung des Standortwettbewerbs im Rahmen der Globalisierung, zu verschärfen. Insofern bietet es sich an, die grundlegenden Effekte der EWU zunächst vor dem Hintergrund der Globalisierung zu beleuchten. Sodann erscheint es auf der Grundlage der Normen des EGV sinnvoll, bei möglichen Effekten der EWU zwischen den Gesundheitsmärkten, für die im Grundsatz die Vorschriften des freien Waren- und Dienstleistungsverkehrs gelten, und den Sozialsystemen, die im Sinne des Subsidiaritätsprinzips nicht dem Harmonisierungsgebot unterliegen, zu unterscheiden. Die Gesundheitsmärkte stellen nicht nur im nationalen Kontext, sondern auch auf internationaler Ebene eine ökonomisch umkämpfte Wachstumsbranche dar. Im Hinblick auf die national noch unterschiedlichen Sozialsysteme interessiert vor allem, ob und inwieweit sie sich faktisch den übrigen – sie quasi umgebenden – Konvergenzprozessen entziehen können und wie sich die beitragsfinanzierten gegenüber den steuerfinanzierten Systemen behaupten.

2. EWU und divergierende Sozialsysteme vor dem Hintergrund der Globalisierung

Die EWU verlagert die Kompetenzen in der Währungspolitik von der nationalen auf die europäische Ebene. Damit entfallen innerhalb der Teilnehmerländer u.a. Wechselkurse, d.h. Auf- und Abwertungen der Währungen, Devisenverkehrskontrollen und Währungsspekulationen. Die EWU vermag die **Effizienz** in ihrem Geltungsbereich vor allem durch

- eine Erhöhung der Markttransparenz,
 - eine damit einhergehende Verschärfung des Preiswettbewerbs,
 - eine Senkung der Transaktionskosten sowie
 - eine Verminderung der Planungsrisiken durch den Fortfall der Wechselkurse
- zu verbessern.

Allerdings entfällt mit dem Wechselkurs ein Anpassungsmechanismus, der innerhalb der Teilnehmerländer in der Vergangenheit unterschiedliche Preisniveau- und Produktivitätsentwicklungen ausglich. Unterschiedliche Entwicklungen des Geldwertes kann es künftig innerhalb der EWU ex definitione nicht mehr geben, abweichende Produktivitätsentwicklungen bedürfen dann jedoch anderer **Anpassungsmechanismen**, wie z.B. einer differenzierten bzw. produktivitätsorientierten Lohnentwicklung. Greifen diese Mechanismen nicht, dann verschärft sich das wirtschaftliche Gefälle innerhalb der Teilnehmerländer und es droht in politischer Hinsicht ein zunehmender Druck auf die Sozial- und Regionalfonds, d.h. auf zwischenstaatliche Transferströme. Die Möglichkeit einer solchen Entwicklung bildet neben der unterschiedlichen historisch gewachsenen Stabilitätskultur der Teilnehmerländer eine der zentralen Befürchtungen der EURO-Skeptiker in Deutschland und wohl auch in einigen anderen Staaten.

Wie bereits angedeutet, erzeugt die EWU kaum genuine bzw. unmittelbare Wirkungen auf die nationalen Sozialsysteme, kann aber die schon vorhandenen und sich abzeichnenden Effekte der Globalisierung intensivieren. Schon heute stehen Länder und Regionen um mobile Unter-

nehmen und deren Beschäftigungspotential in einem **Standortwettbewerb**, der sich ähnlich wie der Preiswettbewerb von international tätigen Anbietern in einem gemeinsamen Währungsraum beinahe zwangsläufig verschärft. Diese Entwicklung förderte bereits in der Vergangenheit weltweite Spezialisierungs- und Konzentrationsprozesse und rückte auch die Sozialabgaben als Belastungen des Faktors Arbeit mit ins wirtschaftspolitische Interesse. Der im Rahmen dieser Globalisierung zunehmende Wettbewerbsdruck kann die nationalen Sozialsysteme unter



Blick ins Publikum

Umständen zu Anpassungsmaßnahmen zwingen. So liegen z.B. die Lohnzusatzkosten in stärker steuerfinanzierten Gesundheitssystemen niedriger als in überwiegend beitragsfinanzierten. In grenznahen Gebieten erwächst hieraus ein Wettbewerbsnachteil für die heimischen Arbeitskräfte und/oder für die inländische Produktion von arbeitsintensiven Gütern.

Neben öffentlichen Entscheidungsträgern und Unternehmen können im Gesundheitswesen auch Konsumenten, d.h. Versicherte und Patienten, auf die Globalisierungstendenzen reagieren, indem sie das international

unterschiedliche **Preis- und Qualitätsgefüge** von Gesundheitsleistungen für sich nutzen. Schon seit geraumer Zeit suchen wohlhabende Bürger aus Ländern mit einem leistungsschwachen Gesundheitswesen auf eigene Rechnung hochqualifizierte Leistungsanbieter in anderen Ländern auf. Das zunehmende Interesse, auf das die medizinische Behandlung in den Medien stößt, sowie die Möglichkeiten der Telekommunikation lassen in absehbarer Zeit weltweit abrufbare indikationsspezifische Ranglisten der besten Kliniken und Ärzte erwarten. Zudem besitzen die Versicherten im Rahmen der Selbstmedikation und bei Gesundheitsleistungen, die unter die Selbstbeteiligung fallen, einen Anreiz, diese Güter und Dienste in Ländern mit einem niedrigeren als dem heimischen Preisniveau zu erwerben. Nationale Teilmärkte geraten als „Hochpreis-Inseln“ auf diese Weise unter internationalen Wettbewerbsdruck. Die Urlauber kehren dann z.B. nicht mehr mit Stangen von Zigaretten, sondern mit einem Bündel von Arzneimittelpackungen aus dem Urlaub zurück. Bestehende Preisdifferenzen treten bei einer einheitlichen Währung viel stärker ins Bewußtsein der Konsumenten, so daß die EWU z.B. die bisher übliche Preisdifferenzierung im pharmazeutischen Bereich erheblich erschwert (vgl. auch Münnich, F.E. 1998, S. 85).

