

## Der europäische Patient – Verordnungen können Verantwortung nicht ersetzen

Romy Emmerich\*

### ABSTRACT

Die Inanspruchnahme grenzüberschreitender Leistungen im Gesundheitswesen und ihre Honorierung ist in der EU auf zweifache Weise geregelt. Zum einen eröffnet das europäische Sekundärrecht durch die Verordnung (EG) Nr. 883/2004 einem Versicherten eine direkte Anspruchsgrundlage für die Inanspruchnahme ausgewählter Leistungen im europäischen Ausland. Zusätzlich ist durch die Umsetzung der Patientenrichtlinie 2011/24/EU in nationales Recht eine weitere Anspruchsgrundlage für Kostenerstattungen beim Import medizinischer Leistungen durch die Krankenversicherung geschaffen worden. Nicht unproblematisch ist, dass sich die beiden Regelungskreise zwar grundsätzlich unterscheiden, aber vor allem für Leistungen im ambulanten Bereich auch deutlich überlappen. Für den behandelnden Arzt ist dabei nicht objektiv ersichtlich, auf Basis welcher Rechtsgrundlage sein Patient behandelt werden soll, er ist auf die ehrliche Selbstauskunft des Patienten angewiesen. Davon abhängig ist, ob er kostenlos Sachleistungen nach im Behandlungsland üblichem Leistungsumfang gewährt oder seine Leistungen nur gegen Rechnung an den Patienten erbringt. Nicht nur weil die Behandlung ausländischer Gastpatienten außerhalb nationaler Budgets erfolgen kann und daher auch Rationierungsverfahren wie Praxisbudgets oder Punktwertedegression für sie nicht greifen, ist die Privatabrechnung für den Arzt die finanziell attraktivere Variante. Für den Leistungsempfänger ist dies mit dem Risiko verbunden, seinerseits nur einen Teil der Leistungsausgaben im Nachhinein von seiner Versicherung erstattet zu bekommen. Für den Patienten besteht daher im Gegenteil häufig ein Anreiz, in den Regelungskreis der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 zu fallen, weil er hier für empfangene Sachleistungen nicht in finanzielle Vorleistung treten muss: Der behandelnde Arzt rechnet mit einer nationalen Versicherung als aushelfendem Träger ab, die ihrerseits wiederum mit der Heimatkrankenkasse des Patienten abrechnet.

Zentral für das Funktionieren der grenzüberschreitenden europäischen Gesundheitsversorgung ist angesichts der diskretionären Entscheidungsspielräume daher das verantwortungsbewusste, regelkonforme Verhalten der Akteure. Die Rechtsgrundlage allein kann nicht verhindern, dass sich Einzelne – Ärzte oder Patienten – auf Kosten der Versichertengemeinschaft Vorteile verschaffen. Gerade vor dem Hintergrund einer in den letzten Jahren deutlich gestiegenen Zahl von Leistungsanspruchnahmen im europäischen Ausland gewinnt dies eine wachsende Bedeutung für die Integrität der Versicherungssysteme. Ansonsten droht die Unterwanderung der nationalen Rationierungsbemühungen der Länder, die mit spezifischen Regelungen zur Begrenzung der abrechnungsfähigen Leistungen oder der Anzahl zugelassener Anbieter versuchen, eine Überinanspruchnahme von Leistungen im Gesundheitswesen zu verhindern.

\* Doktorandin an der Andrassy Universität Budapest

*Cross-border health care services and their remuneration are regulated in two ways in the EU. On the one hand, European secondary law, through Regulation (EC) No. 883/2004, provides an insured person a direct entitlement for the use of selected services in other European countries. In addition, the implementation of the Patient Directive 2011/24/EU into national law has created a further basis for claims for the reimbursement of costs for the import of medical services by the health insurance company. It is problematic that the two regulatory circles differ, but also clearly overlap, especially for services in the outpatient area. For service providers, for example the treating resident doctor, it is not possible to objectively recognize the legal basis on which his patient is to be treated, he depends on the patient's honest self-disclosure. That determines whether he provides free benefits in kind or whether he provides his services to the patient for direct payments. Because the treatment of foreign guest patients can take place outside of national budgets and price depressions of medical services do not apply, treating foreign guest patients is frequently more attractive than treating national patients. For the patient, however, this goes along with the risk of being reimbursed only for a part of his expenses by his insurance company. This is why from the patient's perspective there is often an incentive to fall within the scope of Regulation (EC) No. 883/2004. Here he does not have to make financial advance payments for benefits received in kind: the attending physician balances accounts with a national insurance as a competent institution, who in turn settles with the patient's home health insurance company.*

*In view of the discretionary scope for decision-making, the responsible, rule-compliant behavior of the actors is central to the functioning of cross-border European health care. The legal basis alone cannot prevent individuals – doctors or patients – from gaining advantages at the expense of the insured community. Given a significant increase in the number of benefit claims in other European countries in recent years, this is becoming increasingly important for the integrity of the health insurance system.*

## KEYWORDS

**Governance, EU-Level, Gesundheitssystem, grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung, Kostenerstattung**

*Governance, EU level, health systems, cross-border healthcare, reimbursement*

## 1. Rechtlicher Hintergrund

Gesetzlich Krankenversicherte können aus vielfältigen Gründen Gesundheitsleistungen im europäischen Ausland in Anspruch nehmen. Bei gesetzlich Versicherten übernimmt unter bestimmten Voraussetzungen deren Krankenkasse die Kosten der Auslandsbehandlung.

