Kapitel 2: Rechtstatsächliche Bedeutung und Hintergründe des Medizintourismus

Im Anschluss an die Begrenzung des Untersuchungsgegenstandes soll im Folgenden auf die aktuelle Bedeutung des Medizintourismus (A), seine Hintergründe (B) sowie auf Entwicklungstendenzen und Zukunftsprognosen eingegangen werden (C).

A. Aktuelle Bedeutung des Medizintourismus

Mangels gesicherten Datenmaterials lässt sich die aktuelle Bedeutung des Medizintourismus für deutsche Patienten nicht exakt bestimmen.[1] Nach einer Schätzung der Kassenverbände belief sich die Zahl der Deutschen, die sich zu medizinischen Zwecken ins Ausland begaben, im Jahr 2007 auf ca. 300.000.[2] Andere Quellen beziffern allein die Zahl der 2010 in Polen behandelten Deutschen auf 175.000 (mit einer Wachstumsrate von jährlich 15 bis 20 Prozent),[3] für Ungarn wird die Zahl der deutschsprachigen Patienten, die sich 2008 einer Zahnbehandlung unterzogen, mit 180.000 angegeben.[4] Richtet man den Blick über die Außengrenzen der EU hinaus, so findet man vor allem im asiatischen Raum eine stetig wachsende Zahl hochmoderner Versorgungszentren, ausgerichtet u.a. auf die Behandlung europäischer und somit auch deutscher Patienten.[5] Hier ist insbesondere die Vornahme größerer Eingriffe zu deutlich geringeren Kosten als in Deutschland möglich.[6] Allein das *Bangkok Hospital Medical Center* in Thailand behandelte im Jahr 2006 mehr als 1.600 deutsche Patienten.[7] Insgesamt ließen sich nach Expertenschätzungen im Jahr 2007 mehr als 2 Mio. Patienten aus aller Welt in Asien behandeln, teilweise mit Zuwachsraten von 30 Prozent.[8] Auch wenn es an offiziellen Statistiken fehlt, so lassen diese Zahlen doch vermuten, dass in Zukunft auch immer mehr Deutsche in dieser geographischen Region medizinische Leistungen in Anspruch nehmen werden.

---

1 Vgl. *Quast*, Das Geschäft mit der Gesundheit, 2009, S. 20.

2 *Ferenczi/Güsten/Hoffmann*, Focus 28/2007, S. 58, 59.

3 *Krökel*, Suttgarter Nachrichten v. 24.12.2010, S. 8; *ders.*, Berliner Zeitung v. 28.12.2010, S. 10.

4 *Mischke*, Welt Kompakt v. 20.3.2010.

5 *Deutsch*, VersR 2009, 1, 2; *Buse*, Der Spiegel 14/2008, S. 60 ff.

6 *Deutsch*, VersR 2009, 1, 2; *Buse*, Der Spiegel 14/2008, S. 60 ff.

7 *Ferenczi/Güsten/Hoffmann*, Focus 28/2007, S. 58, 59; s.a. *Akyol*, Die Zeit v. 10.11.2011, S. 79.

8 *Buse*, Der Spiegel 14/2008, S. 60 f.; umfassend zur aktuellen Entwicklung in Asien s. etwa *Wong/Musa*, in: *Hall*, Medical Tourism, 2013, S. 167.

J. Reisewitz, *Rechtsfragen des Medizintourismus,* Kölner Schriften zum Medizinrecht 16,
DOI 10.1007/978-3-662-45591-3_2, © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2015

B. Hintergründe

I. Reduzierung des Leistungsumfangs der gesetzlichen Krankenversicherung

Als wichtigstes Motiv für die bewusste Durchführung einer medizinischen Maßnahme im Ausland werden zumeist pekuniäre Erwägungen genannt.[9] Medizinische Eingriffe sind im Ausland häufig zu einem Bruchteil der Kosten möglich, welche hierfür in Deutschland anfallen. Dies gilt vor allem im Bereich der Chirurgie[10] sowie des Zahnersatzes.[11] Die Behandlungskosten haben für gesetzlich krankenversicherte Patienten wegen des Sachleistungsprinzips (§ 2 Abs. 2 S. 1 SGB V)[12] aber nur in solchen Fällen Bedeutung, in denen die Maßnahme nicht oder zumindest nicht vollständig dem Leistungskatalog der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) unterfällt, sondern privat finanziert werden muss. Steigt also die Zahl der nicht dem Leistungsspektrum der GKV unterfallenden Eingriffe, so erhöht dies die Zahl der Fälle, in denen sich für die Versicherten ein Ausweichen ins Ausland als lohnend darstellt. Und auch soweit die Kosten nur zu einem Teil von der GKV übernommen werden, wächst die Attraktivität der Auslandsbehandlung.[13]

