

Kochskämper, Susanna

Working Paper

Der Einfluss der Europäischen Union auf die Finanzierung der Gesundheitsversorgung in den Mitgliedstaaten

Otto-Wolff-Discussion Paper, No. 2011,3

Provided in Cooperation with:

Otto-Wolff-Institut für Wirtschaftsordnung (owiwo), Köln

Suggested Citation: Kochskämper, Susanna (2011) : Der Einfluss der Europäischen Union auf die Finanzierung der Gesundheitsversorgung in den Mitgliedstaaten, Otto-Wolff-Discussion Paper, No. 2011,3, Otto-Wolff-Institut für Wirtschaftsordnung (owiwo), Köln

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/59107>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.



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

Der Einfluss der Europäischen Union auf die Finanzierung der Gesundheitsversorgung in den Mitgliedstaaten

Susanna Kochskämper

Otto-Wolff-Institut Discussion Paper 03/2011

(November 2011)

Inhalt

1 Einleitung.....	3
2 Die Finanzierung der Gesundheitsversorgung im europäischen Recht – ein Überblick.....	4
3 Auswirkungen des EU-Regelwerks auf die Finanzierbarkeit von Gesundheitsversorgung.....	7
3.1 Kosten durch Anwendung des Diskriminierungsverbots auf die Versicherungskalkulation	7
3.2 Kostensteigerung durch Dienstleistungsfreiheit der medizinischen Leistungserbringung: Grenzüberschreitende Nachfrage nach Gesundheitsleistungen.....	9
3.3 Kostenangleichung durch den Binnenmarkt: Leistungsentgelte für medizinisches Personal	13
3.4 Kosten durch Freizügigkeit der Arbeitnehmer und Selbstständigen.....	15
4 Fazit: Herausforderungen für die künftige nationale und europäische Gesundheitspolitik	16

1 Einleitung

In der Europäischen Union stehen gesundheitspolitische Themen stets in einem Spannungsfeld zwischen Nationalstaaten und Europäischer Union. Die Definition nationaler und europäischer Kompetenzen ist im Bereich der Gesundheitspolitik nicht immer eindeutig. Im Vertragswerk der Europäischen Union werden grundsätzlich Maßnahmen unterschieden, die Harmonisierung nationaler Regeln zum Ziel haben, und zwischen Maßnahmen, die die Koordinierung und damit die gegenseitige Abstimmung nationaler Regeln vorsehen, ohne die nationale Zuständigkeit in diesen Bereichen in Frage zu stellen. Sowohl die Sozialpolitik allgemein (Art. 153 AEUV) als auch explizit das Gesundheitswesen werden dem Kompetenzbereich der Mitgliedstaaten zugeordnet und damit von Harmonisierung seitens der Europäischen Union ausgenommen. So gibt Artikel 168, Abs. 7 des Arbeitsvertrags der Europäischen Union (AEUV) vor, dass

„bei der Tätigkeit der Europäischen Union die Verantwortung der Mitgliedstaaten für die Festlegung ihrer Gesundheitspolitik sowie für die Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung gewahrt [wird]. Die Verantwortung der Mitgliedstaaten umfasst die Verwaltung des Gesundheitswesens und der medizinischen Versorgung sowie die Zuweisung der dafür bereitgestellten Mittel.“

Gleichzeitig gelten jedoch die Regeln des gemeinsamen Binnenmarktes mit seinen vier Grundfreiheiten Freizügigkeit von Personen, Niederlassungsfreiheit, freier Waren- und Dienstleistungsverkehr und Kapitalverkehrsfreiheit sowie das europäische Wettbewerbsrecht. Zudem wurde mit dem Vertrag von Lissabon die Charta der Grundrechte der Europäischen Union dem gemeinsamen Vertragswerk hinzugefügt, in denen sich u.a. das Recht auf Nichtdiskriminierung, das Recht auf Freizügigkeit und Aufenthaltsfreiheit, Verbraucherschutz und Gesundheitsschutz finden.¹ Da auch alle diese Regeln direkt und indirekt auf das Gesundheitswesen einwirken, können die nationalen Entscheidungsträger im Gesundheitswesen kaum noch vollständig autarke Politikentscheidungen treffen – selbst wenn Artikel 168 AEUV dies suggeriert.²

¹ vgl. hierzu auch McHale (2010).

² Schmucker (2003), S. 18; vgl. auch Tiemann (2006) und Henke (2003), S. 11 ff.

Das momentane Ergebnis dieser Konstellation ist eine Mischung aus der Einführung europaweit einheitlicher binnenmarktlicher und wettbewerbsrechtlicher Elemente in die nationalen Gesundheitssysteme und aus der Konservierung bestehender nationaler Strukturen andererseits. Im Folgenden wird gezeigt, wie sich dies auf die Finanzierung der Gesundheitsversorgung auswirken kann. Es wird herausgestellt, dass sich in einigen Fällen nationale und europäische Rechtsetzung gegenseitig blockieren³ oder dass die europäische Rahmensetzung für verschiedene Akteure zusätzliche Kosten verursacht. Zunächst wird jedoch ein kurzer Überblick zur Stellung der Kostenträger der Gesundheitsversorgung im europäischen Recht gegeben.

2 Die Finanzierung der Gesundheitsversorgung im europäischen Recht – ein Überblick

Für die Kostenträger der Gesundheitsversorgung finden gegenwärtig die Regeln des Binnenmarktes *im Bereich der obligatorischen Pflichtversicherung* keine Anwendung. Nach Auffassung des EuGH gehen sie weder beim Einkauf medizinischer Leistungen⁴ noch als Anbieter von Sozialleistungen⁵ einer unternehmerischen Tätigkeit nach. Begründet wird dies mit dem Hinweis, dass sie sozialen Zwecken dienen, aufgrund ihrer Finanzierung durch Sozialversicherungsbeiträge und andere staatliche Beiträge nach dem Solidaritätsgrundsatz funktionierten und auf der Grundlage eines umfassenden Versicherungsschutzes unentgeltlich Dienstleistungen an ihre Mitglieder erbrächten⁶. Die Mitgliedstaaten können somit im Bereich der öffentlichen Gesundheitssysteme⁷ in ihrer Gesetzgebung de jure frei von europarechtlichen Bestimmungen agieren.

