EUROPÄISCHE
KOMMISSION

Brüssel, den 2.3.2021
COM(2021) 92 final

BERICHT DER KOMMISSION AN DAS EUROPÄISCHE PARLAMENT UND DEN RAT

über die Inanspruchnahme der Reisekrankenversicherung gemäß Artikel 15 der Verordnung (EG) Nr. 810/2009 durch Visuminhaber während ihres Aufenthalts im Hoheitsgebiet der Mitgliedstaaten

BERICHT DER KOMMISSION AN DAS EUROPÄISCHE PARLAMENT UND DEN RAT

über die Inanspruchnahme der Reisekrankenversicherung gemäß Artikel 15 der Verordnung (EG) Nr. 810/2009 durch Visuminhaber während ihres Aufenthalts im Hoheitsgebiet der Mitgliedstaaten

I. Einführung

Seit 2004[1] müssen Antragsteller, die ein Visum für einen kurzfristigen Aufenthalt beantragen, einen Nachweis über eine *„angemessene und gültige Reisekrankenversicherung"* vorlegen, die die Kosten für ärztliche Nothilfe oder den etwaigen Rücktransport aufgrund unvorhergesehener Gesundheitsprobleme während ihres Aufenthalts in den EU-Mitgliedstaaten abdeckt. Die Entscheidung des Rates, wonach diese Vorschriften seinerzeit Anwendung fanden, erforderte keine Folgenabschätzung, und eine andersgeartete eingehende Analyse der Auswirkungen der Maßnahme wurde auch nicht durchgeführt. Die betreffenden Bestimmungen wurden ohne inhaltliche Änderungen in Artikel 15 des Visakodexes (Verordnung (EG) Nr. 810/2009) aufgenommen.[2]

Die Vorlage einer angemessenen Reisekrankenversicherung („Versicherung") ist zwar eine Bedingung für die Beantragung eines Visums für einen kurzfristigen Aufenthalt, jedoch ist der Abschluss einer solchen Versicherung keine Einreisevoraussetzung[3], die an den Außengrenzen der EU zu überprüfen ist. Daher müssen Nicht-EU-Staatsangehörige, die nicht der Visumpflicht unterliegen, und künftige ETIAS[4]-Antragsteller bei Reisen in die EU keinen Versicherungsnachweis vorlegen. Dies führt zu einer unterschiedlichen Behandlung von nicht visumpflichtigen und visumpflichtigen Nicht-EU-Staatsangehörigen.

In ihrem Vorschlag von 2014 zur Neufassung des Visakodexes schlug die Kommission vor, auf die Pflicht zum Abschluss einer Versicherung zu verzichten. Hintergrund des Vorschlags waren die praktischen Herausforderungen im Zusammenhang mit der Versicherungspflicht (siehe unten), der Umstand, dass die Versicherungspflicht nicht an den Außengrenzen überprüft wird, und die Tatsache, dass es nur sehr wenige Belege[5] für die tatsächliche Durchsetzung der

---

1 Entscheidung des Rates vom 22. Dezember 2003 zur Änderung des Teils V Nummer 1.4 der Gemeinsamen Konsularischen Instruktion und des Teils I Nummer 4.1.2 des Gemeinsamen Handbuchs zur Aufnahme des Nachweises einer Reisekrankenversicherung in die Liste der für die Erteilung eines einheitlichen Einreisevisums erforderlichen Belege (2004/17/EG) (ABl. L 5 vom 9.1.2004, S. 79).

2 Verordnung (EG) Nr. 810/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 13. Juli 2009 über einen Visakodex der Gemeinschaft (Visakodex) (ABl. L 243 vom 15.9.2009, S. 1).

3 Artikel 6 Absatz 1 der Verordnung (EU) 2016/399 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 9. März 2016 über einen Unionskodex für das Überschreiten der Grenzen durch Personen (Schengener Grenzkodex) (ABl. L 77 vom 23.3.2016, S. 1).

4 Europäisches Reiseinformations- und -genehmigungssystem.
Verordnung (EU) 2018/1240 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 12. September 2018 über ein Europäisches Reiseinformations- und -genehmigungssystem (ETIAS) und zur Änderung der Verordnungen (EU) Nr. 1077/2011, (EU) Nr. 515/2014, (EU) 2016/399, (EU) 2016/1624 und (EU) 2017/2226 (ABl. L 236 vom 19.9.2018, S. 1).

5 SWD(2014) 101 final.

Ansprüche aus Versicherungspolicen gibt. Der Rat lehnte den Vorschlag ab, der im Europäischen Parlament hingegen Unterstützung fand. Schließlich zog die Kommission ihren Neufassungsvorschlag 2018 zurück.