Seit dem Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz vom 22.12.1981[14] sind zahlreiche medizinische Leistungen ganz oder teilweise aus dem Leistungsumfang der GKV herausgenommen worden.[15] Besonders stark betroffen hiervon ist der Bereich des Zahnersatzes, wo seit dem 1.1.2005[16] gemäß § 55 Abs. 1 S. 2 SGB V grundsätzlich nur noch 50 Prozent der Regelversorgungskosten nach § 56 Abs. 2 SGB V von der GKV übernommen werden.[17] Dies ist einer der Hauptgründe da-

---

9 *Deutsch*, VersR 2007, 1323, 1324; *Quast*, Das Geschäft mit der Gesundheit, 2009, S. 50; *Reisman*, Health Tourism, 2010, S. 23; *Thompson*, Medical Tourism, 2011, S. 207 ff.; *Hall*, in: *ders.*, Medical Tourism, 2013, S. 3, 13; *Illing*, Gesundheitstourismus und Spa-Management, 2009, S. 92 f.; *Zimmermann*, Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung, 2008, S. 37; *Klingenberger et al.*, Dentaltourismus und Auslandszahnersatz, 2009, S. 9 f. u. passim.

10 Vgl. *Quast*, Das Geschäft mit der Gesundheit, 2009, S. 63 ff. m.w.N.

11 *Baulig*, DZZ 2008, 452; *Klingenberger et al.*, Dentaltourismus und Auslandszahnersatz, 2009, S. 10; *Prütting*, in: *Arge RAe im Medizinrecht*, Cross Border Treatment, 2010, S. 37; vgl. auch *Quast*, Das Geschäft mit der Gesundheit, 2009, S. 63 ff. m.w.N.

12 S. hierzu etwa *Hauck*, in: *Sodan*, Hdb. des Krankenversicherungsrechts, 2. Aufl. 2014, § 8, Rn. 19; *Nebendahl*, in: *Spickhoff*, Medizinrecht, 2. Aufl. 2014, § 2 SGB V, Rn. 11.

13 *Böhm*, Servicequalität im Gesundheitstourismus, 2007, S. 8.

14 BGBl. I 1981, S. 1578.

15 Einen Überblick über die Entwicklung seit 1981 geben *Krauskopf*, in: *Laufs/Kern*, Hdb. des Arztrechts, 4. Aufl. 2010, § 22, Rn. 13 ff.; *Arnade*, Kostendruck und Standard, 2010, S. 15 ff. Allg. zum Rückgang der Versicherungsleistungen s. *Huster*, DVBl. 2010, 1069 ff.; *Hauck*, SGb 2011, 187, 189.

16 Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes v. 14.11.2003, BGBl. I 2003, S. 2190 i.d.F. des Gesetzes zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz v. 15.12.2004, BGBl. I 2004, S. 3445.

17 Zur Entwicklung der Zahnersatzleistungen in der GKV vgl. *Krauskopf*, in: *Laufs/Kern*, Hdb. des Arztrechts, 4. Aufl. 2010, § 22, Rn. 56 ff.

für, warum gerade in diesem Bereich „attraktive Sparmöglichkeiten“[18] gesehen werden. So verhält es sich insbesondere, wenn sich der Betroffene für eine von der Regelversorgung abweichende, höherwertige und daher auch kostenintensivere Versorgungsart entscheidet. Gemäß § 55 Abs. 5 SGB V bleibt es dabei, dass die Krankenkasse lediglich 50 Prozent der Regelversorgungskosten übernimmt. Die Auslandsbehandlung birgt in einem solchen Fall damit ein noch größeres Sparpotential. Es verwundert daher kaum, dass zahnärztliche Leistungen heute den Hauptanteil des medizintouristischen Marktes in Deutschland ausmachen.

Für die Zukunft wird ein stetiger Anstieg des Umfangs der von GKV-Versicherten privat zu finanzierenden medizinischen Leistungen prognostiziert.[19] Medizinischer Fortschritt und demographischer Wandel werden mit großer Wahrscheinlichkeit dazu führen, dass nicht mehr jedem von ihnen auf GKV-Kosten die bestmögliche Behandlung zur Verfügung gestellt werden kann. Langfristig wird ein Auseinandergehen der Schere von medizinisch Machbarem und ökonomisch Finanzierbaren vorhergesehen.[20] Dem medizinischen Fortschritt wird ein hohes Entwicklungspotential zugesprochen;[21] zugleich machen jedoch Befürchtungen die Runde, dass insbesondere kostenintensive innovative Methoden keinen Eingang in den Leistungskatalog der GKV finden werden.[22] Der demographische Wandel ist ein weiterer kostentreibender Faktor.[23] Auch dank des medizinischen Fortschritts leben die Menschen immer länger, mit zunehmender Lebensdauer kommt es jedoch auch vermehrt zu altersbedingten Krankheiten, was zu einem steigenden Bedarf an medizinischen Leistungen führt.[24] Kommt es tatsächlich zum prognostizierten Auseinanderklaffen von medizinisch Machbarem und GKV-Finanziertem, so bleibt Versicherten, die Wert auf eine möglichst optimale Versorgung legen, allein der Ausweg der Eigenfinanzierung. Kann die entsprechende Maßnahme dann aber außerhalb Deutschlands preiswerter durchgeführt werden, so wird auch dies die Bereitschaft zur Auslandsbehandlung erhöhen.