Bei Leistungen über die Verordnung (EG) Nr. 883/2004 erhalten Versicherte, die nicht eigens zur Behandlung ins europäische Ausland gereist sind, medizinisch notwendige Leistungen ohne Genehmigung der Kasse. Dies schließt auch medizinische Sachleistungen ein, die ausländischen Gastpatienten in diesem Fall im selben Umfang kostenlos zu gewähren sind wie den Krankenversicherten im Behandlungsland. Mit Vorabgenehmigung ihrer Krankenversicherung

können Versicherte zudem gezielt zu Behandlungszwecken ins europäische Ausland reisen. Die Höhe der Erstattung richtet sich hierbei in der Regel nach dem tatsächlichen Aufwand, d.h. die Kasse erstattet die Vertragssätze des ausländischen aushelfenden Trägers, auch wenn diese über den Sätzen im eigenen Land liegen sollten. Es besteht jedoch auch die Möglichkeit, dass die beiden miteinander abrechnenden Staaten für einige oder alle Fälle die Erstattung von Pauschalbeträgen oder sogar einen Erstattungsverzicht vereinbart haben. Richtet sich die Erstattung nach dem tatsächlichen Aufwand, muss der Versicherte selbst nur gegebenenfalls anfallende Gebühren wie landesübliche Zuzahlungen tragen (Eigenanteil). [1]

Den Anspruch auf Sachleistungen weist der Versicherte bei genehmigungsfreien Leistungen mit der europäischen Krankenversicherungskarte (EHIC) nach oder durch den Nachweis über die Genehmigung der Krankenkasse. In Deutschland bestätigen die Kassen z.B. die Kostenübernahme, indem sie dem Versicherten einen Vordruck mit der Bezeichnung S2 (früher E 112) ausstellen.

Alternativ können medizinische Dienstleistungen von in Deutschland Versicherten auf Basis der Regelungen der Patientenrichtlinie 2011/24/EU, d.h. im deutschen Recht nach § 13 Abs. 4 – 6 des SGB V, in Anspruch genommen werden. Demnach sind alle (erstattungsfähigen) Gesundheitsleistungen außerhalb des Krankenhauses im Ausland genehmigungsfrei zugänglich, nur für Krankenhausleistungen benötigt der Versicherte eine Vorabgenehmigung seiner Krankenkasse. Leistungen, die im Ausland auf Rechtsgrundlage der in nationales Recht umgesetzten Patientenrichtlinie erbracht werden, rechnet der Leistungserbringer direkt mit dem Behandlungsnehmer ab. Die zuständigen heimischen Krankenversicherungen müssen diese Behandlungskosten nur in dem Umfang zu erstatten, wie sie sie bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen gehabt hätten (Höchstgrenze). Zusätzlich in Abzug gebracht werden kann noch ein Verwaltungskostenabschlag. Neben der regelmäßig offenbleibenden Differenz zwischen den in Rechnung gestellten Behandlungskosten im Ausland und der Erstattung der Krankenversicherung sind sämtliche möglicherweise im Ausland anfallenden Zuzahlungen vom Versicherten zu tragen (Eigenanteil).

Ist eine Behandlung nur in einem anderen EU-/EWR-Mitgliedstaat möglich, kann eine deutsche Krankenkasse im Rahmen einer Ermessensentscheidung auch die gesamten (über die Höchstgrenze hinaus) Kosten tragen. Nach der Patientenrichtlinie 2011/24/EU kann jeder Mitgliedstaat selbst darüber entscheiden, ob er die Erstattung von importierten Gesundheitsleistungen, deren Erbringung im Inland mit einem besonderen Planungsbedarf wie etwa im stationären Sektor verbunden ist, von einer Vorabgenehmigung abhängig macht. [2, 3]

Damit ergibt sich in vielen Fällen für den Versicherten de facto ein Wahlrecht bezüglich der Rechtsgrundlage für die Abrechnung der im Ausland in Anspruch genommenen Leistungen.

Ist der Leistungsempfänger nicht zu Behandlungszwecken eingereist, kann er eine medizinisch notwendige Behandlung als Sachleistung gegen Vorlage der EHIC nach dem Recht des Behandlungsstaates in Anspruch nehmen (Rechtsgrundlage Verordnung (EG) Nr. 883/2004) oder auf Basis der jeweils nationalen Umsetzung der Patientenrichtlinie die Behandlungskosten zunächst verauslagen und sich anschließend nach dem Recht des Versicherungsstaates rückerstatte lassen. Ist der Leistungsempfänger dagegen zum Zwecke der Behandlung eingereist ohne vorab die erforderliche Genehmigung seiner Krankenkasse auf Basis der EU-Verordnung eingeholt zu haben, ist ihm der Zugang zu kostenlosen Sachleistungen verwehrt. Da aber außer dem Leistungsempfänger selbst in vielen Fällen niemand beurteilen kann, ob er zur Behandlung eingereist ist, ist die Versuchung oft groß, genau dieses zu verneinen und sachwidrig einen längeren Urlaubs- oder Arbeitsaufenthalt zu erfinden.

## 2. Quantitative Bedeutung grenzüberschreitender Leistungen

In der Literatur wird der sogenannte Medizintourismus, bei dem sich Personen zum Zweck einer Behandlung ins Ausland begeben, häufig als wachsendes Phänomen beschrieben [4–11].

In Relation zum Behandlungsvolumen im Inland sind die Inanspruchnahmen von Auslandsleistungen von gesetzlich Versicherten in Deutschland noch immer überschaubar. So betragen die GKV-Ausgaben für Leistungen im Ausland nur 0,35 Prozent an den Leistungsausgaben insgesamt im Jahr 2018, wobei hier die geplanten (Behandlung im Ausland wurde gezielt gesucht) und ungeplanten Leistungen zusammen erfasst werden. [12]

Über die privaten Ausgaben deutscher Krankensicherter für Gesundheitsleistungen im Ausland liegen öffentlichen Trägern keine seriösen Schätzungen vor, da die Daten vor allem bei den privaten Leistungserbringern liegen dürften. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass die private Nachfrage nach Auslandsleistungen relativ hoch sein dürfte, allein schon deshalb, weil der Markt (gegenüber den reinen Versicherungsleistungen) sehr viel größer ist.

