

Serie Kostenerstattung – Teil III: Kostenerstattung aus europäischer Sicht

Grenzenlose Gesundheitsleistungen?

Die Frage der „Kostenerstattung“ im Gesundheitswesen wird vorwiegend in Deutschland zunehmend intensiver diskutiert. Diese Methode wird weitgehend nur von den privaten Krankenversicherungen (PKV) angewandt.

Folgende Argumente werden für eine Kostenerstattung angeführt:

- Die in der gesetzlichen Krankenkasse (GKV) Versicherten hätten keinen Überblick über die Höhe der Krankheitskosten, da sie die entsprechenden Rechnungen nie sehen würden;
- die Gesetze der Marktwirtschaft seien beim Sachleistungsprinzip weitgehend außer Kraft gesetzt, weil die Preise für ärztliche Leistungen zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen ausgehandelt würden und die Preise für pharmazeutische Produkte zunehmend durch staatliche Vorgaben beeinflusst würden;
- die bisherige Kostenabrechnung der gesetzlichen Krankenkassen würden angesichts hoher Beitragssätze das Anspruchsdenken der Versicherten begünstigen;
- die Kostenerstattung bietet eine größere Transparenz und Effizienz und verantwortungsvolleres Verhalten der Patienten.

Das Recht der Europäischen Union (EU) beeinflusst einerseits zwar die Gestaltung der nationalen Gesundheitssysteme, andererseits besteht aufgrund der geltenden EU-Verträge die Verpflichtung, die nationale Kompetenz für die Sozialversicherungs- und Gesundheitssysteme nicht anzutasten. Beide Systeme sind in allen Mitgliedstaaten untrennbar miteinander verbunden. Sie sind über Jahrzehnte unterschiedlich gewachsen und ausgestaltet worden. Eine Harmonisierung der Gesundheits- und Sozialversicherungssysteme in der Europäischen Union ist abgesehen von den bestehenden grundlegenden Unterschieden z. Z. weder politisch gewollt noch rechtlich möglich.

Gesundheitssysteme der EU

Da die meisten der bisherigen 15 Mitgliedstaaten der EU staatliche Gesundheitssysteme entwickelt haben, bestünde bei einer Harmonisierung zudem die Gefahr, dass auch den bisher davon Verschonten verstaatlichte Gesundheitssysteme übergestülpt werden.

Von den 10 Beitrittsländern, die am 1. Mai 2004 Mitglied der EU wurden, gehörten acht zum ehemaligen Ostblock. Dort gab es staatlich verwaltete zentralisierte Gesundheitssysteme. Auch wenn inzwischen erhebliche Änderungen eingetreten sind, dürfte der staatliche Einfluss nach wie vor recht hoch sein.

Eine Versicherungspflichtgrenze gibt es nur in Deutschland. In einigen Mitgliedstaaten, z.B. Deutschland, Spanien, Italien und Österreich gibt es genau festgelegte Ausnahmen von der Versicherungspflicht. Zu den versicherten Personengruppen in der gesetzlichen Krankenkasse gehören in der Regel alle Arbeitnehmer und ihnen gleichgestellte Gruppen. In einigen Ländern sind diese besonders aufgelistet, u. a. in Deutschland. In Dänemark, Irland, Italien, Portugal, Finnland, Schweden und Großbritannien gilt das Gesundheitssystem grundsätzlich für alle Einwohner.

Die offensichtlichen Mängel der staatlichen Gesundheitssysteme sind bekannt: lange Wartezeiten für Operationen, zu wenig Krankenhausbetten, bestimmte Behandlungen werden verweigert, mangelnde Investitionen in moderne Technologien und schlechtes Image des öffentlichen Gesundheitssektors. In staatlichen Gesundheitssystemen gibt es grundsätzlich keine Kostenerstattung.

AUTOR



Ursula Schleicher

ist Mitglied des europäischen Parlaments seit 1979, stellvertretende Vorsitzende im Ausschuss für konstitutionelle Fragen sowie stellvertretendes Mitglied im Ausschuss für Umweltfragen, Volksgesundheit und Verbraucherpolitik.

Kontakt:

Europäisches Parlament
Rue Wiertz
ASP 15E206
B-1047 BRÜSSEL

POSITIONEN

- Die Harmonisierung der europäischen Gesundheitssysteme ist politisch nicht gewollt
- Ein grenzüberschreitendes Sachleistungsprinzip ist nicht denkbar
- Auf- und Ausbau von privaten Krankenversicherungen in der Europäischen Union wäre sinnvoll.

Serie Kostenerstattung – Teil III: Kostenerstattung aus europäischer Sicht

Grenzenlose Gesundheitsleistungen?

FAZIT

Ziel einer künftigen Lösung könnte der Auf- und Ausbau von privaten Krankenversicherungen in allen Mitgliedstaaten der Europäischen Union sein, um Fälle abzusichern, die bisher nicht abgedeckt sind. Andere Überlegungen stehen an: z.B. internationale Leistungskataloge zu entwickeln, die die Mitgliedstaaten dann einlösen müssten.

