



Direktoren: Professor Dr. Johann Eekhoff
Prof. Achim Wambach, Ph.D
Geschäftsführer: Dr. Steffen J. Roth

Krankenversicherung in der Europäischen Union: Versicherungspflicht, Wanderungskosten und das Recht auf Freizügigkeit

Susanna Kochskämper

Otto-Wolff-Institut Discussion Paper 05/2011

(November 2011)

Inhalt

1. Einleitung.....	3
2. Zur Relevanz von Kostenunterschieden in der (Mindest)-Krankenversicherung .	5
3. Wanderung bei nationalen Kostenunterschieden in der Krankenversicherung ...	7
3.1 Modell: Wanderung bei nationalen Kostenunterschieden.....	7
3.2 Nationale Kostenunterschiede, Versicherungspflicht und das Recht auf Freizügigkeit.....	11
3.2.1 Die Interpretation des Rechts auf Freizügigkeit	12
3.2.2 Fallanalyse: Recht auf Freizügigkeit und Versicherungspflicht	13
4. Schlussfolgerungen für die Krankenversicherung in der Europäischen Union ..	17
5. Zusammenfassung und Fazit	19
6. Literaturverzeichnis	19

Autorenkontakt

Dipl.-Volkswirtin Susanna Kochskämper
kochskaemper@wiso.uni-koeln.de

Korrespondenzadresse

Institut für Wirtschaftspolitik
an der Universität zu Köln
Pohligstr. 1 – 50969 Köln

1. Einleitung

Grundsätzlich sind in der Europäischen Union die Nationalstaaten für die Gestaltung der Gesundheitspolitik zuständig.¹ Trotz der im Detail sehr unterschiedlichen Ausgestaltung der Gesundheitssysteme der Mitgliedstaaten der Europäischen Union ist allen das Ziel gemeinsam, den Bürgern Zugang zu (bestimmten) medizinischen Gütern und Dienstleistungen unabhängig von deren jeweiligen Einkommen zu gewähren. Das bedeutet jedoch nicht automatisch, dass auch Einigkeit bezüglich des Umfangs an Gütern und Leistungen zwischen den Staaten besteht.

Busse et al.² haben neun EU-Mitgliedstaaten bezüglich ihrer Leistungskataloge im staatlichen Pflichtversicherungssystem verglichen und kommen zu dem Schluss, dass sich die untersuchten Staaten zwar nicht groß in den Leistungskategorien, wie beispielsweise Prävention übertragbarer Krankheiten, Gesundheit von Mutter- und Kind etc., die sie ihren Bürgern gewähren, unterscheiden. Allerdings existieren signifikante Unterschiede hinsichtlich der Behandlung bei gleicher Diagnose: Genutzte Technologien, der vollständige Umfang der medizinischen Leistungserbringung und Behandlungsmethoden variieren stark zwischen (allerdings teilweise auch innerhalb) der Staaten. Busse et al. nennen hier beispielsweise die zementierte versus die teurere zementfreie Hüftprothese.³ Auch finden sich Unterschiede in den Details der Negativlisten: Italien, die Niederlande, Polen und Spanien beispielsweise schließen kosmetische Chirurgie vollständig aus, Ungarn hingegen listet zehn verschiedene spezifische kosmetische Eingriffe auf, die nicht erstattungsfähig sind.⁴

Man mag diese Unterschiede bedauern und den „gleichen Zugang“ zu allen Gesundheitsleistungen für die europäischen Bürger fordern. Allerdings können zwei Gründe dagegen eingewendet werden: Erstens können die (implizit geltenden) Leistungskataloge als Ausdruck nationaler Zahlungsbereitschaft für Gesundheitsversorgung gewertet werden, die sich auch in einem zusammenwachsenden Europa als durchaus unterschiedlich herausstellen kann.⁵ Zweitens bietet das Nebeneinander

¹ Vgl. Art. 168 AEUV.

² Busse et al. (2011).

³ S. Busse et al (2011), S. 105

⁴ S. Busse et al (2011), S. 103

⁵ Streng genommen bedürfte es hierzu eines transparenten Verfahrens auf nationalstaatlicher Ebene, um einen Leistungskatalog festzulegen. Dies ist im Status quo nicht immer gegeben – dennoch wird hier da-

verschiedener Therapieverfahren in den nationalstaatlichen Leistungskatalogen den Vorteil, dass bei Schnittmengen der nationalen Leistungskataloge hinsichtlich der Diagnosen unterschiedliche Therapien hinsichtlich ihrer Wirksamkeit und Effizienz verglichen werden können. Berücksichtigt man zusätzlich, welche Schwierigkeiten sich bezüglich der Auswahl von Elementen, die den Leistungskatalogen angehören sollen, ergeben⁶, bieten sich durch Vielfalt innerhalb der Europäischen Union auch hier Vergleichsmöglichkeiten unterschiedlicher Herangehensweisen.

Werden die jeweiligen Leistungskataloge für die Pflichtversicherungssysteme auf nationalstaatlicher Ebene festgelegt, bedeutet dies, dass sich auch die Kosten der Krankenversicherung für den einzelnen zwischen den Staaten unterscheiden. Wandernde Europäer müssen daher etwaige höhere Kosten in der Krankenversicherung berücksichtigen, falls sie beispielsweise von einem Staat mit einem weniger umfangreichen in einen Staat mit einem umfangreicheren Leistungskatalog in der Krankenversicherung wechseln. Welche Kosten dem Wandernden hierbei genau entstehen, hängt jedoch auch davon ab, wie das Recht auf Freizügigkeit interpretiert wird und wie die Versicherungspflicht bei Wanderung ausgestaltet ist. Gegebenenfalls kommt es zu einer (teilweisen) Kostenübernahme durch Dritte. Dies soll im Folgenden gezeigt werden.