---

18 *Baulig*, DZZ 2008, 452; s. auch *Schulte*, GesR 2012, 72, 78.

19 *Zimmermann*, Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung, 2008, S. 39; *Arnade*, Kostendruck und Standard, 2009, S. 11 m.w.N.

20 *Schöne-Seifert/Buyx/Ach*, in: *dies.*, Gerecht behandelt?, 2006, S. 7 f.; *Ortmann*, KrV 2010, 144 ff.; *Huster et al.*, MedR 2007, 703; *Oduncu*, MedR 2012, 359, 360; *Kopetsch*, Zur Rationierung medizinischer Leistungen im Rahmen der GKV, 2001, S. 15.

21 *Huster*, DVBl. 2010, 1069, 1070 f.; *Schöne-Seifert/Buyx*, in: *dies./Ach*, Gerecht behandelt?, 2006, S. 215; *Zimmermann*, Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung, 2008, S. 39; *Krämer*, MedR 1996, S. 1, 2; *Kopetsch*, Zur Rationierung medizinischer Leistungen im Rahmen der GKV, 2001, S. 52 ff.

22 *Huster*, DVBl. 2010, 1069, 1070 f.; *Schöne-Seifert/Buyx*, in: *dies./Ach*, Gerecht behandelt?, 2006, S. 215; *Kopetsch*, Zur Rationierung medizinischer Leistungen im Rahmen der GKV, 2001, S. 70.

23 *v. Maydell*, ArztR 2005, 88; *Andreas*, ArztR 2010, 312; *Ortmann*, KrV 2010, 144 ff.; *Wohlgemuth et al.*, in: *Wohlgemuth/Freitag*, Priorisierung in der Medizin, 2009, S. 1, 2; *Arnade*, Kostendruck und Standard, 2009, S. 11; *Zimmermann*, Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung, 2008, S. 39.

24 *Laufs*, in: *ders./Kern*, Hdb. des Arztrechts, 4. Aufl. 2010, § 2, Rn. 5; *Ortmann*, KrV 2010, 144 ff.; *Arnade*, Kostendruck und Standard, 2009, S. 11; *Kopetsch*, Zur Rationierung medizinischer Leistungen im Rahmen der GKV, 2001, S. 66.

II. Wartezeiten in Deutschland

Auch lange Wartezeiten auf eine Behandlung im Inland werden als Motiv für eine Auslandsbehandlung angeführt.[25] In Deutschland fallen insofern die erheblichen Wartezeiten vor Organtransplantationen als besonders gravierend auf.[26] Es ist aber gar nicht notwendig, bis in diesen aufgrund der Allokationskriterien rechtlich hochkomplexen Sonderbereich vorzustoßen. Auch im „normalen" klinischen Alltag kommt es immer wieder zu langen Wartezeiten, so etwa bei Knie-, Wirbelsäulen- oder Herzoperationen.[27] Befragte Klinikärzte gaben an, vor der Einsetzung einer Knieprothese seien Wartezeiten von 9-12 Monaten nicht unüblich. Gerade im Zusammenhang mit Herzoperationen verstürben immer wieder Patienten auf der Warteliste.[28] Angesichts solcher Berichte scheint nicht verwunderlich, dass auch in langen Wartezeiten eine erhebliche Triebfeder des Medizintourismus gesehen wird. Wer in Deutschland keine Aussicht auf eine zeitnahe Eingriffsdurchführung hat, wird rasch versucht sein, diesen im Ausland vornehmen zu lassen.

III. Qualitativer Mehrwert der Auslandsbehandlung

Zudem sind solche Fälle anzusprechen, in denen ausländische Spezialisten schlichtweg über eine höhere Sachkunde verfügen, welche in Deutschland (noch) nicht zur Verfügung steht.[29] So existiert etwa eine spezielle Methode zum Einsetzen künstlicher Hüftgelenke, die allein in Indien, nicht aber in westlichen Staaten praktiziert wird.[30]

IV. Komforterwägungen

Viele medizinische Einrichtungen gerade aus Fernost werben mit luxuriös anmutenden Krankenhäusern, intensiver medizinischer und pflegerischer Betreuung sowie größtmöglichem Komfort.[31] Auch solche Beweggründe können gerade für

---

[25] *Deutsch*, VersR 2009, 1, 2; *ders.*, VersR 2007, 1323, 1324; *Quast*, Das Geschäft mit der Gesundheit, 2009, S. 51; *Bookman/Bookman*, Medical tourism in Developing Countries, 2007, S. 2; *Hall*, in: *ders.*, Medical Tourism, 2013, S. 3, 13; *Zimmermann*, Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung, 2008, S. 39.