Die Globalisierungstendenzen, die von den modernen Medien ausgehen, sorgen für eine zügige weltweite Verbreitung neuester medizinischer Forschungsergebnisse und können auf diese Weise auch die nationalen Leistungskataloge beeinflussen. Mit der Kenntnis bestimmter Innovationen steigt die Erwartungshaltung der Bevölkerung an die medizinische Behandlung, und es fällt den nationalen Sozialsystemen bzw. deren Entscheidungsträgern dann schwerer, die betreffenden Leistungen aus der Erstattung auszuklammern. Dies empfinden die Versicherten und Patienten vor allem dann als eine unethische Rationierung, wenn Länder mit einer vergleichbaren volkswirtschaftlichen Leistungsfähigkeit ihren Bürgern diese Leistungen im Rahmen ihrer Sozialsysteme gewähren. Die Globalisierung und die EWU konfrontieren die beitragsfinanzierten nationalen Sozial- bzw. Gesundheitssysteme insofern mit einer doppelten Herausforderung, als sie diese von der Einnahmen- und der Ausgabenseite her unter Druck setzen: Der globale Standortwettbewerb verlangt im Sinne internationaler Konkurrenzfähigkeit nach

stabilen oder gar sinkenden Beitragssätzen, während das globalisierte Informationsniveau der Bürger gleichzeitig einen Druck in Richtung eines steigenden Niveaus von Gesundheitsleistungen erzeugt.

3. Europäische Gesundheitspolitik und Subsidiaritätsprinzip

Nicht erst mit den Urteilen des EuGH in den Rechtsstreitigkeiten Kohll und Decker, vielmehr seit Anbeginn der europäischen Integration entfalteten Maßnahmen der Europäischen Gemeinschaft (EG) Auswirkungen auf die nationalen Gesundheitssysteme (siehe ausführlicher Hanika, H. 1998 und Schulte, B. 1998). Wismar (1998, S. 33 f.) konnte bis zum ersten Halbjahr 1998 über einen Zeitraum von 40 Jahren insgesamt 245 Gesetzes- und Rechtsakte mit unmittelbaren und potentiellen Effekten auf die Gesundheitssysteme der EU-Staaten identifizieren. Infolge der eingeschränkten Kompetenzen der EG im Bereich des Gesundheitswesens zielten diese Vorschriften zunächst weniger auf eine einheitliche europäische Gesundheitspolitik ab, sondern dienten primär dem Abbau von Handelshindernissen und Wettbewerbsbeschränkungen, d.h. der Verwirklichung des Gemeinsamen Marktes (vgl. Schulte, B. 1998, S. 2).

Der Vertrag von Maastricht, der am 1. 1. 1993 in Kraft trat, schuf für die Gesundheitspolitik der EG eine eigenständige Rechtsgrundlage und ermöglichte der Gemeinschaft damit, „eine kohärente Strategie für den Bereich der öffentlichen Gesundheit zu entwickeln“ (Kommission der Europäischen Gemeinschaften 1998, S. 7). Nach Artikel 2 des EGV gehört es zu den Aufgaben der Gemeinschaft, „ein hohes Maß an sozialem Schutz“ zu gewährleisten und gemäß Artikel 3 „einen Beitrag zur Erreichung eines hohen Gesundheitsschutzniveaus“ zu leisten. Um ein „hohes Gesundheitsschutzniveau“ sicherzustellen, ergänzt die Tätigkeit der Gemeinschaft die Politik der Mitgliedstaaten und zielt gemäß Artikel 152 EGV (ex-Artikel 129) „auf die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung, die Verhütung von Humankrankheiten und die Beseitigung von Ursachen für die Gefährdung der menschlichen Gesundheit“ ab. Artikel 152 räumt dem Gesundheitswesen somit nicht nur einen speziellen Titel XIII im EGV ein, sondern überantwortet der Gemeinschaft

auch einen **Sicherstellungsauftrag** für ein hohes Gesundheitsschutzniveau und einen **Präventionsauftrag** (ähnlich Hanika, H. 1998, S. 193). Auf dieser Rechtsgrundlage erarbeitete die Kommission der EG acht Aktionsprogramme im Bereich der öffentlichen Gesundheit, von denen die Programme zur Prävention von AIDS und anderen übertragbaren Erkrankungen, Krebsbekämpfung, Suchtprävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsberichterstattung angenommen wurden (vgl. Kommission der Europäischen Gemeinschaften 1998, S. 9).

Die Kommission der Europäischen Gemeinschaften (1998, S. 12 f.) beabsichtigt auch weiterhin, die Möglichkeiten, die der EGV und hier insbesondere der neue Artikel 152 bieten, „so umfassend wie möglich zu nutzen“. Sie setzte für die zukünftige Gesundheitspolitik der EU die folgenden drei „Aktionsschwerpunkte“:

- die Verbesserung der Information zur Entwicklung der öffentlichen Gesundheit,
- die rasche Reaktion auf Gesundheitsgefahren und
- die Berücksichtigung der für die Gesundheit bestimmenden Faktoren durch Gesundheitsförderung und Prävention.