Allerdings bewertet der EuGH bisher erstens die freiwillige Versicherung in einem öffentlichen Sozialversicherungssystem anders. Hierbei handele es sich um eine Dienstleistung, auf die die Regeln des europäischen Binnenmarktes und Wettbe-

³ Ausführlich zeigen dies Lüdeke, Allinger (2005) am Beispiel der deutsch-österreichischen Zusammenarbeit.

⁴ vgl. Rs. T-319/99 (FENIN), sowie Entscheidungen zu den Arzneimittelfestbeträgen der deutschen Krankenkassenverbände Rs. C-264/01, C-306/01, C-354/01 und C-355/01.

⁵ Entscheidung des EuGH vom 17.02.1993 in der Rs. C-159/91 und C-160/91 (Poucet und Pistre).

⁶ Vgl. Rs. C-205/03 P (FENIN)

⁷ Unter diesen Begriff werden im Folgenden die Gesundheitssysteme mit steuerfinanziertem Gesundheitsdienst sowie die Sozialversicherungssysteme gefasst.

werbsrechts Anwendung fänden.⁸ Zweitens urteilte der EuGH bezüglich der freiwilligen Rentenversicherung⁹, dass Leistungen, die auch von kommerziellen Anbietern zu Marktbedingungen erbracht werden können, als Dienstleistungen und damit als unternehmerische Tätigkeiten einzustufen seien. Inwieweit dies auch für Zusatzversicherungen in der Krankenversicherung gilt, ist bisher noch nicht abschließend geklärt.¹⁰

Für *private Krankenversicherungen* gelten seit der dritten Generation von Versicherungsrichtlinien prinzipiell Niederlassungs- und Dienstleistungsfreiheit. Nationale Beschränkungen des Versicherungsgeschäfts innerhalb einer umfassenden materiellen Versicherungsaufsicht sind nicht mit dem europäischen Recht vereinbar. Bisher findet das Herkunftslandprinzip Anwendung, d. h. für die Versicherungsaufsicht ist der Mitgliedstaat zuständig, in dem das Versicherungsunternehmen zugelassen ist.

Allerdings gelten für die Regulierung der niederländischen Krankenversicherungen und der deutschen privaten Krankenversicherungen Ausnahmen, ebenso wie für die irischen privaten Krankenversicherungen^{11,12}. Die existierenden nationalen Vorgaben für das private Versicherungsgeschäft und die Regulierung des privaten Krankenversicherungsmarkts, wie beispielsweise Pauschalprämien und ein Risikostrukturausgleich in den Niederlanden und Irland oder die Verpflichtung für deutsche private Krankenversicherungen, Alterungsrückstellungen aufzubauen, gelten als mit dem europäischen Recht vereinbar.

Der noch nicht abgeschlossene Solvency-II-Prozess sieht eine Reform der bestehenden Regeln vor. So sollen die „die schwerwiegendsten Unterschiede zwischen den für Versicherungs- und Rückversicherungsunternehmen geltenden Rechtsvorschriften der Mitgliedstaaten beseitigt werden“¹³. Die Rahmenrichtlinie 2009/138/EG enthält Vorschriften für die Aufnahme und Ausübung des Versicherungsgeschäfts,

⁸ Rs. C-136/00 (Danner).

⁹ Rs. C-244/94 (Fédération Française).

¹⁰ Vgl. Karl, Baron von Maydell (2003).

¹¹ Vgl. Urteil des EuGH in der Rechtssache T-289/03 (BUPA): Trotz eines bestehenden staatlichen Gesundheitsdienstes seien private Krankenversicherungen in Irland als „obligatorische Universaldienste“ einzustufen, solange der irische Staat die Auffassung vertrete, dass eine private Krankenversicherung „aus allgemeinen Erwägungen der Sozial- und Gesundheitspolitik einem tatsächlichen Bedürfnis eines großen Teils der Bevölkerung“ entspreche.

¹² Vgl. Thomson, Mossialos (2010).

¹³ RL 2009/138/EG, Abschnitt (2).

für die Gruppenaufsicht sowie für die Sanierung und Liquidation von Versicherungsunternehmen. Gleichzeitig wurde im Zuge des Prozesses eine neue Aufsichtsbehörde für Versicherungen geschaffen (Europäische Aufsichtsbehörde für das Versicherungswesen und die betriebliche Altersvorsorge, EIOPA). Bisher ist noch nicht eindeutig ersichtlich, ob der Solvency-Prozess eine Vollharmonisierung der Versicherungsaufsicht zum Ziel hat. Dreher und Lange¹⁴ sehen hierfür einige Anhaltspunkte.

Die beschriebenen Sonderregelungen für private Krankenversicherungen wurden auch in der Richtlinie fortgeschrieben: Für private Krankenversicherungen, die „ganz oder teilweise an die Stelle des durch die Sozialversicherungssysteme gebotenen Schutzes im Krankheitsfall“¹⁵ treten, werden weiterhin Ausnahmen in der nationalen Regulierung vorgesehen. Die neue Rahmenrichtlinie bestätigt so die in bestimmten EU-Mitgliedstaaten geltenden Rechtsvorschriften als Ausnahmen. Begründet wird die Ausnahmeregelung mit den „Gründen des Allgemeininteresses“, da aufgrund „der besonderen Art der Krankenversicherung [...] sicherzustellen ist, dass die Versicherungsnehmer unabhängig von ihrem Alter oder Risikoprofil tatsächliche eine private [...] Krankenversicherung in Anspruch nehmen können.“¹⁶

Ebenfalls europarechtlich für alle Mitgliedstaaten geregelt ist die sogenannte Gruppenfreistellung für Versicherungsunternehmen.¹⁷ Demnach dürfen auch private Krankenversicherungsunternehmen unverbindliche Vereinbarungen über gemeinsame Erhebungen, Tabellen und Studien treffen und über Mit-(Rück-) Versicherungsgemeinschaften zusammenarbeiten, ohne dass dies gegen das europäische Wettbewerbsrecht verstößt. Gleichzeitig wird aber den nationalen Wettbewerbsbehörden Ermessensspielraum zugestanden, diese Freistellung zu entziehen, falls sie sich negativ auf den Wettbewerb zwischen den von ihr betroffenen Unternehmen auswirkt.

Insgesamt können die Mitgliedstaaten somit in dem Teil der Gesundheitsversorgung, der von privaten Krankenversicherungen finanziert wird, zwar nicht vollkommen unabhängig von europäischem Recht agieren. Allerdings wird ihnen durch die Möglichkeit, Teile der oder auch den gesamten Bereich der privaten Krankenversicherung

¹⁴ Dreher, Lange (2011).