[26] So beträgt die Wartezeit auf eine Niere ca. 6 Jahre, vgl. *Ulsenheimer*, in: *Laufs/Kern*, Hdb. des Arztrechts, 4. Aufl. 2010, § 131, Rn. 1; *Straßburger*, MedR 2008, 723, 724.

[27] *Schultheiss*, psychoneuro 2004, 568 f.

[28] *Schultheiss*, psychoneuro 2004, 568 f.

[29] *Deutsch*, VersR 2009, 1; *ders.*, VersR 2007, 1323, 1324; *Schütte*, Deliktstyp und IPR, 1998, S. 80; *Quast*, Das Geschäft mit der Gesundheit, 2009, S. 52; *Zimmermann*, Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung, 2008, S. 36; s.a. *Hall*, in: *ders.*, Medical Tourism, 2013, S. 3, 15.

[30] *Bookman/Bookman*, Medical tourism in Developing Countries, 2007, S. 59.

[31] *Quast*, Das Geschäft mit der Gesundheit, 2009, S. 53; *Reisman*, Health Tourism, 2010, S. 56; *Bookman/Bookman*, Medical tourism in Developing Countries, 2007, S. 52; *Thompson*, Medical Tourism, 2011, S. 209 f.; *Voigt/Laing*, in: *Botterill/Pennings/Mainil*, Medical

gesetzlich krankenversicherte Patienten, die Mehrbettzimmer sowie überlastete Ärzte und Pflegekräfte in inländischen Kliniken fürchten,[32] ausschlaggebend für eine Auslandsbehandlung sein.

V. Streben nach möglichst perfekter körperlicher Konstitution

Das Streben nach möglichst perfekter körperlicher Konstitution ist ein allgemeiner gesellschaftlicher Trend des 21. Jahrhunderts,[33] welchem ebenfalls erheblicher Einfluss auf die Entwicklung des Medizintourismus zugeschrieben wird.[34] Dies gilt insbesondere für solche Maßnahmen, deren Durchführung sich in Deutschland an einer insofern restriktiven medizinischen Standesethik stößt.[35] Auch wer sich eine teure Schönheitsoperation in Deutschland finanziell nicht leisten kann, wird schnell versucht sein, sich dem gewünschten Eingriff zu günstigen Preisen im Ausland zu unterziehen.[36]

VI. Internationale Mobilität

Schließlich darf auch die im Rahmen der Globalisierung stetig ansteigende allgemeine Mobilität der Bundesbürger nicht außer Acht gelassen werden, welche ihrerseits einen Beitrag zum „Boom" des Medizintourismus leistet.[37] Reisen rund um den Globus sind heute zu einer beliebten Freizeitaktivität geworden, was dazu führt, dass zahlreiche medizintouristische Destinationen gerade in Asien den Deutschen mittlerweile aus dem Erholungsurlaub bekannt sind. Dies hat jedoch zur Folge, dass Hemmschwellen, die auf der Angst vor dem Unbekannten grün-

---

Tourism and Transnational Health Care, 2013, S. 31, 36: „similar to high-class hotels"; *Buse*, Der Spiegel 14/2008, S. 60, 61; MDK-Forum 1/2007, S. 8 f.

32 Zur negativen Einschätzung der Versorgungsqualität in Deutschland s. DÄBl. 2008, A-2622. Zur Zahlungsbereitschaft der Deutschen für eine Steigerung des Behandlungskomforts s. *Heine*, Der Tagesspiegel v. 15.4.2012, S. 9.

33 *Maio*, in: *Katzenmeier/Bergdolt*, Das Bild des Arztes im 21. Jhdt., 2009, S. 21 ff.; *Rohde-Dachser*, in: *Kettner*, Wunscherfüllende Medizin, 2009, S. 209 f.; *Herrmann*, EthikMed 2006, 71 ff.; *Quast*, Das Geschäft mit der Gesundheit, 2009, S. 22 f.; für den zahnärztlichen Bereich speziell *Groß*, in: *Kettner*, Wunscherfüllende Medizin, 2009, S. 103 f.; s. auch *Ruhkamp*, FAZ v. 26.6.2012, S. 15.

34 *Quast*, Das Geschäft mit der Gesundheit, 2009, S. 22 f.

35 Vgl. etwa die Einordnung wunschmedizinischer Maßnahmen als unärztlich bei *Laufs*, in: *ders./Katzenmeier/Lipp*, Arztrecht, 6. Aufl. 2009, Kap. I, Rn. 29 und *Eberbach*, MedR 2008, 325, 332; umfassend zur ethischen Bewertung des „Enhancement" *Quante*, in: *Katzenmeier/Bergdolt*, Das Bild des Arztes im 21. Jhdt., 2009, S. 171 ff.

36 *Spickhoff*, in: *Deutscher Ethikrat*, Migration und Gesundheit, 2010, 59. Vgl. für das Bangkok-Hospital in Thailand *Buse*, Der Spiegel 14/2008, S. 60, 66. Auch *Prütting*, in: *Katzenmeier/Bergdolt*, Das Bild des Arztes im 21. Jhdt., 2009, S. 157 und *Eberbach*, MedR 2008, 325, 328 sprechen die Schönheitsoperation im Ausland an.