Trotz der zunehmenden Kompetenzen und Aktivitäten der EG im Bereich der öffentlichen Gesundheit sieht der EGV **kein Harmonisierungsgebot** vor, sondern überläßt die inhaltliche Ausgestaltung der nationalen Gesundheitssysteme im Sinne des Subsidiaritätsprinzips den einzelnen Ländern. So unterliegen gemäß Artikel 137 Abs. 3 EGV (ex-Artikel 118) „soziale Sicherheit und sozialer Schutz der Arbeitnehmer“ dem Einstimmigkeitsprinzip des Ministerrates. Bei der Tätigkeit der Gemeinschaft im Bereich Gesundheit bleibt auch nach Artikel 152 Abs. 5 EGV „die Verantwortung der Mitgliedstaaten für die Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung in vollem Umfange gewahrt“. Schließlich betont Artikel 5 EGV (ex-Artikel 3 b) für alle Bereiche, die nicht in die ausschließliche Zuständigkeit der Gemeinschaft fallen, die Geltung des Subsidiaritätsprinzips.

Obwohl die rechtliche Kompetenz der einzelnen Länder für die Ausgestaltung ihrer Sozialsysteme und damit ihrer Gesundheitsversorgung als

unstrittig gilt, können von dem Ordnungsrahmen, den das Gemeinschaftsrecht setzt, und den vielfältigen Tätigkeiten der EG faktische Einflüsse auf die nationale Sozial- und Gesundheitspolitik ausgehen. Zwischen EG-Recht und Politik einerseits und nationalem Sozialrecht und nationaler Sozialpolitik andererseits existieren zahlreiche Wechselwirkungen, die sich zunehmend intensivieren und dahin tendieren, die nationale Steuerkapazität im Bereich der Sozial- und Gesundheitspolitik einzuschränken (vgl. Schulte, B. 1998, S. 4 f.). Die Vorstellung, in den Mitgliedstaaten alle ökonomischen Teilsysteme im Sinne eines Gemeinsamen Marktes zu harmonisieren und dabei die Sozial- und Gesundheitspolitik völlig auszusparen, beruht auf einer „Trennungsfiktion“ (Wismar, M. 1998, S. 29), die von den **Interdependenzen** abstrahiert, die sowohl zwischen nationaler und europäischer Sozialpolitik als auch zwischen den Teilsystemen einer Wirtschafts- und Gesellschaftsordnung bestehen. Die EG und die EWU erzwingen in rechtlicher Hinsicht keine Harmonisierung der nationalen Sozialsysteme, sie lösen aber mannigfaltige Konvergenzprozesse zwischen den Teilnehmerländern aus und verstärken bereits vorhandene Tendenzen dieser Art.

Unabhängig von faktischen und im Sinne der europäischen Integration auch teilweise notwendigen Konvergenzprozessen erscheint eine völlige Harmonisierung der Sozial- und Gesundheitssysteme der Teilnehmerländer weder rechtlich geboten noch ökonomisch und sozial wünschenswert. In gesamtwirtschaftlicher Hinsicht sprechen vor allem folgende **Aspekte gegen** eine völlige bzw. weitreichende **Harmonisierung**:

- Wie Tabelle 1 (nachfolgend) belegt, geben die einzelnen Teilnehmerländer einen sehr unterschiedlich hohen Anteil ihres Bruttoinlandsproduktes für die Gesundheitsversorgung aus. Die deutsche Gesundheitsquote liegt mit 10,4% z.B. über 3 Prozentpunkte über den entsprechenden Quoten von Luxemburg und Finnland. Die Rolle, die das Gesundheitswesen für die wirtschaftliche Entwicklung und damit auch für die inländische Beschäftigung spielt, weicht somit von Land zu Land spürbar ab.

- Die divergierenden Gesundheitsquoten deuten zudem – sogar bei wirtschaftlich ähnlich leistungsfähigen Volkswirtschaften – auf unterschiedliche Präferenzen im Hinblick auf den Stellenwert der Gesundheitsversorgung hin. Dies schlägt sich auch in dem Umfang des Leistungskataloges der jeweiligen gesetzlichen Krankenkassen bzw. öffentlichen Gesundheitssysteme nieder und erzeugt innerhalb der Teilnehmerländer eine unterschiedliche Erwartungshaltung gegenüber der medizinischen Grund- bzw. Mindestversorgung.
- Eine Absenkung der Gesundheitsquote in Richtung des Durchschnitts der Teilnehmerländer in Höhe von ca. 8% liefe den Präferenzen der Bürger in den betreffenden Ländern zuwider und viele Versicherte und Patienten würden diese Art der Harmonisierung als sozialen Abbau empfinden. Umgekehrt entzieht eine Anhebung der Gesundheitsquote den anderen Wirtschaftsbereichen knappe Ressourcen, so daß die betreffenden Länder dadurch möglicherweise eine Einschränkung ihrer internationalen Wettbewerbsfähigkeit erleiden. Dieser Nachteil wiegt dann in der EWU um so schwerer, als eine Abwertung als Anpassungsmechanismus entfällt.
- Die Gesundheitssysteme der einzelnen Teilnehmerländer unterscheiden sich sowohl hinsichtlich des Verhältnisses von Sachleistungs- und Kostenerstattungsprinzip als auch bezüglich ihrer Finanzierung mit Hilfe von Steuern, Beiträgen oder Prämien. Entsprechend besitzt auch die PKV in den einzelnen Ländern ein höchst unterschiedliches Gewicht.
- In nahezu allen Ländern finden sich zwar Elemente von staatlich-planerischen, korporativen und marktwirtschaftlichen Koordinationsinstrumenten, aber jeweils mit sehr unterschiedlicher Reichweite und Stringenz bzw. Tiefe.