In ihrem Vorschlag für eine gezielte Überarbeitung des Visakodexes im Jahr 2018 schlug die Kommission keine Änderungen an den Versicherungsbestimmungen vor. Das Europäische Parlament und der Rat kamen überein, die Kommission mit der Erstellung eines Berichts zur Überprüfung der Wirksamkeit dieser Maßnahme zu beauftragen. Gemäß Artikel 2 Absatz 3 der Verordnung (EU) 2019/1155 zur Änderung der Verordnung (EG) Nr. 810/2009[6] arbeitet die Kommission auf der Grundlage der *„einschlägigen Daten über die Inanspruchnahme der Reisekrankenversicherung … durch Visuminhaber während ihres Aufenthalts im Hoheitsgebiet der Mitgliedstaaten sowie die Kosten, die den nationalen Behörden oder Erbringern medizinischer Dienstleistungen für Visuminhaber entstanden sind“*, einen Bericht aus, der dem Europäischen Parlament und dem Rat vorzulegen ist.

Im Einklang mit dieser Bestimmung werden im vorliegenden Bericht die Herausforderungen (von denen einige bereits dokumentiert wurden) im Zusammenhang mit der Versicherungspflicht dargelegt; außerdem enthält der Bericht eine allgemeine Zusammenfassung der Reaktionen der EU-Mitgliedstaaten, u. a. hinsichtlich der möglichen Auswirkungen der COVID-19-Pandemie, sowie Vorschläge für die nächsten Schritte.

1. Herausforderungen im Visumverfahren und mangelnde Durchsetzung an der Grenze

Während der Abschluss einer Versicherung für Antragsteller unproblematisch erscheint, haben frühere Analysen, häufige Diskussionen im Visa-Ausschuss und im Rahmen der Schengen-Zusammenarbeit vor Ort gezeigt, dass die Versicherungspflicht hinsichtlich mehrerer anderer Aspekte Probleme aufwirft.

– Rechtsgrundlage

Nach Artikel 15 des Visakodexes muss ein Antragsteller nachweisen, dass er im Besitz einer *„angemessenen und gültigen“* Versicherung ist, die *„die Kosten für den etwaigen Rücktransport im Krankheitsfall oder im Falle des Todes, die Kosten für ärztliche Nothilfe und/oder die Notaufnahme im Krankenhaus während seines Aufenthalts bzw. seiner Aufenthalte im Hoheitsgebiet der Mitgliedstaaten“* abdeckt. Personen, die ein Visum für die mehrfache Einreise beantragen, müssen diesen Nachweis für den ersten geplanten Aufenthalt vorlegen. Im Rahmen der Einreichung des Antrags wird die betreffende Person bei der Unterzeichnung des Antragsformulars darauf hingewiesen, dass für künftige Aufenthalte ebenfalls eine Versicherung abgeschlossen werden muss.

Die Versicherung muss für die Aufenthaltsdauer des Visuminhabers und für die EU-Mitgliedstaaten gelten. Die Mindestdeckung muss 30 000 EUR (diese Höhe wurde 2004

[6] Verordnung (EU) 2019/1155 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 20. Juni 2019 zur Änderung der Verordnung (EG) Nr. 810/2009 über einen Visakodex der Gemeinschaft (Visakodex) (ABl. L 188 vom 12.7.2019, S. 25).

festgesetzt) betragen, und die Forderungen müssen in einem EU-Mitgliedstaat beigetrieben werden können.

– **Zeitpunkt der Vorlage der Versicherung**

Der Antragsteller muss die Versicherung bei der Beantragung eines Visums vorlegen. Er muss also eine für den Zeitraum des geplanten Aufenthalts geltende Versicherung vorlegen, bevor er weiß, ob und für welchen Zeitraum das Visum erteilt wird. Außerdem bestehen einige Konsulate zu Unrecht darauf, dass die Versicherung die gesamte Gültigkeitsdauer[7] des Visums abdecken muss. Manche Konsulate entscheiden über die Gültigkeitsdauer des Visums auf der Grundlage der Gültigkeit der vorgelegten Versicherung, was nicht der Intention des Gesetzgebers entspricht.

Einige Versicherungsgesellschaften erlauben eine spätere Stornierung von Versicherungspolicen. Während dieser Umstand Personen zugutekommt, deren Antrag abgelehnt wurde und die andernfalls das für die Versicherung aufgewendete Geld verloren hätten, stellt er – sobald ein Visum erteilt wurde – auch eine Möglichkeit zur Umgehung der Versicherungspflicht dar.

Wenn ein Antragsteller ein Visum für die mehrfache Einreise mit langer Gültigkeitsdauer beantragt oder Anspruch auf ein solches Visum hat, muss er einen Versicherungsschutz für den ersten geplanten Aufenthalt nachweisen. Bei der Unterzeichnung des Antragsformulars wird der Antragsteller darauf hingewiesen, dass er für weitere Reisen ebenfalls eine Versicherung abschließen muss. Eine entsprechende Überprüfung bei der Einreise findet nicht statt, und es gibt keinen Nachweis für die Erfüllung dieser Anforderung.