Betrachten wir die Zahlen der AOK Bayern, die ihre Abrechnungsdaten zur Verfügung gestellt hat, zeigt sich deutlich eine Zunahme bei den betreuten ausländischen Gastpatienten. Mit ausländischen Gastpatienten sind hier Versicherte gemeint, die bei einem ausländischen Träger versichert sind und Leistungen im Rahmen der Sachleistungsaushilfe auf Basis des EU-Rechts

oder Sozialversicherungsabkommen (SVA) in Anspruch genommen. Die AOK Bayern wurde dabei von jenen Versicherten als aushelfender Träger gewählt.

Abbildung 1 zeigt die Entwicklung der Anzahl der betreuten Gastpatienten durch die AOK Bayern.

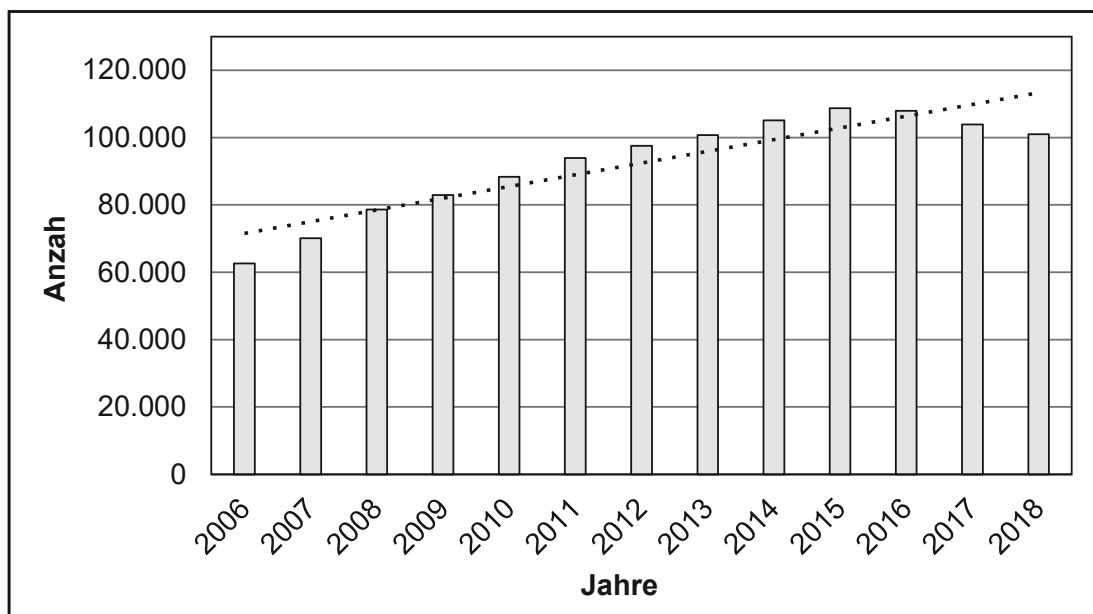


Abbildung 1: Anzahl der betreuten Gastpatienten durch die AOK Bayern [13]

Im Jahr 2018 betreute die AOK Bayern demnach insgesamt 101.049 Gastpatienten, im Jahr 2006 waren es 62.695 Gastpatienten. Das bedeutet einen Anstieg um 61,2 Prozent, was einer durchschnittlichen jährlichen Wachstumsrate von rund 5 Prozent entspricht. Die gepunktete Trendlinie verdeutlicht graphisch diesen Anstieg.

Die Leistungsausgaben, welche die AOK Bayern für diese Versicherten im Rahmen der Sachleistungsaushilfe geleistet hat, nahmen in dem betrachteten Zeithorizont ebenfalls zu.

Abbildung 2 zeigt die Entwicklung der Leistungsausgaben für die betreuten Gastpatienten der AOK Bayern von 2006 bis 2018.

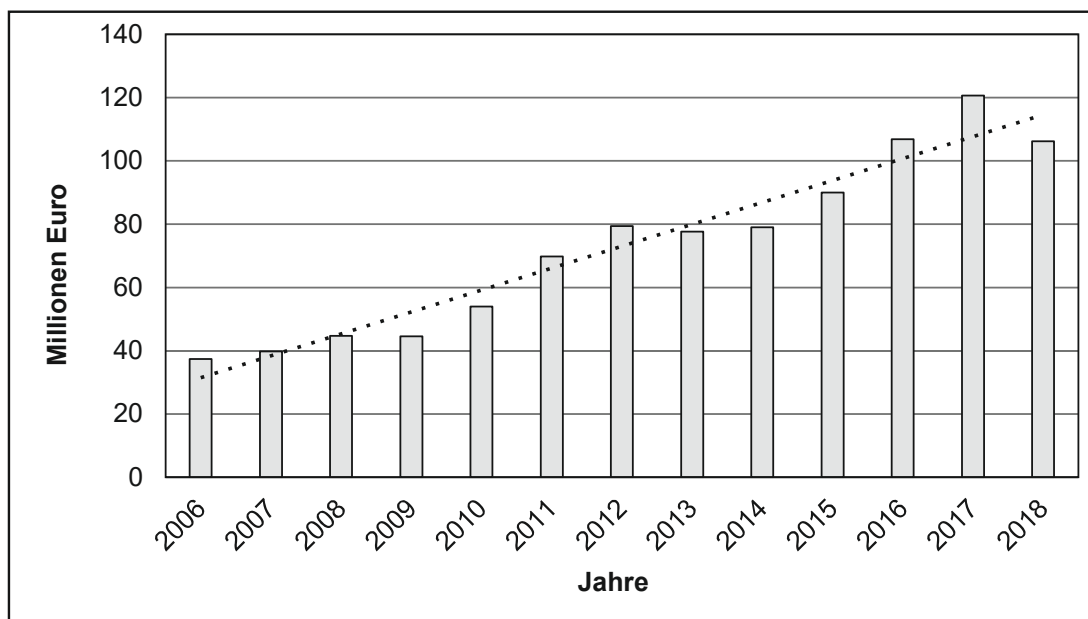


Abbildung 2: Leistungsausgaben für die betreuten Gastpatienten [13]