Die zentrale Problematik einer weitergehenden Harmonisierung der Sozial- und Gesundheitssysteme besteht im Kontext der oben skizzierten Unterschiede darin, daß es sich hier um national gewachsene Strukturen handelt, die in den jeweiligen Ländern überwiegend auf Akzeptanz

stoßen. Es gibt aus gesamtwirtschaftlicher Sicht auch keine Normvorgabe, die als Orientierung bzw. Meßlatte für eine Harmonisierung der Sozial- bzw. Gesundheitssysteme dienen könnte.

Tabelle 1: Gesundheitsquoten im internationalen Vergleich¹

	1960	1970	1980	1990	1991	1995	1996 ²	1997 ²
Australien	4,9	5,7	7,3	8,3	8,6	8,4	8,5	8,3
Belgien	3,4	4,1	6,5	7,5	7,9	7,9	7,8	7,6
Dänemark	3,6	6,1	8,7	8,2	8,2	8,0	8,0	7,7
Deutschland	4,8	6,3	8,8	8,7	9,4	10,4	10,5	10,4
Finnland	3,9	5,7	6,5	8,0	9,1	7,6	7,4	7,3
Frankreich	4,2	5,8	7,6	8,9	9,1	9,9	9,7	9,9
Griechenland	2,4	3,3	3,6	4,2	4,2	5,8	6,8	7,1
Großbritannien	3,9	4,5	5,6	6,0	6,5	6,9	6,9	6,7
Irland	3,8	5,3	8,7	6,7	7,0	7,0	7,0	7,0
Island	3,3	5,0	6,2	7,9	8,1	8,2	8,2	8,0
Italien	3,6	5,2	7,0	8,1	8,4	7,7	7,8	7,6
Japan	–	4,4	6,4	6,0	6,0	7,2	7,2	7,3
Kanada	5,5	7,1	7,3	9,2	9,9	9,7	9,6	9,3
Luxemburg	–	3,7	6,2	6,6	6,5	6,7	6,8	7,1
Neuseeland	4,3	5,2	6,0	7,0	7,5	7,3	7,3	7,6
Niederlande	3,8	5,9	7,9	8,3	8,6	8,8	8,6	8,5
Norwegen	2,9	4,5	7,0	7,8	8,1	8,0	7,9	7,4
Österreich	4,3	5,3	7,7	7,2	7,2	8,0	8,0	7,9
Portugal	–	2,8	5,8	6,5	7,2	8,2	8,3	8,2
Schweden	4,7	7,1	9,4	8,8	8,7	8,5	8,6	8,6
Schweiz	3,1	4,9	6,9	8,3	8,9	9,6	10,2	10,2
Spanien	1,5	3,7	5,6	6,9	7,0	7,3	7,4	7,4
Türkei	–	2,4	3,3	3,6	3,8	3,3	3,8	–
USA	5,2	7,3	9,1	12,6	13,4	14,1	14,0	14,0
Durchschnitt ³	3,9	5,1	6,9	7,6	7,9	8,1	8,2	8,3

1 Die gesamten Gesundheitsausgaben des jeweiligen Landes in v.H. des entsprechenden Bruttoinlandsprodukts.

2 Schätzungen

3 Für 1960 ohne Japan, Luxemburg, Portugal und Türkei

Quelle: Zusammengestellt und berechnet nach OECD Health-Data 98, Paris 1998 a.

4. Die Liberalisierung der europäischen Gesundheitsmärkte und ihre Folgen

Der EuGH wies schon vor den jüngsten Urteilen in den Rechtsstreitigkeiten Kohll und Decker einige Male darauf hin, daß die Vorschriften über den freien Waren- und Dienstleistungsverkehr nach Artikel 27 ff. und 49 EGV (ex-Artikel 29 ff. und 59) im Bereich der sozialen Sicherheit zwar nicht uneingeschränkt, aber doch im Prinzip gelten. Die nationale Ausgestaltung des Sozialschutzes darf nicht die Grundfreiheiten, die den Kern des EGV bilden (vgl. Mussler, W. 1998, S. 97 ff.), außer Kraft setzen. Das Verbot der Diskriminierung des Marktzugangs von ausländischen Leistungserbringern besitzt grundsätzlich auch im Gesundheitsbereich seine Gültigkeit (vgl. Pitschas, R. 1994, S. 117). Diesen Vorschriften über die **Marktfreiheiten** stehen gemäß Artikel 30 EGV (ex-Artikel 36) nur Handelsbeschränkungen nicht entgegen, die u.a. „zum Schutze der Gesundheit und des Lebens von Menschen . . . gerechtfertigt sind“. Entsprechend können die Mitgliedstaaten auch nach dem Urteil des EuGH im Rechtsstreit Kohll (Nr. 51) den freien Dienstleistungsverkehr im Bereich der ärztlichen und klinischen Versorgung einschränken, „soweit die Erhaltung eines bestimmten Umfangs der medizinischen und pflegerischen Versorgung oder eines bestimmten Niveaus der Heilkunde im Inland“ dies erfordert. Zudem konzidiert der EuGH (Urteil Kohll, Nr. 41; Urteil Decker, Nr. 39), daß „eine erhebliche Gefährdung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit“ eine Beschränkung des freien Warenverkehrs mit Gesundheitsleistungen rechtfertigen kann. „Rein wirtschaftliche Gründe“ reichen jedoch als Legitimation für „eine Beschränkung des elementaren Grundsatzes des freien Dienstleistungsverkehrs“ nicht aus (Urteil Kohll, Nr. 41).