– **Überprüfung der Krankenversicherung durch die Konsulate**

Aus Sicht der Konsulate lässt sich nur schwer und mit großem Zeitaufwand überprüfen, ob die detaillierten und hochtechnischen Versicherungspolicen tatsächlich die erforderlichen Deckungsgarantien bieten. Erschwerend kommt noch hinzu, dass der sehr weit gefasste Artikel 15 des Visakodexes keine zügigen Konformitätsprüfungen ermöglicht. Die Schwierigkeit der Durchführung gründlicher Kontrollen spiegelt sich auch in den vom Gesundheitssektor gemeldeten Problemen wider (siehe unten).

An einigen Standorten haben die EU-Mitgliedstaaten nach dem Informationsaustausch gemäß Artikel 48 Absatz 3 Buchstabe d des Visakodexes gemeinsam eine Liste der „empfohlenen Versicherungsgesellschaften“ erstellt, deren Produkte auf Konformität mit den Anforderungen überprüft wurden. Zum einen sollen damit die Überprüfungen generell erleichtert und zum anderen die Antragsteller veranlasst werden, sich für eine der aufgelisteten Versicherungen zu entscheiden, damit sich die Anzahl der verschiedenen vorgelegten Versicherungspolicen in Grenzen hält. An einigen Standorten hat sich das Vorhandensein einer solchen Liste als

[7] Zulässige Aufenthaltsdauer: die Anzahl der Tage, an denen sich der Visuminhaber in dem betreffenden Hoheitsgebiet aufhalten darf, zum Beispiel 30 Tage.
Gültigkeitsdauer des Visums: die zulässige Aufenthaltsdauer wird um 15 Tage verlängert, um dem Visuminhaber Flexibilität bei der Verwendung des Visums zu ermöglichen (u. a. da sich Pläne oder Flüge ändern können), was bedeutet, dass eine Person im Besitz eines Visums mit einer Gültigkeitsdauer von 45 Tagen sein kann, das einen Aufenthalt von 30 Tagen ermöglicht. Die Reisekrankenversicherung muss für einen Zeitraum von 30 Tagen gelten.

wirksames Instrument erwiesen, weil die Versicherungsgesellschaften die Aufnahme in die Liste beantragen (auch wenn eine formelle Beantragung nicht vorgesehen ist) und daran interessiert sind, auf der Liste zu bleiben. Eine Liste „empfohlener“ Versicherungen kann den Antragstellern auch die Gewissheit bieten, dass sie ordnungsgemäß versichert sind. An den meisten Standorten wurde eine solche kollektive Beurteilung wegen der Zahl der – unter anderem im Internet – verfügbaren Versicherungspolicen, als unmöglich erachtet. Aufgrund der Wettbewerbsregeln dürfen Versicherungspolicen jedoch nicht mit der Begründung abgelehnt werden, dass sie nicht auf einer solchen Liste „empfohlener“ Versicherungen stehen, wenn sie die im Visakodex festgelegten Kriterien erfüllen.

– **Keine Überprüfung an den Außengrenzen**

Wie bereits erwähnt, wird nicht an den Außengrenzen überprüft, ob ein Versicherungsschutz besteht. Daher hängt es von der Redlichkeit des Visuminhabers ab, ob er beim Überschreiten der Außengrenzen über eine gültige Versicherung verfügt, die seine Aufenthaltsdauer abdeckt, und ob er bei jeder Reise mit einem Visum für die mehrfache Einreise (das bis zu fünf Jahre gültig sein kann) die Versicherungspflicht erfüllt.

2. Vom Gesundheitssektor gemeldete Probleme

Die Kommission hat zu diesem Thema erste Nachforschungen (2019-2020) durchgeführt und sich dazu an öffentliche Gesundheitseinrichtungen und -agenturen in den EU-Mitgliedstaaten gewandt. Die meisten erklärten, keine weitere Erkenntnisse über die Inanspruchnahme von Versicherungen bereitstellen zu können, da solche Daten nicht zentral erhoben werden. Allerdings wurden folgende Mängel festgestellt:

- Häufig fehlende finanzielle Deckung, entweder weil für die Dauer des Aufenthalts keine Versicherung abgeschlossen wurde oder weil diese vor Ende der Behandlung ablief (insbesondere wenn der Aufenthalt der betreffenden Person aufgrund ihres Gesundheitszustands verlängert werden musste) oder weil die Versicherung von der versicherten Person vor Ende ihres Aufenthalts bewusst gekündigt wurde.
- Unzureichender Versicherungsschutz, insbesondere wenn die Erstattungsobergrenze für medizinische Leistungen sehr niedrig ist. Darüber hinaus gibt es Probleme bei der Deckung für planbare Behandlungen (z. B. Pflege in der Krankenstation nach der Behandlung in der Notaufnahme oder wenn im Anschluss an die Notfallbehandlung eine weitere damit nicht in Zusammenhang stehende Behandlung erforderlich ist). Diese Fälle sind nicht (vollständig) durch Versicherungspolicen abgedeckt.
- Häufig verweigern Versicherungsgesellschaften die Kostenerstattung aufgrund von Ausschlussklauseln oder weil ein Patient bereits eine oder mehrere Vorerkrankungen hat, d. h. wenn seine Krankengeschichte die Wahrscheinlichkeit, dass das abgedeckte Risiko eintritt, erheblich erhöht.
- Unverhältnismäßige Anforderungen an die Kostenerstattung: Einige Erstattungen erfolgen nur unter Bedingungen, die nicht mit der ärztlichen Schweigepflicht vereinbar sind (z. B. Anforderung ärztlicher Gutachten vor der Kostenerstattung).

- Eine Rückverfolgung von Patienten ist nicht möglich, nachdem diese entlassen wurden, und die Kontaktaufnahme mit der Versicherungsgesellschaft im Ausland gestaltet sich schwierig. Beispielsweise teilt der Patient dem Krankenhaus seine Versicherungsangaben mit, der Gesundheitsdienstleister erhält jedoch keine Antwort von der Versicherungsgesellschaft. In Ermangelung eines externen Versicherers, der die Kosten übernimmt, sind Krankenhäuser gezwungen, – ohne Zahlungsgarantie – die Kosten dem Patienten direkt in Rechnung zu stellen.
- Die meisten Krankenhäuser gehen so vor, dass sie vorab die Preise für die medizinischen Leistungen angeben und sie dann dem Patienten direkt in Rechnung stellen. In Notfällen kann dies natürlich nicht so gehandhabt werden.
- Häufig müssen Patienten länger bleiben als ihr Visum gültig ist oder in ein anderes Krankenhaus verlegt werden. In solchen Fällen weigern sich die Versicherungsgesellschaften, die Zahlung zu leisten.
- Problematisch ist auch die Deckungshöhe, die als unzureichend für Folgebehandlungen und spätere Pflegeleistungen, die in der Regel nicht abgedeckt sind, angesehen wird. Dennoch werden solche Behandlungen häufig durchgeführt.

II. Ergebnisse der Erhebung von 2020 über Versicherungen und die angefallenen Kosten

Die EU-Mitgliedstaaten wurden aufgefordert, auf der Grundlage der nachstehenden Fragen die *„einschlägigen Daten über die Inanspruchnahme der Reisekrankenversicherung … durch Visuminhaber während ihres Aufenthalts im Hoheitsgebiet der Mitgliedstaaten sowie die Kosten, die den nationalen Behörden oder Erbringern medizinischer Dienstleistungen für Visuminhaber entstanden sind“*, zu übermitteln:

- *Wie wird bei Visuminhabern, die während ihres Aufenthalts ärztliche Nothilfe benötigen, überprüft, ob sie über eine angemessene und gültige Reisekrankenversicherung verfügen? Was geschieht, wenn dies nicht der Fall ist?*
- *Welche Daten werden über die Gesundheitsversorgung von Inhabern eines Visums für einen kurzfristigen Aufenthalt und über die von ihnen abgeschlossene Versicherung erhoben?*
- *Welche Organisation ist für die Erhebung dieser Daten zuständig?*
- *Wie wird bei unbeglichenen Rechnungen für ärztliche Behandlungen vorgegangen? Wird versucht, die entsprechenden Forderungen einzutreiben? Wie hoch ist die Erfolgsquote bei der Beitreibung unbeglichener Arztrechnungen bei Patienten oder Versicherungsgesellschaften?*
- *Wie hoch ist der (geschätzte) Gesamtbetrag der von Inhabern eines Visums für einen kurzfristigen Aufenthalt nicht beglichenen Arztrechnungen (2019)? In welchem Verhältnis steht dieser Betrag zu den von Personen anderer Kategorien von Nicht-EU-Staatsangehörigen (nicht visumpflichtige Besucher, Personen mit einem Aufenthaltstitel oder einem Visum für den längerfristigen Aufenthalt) nicht beglichenen Arztrechnungen?*

Die EU-Mitgliedstaaten wurden aufgefordert, Informationen bei sämtlichen öffentlichen Verwaltungen und Interessenträgern in ihrem Land einzuholen, darunter Gesundheitsbehörden, Versicherungsgesellschaften und Gesundheitsdienstleister.

