

Katja Lass

Die Gesundheitsreform in den Niederlanden – ein Vorbild für Deutschland?

Kostensteigerungen, Ineffizienz, wirkungslose Reformversuche – die Situation im Gesundheitswesen ist in vielen europäischen Staaten ähnlich. Die Niederländer legten jetzt ein neues Reformmodell für die Krankenversicherung vor. Seit Anfang 2006 ist dort eine Mischung aus Bürgerversicherung und Kopfpauschale in Kraft.

Dieser Beitrag gibt einen Überblick über die wichtigsten Elemente der niederländischen Reform, betrachtet die ersten Erfahrungen mit der Umsetzung und bewertet seine Vor- und Nachteile. Schließlich wird gefragt, ob das niederländische Modell Vorbild für eine deutsche Gesundheitsreform sein kann.

Die Reform in den Niederlanden

Vor dem Hintergrund einer Kostenexplosion bei den Krankenkassen beschloss die Mitte-Rechts-Regierung von Premierminister Jan Peter Balkenende eine umfangreiche Gesundheitsreform. Angestrebt werden mehr Wettbewerb und Transparenz, um die Kosten zu dämpfen und gleichzeitig mehr Qualität und Solidarität zu schaffen. Architekt der Reform ist der rechtsliberale Gesundheitsminister Hans Hoogervorst.

Die Elemente des Niederländischen Reformmodells

Die Niederländische Reform umfasst folgende Elemente mit Neuerungen für die Versicherten und Krankenversicherungen:

- allgemeine Versicherungspflicht für die gesamte Bevölkerung ab 1.1.2006
- Beiträge: einheitliche Basispauschale plus 6,5 % vom Erwerbseinkommen
- Zuschuss für sozial Schwache und Versicherung von Kindern aus Steuermitteln
- Leistungsumfang: Basisschutz erweiterbar um freiwillige Zusatzversicherungen
- freie Krankenkassenwahl, Wechsel jährlich möglich

Im Einzelnen sind die Neuerungen für die Versicherten folgendermaßen ausgestaltet: Im Zuge der allgemeinen Versicherungspflicht ab Januar 2006 muss jeder Niederländer eine einheitliche Basisversicherung abschließen. Dafür zahlen alle Versicherten eine Pauschale von etwa 92 Euro im Monat. Hinzu kommt ein einkommensabhängiger Beitrag von 6,5 Prozent des Bruttolohns, bis maximal 1 950 Euro im Jahr, den der Arbeitgeber in einen staatlichen Fonds zahlt. Für Selbständige ist der Beitrag ermäßigt auf 4,4 Prozent. Gering-

verdiener und Arbeitslose zahlen die gleiche Pauschale, erhalten aber Zuschüsse. Kinder werden aus dem staatlichen Fonds versichert.

Jeder Versicherte bestimmt den Leistungsumfang seiner Krankenversicherung selbst. Die Basisversicherung umfasst dabei nur grundlegende Leistungen wie die ambulante Versorgung mit eingeschränkter Arztwahl, bestimmte Arznei- und Hilfsmittel, Krankenhausbehandlung und Krankentransport, ambulante Rehabilitation und beschränkte zahnmedizinische Leistungen. Weitere Leistungen müssen selbst bezahlt oder über Zusatzversicherungen abgesichert werden.

Die Wahlfreiheit der Versicherten wurde gesetzlich verankert. Sie können ihre Krankenkasse frei wählen, ein Wechsel ist jährlich möglich (Diers-Lienke 2006; Gress/Wasem 2006).

Auch auf der Seite der Versicherungen wurden neue Konzepte umgesetzt. Die Elemente in der Übersicht:

- Privatisierung aller Krankenversicherungen: einheitliches System mit staatlicher Aufsicht
- Wettbewerb um Versicherte, niedrige Kosten und hohe Qualität
- Kontrahierungszwang: Akzeptanzpflicht, Risiko-selektion der Versicherten unzulässig
- morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich
- selektive Verträge mit den Leistungserbringern möglich