Da die Bedingungen für die Ausübung ärztlicher Tätigkeiten ebenso wie die Produktion medizinischer Güter auf EG-Ebene zahlreichen Harmonisierungsrichtlinien unterliegen, besteht kein Grund zu der Annahme, daß Gesundheitsleistungen in anderen Teilnehmerländern a priori einen niedrigeren als den inländischen Qualitätsstandard aufweisen. Der EuGH gelangt hier ebenfalls zu dem Schluß, daß „in anderen Mitglied-

staaten niedergelassene Ärzte und Zahnärzte für die Zwecke des freien Dienstleistungsverkehrs als ebenso qualifiziert anerkannt werden müssen wie im Inland niedergelassene“ (Urteil Decker, Nr. 48). Eine finanzielle Gefährdung der betreffenden nationalen Gesundheitssysteme liegt in der Regel auch nicht vor, wenn die Krankenkassen im Ausland erworbene Gesundheitsgüter oder dort vorgenommene Behandlungen höchstens nach den im Inland geltenden Tarifen erstatten. Insofern bleibt schwer einsichtig, warum sich ein Versicherter nicht gezielt ins Ausland begeben kann, um dort Gesundheitsgüter preiswerter zu erwerben oder um eine in seinen Augen bessere Behandlung zu erhalten. Die europarechtlich garantierte Freizügigkeit, länderübergreifend Gesundheitsleistungen auswählen zu können, stärkt die **Position des sozialversicherten Patienten** (vgl. Pitschas, R. 1994, S. 105). Solche Optionen der Versicherten können einen EG-weiten Preis- und Qualitätswettbewerb der Leistungserbringer zum Wohle der Patienten und zum Vorteil ihrer Krankenkasse bzw. -versicherung auslösen. Letzteres setzt allerdings voraus, daß die Krankenkassen bzw. -versicherungen höchstens die inländischen Preise und Tarife und, sofern diese niedriger liegen, die faktischen ausländischen Entgelte zahlen.

Unabhängig von den zuweilen übertriebenen Bedenken schafft eine weitgehende Liberalisierung der Gesundheitsmärkte für das stark korporatistisch geprägte deutsche Gesundheitswesen u.a. folgende Anpassungsprobleme (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 1998):

- Das Sachleistungsprinzip muß zumindest als Option durch eine teilweise verwaltungsaufwendigere Kostenerstattung ergänzt werden.
- Bedarfsplanung und Zulassungsbeschränkungen für Vertragsärzte in Deutschland könnten ohne die anvisierten Wirkungen bleiben.
- Budgetierungen und vor allem Mengenbegrenzungen lassen sich kaum noch bzw. nur mit einem höheren Planungsaufwand durchführen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen können das Volumen der veranlaßten Leistungen nicht mehr in toto steuern.

- Ein Vergütungssystem mit floatenden Punktwerten eignet sich kaum für die Honorierung ausländischer Anbieter.
- Eine Qualitätskontrolle durch deutsche Instanzen entfällt im Ausland, d.h. sie müßte europaweit erfolgen.
- Im europäischen Wettbewerb benötigen die deutschen Leistungserbringer ähnliche Instrumente wie ihre Konkurrenten, u.a. auf dem Gebiet der Werbung.

Eine weitgehende Liberalisierung des Warenverkehrs auf den Gesundheitsmärkten zieht nicht zwingend die Abschaffung des territorialen Sachleistungsprinzips nach sich. Es reicht in diesem Zusammenhang aus, wenn Versicherte, die Gesundheitsleistungen im Ausland in Anspruch nehmen möchten, für das Kostenerstattungsprinzip votieren können. Überdies würde eine gesetzliche Öffnung in Richtung einer grenzüberschreitenden, EG-weiten Vertragserlaubnis für die inländischen Krankenkassen die Voraussetzungen schaffen, ausländische Leistungsanbieter – vor allem in grenznahen Gebieten – in Kollektivverträge einzubinden (vgl. Neumann-Duesberg, R. 1998, S. 25). Insofern bestünde durchaus die Möglichkeit, deutschen Patienten Gesundheitsleistungen auch im Ausland als Sachleistungen zu gewähren (ähnlich Pfaff, M. 1998, S. 110). In den Niederlanden existieren z.B. schon entsprechende Konzepte für grenzüberschreitende Verträge mit ausländischen Leistungserbringern (vgl. Danner, J. 1998, S. 37). Bisher zielten vor allem die Euregio-Modellprojekte darauf ab, grenzüberschreitende Behandlungen zum Wohle der Patienten zu fördern (vgl. Schmöhe, F. 1997, S. 55). In der Euregio Maas-Rhein können z.B. niederländische Patienten deutsche Ärzte aufsuchen (vgl. Hoffmann, B. und Kochs, U. 1998). Schließlich stellt sich in diesem Kontext die Frage, ob die verbleibende Inanspruchnahme ausländischer Leistungsanbieter, die dann nach dem Kostenerstattungsprinzip erfolgt, im Bereich der ambulanten und stationären Behandlung quantitativ überhaupt ins Gewicht fällt. Sofern aber die Inanspruchnahme ausländischer Ärzte nach dem Kostenerstattungsprinzip begrenzt und überschaubar bleibt, können die Krankenkassen eine entsprechende Rücklage bilden bzw. vorhalten. Insofern stehen

grenzüberschreitende Behandlungen nicht einmal einer Budgetierung von Gesundheitsausgaben zwangsläufig entgegen.