37 *Könning-Feil*, Das int. Arzthaftungsrecht, 1992, S. 2; *Stumpf*, MedR 1998, 546; *Quast*, Das Geschäft mit der Gesundheit, 2009, S. 23; *Schwaiger*, Megatrend Gesundheitstourismus, 2007, S. 17 f.; s.a. *Hall*, in: *ders.*, Medical Tourism, 2013, S. 3, 14.

den, heute kaum mehr eine Rolle spielen.[38] Der moderne deutsche Tourist fühlt sich an vielen Orten der Welt heimisch, hat dort gute Erfahrungen gemacht und kann sich folglich vorstellen, sich auch den Ärzten dieses Landes zur Durchführung eines medizinischen Eingriffs anzuvertrauen. Dazu trägt auch das Internet bei, welches es dem Patienten ermöglicht, sich im Voraus umfassend zu informieren und die gewählte Destination von zu Hause aus virtuell kennenzulernen.[39] Zudem erlauben kostengünstige Flugreisen heute das Überwinden großer Distanzen zu niedrigen Preisen.[40]

VII. Wirtschaftliches Potential des Medizintourismus

Neben diesen vom nachfragenden Patienten ausgehenden Gründen gilt es, das wirtschaftliche Potential des Medizintourismus für die Anbieterländer nicht außer Betracht zu lassen. Weniger wohlhabende Staaten, Schwellen- und Entwicklungsländer haben die Behandlung ausländischer Patienten in vielen Fällen unlängst als einen bedeutenden Wirtschaftsfaktor entdeckt.[41] Dies gilt insbesondere, wo diese ihre Behandlung mit einem längeren Aufenthalt verbinden und dadurch bedingt auch klassische touristische Dienstleistungen in großem Umfang nachfragen. Häufig wird das medizinische Reiseinteresse mit Erholungszwecken verbunden, zudem werden kulturelle Angebote, Unterhaltung und Gastronomie in Anspruch genommen.[42] Tritt der Patient die Behandlungsreise zudem nicht alleine an, sondern lässt er sich etwa von Angehörigen begleiten, so besteht auch insofern ein Bedarf an Unterkunft und Begleitprogramm. Dies forciert auch in wirtschaftlichen Umfeldsektoren das Wachstum,[43] Arbeitsplätze entstehen und der lokale Wohlstand steigt.

Ausländische Medizintouristen bringen jedoch nicht nur begehrte Devisen ins Land,[44] sondern fördern zudem in erheblichem Maße die Entwicklung der medizinischen Wissenschaft vor Ort.[45] Auf die Behandlung von Ausländern spezialisierte Kliniken bieten heimischen Medizinern eine Perspektive und ziehen ausländische

---

38 Vgl. *Quast*, Das Geschäft mit der Gesundheit, 2009, S. 23.

39 *Bookman/Bookman*, Medical tourism in Developing Countries, 2007, S. 4, 61.

40 *Quast*, Das Geschäft mit der Gesundheit, 2009, S. 23; *Zimmermann*, Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung, 2008, S. 39; *Bookman/Bookman*, Medical tourism in Developing Countries, 2007, S. 4.

41 *Bookman/Bookman*, Medical tourism in Developing Countries, 2007, S. 95 ff. u. passim; *Quast*, Das Geschäft mit der Gesundheit, 2009, S. 26 f.; *Martínez-Álvarez/Smith/Chanda*, in: *Botterill/Pennings/Mainil*, Medical Tourism and Transnational Health Care, 2013, S. 208 f.

42 *Bookman/Bookman*, Medical tourism in Developing Countries, 2007, S. 41.

43 *Quast*, Das Geschäft mit der Gesundheit, 2009, S. 26 f. u. 30 f.; *Martínez-Álvarez/Smith/Chanda*, in: *Botterill/Pennings/Mainil*, Medical Tourism and Transnational Health Care, 2013, S. 208, 213.

44 *Bookman/Bookman*, Medical tourism in Developing Countries, 2007, S. 7; *Martínez-Álvarez/Smith/Chanda*, in: *Botterill/Pennings/Mainil*, Medical Tourism and Transnational Health Care, 2013, S. 208, 213.

45 *Bookman/Bookman*, Medical tourism in Developing Countries, 2007, S. 109 ff.