¹⁵ RL 2009/138/EG, (84).

¹⁶ RL 2009/138/EG, (84).

¹⁷ Verordnung 267/2010

als im Allgemeininteresse stehend zu definieren, ein großer Handlungsspielraum hinsichtlich nationaler Regelsetzung ermöglicht.

3 Auswirkungen des EU-Regelwerks auf die Finanzierung der Gesundheitsversorgung

Trotz des bestehenden nationalen Handlungsspielraums in der Finanzierung von Gesundheitsversorgung kann die Existenz des europäischen Binnenmarktes und die europäische Rechtsprechung indirekt Einfluss nehmen. Dies kann Folgen für die Finanzierbarkeit der Gesundheitsversorgung haben. Denn kombiniert mit dem inländischen Regelwerk setzen europäische Regeln verschiedene Anreizstrukturen für die einzelnen Akteure, die zusätzliche Kosten für die Gesundheitssysteme mit sich bringen können. Inwieweit sich die gesetzten Anreize tatsächlich im Verhalten der Akteure niederschlagen und sich auf die Gesundheitssysteme auswirken, ist bisher noch nicht vollständig überschaubar. Zum einen können sie nicht isoliert betrachtet werden, sondern nur in Relation zu anderen verhaltensrelevanten Faktoren. Zum anderen gibt es zu diesem Thema bisher kaum umfassende empirische Forschung – Ergebnisse aus anderen Regionen wie der Schweiz oder den USA eignen sich hingegen nur bedingt, da diese Räume sowohl institutionell als auch kulturell große Unterschiede zu der Europäischen Union aufweisen. Deshalb werden hier nur qualitative Hypothesen formuliert, die die gesetzten Anreize und Strukturen aufzeigen und mögliche Entwicklungen andeuten. Letztlich gilt es diese Hypothesen empirisch zu überprüfen.¹⁸

3.1 Kosten durch Anwendung des Diskriminierungsverbots auf die Versicherungskalkulation

Unmittelbare Auswirkungen auf die Finanzierung von Gesundheitsversorgung im Bereich der privaten Krankenversicherungen hat das sogenannte Unisex-Urteil: In der Rechtssache C-236/09 (Association belge des Consommateurs Test-Achats ASBL, Vugt, Basselier) entschied der EuGH, dass geschlechtsabhängige Versicherungsprämien und –leistungen gegen das Verbot der Diskriminierung nach Art. 21 und 23

¹⁸ Aus der Betrachtung ausgenommen wird im Folgenden der Pharmamarkt- eine ausführliche Beschreibung würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Zu einer Beschreibung und Bewertung vgl. beispielsweise Cassel, Müller, Sundmacher (2007) und Schmucker (2003), S. 23-27.

der Charta der Grundrechte verstoße. Deshalb dürften ab dem 22.12.2012 nur noch Unisex-Tarife angeboten werden.

Da bezüglich der Krankheitskosten eine statistisch belegbare Ungleichheit zwischen Männern und Frauen besteht¹⁹, wurden diese Unterschiede bisher in der Kalkulation risikoäquivalenter Prämien privater Krankenversicherungsunternehmen entsprechend berücksichtigt.²⁰ Das Urteil wirkt daher direkt auf die Kalkulationsgrundlagen privater Krankenversicherungsunternehmen.

Hypothese 1: Das Unisex-Urteil des EuGH kann zu Kostensteigerungen für privat Krankenversicherte führen.

In der Kalkulation der Krankenversicherungen stellt das Geschlecht einen Risikofaktor dar: Sowohl in der Lebenserwartung als auch hinsichtlich der Morbidität zeigen sich Unterschiede zwischen Männern und Frauen – schon alleine durch Behandlungskosten geschlechtsspezifischer Krankheiten.²¹ Liegen die erwarteten Kosten von Frauen über denen der Männer, müssen erstere folglich auch höhere risikoäquivalente Prämien zahlen. Wird dies jedoch politisch untersagt und müssen einheitliche Prämien verlangt werden, bedeutet dies zunächst, dass die Prämien für Männer ansteigen, die für Frauen sinken. Allerdings liegen die Prämien für Männer in Relation zu ihrem Krankheitskostenrisiko zu hoch, die für Frauen zu niedrig. Möglich sind dann Ausweichstrategien seitens der Männer – ohne weitere regulatorische Eingriffe könnte es beispielsweise dazu kommen, dass beide Geschlechter mittelfristig wieder risikoäquivalente Prämien zahlen, da sich unterschiedliche Versicherungsprodukte für Männer und Frauen auf dem Markt etablieren.²² In diesem Fall sind kurzfristig höhere Verwaltungskosten zu erwarten, wenn es zu einer Umstellung von Versicherungsprodukten kommt. Schmidt-Gallas²³ verweist jedoch darauf, dass die Gefahr weiterer Regulierungsmaßnahmen besteht, um dies zu verhindern. Das bedeutete jedoch, dass adverse Selektion die Folge ist: Männer, die die Prämien auf dem privaten Krankenversicherungsmarkt in Relation zu ihrem individuellen Krankheitskostenrisiko als zu hoch empfinden, werden sich nicht mehr versichern, so dass die Prä-

¹⁹ Vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2011).

²⁰ Vgl. CEA (2011)

²¹ Vgl. Sodan (2004), S. 542.

²² Vgl. Schmidt-Gallas (2004), Eisen (2011).

²³ Schmidt-Gallas (2004).

mien für das Versicherungskollektiv ansteigen.²⁴ Herrscht Versicherungspflicht (wie beispielsweise in Deutschland) und bieten sich für die Versicherten keine kostengünstigeren Alternativen, ist Risikoselektion seitens der Versicherer zu erwarten: Bei einheitlich vorgeschriebenen Produkten und Prämien bedeuten in diesem Fall männliche Versicherte aufgrund ihrer niedrigeren erwarteten Kosten einen Gewinn. Versicherungen haben so ein Interesse, männliche Versicherte zu gewinnen und weibliche Versicherte nicht zu versichern. Die Versicherungen werden bereit sein, Ressourcen aufzuwenden, um dies zu erreichen. Auch dadurch steigen die Transaktionskosten im Versicherungsmarkt.