5. Determinanten grenzüberschreitender medizinischer Behandlungen

Es liegen bisher m. W. noch kaum empirisch fundierte Analysen darüber vor, ob und inwieweit die Versicherten bzw. Patienten von der Möglichkeit, Gesundheitsgüter im Ausland zu erwerben und ausländische Leistungserbringer aufzusuchen, Gebrauch machen werden. Aus theoretischer Perspektive bieten sich jedoch einige Kriterien bzw. Determinanten an, die zumindest Tendenzaussagen über mögliche Nachfrageverschiebungen innerhalb der einzelnen Behandlungsarten erlauben. Zentrale Einflußgrößen möglicher Nachfrageverschiebungen bilden zunächst die **Preisdifferenzen** der Gesundheitsgüter in Verbindung mit den entsprechenden **Qualitätsunterschieden**. Dabei spielen die Preisdifferenzen nur dann eine entscheidende Rolle, wenn sie zumindest teilweise auch dem Versicherten zugute kommen. Letzterer dürfte kaum gezielt im Ausland Gesundheitsgüter gleicher Qualität nachfragen, wenn dadurch lediglich seine Krankenkasse Ausgaben spart. In dieser Hinsicht erweisen sich prozentuale Selbstbeteiligungen gegenüber fixen Selbstbehalten als anreizkompatibler.

Eine Determinante der Wettbewerbsintensität stellt auch die **Homogenität** der Leistungen dar. Bei weitgehend homogenen Gesundheitsleistungen, wie z.B. Arzneimitteln und Medizinprodukten, herrscht in der Regel ein wesentlich intensiverer Preiswettbewerb als bei stärker inhomogenen Leistungen, wie z.B. der ambulanten und stationären Behandlung. Da die Bürger in entwickelten Volkswirtschaften dem „Gut Gesundheit“ eine hohe Wertschätzung entgegenbringen, dürften Preisdifferenzen bei vermuteten Qualitätsunterschieden zuungunsten der preiswerteren Leistungen noch keine nennenswerten Nachfrageverschiebungen auslösen. Bei der ärztlichen Behandlung handelt es sich z.B. um ein vergleichsweise inhomogenes Gut, denn bei der Arzt-Patient-Beziehung kommt es nicht zuletzt auf die persönliche Bindung und

das Vertrauensverhältnis an. Was sollte einen Patienten, der sich seit vielen Jahren von seinem Arzt gut behandelt und betreut fühlt, dazu bewegen, zu einem Anbieter im Ausland zu wechseln?

Die Nachfrageverschiebungen, die bei freiem Waren- und Dienstleistungsverkehr auf den europäischen Gesundheitsmärkten eintreten, finden auch in der eingeschränkten **Mobilität der Versicherten** eine Grenze. Neben Sprachbarrieren dürften zumeist schon Zeit- und Wegekosten sowie Abschläge bei der verwaltungsaufwendigeren Kostenerstattung ausreichen, um selbst preisgünstigere Angebote im Ausland zu kompensieren. Bei der stationären Behandlung und der Rehabilitation tritt dann noch die Erwartung bzw. Befürchtung hinzu, in deutlich geringerem Umfang Besuche von Verwandten und Freunden zu erhalten. Letztlich wird sich ein Patient wohl nur dann gezielt zu einer medizinischen Behandlung ins Ausland begeben, wenn er sich davon eine erhebliche Ersparnis verspricht oder die dortige Leistungsqualität für eindeutig besser hält. Die Nachfrageverschiebungen hängen somit auch von der **Reputation** der nationalen Gesundheitssysteme bzw. der jeweiligen Leistungsanbieter ab. Da das deutsche Gesundheitssystem wegen seiner hohen Versicherungsdichte, seiner flächendeckenden Versorgung und seinen vergleichsweise geringen Rationierungen international einen recht guten Ruf genießt, steht aus dieser Perspektive nicht zu erwarten, daß seine Versicherten scharenweise ins Ausland wandern, um sich dort medizinisch behandeln zu lassen. Im Bereich der ambulanten und stationären Behandlung sprechen auch Preisvergleiche mit den Leistungserbringern in den angrenzenden Ländern derzeit nicht für solche Tendenzen.

Im Detail bestimmen auch die spezifischen **Eigenheiten der jeweiligen Gesundheitsleistung** ihre Wettbewerbsintensität auf europäischer Ebene. Die Wettbewerbsintensität stößt an Grenzen, wenn die Leistungen ständig wiederkehren, einer intensiven Nachsorge vor Ort bedürfen oder eine weitreichende Qualitätsgarantie enthalten. In diesen Fällen kommen bestenfalls grenznahe ausländische Leistungserbringer als ernsthaftige Konkurrenten in Frage. Neben der bereits erwähnten Bedeutung von Umfang und Art der Selbstbeteiligung gewinnt im Bereich der Pflege auch das Verhältnis von Sach- und Geldleistungen an Relevanz.

Die Liberalisierung der europäischen Gesundheitsmärkte birgt aber nicht nur Planungsprobleme für die Krankenkassen und Gefahren für die heimischen Leistungsanbieter, sondern eröffnet auch vielfältige **Chancen**. So können z.B. die deutschen Krankenhäuser in nennenswertem Umfang ausländische Patienten attrahieren. Dies gilt insbesondere für hoch spezialisierte Einrichtungen. Schon heute suchen z.B. zahlreiche italienische Patienten französische Krankenhäuser auf, weil sie diese für leistungsfähiger als die einheimischen halten. Die deutschen Lei-



v.l.n.r.: Schroeder, Verschueren, Dr. Zipperer, Paulus, Dr. Boetius

stungseinheiten im ambulanten, stationären sowie Kur- und Rehabilitationsbereich könnten sich dem europäischen Wettbewerb mit Erfolg stellen und per saldo Nachfragezuwächse verbuchen.