Insgesamt stiegen die Leistungsausgaben von 37,3 Millionen EUR im Jahr 2006 auf 106,2 Millionen EUR im Jahr 2018. Damit haben sich die Leistungsausgaben in der betrachteten Zeitspanne fast verdreifacht. Die Steigerungsrate betrug 184,4 Prozent, was einem durchschnittlichen Anstieg von rund 15 Prozent jährlich entspricht. Die Trendlinie ist damit steiler als bei der Entwicklung der Anzahl der betreuten Gastpatienten.

Die Leistungsausgaben pro Gastpatient stiegen von 595 EUR auf 1.050 EUR über den gesamten Zeitraum, sie haben sich damit von 2006 bis 2018 fast verdoppelt. Gründe für den starken Anstieg der Leistungsausgaben pro Kopf können sein, dass die Gastpatienten mehr oder teurere Leistungen in Anspruch genommen haben, die Versicherten älter und / oder morbid geworden sind, das breitere (internationale) Angebot die Nachfrage gesteigert hat, sich bei den Leistungserbringern die Kosten erhöht haben oder der medizinisch-technische Fortschritt könnte eine Ursache gewesen sein.

Trotz der steigenden Bedeutung sind die politischen und ökonomischen Auswirkungen auf die nationalen Gesundheitssysteme noch weitgehend unerforscht. Gesundheitssysteme werden auf nationaler Ebene strukturiert, finanziert und organisiert, während die EU vor allem Zugangs- und Erstattungsregeln für gesetzlich Versicherte aus dem Ausland im Aufenthaltsland festlegte.

Damit wollte die EU für die Versicherten Brücken bauen zwischen den Gesundheitssystemen benachbarter Länder. [14, 15]

Die Erstattungsregeln berücksichtigen aber in nicht ausreichendem Maße die unterschiedlichen Finanz- und Organisationsstrukturen der Gesundheitssysteme zwischen den Ländern, so dass durch den Import und Export von Gesundheitsleistungen den Trägern finanzielle Nachteile entstehen können. Dabei sollten negative finanzielle Auswirkungen beim Handel von Gesundheitsleistungen zwischen den EU-Ländern eigentlich vermieden werden.

### 3. Auswirkungen mangelnder Compliance auf die Integrität der Versicherungssysteme

Aus volkswirtschaftlicher Perspektive entsteht durch die Leistungsimporte und -exporte auf nationaler Ebene vor allem das Problem negativer Externalitäten. Die durch die Unterwanderung nationaler Rationierungsmaßnahmen erzwungene Leistungsausweitung führt zu Mehrbelastungen bei den betroffenen zuständigen Trägern und kann sich damit auf die Integrität der Versicherungssysteme auswirken.

Jedes Land entscheidet selbst darüber, wie es Leistungen der Krankenversicherung rationiert. Rationieren muss aber jedes Land, da die Leistungen meist ohne zusätzliche Kosten für die Versicherten angeboten werden (in kollektiv aus Beiträgen und Steuern finanzierten Gesundheitssystemen wird dem Patienten die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zu einem Preis unterhalb des Marktpreises ermöglicht) und damit die Nachfrage sehr hoch ist und der Markt die optimale Allokation nicht bereitstellen kann. [16]

Durch die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im Ausland werden die offenen und / oder verdeckten Rationierungen der nationalen

Gesundheitssysteme umgangen. Das kann zu nicht rationierten Leistungsimporten und Zusatzkosten bei den Leistungsträgern führen.

Die Maßnahmen zur Rationierung sind in den Ländern dabei sehr unterschiedlich: einige versuchen das Angebot zu senken, indem sie die Anbieterzahl begrenzen, andere versuchen durch Wartelisten, Zuzahlungen oder Leistungsausschlüsse die Nachfrage zu senken.

Abbildung 3 zeigt graphisch die Richtung der Patientenströme, wenn zwei Länder unterschiedlich rationieren.