3.2 Kostensteigerung durch Dienstleistungsfreiheit der medizinischen Leistungserbringung: Grenzüberschreitende Nachfrage nach Gesundheitsleistungen

Grundsätzlich wird in der Europäischen Union der ambulanten und stationären medizinischen Leistungserbringung Dienstleistungscharakter zugesprochen. Regelungen, die die grenzüberschreitende Nachfrage unterbinden, gelten daher als Einschränkung der Dienstleistungsfreiheit. Allerdings gilt auch hierbei, dass ein Mitgliedstaat aus „zwingenden Gründen des Allgemeininteresses“²⁵ Beschränkungen dieses Rechts vornehmen darf.

Die grenzüberschreitende Nachfrage von Gesundheitsgütern und –dienstleistungen unterliegt in der EU zudem zwei unterschiedlichen Regelwerken:

Für geplante medizinische Behandlung im europäischen Ausland gilt die neue *Richtlinie 2011/24/EU über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung*, die bis zum 25.10.2013 in nationales Recht umgesetzt sein muss.²⁶ Durch die Richtlinie ist es Unionsbürgern grundsätzlich ge-

²⁴ Vgl. hierzu auch de Jong, Ferris (2006).

²⁵ Vgl. RL 2011/24/EU, Art. 7 Abs. (9). Genannt werden hier als Beispiele, die Anlass zu einer Einschränkung geben können „Planungsbedarf in Zusammenhang mit dem Ziel, einen ausreichenden, ständigen Zugang zu einem ausgewogenen Angebot hochwertiger Versorgung im betreffenden Mitgliedstaat sicherzustellen, oder in Zusammenhang mit dem Wunsch, die Kosten zu begrenzen und nach Möglichkeit jede Verschwendung finanzieller, technischer oder personeller Ressourcen zu vermeiden“.

²⁶ Bisher ist noch nicht genau absehbar, welche konkrete nationale Rechtsausgestaltung der Richtlinie folgen wird. Die Richtlinie geht jedoch im Wesentlichen nicht über die bisherige Rechtsprechung des EuGH hinaus. Daher wird im Folgenden davon ausgegangen, dass das gegenwärtige nationale Recht nicht von großen Änderungen betroffen sein wird, die im Zusammenhang mit der Fragestellung dieser Arbeit relevant sind. Das bedeutet nicht, dass in einzelnen Bereichen keine Änderungen bevor stehen. Beispiels-

stattet, medizinische Leistungen, die im Inland erstattet werden auch im europäischen Ausland nachzufragen. Ambulante Behandlungen dürfen ohne Vorabgenehmigung des jeweiligen Kostenträgers im Ausland erfolgen, stationäre Behandlungen sowie Behandlungen, die den „Einsatz einer hoch spezialisierten und kostenintensiven medizinischen Infrastruktur oder medizinischen Ausrüstung erfordern“²⁷, stehen mit dem Hinweis auf das Allgemeininteresse unter Genehmigungsvorbehalt. Es wird jedoch auch näher bestimmt, unter welchen Umständen eine Genehmigung verweigert werden darf, d.h. wann ein Allgemeininteresse vorliegt. Nicht eingeschlossen in die Richtlinie sind Pflegeleistungen. Nach der Richtlinie 2011/24/EU dürfen Leistungen im *Umfang des Leistungskatalogs des Versicherungsstaates* nachgefragt werden. Auch die *Erstattung erfolgt nach den Regeln des Versicherungsstaates*, es können maximal die dort geltenden Sätze (zusätzlich der Verwaltungskosten) erstattet werden. Eine mögliche Differenz zwischen Kosten im Behandlungsstaat und dem Erstattungsbetrag im Versicherungsstaat hat der Versicherte selbst zu tragen.

Hypothese 2: Bei zunehmender grenzüberschreitender Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen wird durch die Richtlinie 2011/24/EU die Möglichkeit der impliziten Rationierung als Mittel der Ausgabenbegrenzung eingeschränkt.

Da Unionsbürger grundsätzlich ambulante medizinische Leistungen, die im Inland erstattet werden, auch im europäischen Ausland nachfragen können, besteht die Möglichkeit, dass sie Leistungserbringer im Ausland aufsuchen, falls die gewünschte Leistung im Inland mit Wartezeiten verbunden ist. Zwar sieht die Richtlinie für Spezialisten und für stationäre Leistungen einen Genehmigungsvorbehalt seitens der Finanzträger vor. Allerdings hat der EuGH in der Vergangenheit in verschiedenen Urteilen²⁸ verdeutlicht, dass beispielsweise lange Wartezeiten durchaus als Begründung zur Auslandsnachfrage ausreichend sind, ein entsprechender Hinweis findet sich auch in der Richtlinie. Das bedeutet jedoch, dass eine implizite Rationierung durch Budgetbeschränkungen der Ärzte oder Wartezeitenregelungen erschwert wird und sie ihre Effektivität verliert. Nationale Politik, die auf dieses Instrument zur Budgetbeschränkung setzt, kann den finanzielle Rahmen für Gesundheitsdienstleistungen

weise wird die Anforderung, national genau zu listen, auf welche Behandlungen in welchem Umfang Anspruch innerhalb der Systeme besteht und in welcher Höhe diese erstattet werden, in einigen Systemen einen nicht unerheblichen Verwaltungsaufwand verursachen. Gleichzeitig bedeutet dies einen Schritt in die Richtung eines explizit festgelegten Leistungskatalogs in der Gesundheitsversorgung.

²⁷ Vgl. RL 2011/24/EU, Art. 8, Abs. 2.

²⁸ Vgl. hierzu beispielsweise Rs. C-372/04 (Watts), Rs. C-157/99 (Graets-Smits).

gen schlechter kontrollieren, da weder freie Kapazitäten im Ausland noch die Mobilität der Patienten und damit die Höhe der Nachfrage von Leistungen im Ausland genau kalkulierbar sind.