Die Gesundheitsausgaben nehmen schon heute auch ohne Transferzahlungen bzw. Krankheitsfolgeleistungen in entwickelten Volkswirtschaften einen Anteil von über 8% am Bruttoinlandsprodukt ein. Die meisten Prognosen gehen davon aus, daß dieser Anteil in den nächsten 30 bis 40 Jahren vor allem infolge des demographischen Wandels und des medizinisch-technischen Fortschritts eher noch zunimmt. Vor diesem Hinter-

grund kann unbeschadet der jeweiligen rechtlichen Auslegung des EGV der freie europaweite Waren- und Dienstleistungsverkehr aus ökonomischer Sicht nicht auf Dauer vor der **Wachstumsbranche** Gesundheitswesen halt machen (so auch Danner, J. 1998, S. 38). Die deutschen politischen Entscheidungsträger gehörten auf europäischer Ebene fast immer zu den engagiertesten Verfechtern eines freien Waren- und Dienstleistungsverkehrs, so daß es andernorts überraschen muß, wenn sie sich ähnlichen Bestrebungen auf den Gesundheitsmärkten widersetzen würden. Wenngleich einige Anpassungsprobleme existieren, braucht ein effizientes und effektives Gesundheitssystem den internationalen Wettbewerb auf den jeweiligen Märkten im Prinzip nicht zu fürchten.

6. Steuer- und beitragsfinanzierte Sozialsysteme im Wettbewerb

Wie bereits angedeutet, finanzieren die europäischen Staaten ihre Sozialsysteme in höchst unterschiedlichem Maße mit Hilfe von Steuern und Sozialabgaben. So beträgt der steuerfinanzierte Anteil der öffentlichen Gesundheitsversorgung in Großbritannien und Schweden über 75%, während z.B. in Deutschland, Frankreich und den Niederlanden die Beitragsfinanzierung dominiert. Entsprechend weisen, wie die nachfolgende Tabelle 2 im Überblick zeigt, Deutschland (15,5%), Frankreich (19,7%) und die Niederlande (17,1%) im Vergleich zum europäischen Durchschnitt (12,2%) deutlich höhere Anteile der Sozialabgaben im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt auf. Die entsprechenden Quoten liegen im OECD-Durchschnitt sogar nur bei 9,8% und in Großbritannien bei 6,2%.

Beitragsfinanzierte Systeme besitzen gegenüber steuerfinanzierten bei isolierter Betrachtung Nachteile im Hinblick auf die Lohnnebenkosten und damit auf die unmittelbare Abgabenbelastung des Faktors Arbeit. Die beitragsfinanzierten Systeme geraten daher im internationalen Standortwettbewerb unter Druck und es könnte aus dieser Perspektive naheliegen, die Beitrags- teilweise durch eine Steuerfinanzierung zu ersetzen. Sofern die Steuerfinanzierung allerdings über einen Ersatz versicherungsfremder Leistungen hinausgeht, verlieren die betreffenden Lei-

Tabelle 2: Die Steuer- und Sozialabgabquote im internationalen Vergleich

Jahr	Land																		
	FRA		GER		JAP		NET		UK		USA		EU ²⁾			OECD ³⁾			
	ST ⁴⁾	SO ⁴⁾	ST ⁴⁾	SO ⁴⁾	ST ⁴⁾	SO ⁴⁾	ST ⁴⁾	SO ⁴⁾	ST ⁴⁾	SO ⁴⁾	ST ⁴⁾	SO ⁴⁾	ST ⁴⁾	SO ⁴⁾	ST ⁴⁾	SO ⁴⁾	ST ⁴⁾	SO ⁴⁾	
1955 ¹⁾	-----	23,3	7,5	14,9	2,2	22,1	4,2	26,8	3,1	21,0	2,6	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
1960 ¹⁾	-----	22,7	8,6	15,7	2,5	22,5	7,6	25,0	3,6	22,7	3,8	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
1965	22,7	11,8	23,1	8,5	14,3	4,0	22,7	10,1	25,7	4,7	21,1	3,2	21,7	6,4	21,2	4,8	-----	-----	-----
1970	22,3	12,7	22,9	10,0	15,3	4,4	24,0	13,0	31,8	5,1	23,0	4,4	24,1	7,4	23,4	5,7	-----	-----	-----
1975	21,9	15,0	23,8	12,2	14,9	6,1	26,5	16,5	29,2	6,2	21,3	5,5	25,0	9,4	24,3	7,1	-----	-----	-----
1980	23,9	17,8	25,1	13,1	18,0	7,4	28,0	17,2	29,3	5,9	21,0	5,9	26,7	10,6	25,3	7,7	-----	-----	-----
1985	25,2	19,3	24,2	13,9	19,3	8,4	24,6	19,5	30,8	6,7	19,5	6,6	28,8	11,4	26,6	8,2	-----	-----	-----
1990	24,4	19,3	22,9	13,7	22,2	9,1	27,9	16,7	30,3	6,2	19,8	6,9	29,6	11,5	27,5	8,6	-----	-----	-----
1995	25,2	19,3	23,8	15,4	18,1	10,4	25,5	18,3	29,3	6,3	20,9	7,0	29,6	12,2	27,6	9,8	-----	-----	-----
1996	26,0	19,7	22,6	15,5	18,1	10,4	26,1	17,1	29,8	6,2	21,5	7,0	30,2	12,2	27,9	9,8	-----	-----	-----
1997 ¹⁾	26,9	19,2	21,9	15,6	-----	-----	25,7	17,7	29,3	6,0	-----	6,8	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

1 Schätzungen.

2 Ungewichtetes Mittel.

3 Steuereinnahmen in Relation zum Bruttoinlandsprodukt (in Prozent).

4 Sozialabgaben in Relation zum Bruttoinlandsprodukt (in Prozent).

Quelle: Zusammengestellt und errechnet aus OECD 1998 b, S. 80, 85 und 188.

stungen ihren Versicherungscharakter und entfernen sich immer mehr von der individuellen bzw. gruppenmäßigen Äquivalenz, die auch in sozialen Sicherungssystemen zwischen den Beiträgen der Versicherten und den ihnen zufließenden Leistungen besteht. Zudem verzerrt eine weitgehende Steuerfinanzierung z.B. der gesetzlichen Krankenversicherung den Wettbewerb mit der substitutiven privaten Krankenversicherung.