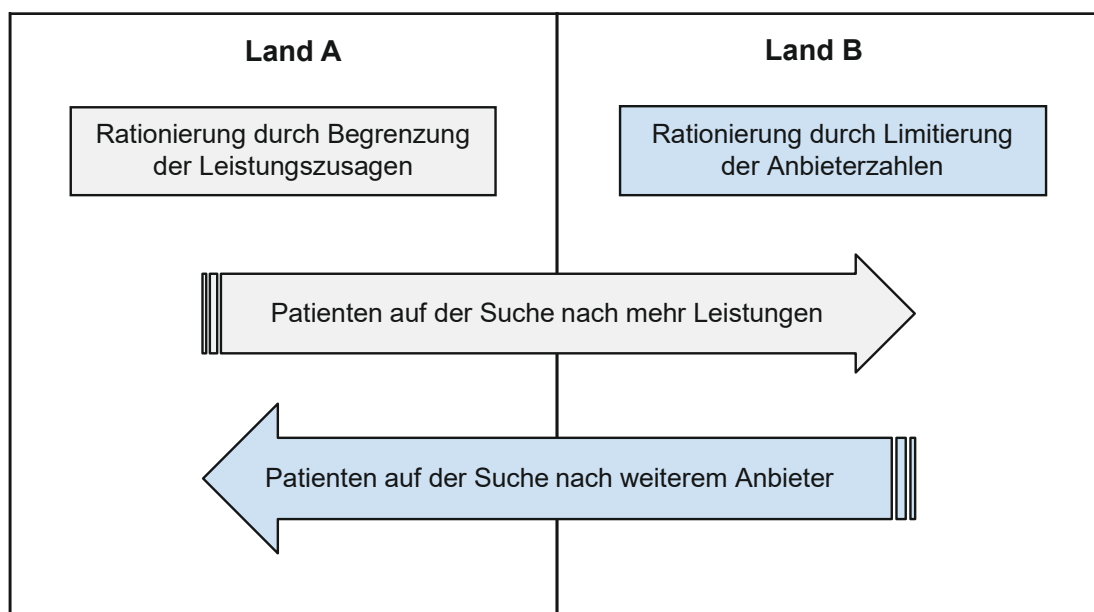


Abbildung 3: Unterwanderung nationaler Steuerungssysteme

In Deutschland beispielsweise wird die Leistungsmenge bei den niedergelassenen ambulanten Vertragsärzten über Budgetdeckelungen, wie z.B. das Regelleistungsvolumen, rationiert. Eine Ausweitung der Tätigkeit lohnt sich damit in der Regel nicht, da der Arzt ab einer bestimmten Leistungsmenge durch die Degression weniger Einnahmen erzielt. Dagegen werden aber die Behandlungen im Ausland, unabhängig von der dort erbrachten Leistungsmenge vollständig vergütet und nicht wie im Inland ab einem bestimmten Punkt mit Abschlägen zu geringeren Beträgen vergütet. Umgekehrt müssen auch ausländische Träger für die Behandlung ihrer Versicherten bei einem deutschen Arzt die vollständigen Kosten tragen, d.h. unabhängig davon, welche Degressionsstufe der Vertragsarzt durch die Behandlung der inländischen

Versicherten bereits erreicht hat. Damit besteht für die Ärzte hierzulande ein finanzieller Anreiz, ausländische Gastpatienten zu behandeln, da diese außerhalb eines Budgets abgerechnet werden. Damit dürften die Behandlungskosten im Ausland sowohl für deutsche Kassen als auch für ausländische Träger, die ein ähnliches Modell mit regressiven Behandlungsentgelten haben, zu Mehrkosten führen. In Grenzgebieten könnte dies theoretisch zur Folge haben, dass Ärzte lieber ausländische statt inländische Versicherter behandeln und eine womöglich knappe Angebotsstruktur noch knapper wird. [15]

Verhindert würde dies, berücksichtigte man ausländische Versicherte bei den nationalen Rationierungsverfahren mit. Denkbar wäre etwa die schlichte Anrechnung der Leistungen



für ausländische Versicherte auf das Regelleistungsvolumen der Ärzte. Differenzierter wäre eine Gesetzesänderung, bei der Leistungen für Gastpatienten zu denselben degressiv gestaffelten Sätzen wie für inländische Patienten vergütet werden, eine Anrechnung auf das Regelleistungsvolumen selbst aber nicht erfolgt. Damit wäre einerseits sichergestellt, dass keine gesonderten finanziellen Anreize zur Behandlung von Gastpatienten geschaffen werden. Andererseits kann die Behandlung von Gastpatienten aber auch nicht zur verminderten Vergütung für alle folgenden Patienten führen.

Integriert man die ausländischen Versicherten nicht in die nationalen Rationierungsverfahren, führt das zu Kostensteigerungen bei den Trägern. Wie in der Abbildung 3 dargestellt, umgehen die Versicherten aus Land A die Rationierungen ihres Landes, indem sie sich auf der

Suche nach mehr Leistung ins Land B und die Versicherten aus Land B sich auf der Suche nach weiteren Anbietern ins Land A begeben. [15]

#### 4. Verbleibende Risiken für nachhaltige Finanzierung importierter Gesundheitsleistungen

Den Trägern können darüber hinaus Zusatzkosten entstehen, wenn bestimmte Leistungen im Inland pauschal abgegolten werden und die Kosten für die Behandlungen ihrer Versicherten im Ausland nicht auf die entsprechenden Pauschalen im Inland angerechnet werden [15, 17].

In Abbildung 4 wird die Doppelbelastung wegen fehlender Berücksichtigung pauschal erfolgter Leistungen graphisch dargestellt.