Im Folgenden werden anhand eines theoretischen Modells verschiedene Ausgestaltungsmöglichkeiten der europäischen Regeln unter Berücksichtigung nationaler Leistungskataloge diskutiert und anschließend auf die gegenwärtig existierenden Gesundheitssysteme angewendet. Zunächst wird jedoch noch einmal kurz darauf eingegangen, weshalb bei nationaler Zuständigkeit für Gesundheitspolitik Kostenunterschiede in der Krankenversicherung⁷ relevant sind.

von ausgegangen, dass sich Unterschiede in den Leistungskatalogen auch auf Unterschiede in der Zahlungsbereitschaft zurückführen lassen.

⁶ Vgl. hierzu beispielsweise Arentz (2011).

⁷ Im Folgenden wird hier zu Einfachheit der Begriff Krankenversicherung für die Mitgliedschaft in einem öffentlichen Gesundheitssystem bzw. einer Krankenkasse verwendet.

2. Zur Relevanz von Kostenunterschieden in der (Mindest)-Krankenversicherung

Bei nationaler Festlegung der Leistungskataloge für das Gesundheitssystem sind nationale Kostenunterschiede in der Krankenversicherung zu erwarten, falls nicht zufällig derselbe Leistungsumfang gewählt wird. Darüber hinaus können weitere Faktoren regionale Kostenunterschiede in der Gesundheitsversorgung verursachen. In der empirischen Literatur zu diesem Thema werden zahlreiche Erklärungsfaktoren für Kostenunterschiede genannt, es ergibt sich bisher jedoch noch kein homogenes Bild.⁸ Es ist aber davon auszugehen, dass allein die institutionelle Ausgestaltung der existierenden Gesundheitssysteme Kostenunterschiede verursacht, die in dem im Folgenden vorgestellten Modell weniger relevant sind. Deshalb werden im Folgenden nicht alle Erklärungsfaktoren aufgelistet, die in der Literatur diskutiert werden.⁹ Es wird sich stattdessen auf die Faktoren beschränkt, die theoretisch selbst bei identischen Systemen, zu dauerhaften regionalen Kostenunterschieden führen müssten. Hierbei wird zwischen Mengen- und Preiskomponenten differenziert.¹⁰

Mengenunterschiede

Als offensichtlicher Mengenunterschied ist zunächst der Umfang des Mindestleistungskatalogs zu nennen: Je nachdem, welche Diagnosen und Therapien, mit entsprechendem Behandlungsumfang, genutzter Technologie etc., auf nationaler Ebene festgelegt sind, können sich die daraus resultierenden Kosten erheblich unterscheiden.

Doch selbst bei identischem Versicherungsumfang existieren weitere Komponenten, die die Kosten für die Versicherung des Mindestleistungskatalogs beeinflussen können: Erstens können unterschiedliche Umweltgegebenheiten den Gesundheitszustand der Bürger in den einzelnen Staaten unterschiedlich beeinflussen. Je nach Lebensort können beispielsweise bestimmte Krankheitsbilder häufiger oder seltener auftreten oder Krankheiten unterschiedlich verlaufen.¹¹ Zweitens könnten auch Unterschiede hinsichtlich der Versichertenstruktur existieren, die sich dauerhaft auf die

⁸ Vgl. Camenzid (2008), S. 6.

⁹ Einen ausführlichen Überblick liefert Camenzid (2008).

¹⁰ s. Camenzid (2008).

¹¹ Streng genommen gelten beide hier genannten Argumente bereits innerhalb eines Nationalstaates für unterschiedliche Regionen. Hiervon wird im Folgenden abstrahiert.

Kosten für Versicherungsleistungen auswirken. Leben beispielsweise viele Versicherte mit einem bestimmten Merkmal an einem bestimmten Ort - viele alte Menschen, viele Kinder, oder Versicherte mit einem bestimmten Krankheitsbild - kann dies zu Größenvorteilen in der Versorgung durch räumliche Zentrierung und Spezialisierung von Leistungserbringern führen und dadurch eine Versorgung kostengünstiger erfolgen. Somit gibt es Unterschiede, die sich unter dem Begriff „Mengenkomponente“ fassen lassen, durch die dauerhafte Kostenunterschiede in der medizinischen Versorgung entstehen. Dies wirkt sich dann auf die Höhe der Versicherungskosten für ein Versichertenkollektiv aus: je nach Lebensort wird die Krankenversicherung teurer oder kostengünstiger sein.

Preisunterschiede

Neben Mengen- können auch Preisunterschiede in der Leistungserbringung Kostenunterschiede der medizinischen Versorgung verursachen. Es ist davon auszugehen, dass sich selbst bei zunehmender Integration der Europäischen Union die Preise für die medizinische Versorgung nicht angleichen werden. Ausgangspunkt dieser These sind folgende Überlegungen:

Zum einen lässt sich feststellen, dass selbst innerhalb eines Landes regionale Preisunterschiede existieren.¹² Unterschiede in den Nominaleinkommen in einer Region¹³, der Wachstumsrate der regionalen Bevölkerung und der Attraktivität der Region werden u.a. als Erklärungen herangezogen.¹⁴ Einen Ansatzpunkt für die Erwartung, dass diese regionalen Preisunterschiede mittelfristig oder selbst langfristig verschwinden werden, liefern gegenwärtige Forschungsergebnisse hingegen nicht.¹⁵ Damit wäre auch für einen Raum wie die Europäische Union nicht davon auszugehen, dass nationale Preisunterschiede mittelfristig verschwinden.

Müssen in der Krankenversicherung bestimmte Leistungen national flächendeckend angeboten werden (wobei es auch hier wiederum eine nationale politische Entscheidung ist, was „flächendeckend“ bedeutet), so werden sich die spezifischen nationa-

¹² Vgl. beispielsweise Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (2009), wo dies für Deutschland gezeigt wird.

¹³ Vgl. hierzu auch Zierhahn (2010), der der Frage nachgeht, wie es zu regionalen Unterschieden in der Arbeitslosigkeit und in Löhnen kommen kann.

¹⁴ Vgl. Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (2009), S. 66-67.