Zweitens können medizinische Leistungen, die im europäischen Ausland nachgefragt wurden, nach der Verordnung (EG) Nr. 883/04 und Verordnung 978/2009 erstattet werden. Diese Verordnung zielt zum einen auf ungeplante medizinische Leistungsanspruchnahme im europäischen Ausland ab und gilt für Versicherte, die sich in dem entsprechenden Mitgliedstaat vorübergehend aufhalten, beispielsweise als Touristen. Nach dieser Verordnung erhalten die Versicherten *Sachleistungen*²⁹ im Umfang des *Behandlungsstaates*, der Versicherte ist so zu behandeln als wäre er im entsprechenden Staat versichert. Der Leistungsumfang gilt für alle Leistungen einer Behandlung, die nicht bis zur Rückkehr des Patienten aufschiebbar sind. Der für den Versicherten zuständige Versicherungsträger übernimmt *alle tatsächlich anfallenden Kosten*. Zweitens kann diese Verordnung auch für gezielt im europäischen Ausland nachgefragte Leistungen Anwendung finden. Diese stehen grundsätzlich unter Genehmigungsvorbehalt, sie ist aber zu erteilen, wenn die entsprechende Behandlung durch den zuständigen Träger nicht rechtzeitig zu erbringen ist. Der Versicherungsträger kann den Leistungsumfang hierbei auf bestimmte Leistungen beschränken. Angewendet wird diese Verordnung im Regelfall auf Versicherte, die ihren Wohnsitz in das europäische Ausland verlagern, aber weiterhin im inländischen System versichert sind, wie beispielsweise Rentner.

Hypothese 3: Durch das Regelwerk zur grenzüberschreitenden Leistungsanspruchnahme werden Anreize zum Gesundheitstourismus gesetzt zu Lasten der inländischen Versichertengemeinschaft.

Unterscheiden sich die Sachleistungen, die in den einzelnen Gesundheitssystemen gewährt werden, und unterliegen die einzelnen Versicherten gleichzeitig der Illusion, dass diese Sachleistungen ohne zusätzliche Versicherungskosten in Anspruch genommen werden können, können für die Versichertenkollektive Kosten entstehen. Insbesondere für Rentner mit einem entsprechenden Krankheits- oder Pflegerisiko

²⁹ Geldleistungen werden hingegen im Umfang des Versicherungsstaates gewährt, können aber seitens der Versicherungsträger mit den gewährten Sachleistungen verrechnet werden.

könnte der Nutzen aus einem höheren Versorgungsniveau die möglichen Umzugskosten übersteigen. Ohne entsprechenden Aufschlag auf die Versicherungsbeiträge beteiligen sich die im EU-Ausland lebenden Personen nicht (vollständig) an der Finanzierung dieser zusätzlichen Leistungen, die sie gewährt bekommen. Ein Teil der höheren Kosten durch zusätzliche Leistungsanspruchnahme wird auf die anderen inländischen Beitrags- bzw. Steuerzahler abgewälzt.³⁰

Darüber hinaus ist für die Erstattung der Kosten von Gesundheitsleistungen im europäischen Ausland ist eine weitere Regel seitens der Europäischen Union von Bedeutung: Es ist nicht gestattet, von EU-Ausländern höhere Leistungsentgelte zu fordern als von Inländern.³¹ Steuerfinanzierte Elemente der medizinischen Leistungserbringung (wie beispielsweise die Krankenhausinfrastruktur in Deutschland), die sich nicht in der Abrechnung zwischen Finanzträger und Leistungserbringer niederschlagen, dürfen nicht als Begründung herangezogen werden, um von EU-Ausländern höhere Preise zu fordern.

Hypothese 4: Werden bei grenzüberschreitenden Leistungsanspruchnahme die Preise nicht entsprechend der (langfristigen) Grenzkosten gesetzt, entsteht Freifahrerverhalten zu Lasten inländischer Steuerzahler.

Selbst in den EU-Mitgliedstaaten, die ein Sozialversicherungssystem besitzen, wird medizinische Infrastruktur, wie beispielsweise in Deutschland Krankenhausinfrastruktur, auch durch Steuermittel finanziert. Wird bei der grenzüberschreitenden Leistungsanspruchnahme jedoch in der Preissetzung nicht auch dieser Steueranteil bzw. im Fall der vollständig steuerfinanzierten Leistungserbringung alle Kostenelemente mitberücksichtigt, entsteht Freifahrerverhalten: EU-Ausländer nutzen inländische medizinische Leistungserbringung zu einem geringeren, nicht kostendeckenden Preis. Es kommt zu Kostenspillover-Effekten. Bei ansonsten gleicher Leistungserbringung kann es dadurch für ein Gesundheitssystem günstiger sein, auf den Ausbau von steuerfinanzierten Kapazitäten zu verzichten und die eigenen Patienten zur Behandlung ins europäische Ausland zu verweisen – zu Lasten der dortigen Steuerzah-

³⁰ Vorausgesetzt wird hier ein entsprechend funktionierendes Verrechnungssystem – ansonsten kann es auch sein, dass Steuer- bzw. Beitragszahler in dem jeweiligen Wohnsitzland an der Finanzierung der Leistungen beteiligt werden.

³¹ Vgl. EuGH, Rs. C-411/98 (Ferlini).

ler. Im theoretischen Extrem führt eine solche Anreizstruktur zu einer nicht wohlfahrtsoptimalen Unterversorgung mit medizinischer Infrastruktur führen.

3.3 Kostenangleichung durch den Binnenmarkt: Leistungsentgelte für medizinisches Personal

In den Mitgliedstaaten der Europäischen Union existieren nach wie vor bedeutende Unterschiede in der Vergütung von medizinischem Personal.³² Zum Teil kann dies auf generelle Wohlstandsunterschiede zurückzuführen sein. Durch einen gemeinsamen europäischen Binnenmarkt ist jedoch davon auszugehen, dass sich die Leistungsentgelte annähern.

Hypothese 5: Der europäische Binnenmarkt lässt „Gewinner“ und Verlierer“ in den Gesundheitssystemen erwarten: Während manche Systeme von geringeren Preisen in der Leistungserbringung profitieren können, sind in anderen Staaten kurz- und mittelfristige Preissteigerungen der medizinischen Leistungserbringung und damit Kostensteigerungen zu erwarten.

Geht man davon aus, dass der gemeinsame europäische Binnenmarkt zu Wohlstandssteigerungen führt und dass medizinische Dienstleistungen den nicht-handelbaren Gütern zuzurechnen sind, so ist in Mitgliedstaaten mit einem noch relativ geringen Wohlstandsniveau mit überproportional steigenden Preisen der medizinischen Dienstleistungen zu rechnen.^{33 34} Zwar ist die Vergütung der Leistungserbringer in den europäischen Gesundheitssystemen zu einem großen Teil nicht Ergebnis eines Marktprozesses, sondern eines regionalen oder nationalen Verhandlungsprozesses entweder zwischen staatlichen Agenten und Leistungserbringern oder zwischen Verbänden der Krankenkassen und Verbänden der Leistungserbringer. Allerdings wird es seitens der Finanzträger in diesen Mitgliedstaaten dauerhaft nicht möglich sein, diesem Trend entgegenzuwirken ohne einen Angebotsrückgang hervorzurufen.