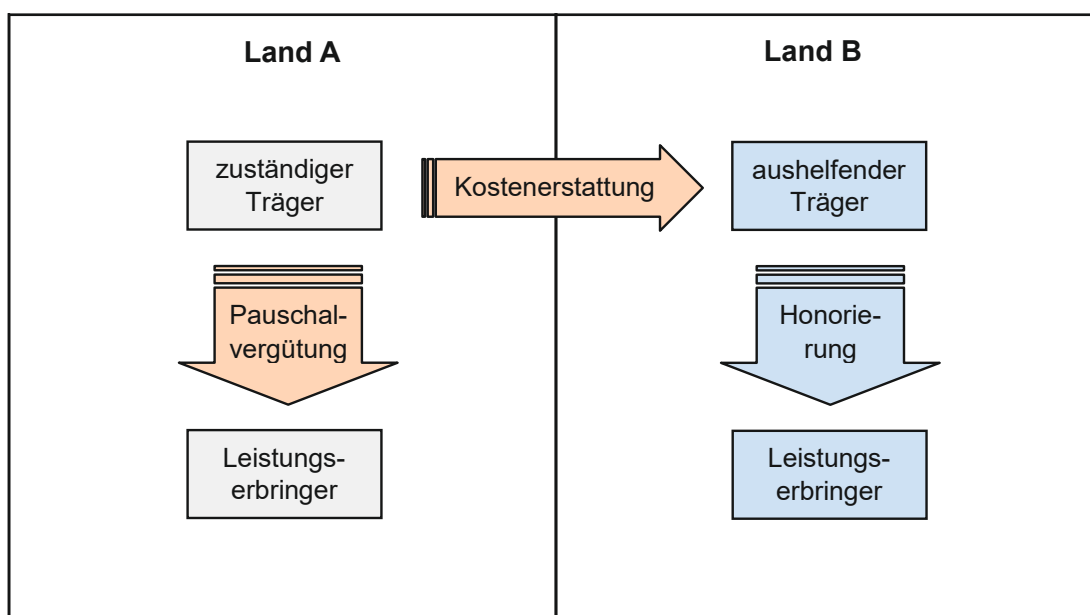


Abbildung 4: Doppelbelastung

Deutsche Krankenkassen entrichten Pauschalbeträge an die Kassenärztlichen Vereinigungen. Diese stellen die Gesamtvergütung für die ambulante ärztliche Versorgung der gesetzlich Versicherten im Inland dar. Die Kassenärztlichen Vereinigungen verteilen die Pauschalbeträge wiederum nach eigenem Schlüssel an die einzelnen inländischen Ärzte, teils wiederum als Pauschalen, teils als Einzelleistungsvergütung. Lassen sich gesetzlich Versicherte von einem niedergelassenen Arzt im europäischen Ausland behandeln, sind Kostenübernahmen oder Teilkostenerstattungen von der

zuständigen Krankenkasse zusätzlich zu der pauschalen Vergütung im Inland zu leisten.

Echte Zusatzkosten entstehen den deutschen Krankenkassen selbst dann, wenn sich Versicherte stationär im Ausland behandeln lassen und für die Auslandsbehandlung nicht höhere Kosten übernommen werden müssen, als durchschnittlich im Inland für die Behandlung angefallen wären. Grund dafür ist, dass die Krankenhausvergütung noch immer nicht strikt nach dem Grundsatz „Geld folgt Leistung“ organisiert ist. Vielmehr vereinbaren die Kassen mit den inländischen

Krankenhäusern eine Leistungsmenge, die für den Erhalt einer vereinbarten Vergütung erreicht werden muss. Erreicht das Krankenhaus die vereinbarte Menge nicht, z.B. durch den Rückgang der Fallzahlen durch diejenigen Patienten, die sich lieber im ausländischen Krankenhaus behandeln lassen, erhält es einen sogenannten Mindererlösausgleich nach § 4 Abs. 3 KHEntG. Das bedeutet, das Krankenhaus bekommt den Differenzbetrag zwischen den verringerten tatsächlichen Erlösen und dem vereinbarten Gesamterlös zu 20 Prozent erstattet. Ziel dieser Regelung ist es, durch die 20-prozentige Vergütung nicht erbrachter Leistungen dem Krankenhaus zu helfen, einen Teil der Fixkosten zur Aufrechterhaltung der Betriebsbereitschaft zu decken. Für die Krankenkasse bedeutet das, dass sie zusätzlich zu den unter bestimmten Voraussetzungen zu übernehmenden Kosten der Krankenhausbehandlung im Ausland im Inland 20 Prozent einer Leistung vergüten muss, die gar nicht erbracht wurde.

Ein drittes Problem resultiert aus den Unterschieden in der Steuer- und Beitragsfinanzierung der Gesundheitsleistungen. Das betrifft diejenigen Länder, in denen die Versicherung die Kosten für die Auslandsbehandlungen ihrer Versicherten übernehmen, die im Inland nicht die Träger, sondern zum Teil oder vollständig der Staat getragen hätte [15].

Abbildung 5 zeigt, wie Patienten aus Land A, in welchem die Leistungen zu einem größeren Teil steuerfinanziert werden, aus Land B Leistungen, die zu einem kleineren Teil steuerfinanziert werden, importieren. Da der steuerfinanzierte Anteil für ausländische Patienten nicht in Rechnung gestellt werden darf, da dies für Inländer auch nicht erfolgt (Diskriminierungsverbot), fällt der in Rechnung gestellte Betrag in Land A kleiner als in Land B aus. Das bedeutet eine Mehrbelastung der Steuerzahler in Land A. [16–18]