¹⁵ Hierzu sei auf das umfassende Feld der neuen ökonomischen Geographie verwiesen.

len Kosten, die aufgewendet werden müssen, um dieses Angebot zu ermöglichen, in den Kosten der Versicherungsleistung widerspiegeln. Dazu gehören die Kosten der Infrastruktur, wie Bodenpreise, Zugänglichkeit des Geländes etc., die Standortattraktivität, das Preisniveau insgesamt etc. Denn die Anbieter medizinischer Leistungen werden je nach Standort unterschiedliche Preise bzw. Löhne fordern. Ob dies zwangsweise bedeutet, dass die Preise in Ballungszentren besonders hoch sind oder in dünn besiedelten Staaten, weil dort die Aufrechterhaltung eines bestimmten Angebots teurer ist oder weil Anbieter eine besonders hohe Entschädigung verlangen, um dort ihre Leistungen anzubieten, lässt sich dabei nicht konkret vorhersagen.

Damit lassen sich für die Kosten der Versicherungsleistung auch aufgrund der Preiskomponente dauerhafte Unterschiede erwarten.

3. Wanderung bei nationalen Kostenunterschieden in der Krankenversicherung

Kommt man zu dem Schluss, dass sich für die Bereitstellung von Krankenversicherungsleistungen nationale Kostenunterschiede ergeben, so bedeutet dies zunächst, dass sich auch die Kosten für die Versicherten unterscheiden müssen. Interessant ist in diesem Zusammenhang die Frage, welche Kosten den Individuen und der jeweiligen Versichertengemeinschaft bei der Wanderung einer Person entstehen. Dies hängt entscheidend von der institutionellen Ausgestaltung der Regeln bezüglich der Versicherungspflicht ab.

3.1 Modell: Wanderung bei nationalen Kostenunterschieden

Im Folgenden wird zunächst in einem Modell gezeigt, welche Kosten Individuen bei Wanderung zwischen zwei Regionen entstehen. Es wird hierbei von gegenwärtigen institutionellen Merkmalen der Gesundheitssysteme abstrahiert. Angenommen wird, dass Individuen einen lebenslang geltenden Versicherungsvertrag abschließen. Dazu entrichten sie risikoäquivalente Krankenversicherungsprämien, d.h. dass zum Zeitpunkt t des Versicherungsabschlusses die über den gesamten Versicherungszeitraum diskontierten erwarteten individuellen Prämienzahlungen (PZ_t) den diskontierten erwarteten individuellen Kosten der Versicherung (K_t) entsprechen müssen:

$$PZ_t = K_t^{16} \quad (I)$$

Zweitens wird angenommen, dass die Versicherten alle zu einem Zeitpunkt versichert wurden, zu dem die individuellen Risiken noch nicht unterschieden werden konnten. Alle Bewohner einer bestimmten Region, die derselben Geburtskohorte angehören, zahlen daher dieselbe regionale risikoäquivalente Prämie.

Darüber hinaus wird zunächst die Bedingung gestellt, dass bei einem Wechsel eines Versicherten sowohl das aufnehmende als auch das abgebende Versicherungskollektiv neutral gestellt werden müssen. Für das abgebende Kollektiv bedeutet ein Austritt eines Versicherten, dass es von den Zahlungsverpflichtungen befreit wird. Gleichzeitig erhält es keine Prämienzahlungen mehr. Dem Wechsel gegenüber neutral gestellt ist es, wenn ein Versicherter zum Zeitpunkt seines Wechsels $t+1$ die Differenz aus noch erwarteten Prämienzahlungen und erwarteten individuellen Kosten ausbezahlt bekommt (im Folgenden als individualisierte Altersrückstellung, AR, bezeichnet):¹⁷

$$AR_{t+1} = K_{t+1} - PZ_{t+1} \quad (II)$$

Der aufnehmenden Versicherung ist es gestattet, eine risikoäquivalente Prämie auf der Basis des zu diesem Zeitpunkt offenbaren Risikos des Versicherten zu kalkulieren. Die mitgebrachte individualisierte Altersrückstellung kann verrechnet werden.

Argumentiert wird im Folgenden in einem Zwei-Regionen-Modell: Angenommen wird die Wanderung von einer Niedrigkostenregion (Region A) in eine Hochkostenregion (Region B). Es wird ferner angenommen, dass die Kosten der Krankenversicherung in Region B um einen bestimmten Prozentsatz höher liegen als in Region A.

$$K_B = (1+\alpha) K_A \quad \text{mit } 0 < \alpha$$

Betrachtet werden nun zwei Versicherte, die parallel wandern. Zum Zeitpunkt der Wanderung hat sich der eine bereits als hohes (h), der andere als niedriges Risiko (n) erwiesen. Die erwarteten Kosten der Versicherungsleistungen für das hohe Risiko seien die um den Multiplikator f erhöhten Kosten für die des niedrigen.

¹⁶ aus Meyer (2001), S. 4.

¹⁷ Vgl. zu einer genauen Diskussion Eekhoff et al. (2008), S. 105 ff.

$$K_A^h = f K_A^n \quad \text{mit } f > 1.$$

Angenommen wird, dass sowohl für das niedrige als auch für das hohe Risiko die erwarteten Kosten der Versicherungsleistung in Region B um α Prozent höher liegen als in Region A:

$$K_B^n = (1+\alpha) K_A^n \quad \text{mit } \alpha > 0$$

$$K_B^h = (1+\alpha) K_A^h \quad \text{mit } \alpha > 0$$

Die erwarteten Kosten für das hohe Risiko lassen sich auch schreiben als:

$$K_B^h = f(1+\alpha) K_A^n$$

Wechseln die beiden Versicherten die Tarife, so erhalten sie jeweils ihre individualisierten Altersrückstellungen mit, so dass das abgebende Kollektiv dem Wechsel neutral gegenübersteht. Die individualisierten Altersrückstellungen (AR^i) ergeben sich aus dem Barwert der zukünftigen erwarteten Kosten (K_A^i) in Region A abzüglich des Barwerts der zukünftigen Prämienzahlungen (PZ_A^i) des jeweiligen Versicherten. Es wird angenommen, dass beide Versicherte dieselbe Prämie in Region A zahlen, da zum Zeitpunkt ihrer Versicherung in Region A noch keine Risikounterschiede erkennbar waren. Für die jeweils individualisierten Altersrückstellungen, die zum Zeitpunkt $t+1$ der Versicherungswechsel übertragen werden, ergibt sich dann die Höhe:

$$AR_{t+1}^h = f K_{A,t+1}^n - PZ_A \text{ (hohes Risiko)} \quad \text{bzw.} \quad AR_{t+1}^n = K_{A,t+1}^n - PZ_A \text{ (niedriges Risiko)}$$