Hinzu kommt, dass durch die Richtlinie 2005/36/EG die Anerkennung von Berufsqualifikationen für bestimmte medizinische Berufe EU-weit einheitlich geregelt ist. In ihr wird hinsichtlich der Qualifikationen von Ärzten, Krankenschwestern und Kranken-

³² Vgl. hierzu die bei OECD.Stat (2011) abrufbaren Daten.

³³ Diesen Zusammenhang formulierten bereits Samuelson (1964) und Balassa (1964), sowie mit einer etwas anderen Begründung Kravis, Lipsey (1982) und Bhagwati (1984).

³⁴ Vgl. hierzu auch Égert et al. (2003), die den Samuelson-Balassa Effekt für neun osteuropäische Ländern nachweisen.

pflegern, Zahnärzten, Hebammen und Apothekern eine Mindestharmonisierung vorgesehen: Die Berufsqualifikationen werden automatisch anerkannt, gleichzeitig werden für alle diese Berufe EU-weit geltende einheitliche Mindestanforderungen der Ausbildung festgelegt, beispielsweise bezüglich der Mindeststudiendauer. Das bedeutet, dass die Mitgliedstaaten EU-Ausländer in diesen Berufen nicht mit dem Hinweis auf ihre im EU-Ausland erworbene Qualifikation von einer Berufsausübung hindern dürfen. Zwar ist gleichzeitig geregelt, dass die Leistungserbringer den berufsständischen, gesetzlichen oder verwaltungsrechtlichen Berufsregeln des Aufnahmemitgliedstaates unterliegen und beispielsweise ausreichende Sprachkenntnisse vorweisen müssen³⁵ – es gilt somit de facto das Bestimmungslandprinzip.³⁶ Dennoch sind durch die Richtlinie die Transaktionskosten der Wanderung von medizinischem Personal als gesunken einzustufen. Dies kann einen Preissteigerungsdruck in Mitgliedstaaten mit geringerer Vergütung zusätzlich kurzfristig verstärken: Existiert Bedarf an medizinischem Personal in Mitgliedstaaten, die eine höhere Vergütung der Leistungserbringer bieten, kann dieser Bedarf auch die Abwanderung von Leistungserbringern auslösen. Um einer Knappheit von medizinischem Personal entgegenzuwirken, müssen die Leistungsentgelte in den Staaten mit relativ geringer Entlohnung erhöht werden.³⁷

Letztlich führt der gemeinsame Binnenmarkt zu einer Konkurrenz der nationalen Gesundheitssysteme beim Einkauf medizinischer Leistungen und somit zu einer Verknüpfung der Gesundheitssysteme: Kapazitätsplanung, Vertragsbedingungen und Vergütungsstrukturen werden Parameter in einem europäischen Wettbewerb um medizinische Leistungserbringer.³⁸

³⁵ RL 2005/36/EG Art. 5.

³⁶ Beispielsweise legt in Deutschland die Bundesärzteordnung (BÄO) fest, welche Voraussetzungen zur Berufsausübung erfüllt sein müssen. Die BÄO gilt ungeachtet der Richtlinie 2005/36/EG, dort vorgenommene Einschränkungen werden (bisher) nicht als unzulässige Beschränkung der Dienstleistungs- und Niederlassungsfreiheit gewertet.

³⁷ Vgl. hierzu die Erkenntnisse von Maier et al. (2011), S. 46, die annehmen, dass eine Erhöhung der Gehälter in Estland, der Slowakei, Spanien und Polen eine geringere Abwanderung von medizinischen Leistungserbringern zur Folge hatten. Zur Slowakei siehe auch Beňušová et al. (2011), S. 500. Zudem zeigte sich dies Beispiel im November 2010 in Tschechien, als ein bedeutender Teil der dortige Ärzteschaft mit Abwanderung drohte, sollten die Gehälter nicht erhöht werden.

³⁸ Worauf hier nicht weiter eingegangen werden soll, was aber durchaus auch ein Problem darstellen kann, ist das Ausbildungssystem für medizinisches Personal: Existieren aufgrund nationaler Vorgaben zu

3.4 Kosten durch Freizügigkeit der Arbeitnehmer und Selbstständigen

Nicht ausschließlich für das Gesundheitswesen getroffen, aber mit unmittelbarer Wirkung auf dieses sind die EU-weit einheitlichen Regeln bezüglich der Zugehörigkeit von EU-Bürgern zu den entsprechenden Sozialversicherungssystemen³⁹ zu bewerten: Arbeitnehmer und Selbstständige sind grundsätzlich in dem Land zu dessen Regeln krankenversichert, in dem sie beschäftigt sind bzw. ihre Tätigkeit ausüben. Im Fall einer Beschäftigung in mehreren Ländern entscheiden die zuständigen Behörden über die Zugehörigkeit zu einem System. Ausnahmen gelten zum einen für Grenzgänger, d.h. Personen, die in einem EU-Mitgliedstaat leben und in einem anderen arbeiten: Grundsätzlich haben diese Anspruch auf medizinische Behandlung in beiden Ländern nach den jeweiligen Vorschriften.⁴⁰ Entsandte Arbeitnehmer und Selbstständige, die befristet in einem anderen EU-Staat arbeiten, sind für maximal 24 Monate weiterhin in ihrem Herkunftsland versichert.

Hypothese 4: Durch die Regeln zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit für wandernde EU-Bürger sind die Gesundheitssysteme nicht wanderungsneutral. Großzügige Systeme können durch Wanderung gegebenenfalls Ausgabensteigerungen erfahren. Umgekehrt beschränkt die Möglichkeit der Freizügigkeit zusätzlich den Spielraum zu Steuer- bzw. Beitragssatzerhöhung zur Finanzierung der Gesundheitssysteme.