1. Antworten der EU-Mitgliedstaaten

Alle EU-28-Mitgliedstaaten bis auf einen und die assoziierten Schengen-Länder übermittelten Antworten, auch wenn sich die bereitgestellten Informationen hinsichtlich ihres Umfangs stark unterschieden. 16 antwortende Mitgliedstaaten hatten Untersuchungen über verschiedene staatliche Stellen durchgeführt, die jedoch unterschiedlich gründlich ausfielen. Die übrigen antwortenden Mitgliedstaaten beschränkten sich in ihren Antworten auf die Feststellung, dass „keine Daten vorliegen".

Inhaltlich geht aus allen Antworten hervor, dass es generell keine formalisierte zentrale Datenerhebung über die Gesundheitsversorgung von Nicht-EU-Staatsangehörigen gibt und keine Daten auf der rechtlichen Grundlage des Aufenthalts eines Patienten aus einem Nicht-EU-Staat erhoben werden (z. B. eines Inhabers eines Visums für einen kurzfristigen Aufenthalt oder eines nicht visumpflichtigen Reisenden), wenn ihm eine medizinische Behandlung zuteilwird. In einigen Antworten werden die nationale Organisation der Gesundheitsversorgung und der Zahlungsbeitreibung detailliert erläutert, während andere Antworten nur sehr allgemeine Angaben enthalten. Einige EU-Mitgliedstaaten haben konkrete Zahlen über unbeglichene Arztrechnungen von Nicht-EU-Staatsangehörigen übermittelt, die Berechnungsmethoden und die abgedeckten Zeiträume lassen allerdings keinen aussagekräftigen Vergleich zu.

– Allgemeine Garantie ärztlicher Nothilfe

Im Allgemeinen wird ärztliche Nothilfe von öffentlichen Krankenhäusern in sämtlichen EU-Mitgliedstaaten für alle Menschen – unabhängig von deren Aufenthalts- oder Visumstatus und vom Besitz einer Krankenversicherung – geleistet. Des Weiteren haben eine Reihe von EU-Mitgliedstaaten bilaterale Abkommen mit bestimmten „visumpflichtigen" Nicht-EU-Ländern über medizinische Behandlungen geschlossen, was bedeutet, dass die Kosten einer Behandlung wahrscheinlich für Visuminhaber, die Staatsangehörige dieser Länder sind, selbst dann übernommen werden, wenn sie keine Versicherung abgeschlossen haben.

– Überprüfung des Besitzes einer Versicherung durch die Gesundheitseinrichtungen

Der Abschluss einer Versicherung ist keine Voraussetzung für eine medizinische Behandlung. Die meisten EU-Mitgliedstaaten weisen jedoch darauf hin, dass medizinische Einrichtungen – je nach dem Zustand des Patienten bei dessen Aufnahme – möglicherweise vor der Behandlung eine Versicherung verlangen; eine einheitliche Vorgehensweise gibt es allerdings nicht. In den meisten Fällen wird der Patient gebeten, nach der Behandlung einen entsprechenden Nachweis vorzulegen oder die Zahlung direkt an das Krankenhaus zu leisten, oder letzteres stellt dem Versicherer den betreffenden Betrag in Rechnung.

Die medizinischen Einrichtungen einiger EU-Mitgliedstaaten verlangen eine Anzahlung durch den Patienten (z. B. Beträge von höchstens 300 EUR), sodass der Beitreibung der Beträge bei den Versicherungen keine maßgebliche Bedeutung zukommt. Andere verlangen von allen nicht

in der EU ansässigen Personen oder gegebenenfalls von einladenden Personen/Sponsoren, dass sie die Behandlung direkt bezahlen.

- **Unzureichende Daten, um zu ermitteln, ob Visuminhaber ihre Versicherung in Anspruch nehmen**

Bei der Erhebung personenbezogener Patientendaten können auch Informationen über die Staatsangehörigkeit erhoben werden. Die Aufenthaltsbedingungen (d. h. ob der Betreffende im Besitz eines Visums oder eines Aufenthaltstitels ist) im Falle von Personen, denen eine medizinische Behandlung zuteilwurde, werden nicht zentral erhoben, sondern möglicherweise in den betreffenden Krankenhäusern oder auf regionaler Ebene erfasst. Einige EU-Mitgliedstaaten haben Ad-hoc-Erhebungen zu ärztlich behandelten Nicht-EU-Staatsangehörigen durchgeführt, ohne jedoch zwischen Aufenthaltsbedingungen oder der Abdeckung medizinischer Behandlungen durch bilaterale Abkommen zu unterscheiden.

Drei EU-Mitgliedstaaten haben angegeben, dass an den Außengrenzen Stichprobenkontrollen durchgeführt werden, um zu überprüfen, ob Visuminhaber über eine gültige Versicherung verfügen. Einer der drei Mitgliedstaaten gibt an, dass das Fehlen einer Versicherungspolice zur Aufhebung des Visums führen kann, weil eine der Voraussetzungen für die Erteilung des Visums nicht mehr erfüllt ist.