Wechseln beide Versicherte in Region B, so errechnet sich der Barwert ihrer insgesamt notwendigen zukünftigen Prämienzahlungen (PZ_B^i) aus dem Barwert der jeweilig erwarteten Kosten in Region B (K_B^i) zum Zeitpunkt $t+1$ abzüglich der mitgebrachten individualisierten Altersrückstellungen (AR^i):

$$PZ_B^i = K_{B,t+1}^i - AR_{t+1}^i$$

Für das niedrige Risiko ergibt sich somit eine notwendige Prämienzahlung von

$$PZ_B^n = (1+\alpha) K_{A,t+1}^n - AR_{t+1}^n$$

$$PZ_B^n = \alpha K_{A,t+1}^n + PZ_A$$

Für das hohe Risiko ergibt sich eine neue notwendige Prämienzahlung von

$$PZ_B^h = f(1 + \alpha) K_{A,t+1}^n - AR_{t+1}^h$$

$$PZ_B^h = f \alpha K_{A,t+1}^n + PZ_A$$

Vergleicht man die beiden notwendigen Prämienzahlungen in Region B, so zeigt sich, dass der Versicherte mit hohem Risiko eine höhere Prämie zahlen muss als der Versicherte mit niedrigem Risiko:

$$\Delta PZ_B = \alpha K_{A,t+1}^n (f - 1)$$

$$PZ_B^h > PZ_B^n \quad \text{für } f > 1; 0 < \alpha$$

Dies liegt daran, dass die individualisierten Altersrückstellungen auf Basis der erwarteten Kosten in Region A errechnet wurden. Für Region B reichen sie nicht aus, um die erhöhten erwarteten Kosten zu decken. Dies ist für jeden Versicherten abhängig von den erwarteten Kosten in der alten und den erwarteten Kosten in der neuen Region. Die Wanderung in die Hochkostenregion entspricht dem Einkauf zusätzlicher Versicherungsleistung (z.B. in Form höherer Preise für den Leistungskatalog). Für das hohe Risiko ist diese zusätzliche Versicherungsleistung absolut umfangreicher bzw. teurer als für das niedrige. Die Differenz der individualisierten Altersrückstellungen bildet nur die Risikounterschiede auf Basis der Kosten in der Niedrigkostenregion ab – nicht die Differenz der noch zusätzlichen zu berücksichtigenden Kosten für beide Risiken in der Hochkostenregion. Daher zahlen Versicherte mit hohem Risiko einen absolut höheren Prämienaufschlag als Versicherte mit einem niedrigen Risiko, wenn sie von einer Niedrig- in eine Hochkostenregion wandern.¹⁸

So werden jedem einzelnen Versicherten anhand der Prämiensteigerung bzw. -senkung bei Umzug die zusätzlichen Kosten aufgezeigt, die für die Versicherung seines individuellen Krankheitsrisikos in der entsprechenden Region entstehen – ebenso wie andere regionale Preise wie Mieten, Löhne etc. die Knappheiten vor Ort wie-

¹⁸ Werden die Prämien gleichzeitig über den Versicherungszeitraum mit einer Annuität geglättet, so zahlen auch zusätzlich ältere Versicherte eine höhere Prämie pro Periode als jüngere. Vgl. hierzu auch Kaetzler und Riedel (1998).

derspiegeln. Der Versicherte kann sich entsprechend seiner Zahlungsbereitschaft entscheiden, ob er wandern möchte oder nicht.

3.2 Nationale Kostenunterschiede, Versicherungspflicht und das Recht auf Freizügigkeit

Im Folgenden wird angenommen, dass Bedürftigen der kostenlose Zugang zum nationalen Leistungskatalog in der Krankenversicherung gewährt wird. Ihnen wird die risikoäquivalente Prämie aus Steuermitteln finanziert. Gleichzeitig gelte für die Bürger eine Versicherungspflicht im Umfang des nationalen Leistungskatalogs für die Krankenversicherung, um Freifahrerverhalten zu verhindern: Ohne Versicherungspflicht könnten Individuen privat mögliche Vorsorge unterlassen und sich auf die kollektive Hilfe im Bedarfsfall verlassen. Dadurch würden Kosten auf Dritte überwält.¹⁹

Unterscheiden sich die Leistungskataloge zwischen zwei Staaten ist zu diskutieren, welchen Leistungsumfang ein Wandernder in der Krankenversicherung zu versichern hat: den des Staates, in dem er ursprünglich seine Krankenversicherung abgeschlossen hat oder den des Staates, in dem sein neuer Wohnsitz²⁰ liegt.

Wird zunächst die Regel berücksichtigt, dass mindestens der Leistungskatalog des Staates zu versichern ist, der im Bedürftigkeitsfall zuständig ist, kann eines der folgenden Prinzipien Anwendung finden: Ist das Wohnland zuständig, muss der Wandernde mindestens den Leistungskatalog des Wohnlands versichern (*konsequentes Wohnlandprinzip*). Findet das *Herkunftsland-* bzw. *das Nationalitätsprinzip*²¹ Anwendung, d.h. ist der Staat, dessen Nationalität man inne hat bzw. aus dem der einzelne zugewandert ist, für Transferzahlungen zuständig, muss in der Krankenversicherung mindestens der Leistungskatalog dieses Mitgliedstaates versichert sein. Bei Eintritt der Bedürftigkeit müsste der Bürger folglich auch in diesen Staat (zurück-)wandern. Drittens gibt es die Möglichkeit des *Wohnlandprinzips mit Übergangsfristen*. Hier wäre zunächst mindestens der Mindestleistungskatalog des Herkunftslands und nach Ablauf der Übergangsfrist der des neuen Wohnlands versicherungspflichtig.