Die gegenwärtige europäische Gesetzgebung bezüglich der Freizügigkeit von Personen sieht vor, dass Arbeitnehmer und Selbstständige grundsätzlich mit Aufnahme ihrer Tätigkeit in einem Mitgliedstaat dessen Gesundheitssystem angehören. Dadurch können Gesundheitssysteme, die ein sehr hohes staatlich garantiertes Leistungsniveau bieten, für Menschen, die dieses in Anspruch nehmen möchten, attraktiv werden.⁴¹ Gleichzeitig sind die europäischen öffentlichen Gesundheitssysteme und Sozialversicherungssysteme über Steuern bzw. (lohn-)einkommensabhängige Beiträge finanziert. Die Zahlungsverpflichtungen des einzelnen sind somit vollständig

geringe Ausbildungskapazitäten, kann es sein, dass Leistungsentgelte durch die so hervorgerufene Knappheit zusätzlich ansteigen.

³⁹ Hierzu gelten Richtlinie 2004/38/EG, Verordnung EWG Nr. 883/2004, und 987/2009

⁴⁰ Unterhaltsberechtigten Familienangehörigen sind ebenso versichert, falls sich Wohnort und Arbeitsort in Belgien, Bulgarien, Deutschland, Frankreich, Griechenland, Lettland, Luxemburg, Malta, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Slowakei, Slowenien, Tschechische Republik oder Zypern befinden. In Dänemark, Estland, Finnland, Großbritannien, Irland, Italien, Litauen, den Niederlanden, Schweden, Spanien oder Ungarn sind die Familienangehörigen ausschließlich am Wohnort versichert. Ausnahmen bestehen bei bilateralen Abkommen.

⁴¹ Vgl. Eekhoff et al. (2008), S. 206 ff., Breyer, Zweifel, Kifmann (2003), S. 501.

von seinem Krankheitsrisiko losgelöst. Wandern deshalb Personen zu, die aufgrund ihres individuellen Krankheitsrisikos (bzw. des von mitversicherten Familienangehörigen) einen Nutzen aus einem möglichst großzügigen Gesundheitssystem ziehen und viele Leistungen in Anspruch nehmen, können Gesundheitssysteme Ausgabensteigerungen durch Zuwanderung erfahren, wenn den dadurch verursachten zusätzlichen Ausgaben keine Einnahmen in gleicher Höhe gegenüberstehen.

Gleichzeitig erleichtert die Freizügigkeit innerhalb der Europäischen Union den EU-Bürgern, Steuerzahlungen bzw. als Steuern empfundenen Beitragszahlungen durch Abwanderung auszuweichen. Bei einer Gesundheitspolitik, die als Reaktion auf demografische Veränderungen hauptsächlich Beitrags- bzw. Steuererhöhungen beinhaltet, sind Ausweichreaktionen der Steuer- bzw. Beitragszahler zu erwarten, die Nettozahler in den Gesundheitssystemen sind. So kann auch eine Spirale in Gang gesetzt werden: Je höher die Abgaben ausfallen, umso stärkere Ausweichreaktionen können hervorgerufen werden, die wiederum eine Erhöhung der Abgaben nach sich zieht etc.⁴² Die Möglichkeit der Freizügigkeit eröffnet eine zusätzliche Ausweichoption – profitieren können Systeme in denen insgesamt die Abgabenlast (inklusive der für Gesundheitsversorgung) geringer ist.

4 Fazit: Herausforderungen für die künftige nationale und europäische Gesundheitspolitik

Betrachtet man die gegenwärtige Gesetzeslage in der Gesundheitspolitik, so zeigt sich, dass das Nebeneinander von nationaler und europäischer Rechtsetzung Einfluss auf die Finanzierbarkeit der Gesundheitssysteme hat bzw. haben kann. Wird davon ausgegangen, dass die Rahmensetzung in der Gesundheitspolitik zum Ziel haben sollte, ein möglichst effizientes Ergebnis zu erzielen, so ist der Status quo in der Europäischen Union negativ zu bewerten. Bisher passen einige Instrumente, die die Europäische Union und die Mitgliedstaaten in der Gesundheitspolitik verwenden an einigen Stellen nicht zusammen, wie beispielsweise implizite Rationierung einerseits und die Patientenrichtlinie zur grenzüberschreitenden Nachfrage andererseits. Darüber hinaus können in einzelnen Gesundheitssystemen durch die Regeln der Europäischen Union zusätzliche Kosten entstehen.

⁴² Vgl. Eekhoff (2008), S. 206-210.

Es stellt sich somit die Frage, ob der gegenwärtige Gesetzesstand als endgültig betrachtet werden kann oder ob weitere Regeln zu erwarten sind. Bei letzterem ist dann ist zu klären, welche staatliche Ebene entsprechende Anpassungen vornehmen sollte: die einzelnen Mitgliedstaaten in ihrer Gesundheitspolitik oder die Europäische Union in ihrer Regelsetzung, um den nationalen Besonderheiten stärker Rechnung zu tragen? Folgt man der gegenwärtigen Auffassung im europäischen Recht, dass jeder europäische Mitgliedstaat selbst für seine Gesundheitspolitik verantwortlich sein soll, so leitet sich hieraus nur eine Nebenrolle der Europäischen Union ab. Es gilt dann die Handlungsleitlinie, die europäische Gesetzgebung so zu gestalten, dass sie die Tendenz hin zu effizienteren Systemen begleiten und gegebenenfalls Impulse setzen kann, ohne die Verantwortung der Mitgliedstaaten zu beschneiden. Allerdings kann diese Maxime auch dazu führen, dass die Grundfreiheiten des Binnenmarktes weiterhin nur bedingt für das Gesundheitswesen gelten bzw. manche gegenwärtig geltenden Rechte auch wieder eingeschränkt werden, wenn die hier aufgezeigten möglichen Entwicklungen soweit eintreten, dass sie spürbar werden. Solange nationalen Akteuren die Möglichkeit gegeben ist, mit dem Allgemeininteresse zu argumentieren, kann dies im politischen Prozess auch eine Abschottung der Systeme zur Folge haben.

In der ökonomischen Theorie besteht die Annahme, dass Grenzöffnungen und der freie Austausch von Waren und Dienstleistungen effizienzsteigernd wirken und die Wohlfahrt der Individuen erhöhen. Daher stellt sich die Frage, unter welchen Voraussetzungen dies auch für die Gesundheitssysteme gelten kann. Es ist zu untersuchen, ob an einigen Stellen eine Abschottung von einem Binnenmarkt mit dem Hinweis auf die nationale Gestaltungsautonomie und dem Schutz der Finanzierbarkeit der Gesundheitsversorgung tatsächlich eine sinnvolle Strategie ist – oder ob nicht vielmehr nationale Reformen mit dem Ziel, die Gesundheitssysteme in den Binnenmarkt zu integrieren, eine vorzuziehende Option darstellen und sich positiv auf die Finanzierbarkeit von Gesundheitsversorgung auswirken können. Hier besteht weiterer Forschungs- und Handlungsbedarf.