- **Beitreibung unbeglichener Arztrechnungen**

Kein EU-Mitgliedstaat scheint bereichsübergreifende Vorschriften oder Leitlinien für die Beitreibung unbeglichener Krankenhausrechnungen anzuwenden. Dies ist unter anderem auf die dezentrale Organisation der Gesundheitsversorgung in den meisten EU-Mitgliedstaaten zurückzuführen, die es den einzelnen Einrichtungen überlässt, ihre eigene Vorgehensweise festzulegen.

Alle EU-Mitgliedstaaten bestätigen, dass die Beitreibung von Forderungen bei Einzelpersonen oder Versicherungsgesellschaften im Ausland äußerst schwierig (zeitaufwendig und kostspielig) ist.

In einigen EU-Mitgliedstaaten gibt es nationale „Rückversicherer“ in Form von dem Gesundheitsministerium unterstehenden staatlichen Stellen, die die Kosten der Krankenhäuser für unbeglichene Rechnungen decken, aber keine Handhabe haben, die betreffenden Forderungen bei dem Patienten oder dem Versicherer beizutreiben.

Mehrere EU-Mitgliedstaaten haben prozentuale Schätzwerte für unbeglichene Arztrechnungen für die Behandlung ausländischer Staatsangehöriger (ohne Unterscheidung nach Staatsangehörigkeit) angegeben, die von 10 % bis 60 % reichen, aber nur ein einziger Mitgliedstaat hat Daten über unbeglichene Arztrechnungen speziell von Inhabern eines Visums für einen kurzfristigen Aufenthalt aus einer Region des Landes übermittelt (65 %). Dieser EU-Mitgliedstaat gibt außerdem an, dass sich der Anteil unbeglichener Arztrechnungen für Nicht-EU-Staatsangehörige, die ohne Visum (und ohne Versicherung) in die EU reisen dürfen, auf

62 % beläuft. Vor diesem Hintergrund lässt sich nur schwer argumentieren, dass die Versicherungspflicht wirklich etwas bewirkt.

2. Aktueller Stand: kein klares Bild

Die Erfahrungen der EU-Mitgliedstaaten unterscheiden sich erheblich voneinander, was vor allem auf die unterschiedlichen Gesundheitssysteme zurückzuführen ist. Ärztliche Nothilfe wird überall geleistet, wobei die Kostendeckung zweitrangig ist. In einigen EU-Mitgliedstaaten umfassen bilaterale Gesundheitsabkommen mit Nicht-EU-Ländern medizinische Behandlungen, unabhängig davon, ob die betreffende Person versichert ist oder nicht. Die unterschiedlichen Situationen hängen auch davon ab, ob die Gesundheitsversorgung im Rahmen eines privatrechtlichen „Vertrages" erfolgt, direkt von staatlichen Einrichtungen geleistet wird oder ob es sich dabei um eine Kombination beider Modelle handelt, wobei der Staat der „Rückversicherer" ist. Die von den EU-Mitgliedstaaten geschätzten Beträge, auf die sich die unbeglichenen Arztrechnungen belaufen, weichen stark voneinander ab. Einige EU-Mitgliedstaaten halten das Problem für unerheblich und führen an, dass „Visuminhaber ihre Arztkosten bezahlen", ohne dies zu belegen. Andere halten diesen Aspekt für sehr problematisch, weil die Deckungsschwelle von 30 000 EUR unzureichend sei.

Da der Besitz einer Versicherung keine Einreisevoraussetzung darstellt und daher bei der Einreise nicht überprüft wird, gibt es keinen Beleg dafür, dass die Visuminhaber bei jeder Reise über eine geeignete Versicherung verfügen.

Außerdem ist die Erhebung genauer Daten über von Inhabern eines Visums für einen kurzfristigen Aufenthalt nicht beglichene Rechnungen schwierig und scheint nicht zu erfolgen. Die Gründe für (von Nicht-EU-Staatsangehörigen) nicht beglichene Rechnungen sind also nach wie vor nicht bekannt, und es sind eine Reihe von Fragen zu klären, darunter:

- Wie hoch ist der Anteil der Inhaber eines Visums für einen kurzfristigen Aufenthalt, bei denen während ihres Aufenthalts ärztliche Nothilfe geleistet werden muss und die nicht oder nicht ausreichend versichert sind?
- Kann ein unzureichender Versicherungsschutz dadurch erklärt werden, dass in der geltenden Rechtsgrundlage nicht klar festgelegt ist, welche Anforderungen erfüllt sein müssen, damit eine Versicherung als angemessen gilt?
- Ist die Deckungshöhe (30 000 EUR) zu niedrig, um alle Kosten zu decken?
- Was sind die Gründe für die Weigerung von Versicherungsgesellschaften, die entstandenen medizinischen Kosten zu decken?
- Warum bemühen sich medizinische Einrichtungen nicht um eine Beitreibung der Forderungen? Ist dies auf die geringe Erfolgsquote oder darauf zurückzuführen, dass letztendlich die zentralen Behörden die Verbindlichkeiten decken?