¹⁹ Vgl. hierzu beispielsweise Pimpertz (2001), S. 78-82.

²⁰ Eine Variante ist die in der Europäischen Union geltende Regel für Arbeitnehmer, bei denen die Zurechnung anhand des Beschäftigungslandes erfolgt.

²¹ Sinn (1998), S. 127-128.

Allerdings ist bei dieser Regel zu diskutieren, ob sie mit dem Recht auf Freizügigkeit in Konflikt gerät.

3.2.1 Die Interpretation des Rechts auf Freizügigkeit

Grundsätzlich stellt sich die Frage, wie das Recht auf Freizügigkeit zu verstehen ist: als „Abwehrrecht“ oder als „Ermöglichungsrecht“. Ersteres bedeutet nicht, dass Freizügigkeit unter allen Umständen zu ermöglichen ist, sondern, dass jemand nicht durch willkürliche Regeln an einem Ortswechsel gehindert werden sollte. Ähnlich wie bei allen anderen Freiheiten der individuellen Lebensführung, werden gerade in der ökonomischen Theorie durch das Konzept der externen Effekte immer auch die Auswirkungen auf Dritte mit berücksichtigt.²² Die Freiheit des einzelnen, nur nach eigenen Präferenzen zu handeln, kann in diesem Zusammenhang durchaus eingeschränkt werden, wenn dadurch Kosten für Dritte entstehen, und wenn dies auf Grundlage transparenter und für alle geltenden Regeln erfolgt.

Wird Freizügigkeit hingegen als ein Recht interpretiert, dass es jedem einzelnen zu ermöglichen gilt,²³ und entstehen durch die Freizügigkeit eines Bürgers Kosten für andere, gerät man in dieser Auffassung in einen Zielkonflikt: Das Recht des einen auf Freizügigkeit ist gegen die Rechte der anderen, vor Kosten durch Dritte geschützt zu werden, abzuwägen und zu gewichten. Um zu entscheiden, wessen Rechte eingeschränkt werden dürfen, bedarf es zusätzlicher Annahmen über die Präferenzen der Bürger – indem beispielsweise angenommen wird, die Bürger schätzen das Recht auf Freizügigkeit so hoch ein, dass sie auch bereit wären, Kosten für die Freizügigkeit Dritter zu tragen.

Hier wird bezweifelt, dass sich eine Interpretation des Rechts auf Freizügigkeit als Ermöglichungsrecht tatsächlich aus gesamtgesellschaftlichen Präferenzen ableiten und konsequent durchhalten lässt. Im Folgenden wird daher das Recht auf Freizügigkeit als ein Recht verstanden, dass nicht willkürlich eingeschränkt werden darf, dem aber eine Beschränkung gesetzt werden kann, falls Kosten für Dritte entstehen.

²² Vgl. Roth (2001).

²³ Vgl. beispielsweise Märkt und Schick (2001).

3.2.2 Fallanalyse: Recht auf Freizügigkeit und Versicherungspflicht

Die Anwendung des Rechts auf Freizügigkeit als Abwehrrecht und die Regel, dass ein Bürger in der Krankenversicherung immer den Mindestleistungskatalog des Staates versichert haben muss, der im Bedürftigkeitsfall zuständig ist, hat für die drei oben genannten Ausgestaltungsformen weitere Implikationen.

Das Wohnlandprinzip: Freizügigkeitshemmnis durch hohe Prämienaufschläge?

Wird anhand des Wohnorts bestimmt, in welchem Staat Steuern für die Umverteilung gezahlt werden und welche Gesellschaft im Fall der Bedürftigkeit zuständig ist, muss bei Wanderung mindestens der Leistungskatalog des Wohnlandes versichert werden. Das bedeutet in dem hier vorgestellten Modell zunächst, dass ein Wandernder gegebenenfalls einen Prämienaufschlag - abhängig vom zum Zeitpunkt der Wanderung offenbaren Krankheitsrisiko - zahlen muss, da ein gewisser Leistungsumfang nachversichert werden muss. Bestehen zwischen zwei Staaten große Unterschiede in den Kosten des Leistungskatalogs, kann gegebenenfalls die Wanderung von einem Niedrig- in ein Hochkostenland aufgrund der hohen Kosten der Krankenversicherung für den einzelnen nicht finanzierbar sein. Unproblematisch hingegen ist die Wanderung von einer Region mit einem teuren Leistungskatalog in eine Region mit billigerem Leistungskatalog. Der Versicherte kann in einen günstigeren Tarif wechseln.

Sollten durch den risikoäquivalenten Prämienaufschlag prohibitiv hohe Kosten für den einzelnen entstehen und er deshalb von einem Umzug absehen, ist zu überlegen, ob dies als unzulässige Einschränkung der Freizügigkeit gewertet werden muss oder nicht. Eine Alternative wäre, dass einem Wandernden die Möglichkeit eingeräumt werden kann, in der Krankenversicherung einen weniger umfangreichen Leistungskatalog zu versichern als den des Staates, der im Bedarfsfall Unterstützung gewährt. Dem wird hier unter Berücksichtigung der Ziele der sozialen Sicherung²⁴ eine Absage erteilt. Hat sich eine Gesellschaft auf einen bestimmten Umfang an Mindestsicherung und damit auch auf einen bestimmten Mindestleistungskatalog in der Krankenversicherung geeinigt, ist es nicht begründbar, dass ex post verschiedene Niveaus

²⁴ Vgl. zu den Zielen der sozialen Sicherheit: Roth (2002), S. 68-126.