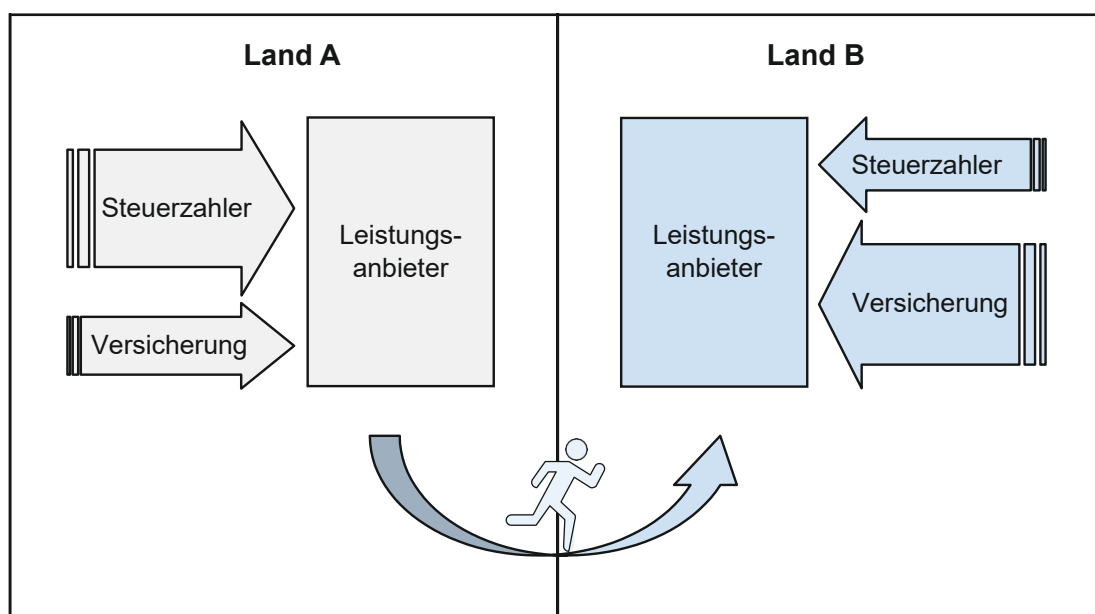


Abbildung 5: Anteil steuerfinanzierter Leistungen

In Österreich werden z.B. die öffentlichen Akutkrankenanstalten (Fondskrankenanstalten) aus dem Landesgesundheitsfonds finanziert, der sich aus Beiträgen der Sozialversicherung sowie aus Mitteln der Länder und der Bundesgesundheitsagentur (Steuern) zusammensetzt. Nimmt ein in Österreich Versicherter nun auf Basis der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 eine erstattungsfähige Krankenhausleistung in Deutschland in Anspruch, muss die zuständige österreichische Krankenkasse der austretenden deutschen Krankenkasse die Kosten erstatten.

Hätte der Versicherte aber die gleiche Leistung in Österreich in Anspruch genommen, wäre die österreichische Krankenkasse an den Kosten nur im Umfang ihres Anteils an der Krankenhausvergütung beteiligt gewesen. Obendrein ist dieser Beitrag nur abhängig von der Entwicklung der Beitragseinnahmen und nicht von den tatsächlichen Leistungsausgaben. [17] Das führt zu Fehlbelastungen bei den Leistungsträgern und zu unterschiedlichen Effekten bei den jeweiligen Beitrags- und Steuerzahlern des betreffenden Landes. Die Mehrkosten drohen den



Trägern jedoch nur, wenn die Kostenstrukturen der Leistungen zwischen den importierenden und exportierenden Ländern stark auseinandergehen, bei ähnlichen Kostenstrukturen würde das Problem unerheblich. [18]

Gehen die Kostenstrukturen stark auseinander, ist damit zu rechnen, dass die Länder mit einem Gesundheitssystem, in dem die Leistungen größtenteils steuerfinanziert sind, eher versucht sind, den Export von Leistungen zu verhindern und eine hohe Nachfrage aus dem Ausland abzuwehren.

Abhängig davon, wie das Gesundheitssystem eines Landes finanziert wird, können die steigenden Ausgaben der Träger zu steigenden Beiträgen und / oder Steuern führen. Hinzu kommt, dass die eigenen vorhandenen Kapazitäten und Ressourcen nicht ausgeschöpft werden, wenn der Strom der Patienten, die für eine Behandlung ins Ausland reisen, bei der Bedarfsplanung unberücksichtigt bleibt, was wiederum zu einem Effizienzverlust (Angebot ist höher als Nachfrage) führen kann.

## 5. Fazit

Gesetzlich Versicherte in der EU haben einen Anspruch darauf, dass die Kosten einer medizinischen Behandlung auch im EU-Ausland von der heimischen Krankenkasse (im Versicherungsland) erstattet werden. Dafür hat die EU auf supranationaler Ebene, u.a. mit der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 und der Patientenrichtlinie 2011/24/EU, einen Rechtsrahmen geschaffen. Die Kostenerstattungsregeln zwischen den Ländern schaffen jedoch für Leistungserbringer und Leistungsempfänger Raum und Anreize, sich auf Kosten der Versichertengemeinschaft besser zu stellen. Sie sollten mittelfristig angepasst werden. Bislang sind die Patientenströme innerhalb der EU relativ überschaubar, bei einem anhaltenden Trend, wie am Beispiel der AOK Bayern gezeigt, kann sich das aber in Zukunft ändern, zumal einige Länder in der EU mehr von einreisenden und andere mehr von ausreisenden Patienten betroffen sind. [19]

Aber auch bei ehrlichen und verantwortungsbewussten Akteuren kann der Import und Export von medizinischen Leistungen in ein anderes Land der EU in bestimmten Fällen zu nicht unerheblichen Fehlbelastungen bei den Trägern führen. Selbst bei absoluter Compliance

aller Akteure ist langfristig die breite Akzeptanz der Regularien zur internationalen Leistungsverrechnung bedroht, wenn de jure Fehlbelastungen ausgelöst werden. Diese führen dazu, dass von den Kostenträgern ihrerseits Entscheidungsspielräume dazu genutzt werden, gesetzlich induzierten Mehrbelastungen auszuweichen und diejenige Leistungsanspruchnahme zu fördern, die zusätzliche Einnahmen verspricht. Von einem Import und Export medizinischer Leistungen in optimalem Umfang ist dies weit entfernt.

## Interessenerklärung

Die Autorin gibt an, dass sie keine Interessenkonflikte zu deklarieren hat.

## Literatur

- [1] Art. 19, Art. 20 und Art. 35 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004, ABl. L 166 vom 30.4.2004, S. 1, ber. ABl. L 213 vom 12.8.2015, S. 65, zuletzt geändert durch Verordnung (EU) Nr. 2019/1149 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 20. Juni 2019, ABl. L 186 vom 11.7.2019, S. 21 m.W.v. 31.07.2019.
- [2] Art. 7 und Art. 8 der Richtlinie 2011/24/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 9. März 2011, ABl. L 88 vom 4.4.2011, S. 45, zuletzt geändert durch Richtlinie 2013/64/EU des Rates vom 17. Dezember 2013, ABl. L 353 vom 28.12.2013, S. 8 m.W.v. 01.01.2014.
- [3] § 13 Abs. 4 - 6 SGB V – Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung, Art. 1 G. v. 20.12.1988 BGBl. I S. 2477, 2482, zuletzt geändert durch Art. 1a G. v. 22.12.2020 BGBl. I S. 3299.
- [4] Hanefeld, Johanna; Smith, Richard; Horsfall, Daniel; Lunt, Neil (2014): What do we know about medical tourism? A review of the literature with discussion of its implications for the UK National Health Service as an example of a public health care system. In: Journal of Travel Medicine 21 (6), S. 410–417. DOI: 10.1111/jtm.12147.