Ärzte an.[46] Die Ausbildung qualifizierten Nachwuchses wird angesichts der bei der Ausländerbehandlung realisierbaren Gewinne zu einem lukrativen Geschäft.[47] Obwohl dies zunächst zwar allein den ausländischen Patienten zugutekommt, wird davon ausgegangen, dass sich auf diesem Wege langfristig auch die medizinische Versorgung der lokalen Bevölkerung verbessert.[48] Insgesamt lässt sich somit eine deutliche Wohlstandssteigerung erreichen.[49]

In Indien wurden im Jahr 2008 zwischen 656 und 819 Mio. US-Dollar mit der Behandlung von Ausländern umgesetzt, in Thailand waren es bereits 2006 sogar 1,16 Mrd. US-Dollar.[50] Für das Jahr 2012 wurde für Indien ein Gesamtumsatz von 2,2 Mrd. US-Dollar prognostiziert, für Thailand sogar eine Summe von insgesamt 4,0 Mrd. US-Dollar.[51] Angesichts dieser Zahlen verwundert es nicht, dass viele Länder aktiv in die Behandlung ausländischer Patienten investieren. Auch private Investoren haben die erheblichen wirtschaftlichen Chancen des Medizintourismus erkannt, was dazu geführt hat, dass gerade in Asien mittlerweile eine Vielzahl hochmoderner, ausschließlich auf die Ausländerbehandlung spezialisierter medizinischer Versorgungszentren entstanden ist.[52] Kliniken und Staaten werben vor allem über das Internet um Patienten aus den Industrieländern,[53] wobei sie sich über Preis, Komfort und Behandlungsqualität zu profilieren suchen. So stehen den nachfragenden westlichen Patienten auf der anderen Seite ebenso interessierte Anbieter gegenüber, womit die wichtigsten Faktoren für einen funktionierenden globalen Austauschmarkt gegeben sind. Auch dieser Aspekt ist als Grund für die Zunahme der Zahl von Auslandsbehandlungen nicht außer Acht zu lassen.

---

46 *Bookman/Bookman*, Medical tourism in Developing Countries, 2007, S. 107 ff.; s.a. *Merten*, DÄBl. 2007, A-1898, A-1900. Dies ist deshalb von so großer Bedeutung, da gerade afrikanische Entwicklungsländer heute bis zu 30 Prozent ihrer Mediziner durch Abwanderung ins Ausland verlieren, vgl. nur *Kloiber*, in: *Duttge et al.*, Recht am Krankenbett, 2009, S. 193, 197 f.

47 *Bookman/Bookman*, Medical tourism in Developing Countries, 2007, S. 102 ff.

48 *Bookman/Bookman*, Medical tourism in Developing Countries, 2007, S. 7; *Martínez-Álvarez/Smith/Chanda*, in: *Botterill/Pennings/Mainil*, Medical Tourism and Transnational Health Care, 2013, S. 208, 214; *Quast*, Das Geschäft mit der Gesundheit, 2009, S. 57 f.; krit. hierzu aber bspw. *Bey*, DÄBl. 2007, A-176, A-178; *ders.*, GuS 2008, Nr. 3, S. 44, 47; *Groll*, Zeit-Online v. 20.4.2010, http://www.zeit.de/wirtschaft/unternehmen/2010-04/indien-medizintourismus (zuletzt abgerufen am 12.12.2013); *Weiss*, Zeit-Online v. 25.3.2009, http://www.zeit.de/online/2009/13/medizintourismus-auswirkungen (zuletzt abgerufen am 12.12.2013).

49 Gleichwohl wird die steigende Zahl von Ausländerbehandlungen in Schwellen- und Entwicklungsländern unter ethischen Gesichtspunkten auch kritisch gesehen, s. etwa *Pennings*, in: *Botterill/Pennings/Mainil*, Medical Tourism and Transnational Health Care, 2013, S. 179; *Cohen*, in: *ders.*, The Globalization of Health Care, 2013, S. 104.

50 *Reisman*, Health Tourism, 2010, S. 172 u. 175.

51 *Wong/Musa*, in: *Hall*, Medical Tourism, 2013, S. 167, 168.

52 Ausführlich hierzu mit Daten und Statistiken *Reisman*, Health Tourism, 2010, S. 168 ff.

53 *Bookman/Bookman*, Medical tourism in Developing Countries, 2007, S. 61; *Quast*, Das Geschäft mit der Gesundheit, 2009, S. 16; umfassend zur Bedeutung des Internets bei der Anwerbung ausländischer Patienten *Horsfall et al.*, in: *Botterill/Pennings/Mainil*, Medical Tourism and Transnational Health Care, 2013, S. 223.

C. Entwicklungstendenzen und Zukunftsprognosen

I. Allgemeine Tendenzen

Die zunehmende Bedeutung des Medizintourismus lässt sich im Ansatz bereits aus dem massiven Anstieg entsprechender wirtschafts- und geowissenschaftlicher Publikationen innerhalb der letzten sieben Jahre ablesen.[54] Es werden ihm hohe Wachstumsraten prognostiziert.[55] Allein für Asien gehen die Vorhersagen von einem jährlichen Anstieg der Patientenzahlen um 20 bis 30 Prozent aus.[56] Dies fügt sich nahtlos ein in das Gesamtbild, welches Ökonomen von der Entwicklung des Gesundheitsmarktes während der kommenden Dekaden zeichnen. So wird der Gesundheit eine immer größere gesellschaftliche Bedeutung zugesprochen, welche bei den Menschen eine zunehmende Bereitschaft zur Aufwendung erheblicher Kosten nach sich zieht.[57] Manche sprechen gar davon, der Gesundheitsbereich könne in den Industrienationen zur tragenden Säule der Volkswirtschaft werden.[58] Damit eröffnen sich jedoch große wirtschaftliche Entfaltungsmöglichkeiten für jene Staaten, die besonders hochwertige oder besonders preiswerte medizinische Versorgung anbieten können – und die deshalb in einer zunehmend globalisierten Welt immer größere Patientenströme in ihre Richtung lenken.