dieser Sicherung für die Gesellschaftsmitglieder existieren sollten.²⁵ Deshalb müsste jedem Mitglied dieser Gemeinschaft im Bedarfsfall auch der vereinbarte Mindestumfang an medizinischer Versorgung gewährt werden. Dann ist jedoch ebenfalls nicht ersichtlich, weshalb ein wandernder Bürger einen geringeren Umfang des Leistungskatalogs versichern dürfte: Eine solche Unterscheidung wäre willkürlich und würde gegen den Grundsatz der Gleichbehandlung verstoßen. Denn möglicherweise möchten auch andere Mitglieder der Gesellschaft selbst gerne einen geringeren Leistungskatalog versichern und die so frei werdenden Mittel für den Konsum anderer Güter nutzen. Eine allgemeine Unterversicherung wurde jedoch aufgrund drohenden Freifahrerverhaltens abgelehnt. Dies gilt dann jedoch ebenso für Wandernde: Müssen Nicht-Bedürftige bei Wanderung nur einen geringeren Mindestkrankenversicherungsschutz aufweisen als den, der ihnen im Bedarfsfall gewährt wird, besteht kein Anreiz, selbst bei höherem erzielbaren Einkommen den höheren Leistungskatalog abzusichern.²⁶ Aus diesem Grund sollte die Pflicht bestehen, den Leistungskatalog des Staates zu versichern, dessen Gesellschaft im Fall der Bedürftigkeit für den Wandernden zuständig ist.

Eine weitere Alternative wäre eine Prämiensubvention für den Wandernden. Allerdings müsste diese wiederum von Dritten finanziert werden. Auch hier entstehen Kosten für Dritte, weshalb auch diese Möglichkeit zu verwerfen ist.

Es bietet sich jedoch eine mögliche Lösung über private Versicherungsmärkte an. Auf einem wettbewerblichen Versicherungsmarkt könnten für den Fall nationaler Kostenunterschiede unterschiedliche Prämienmodelle angeboten werden: Kaetzler und Riedel²⁷ schlagen beispielsweise für den deutschen privaten Krankenversicherungsmarkt vor, bei Versicherungsbeginn bereits Umzugswahrscheinlichkeiten in der Kalkulation zu berücksichtigen. Die Prämie könnte so berechnet werden, dass eine mögliche notwendige Aufstockung der Altersrückstellung nach Umzug bereits von Beginn an einkalkuliert ist. Zieht ein Versicherter um, muss er in der neuen Region eine Prämie in der Höhe zahlen als wäre er von Anfang an dort versichert gewesen.

²⁵ Auch dies kann durchaus anders gesehen werden: Beispielsweise wird in Deutschland durchaus zwischen Bedürftigen allgemein und Asylbewerbern im Besonderen differenziert. Hier soll nur darauf hingewiesen werden, dass eine strenge Ableitung aus den Motiven der sozialen Sicherung eine solche Differenzierung schwerlich zulässt.

²⁶ Vgl. hierzu Eekhoff et al. (2008), S. 216-217.

²⁷ Kaetzler und Riedel (1998).

Für den einzelnen Versicherten bedeutet dies, dass sich in der Prämie zwar weiterhin regionale Gegebenheiten niederschlagen. Sie verdeutlicht allerdings nicht mehr, wie hoch die erwarteten Kosten seiner *individuellen* Versicherungsleistung vor Ort nach Umzug sind. Das bedeutet, dass hohe Risiken keine höheren Prämiensteigerungen als niedrige Risiken in Kauf nehmen müssen, wenn sie von einer Niedrig- in eine Hochkostenregion ziehen. Ob es tatsächlich möglich ist, Umzugswahrscheinlichkeiten in einer Versicherungsprämie zu berücksichtigen, wird hier nicht weiter ausgeführt. Dies wird hier nur als Möglichkeit zu bedenken gegeben und weiterer Forschung überlassen.

Das Nationalitäts- bzw. Herkunftslandprinzip: Nationale Kostenunterschiede und notwendige Überversicherung?

Gilt das Nationalitäts- bzw. Herkunftslandprinzip, ist zwar nicht der Mindestleistungskatalog des Wohnlandes in der Krankenversicherung zu berücksichtigen. Allerdings stellt sich die Frage, ob andere existierende Kostenunterschiede in der Versicherung des einzelnen, beispielsweise durch höhere Preise der medizinischen Leistungserbringung, berücksichtigt werden müssen.

Wird der Krankenversicherungsschutz, auf Basis der ursprünglichen Kosten kalkuliert, beibehalten, bedeutet dies gegebenenfalls eine Unterversicherung des einzelnen: Die erwarteten Kosten, die in der Krankenversicherung durch einen anderen Wohnort entstehen können, sind nicht richtig in der individuellen Versichertenprämie abgebildet. Wandernden Freizügigkeit durch Unterversicherung in Form einer nicht kostendeckenden Krankenversicherung zu ermöglichen, bedeutet somit wiederum mögliche Kosten für Dritte: Begleitet beispielsweise die Krankenversicherung dem Versicherten im Krankheitsfall nur die Kosten, die auch im Herkunftsland angefallen wären, ist der Versicherte gegebenenfalls auf staatliche Unterstützung angewiesen.

Daher muss bei Geltung des Nationalitäts- bzw. Herkunftslandprinzips gewährleistet sein, dass die Kosten des inländischen Mindestleistungskatalogs im Ausland vollständig berücksichtigt werden. Wandernde Personen müssen einen Krankenversicherungsschutz aufweisen, der die Kosten des Mindestleistungskatalogs ihrer Versicherung in dem jeweiligen Zielland deckt, und können gegebenenfalls nicht wandern.