5 Literaturverzeichnis

- Balassa, B. (1964): The Purchasing-Power Parity Doctrine: A Reappraisal. In: Journal of Political Economy, Vol. 72, No. 6, S. 584-596.
- Beňušová, K.; Kováčová, M., Nagy, M.; Wismar, M. (2011): Regaining self-sufficiency: Slovakia and the challenges of health professionals leaving the country. In: Wismar, M.; Maier, C. B.; Glinos, I. A; Dussault, G.; Figueras, J. (Hrsg.): Health Professional Mobility and health Systems. Evidence from 17 European countries. European Observatory on Health Systems and Policies: Observatory Studies Series, No. 23. S. 479-510.
- Bhagwati, J. (1984): Why are services cheaper in the poor countries. IN: The Economic Journal, 94, S. 279-286.
- Breyer, F., Zweifel, P., Kifmann, M. (2005), Gesundheitsökonomik, 5. Aufl., Berlin: Springer.
- Cassel, D., Müller, C., Sundmacher, T. (2007), Ökonomische Begründungen für Pharmamarktregulierungen auf verschiedenen Kompetenzebenen. Das Beispiel der Arzneimittel-Zulassungshürden in Europa; in: Heine, K. und Kerber, W. (Hrsg.): Zentralität und Dezentralität von Regulierung in Europa, Lucius: Stuttgart.
- CEA. Insurers of Europe (2011). The use of gender in insurance pricing. Brüssel, Februar 2011.
- De Jong, P.; Ferris, S. (2006): Adverse Selection Spirals. In: Astin Bulletin 36 (2), S. 589-628.
- Dreher, M.; Lange, M. (2011): Die Vollharmonisierung der Versicherungsaufsicht durch Solvency II. In: Versicherungsrecht, 62. Jg., Nr. 19, S. 825-834.
- Eekhoff, J., Bünnagel, V., Kochskämper, S., Menzel, K.(2008): Bürgerprivatversicherung. Tübingen: Mohr Siebeck.
- Egert, B.; Drine, I.; Lommatzsch, K.; Rault, C. (2003): The Balassa-Samuelson effect in Central and Eastern Europe: myth or reality? In: Journal of Comparative Economics, 31, S. 552-572.
- Eisen, R. (2011): Unisex-Tarife. Innovative Ideen sind gefragt. In: Wirtschaftsdienst 2011, Nr. 4, S. 226.
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2011): Krankheitskosten je Einwohner in € Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Alter, Geschlecht, ICD10, Einrichtungen. www.gbe-bund.de, abgerufen am 09.11.2011.
- Henke, K.-D. (2003): Wie lassen sich Gemeinwohl und Wettbewerb in der Krankenversicherung miteinander verbinden? Eine nationale und europaweite Herausforderung. Technische Universität Berlin, Fakultät VIII (Wirtschaft & Management) Diskussionspapier 2003/2 der Wirtschaftswissenschaftlichen Dokumentation.
- Karl, B., Baron von Maydell, B. (2003): Das Angebot von Zusatzkrankenversicherung. Dürfen gesetzliche Krankenversicherungen Zusatzversicherungen anbieten?

- ten? Rechtsgutachten erstattet für den Verband der privaten Krankenversicherung e.V., Köln: Verband der privaten Krankenversicherung e.V.
- Kravis, I. B.; Lipsey, R. E. (1982): Towards an explanation of national price levels. NBER Working Paper Series, Working Paper No. 1034.
- Lüdeke, R.; Allinger, H. (2005): Grenzüberschreitende Leistungen im Gesundheitswesen. INWISO: Passau (München).
- Maier, C. B.; Glinos, I. A.; Wismar, M.; Bremner, J.; Dussault, G.; Figueras, J. (2011): Cross-country analysis of health professional mobility in Europe: the results. In: Wismar, M.; Maier, C. B.; Glinos, I. A.; Dussault, G.; Figueras, J. (Hrsg.): Health Professional Mobility and health Systems. Evidence from 17 European countries. European Observatory on Health Systems and Policies: Observatory Studies Series, No. 23. S. 23-66.
- McHale, J. (2010): Fundamental rights and health care; in: Mossialos, E.; Permannand, G.; Baeten, R., Hervey, T. K. (Hrsg.): Health Systems Governance in Europe. The Role of European Union Law and Policy. Cambridge: Cambridge University Press. S. 282 – 314.
- OECD.Stat (2011): Health Care Resources: Remuneration of health professionals. Internet: http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT. Abgerufen am 10.11.2011.
- Samuelson, P. (1964): Theoretical Notes on Trade Problems. IN: The Review of Economics and Statistics, Vol. 46, No. 2, S. 145-154.
- Schmidt-Gallas, D. (2004): Unisex-Tarife - Eine Fehlregulierung par excellence. In: Versicherungswirtschaft, 15.6.2004, 59.Jg., Nr. 12, S. 893.
- Schmucker, Rolf (2003): Europäische Integration und Gesundheitspolitik, in: Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main, Zentrum der Psychosozialen Grundlagen der Medizin, Institut für Medizinische Soziologie, Arbeitspapier Nr. 23/2003.
- Sodan, H. (2004): "Unisex-Tarife" – Gleichbehandlung von Männern und Frauen im privatrechtlichen Versicherungswesen. In: Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft 2004, S. 539-556.
- Thomson, S.; Mossialos, E. (2010): Private health insurance and the internal market. In: Mossialos, E., Permannand, G., Baeten, R., Hervey, T. (Hrsg.): Health Systems Governance in Europe. The Role of European Union Law and Policy. Cambridge: Cambridge University Press. S. 419-460.
- Tiemann, Burkhard (2006), „Gemeinschaftsrechtliche und europarechtliche Rahmenbedingungen einer Neuordnung des Gesundheitswesen“, in: Bundeszahnärztekammer (Hrsg.), Das Gesundheitswesen im Umbruch? Reformansätze aus Sicht des Cosiliums der Bundeszahnärztekammer, Berlin, S. 39-70.