Für den europäischen Binnenmarkt hat die EU mit dem Erlass der Richtlinie 2011/24/EU über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung vom 9.3.2011[59] einen weiteren Schritt in Richtung der Erleichterung und Ausweitung grenzüberschreitender Behandlungen in den Mitgliedsstaaten unternommen. Neben der Kodifikation der in der Rechtsprechung des EuGH[60] entwickelten Grundsätze der Kostenerstattungspflicht (Art. 7 bis 9) enthält die Richtlinie weitere mobilitätsfördernde Vorschriften wie die Normierung des Rechts auf diskriminierungsfreien Behandlungszugang (Art. 4 Abs. 3 und Abs. 4), die Festlegung patientenbezogener Informationspflichten (Art. 4

---

54 Aus der deutschsprachigen Literatur etwa *Rulle*, Der Gesundheitstourismus in Europa, 2004; *Schwaiger*, Megatrend Gesundheitstourismus, 2007; *Illing*, Gesundheitstourismus und Spa-Management, 2009; *Quast*, Das Geschäft mit der Gesundheit, 2009. Aus der englischsprachigen Literatur s. etwa *Bookman/Bookman*, Medical Tourism in Developing Countries, 2007; *Bose/Sumathi*, Medical Tourism, 2008; *Connell*, Medical Tourism, 2011; *Thompson*, Medical Tourism, 2011; *Todd*, Handbook of Medical Tourism, 2012; *Hall*, Medical Tourism, 2013; *Cohen*, The Globalization of Health Care, 2013; *Botterill/Pennings/Mainil*, Medical Tourism and Transnational Health Care, 2013.

55 *Bookman/Bookman*, Medical Tourism in Developing Countries, 2007, S. 1 u. passim.

56 *Reisman*, Health Tourism, 2010, S. 149.

57 *Illing*, Gesundheitstourismus und Spa-Management, 2009, S. 36 ff.; *Schwaiger*, Megatrend Gesundheitstourismus, 2007, S. 8 ff.

58 *Mühlhausen*, zit. n. *Schwaiger*, Megatrend Gesundheitstourismus, 2007, S. 10; *Neofiodow*, zit. n. *Barth/Werner*, Der Wellnessfaktor, 2005, S. 32.

59 AblEU Nr. L 88 v. 4.4.2011, S. 45.

60 EuGH, Urt. v. 28.4.1998 – C-158/96 (Kohll), Slg. 1998, I-1931 = NJW 1998, 1771 = MedR 1998, 317; EuGH, Urt. v. 12.7.2001 – C-157/99 (Smits & Peerbooms), Slg. 2001, I-5473 = NJW 2001, 3391; EuGH, Urt. v. 13.5.2003 – C-385/99 (Müller-Fauré & van Riet), Slg. 2003, I-4509 = NJW 2003, 2298.

Abs. 2 lit. a und b, Art. 5 lit. b, Art. 6, Art. 8 Abs. 6) und die Pflicht zur Anerkennung von Rezepten aus anderen Mitgliedsstaaten (Art. 11). Sie erscheint durchaus geeignet, die Patientenmobilität und damit auch die Zahl grenzüberschreitender Behandlungsvorgänge innerhalb der EU noch einmal zu erhöhen.[61]

Für Deutschland zeigte eine 2012 veröffentliche Studie der Internationalen Hochschule Bad Honnef (IUBH) eine hohe Bereitschaft, medizinische Leistungen im Ausland nachzufragen. Mehr als 50 Prozent der hier wohnhaften Personen können sich demnach die Inanspruchnahme einer Auslandsbehandlung vorstellen.[62]

II. Die Verlagerung medizinischer Maßnahmen ins Ausland als Antwort auf die zunehmende Ressourcenknappheit im deutschen Gesundheitswesen?