Es tritt jedoch noch eine zweite Entscheidungsdimension hinzu: Gilt in der für die Mindestsicherung zuständigen Gesellschaft ein geringerer Leistungskatalog als im jeweiligen Wohnland, ist zu diskutieren, ob diese Regel mit den Motiven der sozialen Sicherung vereinbar ist. Denn mit dieser Ausgestaltung wird die Möglichkeit eingeräumt, dass manche Diagnosen und Therapien zwar im Leistungskatalog der Bürger des Wohnlandes und damit in der nächsten Umgebung des Wandernden versichert sind, nicht aber in dem des Zugezogenen. Hier könnte ein möglicher Trade-off zwischen den Kosten der Freizügigkeit und den, in diesem Fall intrinsischen, Kosten durch ein unterschiedliches Ausmaß an Mindestsicherung in der Gesundheitsversorgung existieren: Man könnte einerseits davon ausgehen, dass den Bürgern im Wohnland hohe intrinsische Kosten dadurch entstehen, weil ein europäischer Mitbürger „in der Nachbarschaft“ einen geringeren Leistungskatalog versichert hat als er den politisch vereinbarten Standards vor Ort entspricht. Dazu zählt Altruismus bei Eintritt des Krankheitsfalls, dazu zählt auch Neid, weil möglicherweise einige Bürger nach Offenbarung ihres Krankheitsrisikos selbst gerne einen geringeren Leistungskatalog versichert hätten und die so frei werdenden Mittel für den Konsum anderer Güter nutzen würden. Werden diese Kosten als diejenigen bewertet, die es zu vermeiden gilt, so müsste ein wandernder Bürger grundsätzlich den Umfang des Leistungskatalogs versichern, der im Wohnland gilt. Wird hingegen davon ausgegangen, dass diese intrinsischen Kosten als geringer einzustufen sind als diejenigen, die durch Wanderungskosten durch eine mögliche Pflicht zur Überversicherung im Verhältnis zum Leistungskatalog des Herkunftslandes entstehen, kann sich für eine Unterversicherung im Verhältnis zum Umfang des Leistungskatalogs im Wohnland ausgesprochen werden.

Wohnlandprinzip mit Übergangsfristen: Kombination aus Herkunfts- und konsequentem Wohnlandprinzip

Nimmt man an, dass die Zugehörigkeit zu einer Gesellschaft einerseits nicht ausschließlich durch eine räumliche Komponente bestimmt ist, wie es implizit im Wohnlandprinzip unterstellt ist, und andererseits nicht ausschließlich durch die Herkunft des einzelnen definiert ist, wie es im Herkunfts- oder Nationalitätsprinzip unterstellt wird, sondern dass auch die Zeit eine Rolle spielt, lässt sich daraus das Wohnlandprinzip mit Übergangsfristen ableiten: Hier ist vorgegeben, dass der einzelnen erst

nach einer bestimmten Zeit, die er in einem Staat verbracht hat, Anspruch auf staatliche Unterstützung geltend machen kann.

Für die Krankenversicherung bedeutete die Geltung des Wohnlandprinzip mit Übergangsfristen, dass zunächst der Mindestleistungskatalog des Herkunftslands (unter Berücksichtigung möglicher Kostenunterschiede im Wohnland, siehe oben) und nach Ablauf der Übergangsfrist der des neuen Wohnlands versicherungspflichtig ist. Personen, die bereits wissen, dass sie nach Ablauf der Übergangsfrist in ein anderes Land wandern bzw. in ihr Herkunftsland zurückwandern, können dann auch befristete Verträge abschließen: Die Versicherung muss in diesem Fall nicht mit den Versicherungskosten für die gesamte Restlebenszeit eines Versicherten kalkulieren, sondern nur mit möglichen Kostenunterschieden für diesen Zeitraum. Dies bedeutete für Versicherte mit höherem Krankheitsrisiko geringere Wanderungshemmnisse in Form von hohen Krankenversicherungskosten. Nach Ablauf der Übergangsfrist und weiterem Verbleib im neuen Wohnland wäre dann gegebenenfalls ein anderer Umfang an Leistungen zu versichern und gegebenenfalls eine höhere Versicherungsprämie zu entrichten.

4. Schlussfolgerungen für die Krankenversicherung in der Europäischen Union

Die Pflichtversicherungssysteme in der Krankenversicherung in der Europäischen Union kennen keine risikoäquivalenten Prämien. Stattdessen hängt der individuelle Finanzierungsbeitrag von der Höhe des Einkommens ab (in steuerfinanzierten Systemen und in Krankenversicherungssystemen mit einkommensabhängigen Beiträgen).²⁸ Damit erhalten alle Versicherten, deren Finanzierungsbeitrag unterhalb einer vergleichbaren individuell risikoäquivalenten Prämie liegt, theoretisch mit einer Prämiensubvention durch die anderen Versicherungsmitglieder. Wandert somit ein Versicherter in das Gesundheitssystem ein, so kann es sein, dass auch er einen indirekten Einkommenstransfer bzw. eine Prämiensubvention erhält. Dies wäre unproblematisch²⁹, wenn in der Gemeinschaft Einigkeit darüber besteht, dass jeder Zu-

²⁸ Eine Ausnahme bildet das niederländische System mit Pauschalen für einen Teil der Gesundheitsversorgung.

²⁹ Was hier im Folgenden ausgeblendet wird, ist die „race to the bottom“-These, also die Frage, ob dezentrale Umverteilungspolitik in einem Raum, in dem Freizügigkeit gilt, überhaupt möglich ist. Dies ist

wanderer ab dem Zeitpunkt der Einwanderung auch transferberechtigt sein soll – also das Wohnlandprinzip für alle Individuen und somit auch für Empfänger von sozialen Transfers besteht.