Mit dem Übergang von beitrags- zu steuerfinanzierten Sozialversicherungssystemen verlieren die Bürger ihre **Versicherungsrechte bzw. -ansprüche**, denn das Wesen einer allgemeinen Steuer liegt darin, daß kein Steuerpflichtiger mit seiner Abgabe einen Anspruch auf irgendeine staatliche Gegenleistung erwirbt. Bei der beitragsfinanzierten Sozialleistung handelt es sich nicht, wie z.B. bei der Sozialhilfe, um eine staatliche Transferleistung, der kein Äquivalent des Empfängers gegenübersteht, sondern um eine mit spezifischen Abgaben bezahlte Versicherungsleistung. Das Bundesverfassungsgericht sprach z.B. den Rentenversicherungsansprüchen einen eigentumsähnlichen Charakter zu. Der Übergang von der beitrags- zur steuerfinanzierten Gesundheitsversorgung steht auch im Widerspruch zum Subsidiaritätsprinzip, denn er mindert die Gestaltungs- und Souveränitätsrechte der Bürger, die dann nicht mehr als Versicherte, sondern nur noch als staatliche Leistungsempfänger fungieren. Die im Rahmen der Standortdebatte zuweilen recht einseitig geführte Diskussion um eine Reform der Sozialsysteme scheint diese Aspekte zu vernachlässigen.

Literatur:

Bundesministerium für Gesundheit (1998), Zur Anwendung des Rechts der Europäischen Gemeinschaft im Hinblick auf die Urteile des Europäischen Gerichtshofes vom 28.04.1998, in: Pressemitteilung Nr. 41 vom 05.06.1998.

Danner, Günter (1998), Der EuGH: ein Schreckgespenst?, in: Gesundheit und Gesellschaft, 10/1998, S. 36-39.

- Döpke, Jörg et al. (1998), Euroland: Neue Rahmenbedingungen für die Wirtschaftspolitik, in: Die Weltwirtschaft 1998, Heft 3, S. 258-293.
- Gemeinschaft zum Schutz der deutschen Sparer (1998), Gemeinsame Geldpolitik für divergierende Volkswirtschaften, in: Mitteilungen und Kommentare zur Geldwertstabilität, Nr. 8/1998 vom 09.09.1998.
- Hanika, Heinrich (1998), Europäische Gesundheitspolitik. Stärkung der Kompetenzen der Europäischen Union im Gesundheitswesen durch die Neufassung des Artikels 152 EG-Vertrag, in: Medizinrecht 1998, Heft 5, S. 193-196.
- Hofmann, Barbara und Kochs, Urban (1998), Freier Zugang zu Gesundheitsleistungen in Grenzgebieten – Grenzüberschreitendes Projekt in der Euregio Maas-Rhein –, in: Die BKK, 86 Jg., Nr. 6, Juni 1998, S. 306-308.
- Kommission der Europäischen Gemeinschaften, Entwurf, Mitteilung der Kommission an den Rat, das Europäische Parlament, den Wirtschafts- und Sozialausschuß und den Ausschuß der Regionen über die Entwicklung der Gemeinschaftspolitik im Bereich der öffentlichen Gesundheit, Brüssel, den 14.04.1998.
- Münnich, Frank E. (1998), Wettbewerbsdruck durch Konvergenz der Gesundheitssysteme in der EU?, in: Recht und Politik im Gesundheitswesen, Bd. 4, Heft 3, S. 81-85.
- Mussler, Werner (1998), Die Wirtschaftsverfassung der Europäischen Gemeinschaft im Wandel. Von Rom nach Maastricht, Baden-Baden.
- Neumann-Duesberg, Rüdiger (1998), Die EuGH-Position ist angreifbar, in: Gesundheit und Gesellschaft, 10/1998, S. 22-27.
- OECD (1998 a), OECD Health-Data 98, Paris.

OECD (1998 b), Revenue Statistics 1965-1997, Paris.

Pfaff, Martin (1998), Die Chancen für Versicherte und Patienten nutzen – die tragenden Grundprinzipien der sozialen Krankenversicherung stärken, in: Forum für Gesundheitspolitik, Bonn, Mai 1998, S. 109-111.

Pitschas, Rainer (1994), Die Weiterentwicklung der sozialen Krankenversicherung in Deutschland im Gegenlicht europäischer Gesundheitspolitik, in: Vierteljahresschrift für Sozialrecht, 2/1994, S. 85-118.

Schmöhe, Franziska (1997), Nijmwegen statt Münster?, in: Europa-Kontakt e.V. (Hrsg.), Informationsbrief Gesundheit 3/97, S. 55-58.

Schulte, Bernd (1998), Europäische Gesundheitspolitik nach dem Vertrag von Amsterdam, Manuskript, erscheint in: Staatswissenschaften und Staatspraxis.

Stark, Jürgen (1998), Europa an der Schwelle zur einheitlichen Währung, in: Deutsche Bundesbank (Hrsg.), Auszüge aus Presseartikeln, Nr. 64 vom 27.10.1998, S. 1-7.

Watzlawczik, Gerd-Uwe (1998), Deutsche Krankenhäuser auf dem Weg vom Kostenfaktor zum Exportschlager? In: Europa-Kontakt e.V. (Hrsg.), EU-Informationsbrief Gesundheit 3/98, S. 63-72.

Wismar, Matthias (1998), Europa regiert schon lange heimlich mit, in: Gesundheit und Gesellschaft, 10/1998, S. 28-35.