- [5] Lunt, Neil; Carrera, Percivil (2010): Medical tourism: assessing the evidence on treatment abroad. In: *Maturitas* 66 (1), S. 27–32. DOI: 10.1016/j.maturitas.2010.01.017.
- [6] Pocock, Nicola S.; Phua, Kai Hong (2011): Medical tourism and policy implications for health systems: a conceptual framework from a comparative study of Thailand, Singapore and Malaysia. In: *Globalization and health* 7, S. 12. DOI: 10.1186/1744-8603-7-12.
- [7] Sandberg, Debra S. (2017): Medical tourism: An emerging global healthcare industry. In: *International Journal of Healthcare Management* 10 (4), S. 281–288. DOI: 10.1080/20479700.2017.1296213.
- [8] Ganguli, Subhadra; Ebrahim, Ahmed Husain (2017): A qualitative analysis of Singapore's medical tourism competitiveness. In: *Tourism Management Perspectives* 21, S. 74–84. DOI: 10.1016/j.tmp.2016.12.002.
- [9] Connell, John (2011): *Medical Tourism*. Wallingford, Oxfordshire, Cambridge, Massachusetts: CABI.
- [10] Connell, John (2006): Medical tourism: Sea, sun, sand and ... surgery. In: *Tourism Management* 27 (6), S. 1093–1100. DOI: 10.1016/j.tourman.2005.11.005.
- [11] Ormond, Meghann; Lunt, Neil (2020): Transnational medical travel: patient mobility, shifting health system entitlements and attachments. In: *Journal of Ethnic and Migration Studies* 46 (20), S. 4179–4192. DOI: 10.1080/1369183X.2019.1597465.
- [12] Eigene Berechnung, Leistungsausgaben insgesamt (Position 05999) 226.217.350.684 EUR, Leistungen im Ausland (Position 04899V) 785.270.534 EUR, Datenquelle: Bundesministerium für Gesundheit: Gesetzliche Krankenversicherung Endgültige Rechnungsergebnisse 2018, Stand: 24. Juni 2019, online verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/finanzergebnisse.html>.
- [13] Daten: AOK Bayern, Stand: 15.03.2019.
- [14] Erwägungsgrund Nr. 10 der Richtlinie 2011/24/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 9. März 2011, ABl. L 88 vom 4.4.2011, S. 45, zuletzt geändert durch Richtlinie 2013/64/EU des Rates vom 17. Dezember 2013, ABl. L 353 vom 28.12.2013, S. 8 m.W.v. 01.01.2014.
- [15] Allinger, H., Siebenschuh, A. (2008): Patientenmobilität in Europa - Herausforderungen für Gesundheitswesen und Arzt-Patienten-Verhältnis. In: Gellner, W., Schmöller, M. (Hrsg.): *Neue Patienten - Neue Ärzte? Ärztliches Selbstverständnis und Arzt-Patienten-Beziehung im Wandel*, 1. Auflage 2008, Seite 203-212, DOI: 10.5771/9783845209401-203.
- [16] Allinger, H. (2012): Hindrances to overcome, In: *European Institute of Health: Health in the Regions - Cross Border Health Care: Harmonization in European Regions*, January 2012, Pages 205-209.
- [17] Lüdeke, R., Allinger, H. (2005): Grenzüberschreitende Leistungen im Gesundheitswesen - Eine volkswirtschaftliche Analyse von Leistungs- und Finanzierungsstrukturen im Grenzgebiet zwischen Bayern und Oberösterreich. Band 3: Der Krankenhausbereich, 2005, Passau.
- [18] Lüdeke, R., Allinger, H. (2005): Grenzüberschreitende Leistungen im Gesundheitswesen - Eine volkswirtschaftliche Analyse von Leistungs- und Finanzierungsstrukturen im Grenzgebiet zwischen Bayern und Oberösterreich. Band 5: Zusammenfassung der Untersuchungsergebnisse, 2005, Passau.
- [19] Europäische Kommission (2018): Bericht der Kommission an das Europäische Parlament und den Rat. Bericht der Kommission über die Anwendung der Richtlinie 2011/24/EU über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, Brüssel, online verfügbar unter <https://ec.europa.eu/transparency/regdoc/rep/1/2018/DE/COM-2018-651-F1-DE-MAIN-PART-1.PDF>.



## Romy Emmerich (M.Sc.)

Romy Emmerich studierte Health Care Management an der Universität Greifswald und war mehrere Jahre wissenschaftliche Mitarbeiterin bei Prof. Dr. Hanjo Allinger, Inhaber der Professur für Volkswirtschaftslehre und Internationale Ökonomik an der Technischen Hochschule Deggendorf. In Kooperation mit der deutschsprachigen Andrassy Universität Budapest promoviert sie bei Hanjo Allinger in Volkswirtschaftslehre. Im Mittelpunkt ihrer Forschungsaktivität stehen gesundheitsökonomische Fragestellungen.

*Romy Emmerich studied Health Care Management at the University of Greifswald and has for several years been a research assistant for Prof. Dr. Hanjo Allinger, holder of the Chair of International Economics at the Deggendorf Institute of Technology. In cooperation with the German-speaking Andrassy University of Budapest, she is doing her PhD in economics under the supervision of Hanjo Allinger. The focus of her research activity is on health economics.*

Kontakt / Contact

✉ [romy.emmerich@andrassyuni.hu](mailto:romy.emmerich@andrassyuni.hu)