Ein weiterer, allerdings bedeutsamer Aspekt ist, dass es keine Belege dafür gibt, dass visumpflichtige Nicht-EU-Staatsangehörige bei der Gesundheitsversorgung andere Probleme

aufwerfen als Nicht-EU-Staatsangehörige, die ohne Visum in die EU reisen dürfen[8] (siehe oben). Daher ist es höchst fraglich, ob die unterschiedlichen Anforderungen für diese Kategorien von Reisenden gerechtfertigt sind.

In ihren Antworten argumentieren einige EU-Mitgliedstaaten, dass die Versicherungspflicht auch als Maßnahme zum Schutz von Reisenden angesehen werden sollte, die diesen zugutekommt, wenn sie während ihres Aufenthalts ärztliche Nothilfe benötigen. Dies sollte jedoch für alle Nicht-EU-Staatsangehörigen gelten, die in die EU reisen.

3. Auswirkungen der COVID-19-Pandemie

Infolge der COVID-19-Pandemie und der sich daraus ergebenden weltweiten Reisebeschränkungen stellten die Visastellen ihren Geschäftsbetrieb Ende März 2020 plötzlich nahezu vollständig ein, und viele Visuminhaber, die sich in den EU-Mitgliedstaaten aufhielten, waren nicht in der Lage, die EU bis zum Ablauf ihres Visums zu verlassen. Die Pandemie hat noch stärker verdeutlicht, dass die Wirksamkeit von Versicherungen dringend bewertet werden muss; daher wurden den Mitgliedstaaten folgende Fragen gestellt:

- *Welche Auswirkungen hat die derzeitige COVID-19-Pandemie? Haben Sie festgestellt, dass sich während des betreffenden Zeitraums etwas in Bezug auf die unbeglichenen Arztrechnungen geändert hat? Falls die entsprechenden Daten noch nicht vorliegen, geben Sie bitte an, wann dies der Fall sein wird.*
- *Welche Bestimmungen über Krankenversicherung und medizinische Behandlung gelten für Inhaber eines Visums für einen kurzfristigen Aufenthalt, die aufgrund der COVID-19-Pandemie länger als 90 Tage im Schengen-Raum bleiben müssen?*

Die Antworten der EU-Mitgliedstaaten auf diese Fragen fielen sehr ähnlich aus: Es ist noch zu früh, um festzustellen, ob die Pandemie Auswirkungen hatte, aber die geringe Zahl von (nicht visumpflichtigen oder visumpflichtigen) Reisenden aus Nicht-EU-Staaten lässt darauf schließen, dass es keine Auswirkungen geben wird. Die meisten EU-Mitgliedstaaten verlangten nicht, dass Personen, die ihren Aufenthalt unfreiwillig überzogen haben, eine Versicherung für ihren verlängerten Aufenthalt abschließen; während dieses Zeitraums erforderliche Notfallbehandlungen wurden durchführt. Personen, die während ihres verlängerten Aufenthalts andere medizinische Behandlungen benötigen, müssten die Kosten selbst tragen.

Im November 2020 begannen die EU-Mitgliedstaaten wieder, die wenigen weltweit gestellten Visumanträge zu bearbeiten, wobei sich ein versicherungsbezogener Aspekt mit unmittelbarem Bezug zur COVID-19-Pandemie ergeben hat. Die im April 2020 durchgeführten Stichprobenkontrollen haben gezeigt, dass mehrere große Versicherungsgesellschaften nun Versicherungspolicen mit speziellen Klauseln anbieten, die medizinische Kosten im Zusammenhang mit dem Ausbruch einer Epidemie oder einer Pandemie von der Deckung

[8] 2019 wurden rund 15 Millionen Visa für einen kurzfristigen Aufenthalt ausgestellt, von denen über 50 % Visa für die mehrfache Einreise waren. Im Vergleich dazu kam der Bericht über die technische Studie zu intelligenten Grenzen zu dem Schluss, dass die 2020 an den Außengrenzen erwarteten Grenzübertritte von nicht visumpflichtigen Nicht-EU-Staatsangehörigen mit 104 Millionen zu beziffern seien.

ausschließen oder nur teilweise decken. Ähnliche Tendenzen wurden auch von den Konsulaten der EU-Mitgliedstaaten gemeldet.