Allerdings bestehen dagegen größte Bedenken, weil dies eine Ausgabenschraube ohne Ende in Gang setzen würde.

Versicherungsschutz im EU-Ausland

Außer in Deutschland gibt es nur in den Niederlanden und in Finnland private Krankenversicherungen. Private Zusatzversicherungen für über die Grundversorgung hinausgehende und von steuer- oder beitragsfinanzierten Gesundheitssystemen nicht gewährte Gesundheitsleistungen haben aber auch in anderen Ländern, z.B. Dänemark, wachsende Märkte. Dies gilt auch für die Versicherung von Leistungen für private Alten- und Pflegeheime, Rehabilitationskliniken und Krankenhausbehandlung.

Patienten sind heute innerhalb der nationalen Grenzen versichert und nur bedingt außerhalb. Bereits seit über 30 Jahren gibt es deshalb Regelungen zur Erstattung von Krankheitskosten bei Reisen in EU-Mitgliedstaaten - das berühmte Formular E111. Dieser „Auslandskrankenschein“, der bei vorübergehenden Aufenthalten in anderen EU-Ländern vorher bei der jeweiligen gesetzlichen Krankenkasse angefordert werden muss, sollte in allen EU-Mitgliedsstaaten anerkannt werden.

Dies funktioniert in der Praxis aber nur bedingt. Die Ursachen sind vielfältig. In einigen Ländern (z.B. Österreich und Italien) muss der Krankenschein vor der Behandlung in einen nationalen Berechtigungsschein umgetauscht werden. In Spanien muss er in mehrfacher Ausfertigung vorgelegt werden, in Frankreich muss beim Leistungserbringer grundsätzlich erst bar bezahlt werden, die Kostenerstattung erfolgt dann durch den „aushelfenden“ Träger gegen Vorlage des Auslandskrankenscheins, aber unter Abzug der in Frankreich geltenden Selbstbeteiligung.

Überall, vor allem aber in Spanien, gibt es grundsätzliche Probleme, weil viele Ärzte die Annahme des Auslandskrankenscheins verweigern und Barzahlung fordern. Das führt im Ergebnis dazu, dass das Prinzip der Kostenerstattung bei der Abrechnung im Ausland heute in rund 60 Prozent der Fälle angewandt wird.

Funktioniert der Einsatz des Auslandskrankenscheins nicht, hat der Versicherte Anspruch auf Kostenerstattung durch den zuständigen Träger im Heimatland, wenn der Rechnungsbetrag unter 1.000 Euro liegt. Allerdings erstatten die deutschen Kassen nur nach deutschen Vertragssätzen, so dass Mehrkosten zwischen dem ausländischen Rechnungsbetrag und dem Erstattungsbetrag vom Versicherten selbst zu tragen sind.

Europäisches Sachleistungssystem?

Ein grenzüberschreitendes „europäisches“ Sachleistungsprinzip ist kaum denkbar. Zumindest in den Ländern, deren Gesundheitskosten im Wesentlichen durch beitragsfinanzierte Kassen getragen werden, wären Versicherungen erforderlich, die unabhängig vom Aufenthaltsort auf die Person abstellen. Voraussetzung dafür wäre, dass deutsche Versicherungen direkt mit ausländischen Leistungserbringern oder Versicherungen in anderen Ländern vertragliche Vereinbarungen schließen können.

Während viele Privatversicherte schon heute die Möglichkeit haben, ohne ihre Kasse vorher zu fragen, im EU-Ausland einen Arzt ihrer Wahl aufzusuchen und die Kosten dafür im Nachhinein erstattet zu bekommen, wollen die gesetzlichen Krankenkassen vorher gefragt werden. In Grundsatzurteilen (Kohl/Decker 1998 und Müller-Faure/Van Riet 2003) entschied der EuGH dass gesetzlich Versicherte innerhalb der EU Sachleistungen ambulant und genehmigungsfrei in Anspruch nehmen können. Im Juli 2001 stellte der EuGH mit dem Urteil zu den Fällen Geraets-Smits und Peerbooms, sowie Vanbraekel klar, dass alle Gesundheitsleistungen Dienstleistungen im Sinne des EG-Vertrages sind, deren Inanspruchnahme über Grenzen hinweg daher nur ausnahmsweise behindert werden darf. Wesentliche Begründung in allen Fällen: freier Dienstleistungsverkehr in der EU und Unionsbürgerschaft.

LINKS

<http://www.csu-europagruppe.de>

<http://www.cdu-csu-ep.de>

Vorschlag der Europäischen Kommission für eine Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates über Dienstleistungen im Binnenmarkt vom 25.02.2004
http://europa.eu.int/eur-lex/pri/de/lip/latest/doc/2004/com2004_0002de02.doc