Auf lange Sicht muss sich die Frage stellen, welche Bedeutung der Verlagerung medizinischer Maßnahmen ins Ausland im Rahmen der Auseinandersetzung mit der Ressourcenknappheit im deutschen Gesundheitswesen zukommen kann. Ausgangspunkt hierbei ist die Erkenntnis, dass angesichts des medizinischen Fortschritts und der demographischen Entwicklung in Deutschland schon heute nicht mehr jedem die medizinisch bestmögliche Behandlung zuteilwerden kann.[63] Werden medizinisch sinnvolle oder gar notwendige Leistungen nicht erbracht, so spricht man von Rationierung.[64]

In der Wissenschaft nimmt die Diskussion um Rationierung und Priorisierung medizinischer Leistungen erheblichen Raum ein.[65] Bisher kaum Beachtung gefunden hat jedoch der Ansatz, schmerzhafte Einschränkungen dadurch zu umgehen, dass bestimmte kostenintensive Behandlungen ins Ausland verlagert werden, wo sie zu erheblich günstigeren Preisen erbracht werden können und damit die Krankenkassen finanziell weniger belasten.[66] Dies erscheint vor allem vor dem Hinter-

---

61 *Schreiner*, KH 2011, 113, 116; *Schulte*, GesR 2012, 72, 78; *Pforr/Locher*, in: *Hall*, Medical Tourism, 2013, S. 77, 89. Zur Zunahme grenzüberschreitender Behandlungsvorgänge in der EU s.a. *Europäisches Parlament*, A6-0173/2007 endg., S. 7 f.

62 S. Pressemitteilung der IUBH v. 21.5.2012, http://www.iubh.de/de/ueber-uns/news-presse/pressemitteilungen.php?p_id=2008&n_ac=details&newsid=40&page=4 (zuletzt abgerufen am 31.7.2014).

63 S.o. Kap. 2, B. I. (S. 14).

64 *C. Fuchs*, in: *E. Nagel/C. Fuchs*, Rationalisierung und Rationierung im dt. Gesundheitswesen, 1998, S. 42, 43; *Buyx/Friedrich/Schöne-Seifert*, in: *Wohlgemuth/Freitag*, Priorisierung in der Medizin, 2009, S. 201, 202 f.; *Kopetsch*, Zur Rationierung medizinischer Leistungen im Rahmen der GKV, 2001, S. 63 f.; *Arnade*, Kostendruck und Standard, 2009, S. 42.

65 S. nur *Uhlenbruck*, MedR 1995, 427; *Welti*, MedR 2010, 379; *E. Nagel/C. Fuchs*, Rationalisierung und Rationierung im dt. Gesundheitswesen, 1998; *Kopetsch*, Zur Rationierung medizinischer Leistungen im Rahmen der GKV, 2001, S. 94 ff.; *Arnade*, Kostendruck und Standard, 2009, S. 129 ff.

66 S. aber *Reisewitz*, MedR 2014, 557, 562; *Meyer*, in: *Cohen*, The Globalization of Health Care, 2013, S. 83. Auch *Zimmermann*, Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung, 2008, S. 36 spricht Kostenvorteile für die Krankenversicherer an, ohne dies jedoch in den Kontext der Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen einzubetten.

grund attraktiv, dass Konsens dahingehend besteht, zunächst alle verfügbaren Möglichkeiten der Effizienzsteigerung auszuschöpfen, bevor es zu Rationierungsmaßnahmen kommen darf.[67] Eine solche Rationalisierung lässt sich aber auch dadurch erreichen, dass Behandlungen gleichen Standards zu geringeren Kosten im Ausland erbracht werden. Trotz geringeren Ressourceneinsatzes wird ein gleichwertiger Erfolg realisiert. Die systematische und durch die Krankenversicherungen gesteuerte Verlagerung medizinischer Maßnahmen ins Ausland würde die Zahl der Auslandsbehandlungen sprunghaft steigen lassen und dem Medizintourismus eine völlig neue Dimension verleihen.

D. Fazit

Festzuhalten ist damit, dass die Zahl grenzüberschreitender Behandlungsvorgänge während der vergangenen Dekade massiv gestiegen ist. Die Anzahl der Deutschen, die sich gezielt zur Durchführung einer medizinischen Maßnahme ins Ausland begeben, hat eine bedeutende Größenordnung erreicht. Als maßgebliche Hintergründe lassen sich die Beschränkung des Leistungskataloges der GKV, Wartezeiten in Deutschland, Qualitäts- und Komforterwägungen, der allgemeine Körpertrend sowie die wachsende internationale Mobilität herausarbeiten. Zudem wird der Medizintourismus durch das wirtschaftliche Interesse der Anbieterstaaten befeuert. Die beständige Bedeutung dieser Faktoren lässt vermuten, dass sich der Trend zur Auslandsbehandlung auch in den kommenden Jahren fortsetzen wird. Es darf davon ausgegangen werden, dass schon bald ein Großteil der in Deutschland wohnhaften Personen im Verlaufe des Lebens irgendwann mit der Möglichkeit der Behandlungsreise konfrontiert wird.

---

[67] *Uhlenbruck*, MedR 1995, 427, 429; *Welti*, MedR 2010, 379, 381; *Oduncu*, MedR 2012, 359, 360; *Arnade*, Kostendruck und Standard, 2009, S. 42.

http://www.springer.com/978-3-662-45590-6

Rechtsfragen des Medizintourismus
Internationale Zuständigkeit und anwendbares Recht bei Klagen des im Ausland behandelten Patienten wegen eines Behandlungs- oder Aufklärungsfehlers
Reisewitz, J.
2015, XXVI, 348 S., Hardcover
ISBN: 978-3-662-45590-6