III. Die nächsten Schritte

In Bezug auf die Wirksamkeit der derzeitigen Versicherungspflicht ergibt sich kein schlüssiges Bild. Wie diesem Bericht zu entnehmen ist, fehlen einschlägige solide Daten, die es der Kommission ermöglichen würden, die Wirksamkeit der geltenden Vorschriften umfassend zu bewerten. Vieles deutet jedoch auf die Herausforderungen hin, vor denen die verschiedenen Akteure bei der Durchführung der Maßnahmen stehen. Die folgenden Schlussfolgerungen lassen sich bereits jetzt ziehen:

1) Es gibt keine Belege dafür, dass die derzeitige Versicherungspflicht die Gesundheitssysteme insofern erheblich entlastet, als sie die Bezahlung von Behandlungen gewährleistet, denn das Problem unbeglichener Rechnungen besteht nach wie vor. Darüber hinaus scheint die Beitreibung unbeglichener Krankenhausrechnungen ein beträchtliches Problem darzustellen, selbst wenn der Patient zum Zeitpunkt der Behandlung über eine Versicherung verfügt.

2) In ihrer derzeitigen Form weist die Versicherungspflicht folgende Schwachstellen auf:

   – Zeitpunkt der Vorlage des Nachweises (bei Einreichung des Visumantrags);

   – die weit gefassten, unklaren und möglicherweise veralteten Vorschriften über den Versicherungsschutz, die es Konsularbediensteten erschweren, die Konformität der Versicherung zu überprüfen;

   – der Umstand, dass der tatsächliche Besitz einer Versicherung nicht überprüft wird, wenn der Visuminhaber die EU-Grenze überschreitet.

3) Aus den von den EU-Mitgliedstaaten übermittelten Informationen geht hervor, dass das Fehlen gleichwertiger Anforderungen für nicht visumpflichtige Reisende Teil des Problems der unbeglichenen Krankenhausrechnungen sein könnte, da es keine Belege dafür gibt, dass visumpflichtige Nicht-EU-Staatsangehörige bei der Gesundheitsversorgung andere Probleme aufwerfen als Nicht-EU-Staatsangehörige, die ohne Visum in die EU reisen dürfen.

Es könnten mehrere Optionen für Folgemaßnahmen ins Auge gefasst werden:

– Akzeptieren der derzeitigen Situation ohne echten Nachweis von Vorteilen für die Gesundheitssysteme – trotz der bekannten Probleme für Visumantragsteller, der Herausforderung für die Konsulate, der inhärenten strukturellen Probleme und des Mangels an Daten, anhand deren beurteilt werden könnte, ob die Versicherungspflicht tatsächlich wie beabsichtigt Anwendung findet.

– Eingeständnis, dass die (vor 17 Jahren ausgearbeitete) Rechtsgrundlage veraltet ist und verbessert werden muss, um sicherzustellen, dass sie dem beabsichtigten Zweck entspricht, nämlich, dass Visuminhaber während ihres Aufenthalts über eine angemessene Versicherung verfügen – zum Beispiel durch Festlegung präziser politischer Anforderungen, auf die sich die Versicherer in ihrer Versicherungspolice

ausdrücklich beziehen müssen („garantierter Mindeststandard für EU-Reisekrankenversicherungen“). Die Bestimmungen könnten Folgendes umfassen: Standardzahlungsverfahren, um die Beitreibung der Kosten zu gewährleisten; die Möglichkeit eines erweiterten Versicherungsschutzes für Aufenthalte nach Ablauf des Visums aufgrund einer längeren Behandlung und die Möglichkeit eines kontinuierlichen Versicherungsschutzes für Inhaber eines Visums für die mehrfache Einreise („pay as you go“). Ein „Gütezeichen“ könnte die Konsulate – insbesondere nach vollständiger Digitalisierung des Visumverfahrens – in die Lage versetzen, zu überprüfen, ob die von den Visumantragstellern vorgelegten Versicherungspolicen die rechtliche Anforderung erfüllen.

– Anerkennung der Tatsache, dass visumpflichtige und nicht visumpflichtige Nicht-EU-Staatsangehörige in Bezug auf den Versicherungsschutz während ihres Aufenthalts in der EU nicht unterschiedlich behandelt werden sollten, und Erwägung, die Versicherungspflicht auf nicht visumpflichtige Reisende auszudehnen, wobei sicherzustellen wäre, dass die Konformität zu gegebener Zeit (d. h. zum Zeitpunkt der Reise) überprüft wird.

Um Klarheit hinsichtlich der Wirksamkeit der Versicherungspflicht und der etwaigen Notwendigkeit einer Überarbeitung der Rechtsgrundlage zu erlangen, beabsichtigt die Kommission, auf der Grundlage dieses Berichts eine Studie zur Erhebung weiterer Daten in Auftrag zu geben.