Betrachtet man das Regelwerk der Europäischen Union, so ist nicht eindeutig zu bestimmen, welche Norm bezüglich dieser Frage besteht. So gibt die Richtlinie 2004/38/EG vor, dass ein bedingungsloses Daueraufenthaltsrecht und damit der Anspruch auf Sozialleistungen erst nach einer Frist von fünf Jahren eingeräumt wird. Vor Ablauf dieser Frist liegt es im Ermessen des Aufnahmemitgliedstaates, ob Sozialleistungen gewährt werden. Allgemein besteht die Anforderung, dass ausreichend Existenzmittel und ein ausreichender Krankenversicherungsschutz nachgewiesen werden müssen, um aufenthaltsberechtigt zu sein. Im EU-Recht ist die Wanderung von Sozialhilfeempfänger grundsätzlich nicht vorgesehen. Ausnahmen gelten jedoch für Arbeitssuchende – sie können gegebenenfalls Unterstützungsleistungen im Aufnahmestaat in Anspruch nehmen³⁰ – und für Arbeitnehmer und Selbstständige: Sie unterliegen automatisch dem System der sozialen Sicherung des Mitgliedstaates, in dem sie arbeiten.³¹

Damit ist nicht eindeutig ersichtlich, auf welche Norm sich die Mitgliedstaaten geeinigt haben. Da jedoch eine Wanderung eines EU-Bürgers, der allgemeine Sozialtransfers bezieht, in die sozialen Sicherungssystem eines anderen Mitgliedstaates ausgeschlossen wird, wird hier angenommen, dass grundsätzlich kein sofortiger Transferbezug erwünscht ist, sondern Zugewanderte erst nach fünf Jahren als Mitglied der nationalen Solidargemeinschaft angesehen werden. Sollte dies der Fall sein, dann würde jedoch eine differenzierte Behandlung von Arbeitnehmer und Selbstständige gegen den Gleichbehandlungsgrundsatz verstoßen: Es ist dann nicht ersichtlich, weshalb sie beispielsweise innerhalb der Krankenversicherung gegebenenfalls sofortige Transferleistungen in Anspruch nehmen dürften. Vor diesem Hintergrund wäre es sinnvoller, für Arbeitnehmer und Selbstständige dieselbe Regel wie für andere EU-Bürger anzuwenden und eine Übergangsfrist zu etablieren. Für die Krankenversicherung könnte dann das Wohnlandprinzip mit Übergangsfrist ange-

durchaus ein weiter Aspekt, der zu beachten ist. Er wird jedoch im Folgenden ausgeblendet, da dies den Argumentationsumfang überschreiten würde.

³⁰ Vgl. RL 2004/38/EG.

³¹ Vgl. Verordnung 883/2004 und 987/2009.

wendet werden: Wandernde EU-Bürger sind zunächst für fünf Jahre in ihrem Herkunftsland krankenversichert und müssten gegebenenfalls höhere Kosten der Krankenversicherung im Wohnland zusatzversichern.³² Nach Ablauf dieser Frist werden sie Mitglied im Gesundheitssystem ihres Wohnlandes.

5. Zusammenfassung und Fazit

Es wurde gezeigt, dass je nach Auslegung des Rechts auf Freizügigkeit und der Festlegung des Staates, dessen Leistungskatalog versicherungspflichtig ist, unterschiedliche individuelle Kosten für den einzelnen und die Versichertengemeinschaft in einer Krankenversicherung entstehen können. Innerhalb der Europäischen Union kann mit Verständnis dieser Zusammenhänge diskutiert werden, welche Normen bezüglich der Freizügigkeit gelten sollen und wie die Versicherungspflicht in der Krankenversicherung ausgestaltet werden kann, um diesen Normen zu entsprechen.

6. Literaturverzeichnis

- Arentz, C. (2011): "Medizinisch-technischer Fortschritt im Gesundheitswesen: Zentrale Kosten-Nutzen-Bewertung ohne Alternative?" OWIWO Diskussionspapiere. Diskussionspapier 01/2011.
- Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (2009): Regionaler Preisindex. Berichte Band 30. Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (Hrsg.): Bonn.
- Busse, R.; van Ginneken, E., Schreyögg, J, Garrido, M.V. (2011): Benefit baskets and tariffs. In: Wismar, M., Palm, W; Figueras, J., Ernst, K., van Ginneken, E. (Hrsg): Cross-border health-care in the European Union. Mapping and analyzing practices and policies. European Observatory on Health Systems and Policies, Observatory Study Series 22. Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe, S. 91 – 120.
- Camenzind, P. (2008): Erklärungsansätze regionaler Kostenunterschiede im Gesundheitswesen. Analyse der internationalen gesundheitsökonomischen und gesundheitsstatistischen Literatur – mit besonderem Fokus auf die Schweiz. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium: Neuchâtel.
- Eekhoff, J., Bünnagel, V., Kochskämper, S., Menzel, K.(2008): Bürgerprivatversicherung. Tübingen: Mohr Siebeck.

³² Zu berücksichtigen sind hierbei zwar höhere Transaktionskosten durch die Verrechnung des Einkommens im Wohnland als Basis der Beitragszahlung im Herkunftsland. Um abzuwägen, ob diese Transaktionskosten gerechtfertigt sein können, wäre auch die „race to the bottom“-These bzw. die Gefahr von Sozialtourismus in großzügige Gesundheitssysteme hinzuzuziehen. Hier besteht weiterer Forschungsbedarf.

- Kaetzler, O. und Riedel, O. (1998): Regionalprämien in der PKV? In: Versicherungswirtschaft (1998), 53. Jahrgang, Nr. 08, S. 535-538.
- Meyer, U. (2001): Mehr Wettbewerb in der privaten Krankenversicherung durch Übertragbarkeit der Alterungsrückstellung. Arbeitspapier für die VVG-Reformkommission, 25.9.2001.
- Roth, S. J. (2002), Beschäftigungsorientierte Sozialpolitik. Gemeinnützige Beschäftigung als Brücke zwischen Sozialsystem und Arbeitsmarkt. Untersuchungen zur Wirtschaftspolitik 125. Institut für Wirtschaftspolitik an der Universität zu Köln: Köln.
- Sinn, H.-W. (1998), European Integration and the Future of the Welfare State, in: Swedish Economic Policy Review 5 (1998), S. 113-132.
- Zierhahn, U. (2011): Regional Unemployment and New Economic Geography. HWWI Research Paper 105.