Die Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) arbeiten jetzt, wie die Privaten (PKV), nach dem privatwirtschaftlichen Prinzip. Die Wahl orientierte sich an der Mehrheit der in den Niederlanden vorherrschenden privaten Strukturen. Nun wird ein einheitlicher Versicherungsmarkt unter staatlicher Aufsicht geschaffen. Das soll den Wettbewerb um Versicherte, niedrige Kosten und hohe Qualität fördern. Um in diesem Wettbewerb Versicherte mit gesundheitlichen Risiken bei der freien Kassenwahl nicht zu benachteiligen, besteht für die Versicherer Kontrahierungszwang. Diese Akzeptanzpflicht erlaubt den Versicherungen keine Risiko-selektion etwa nach Alter, Geschlecht oder Gesundheitszustand. Sie gilt allerdings nur für die Basisversicherung. Um unterschiedliche Risikoprofile der Versicherungen auszugleichen, wird der zuvor eingeführte morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich im neuen System weitergeführt. Die Ausgleichszahlungen orientieren sich demnach am tatsächlichen Gesundheitszustand (den Morbiditätsrisiken) der Versicherten. Finanziert werden sie aus dem Fonds von Arbeitgeberbeiträgen und staatlichen Zuschüssen.

Die Leistungserbringer, z.B. Ärzte und Krankenhäuser, stehen im Wettbewerb um die Gunst der Krankenversicherungen. Die Versicherungen können mit ihnen selektive Verträge abschließen und Auflagen zur Kostensenkung, z.B. bei Arzneimittelverschreibungen, vereinbaren (Schulze Ehring 2006).

Erste Erfahrungen mit der Umsetzung

Ein halbes Jahr nach Inkrafttreten der Reform sind bereits erste Erfahrungen und Tendenzen sichtbar. Besonders überrascht hat, dass etwa ein Viertel der niederländischen Bürger, und damit weit mehr als erwartet, ihre Versicherung gewechselt hat. Ausschlaggebend waren dabei weniger die Preisunterschiede von höchstens 10 Euro monatlich, sondern eher die Pakete aus Basis- und Zusatzversicherungen, welche die meisten Arbeitgeber mit bestimmten Versicherungen für ihre Angestellten ausgehandelt hatten.

Ersten Untersuchungen zufolge klagen jedoch zwei Drittel der Niederländer über höhere Versicherungskosten. Betroffen sind vorwiegend ehemalige Kassenpatienten und Haushalte mit niedrigem Einkommen. Auch für Selbständige haben sich die Kosten stark erhöht, da sie die einkommensabhängige Prämie selbst aufbringen müssen (Schweighöfer 2006).

Auf der Seite der Versicherungen verlief die Umsetzung der Reform nicht reibungslos. Die Umstellung verursachte schon im Vorfeld großen Verwaltungsaufwand: Jedem Bürger musste ein Angebot vorgelegt werden, viele entschieden sich erst in letzter Minute. Selbst Monate später verlaufen Buchhaltung und Rechnungsverkehr teilweise noch chaotisch. Andererseits zeichnen sich tatsächlich erste Kostensenkungen ab. Hausärzte wiederum beklagen die ohnehin schon große und jetzt noch stärkere Macht der Versicherungsgesellschaften. Manche Ärzte befürchten, dass bei den Verträgen künftig allein auf den Preis und nicht auf die Qualität ihrer Leistung geachtet wird. Auch Verwaltung und Abrechnung würden komplizierter, bemängelt die Hausärzte-Vereinigung (Diers-Lienke 2006).

Die Vor- und Nachteile des Niederländischen Modells

Das Niederländische Modell ist mit Vor- und Nachteilen verbunden. Diese werden im Folgenden dargestellt.

Einheitliches Versicherungssystem und Wettbewerbsansatz fördern Effizienz

Eine große Chance liegt in dem einheitlichen Versicherungssystem. Der Staat gibt einheitliche Spielregeln für alle Krankenversicherungen vor. Unterschiede bei der Beitragshöhe und im Leistungsumfang zwischen GKV und PKV werden so tendenziell vermieden.

Die Akzeptanzpflicht für die Versicherer verhindert eine Risikoauswahl der Versicherten. Die um staatliche Zuschüsse für sozial Schwache ergänzte Versicherungspflicht gewährleistet, zumindest theoretisch, die einkommensunabhängige Versorgung der gesamten Bevölkerung mit Basisleistungen.

Der an der Morbidität, dem Gesundheitszustand der Versicherten, orientierte Risikostrukturausgleich zwischen den Kassen bietet den Vorteil, dass Gesunde und Kranke im Rahmen von Ausgleichszahlungen entsprechend unterschiedlich berücksichtigt werden. Dadurch können die Krankenkassen keine Beitrags- oder Wettbewerbsvorteile mehr durch die einseitige Bindung von gesunden Versicherten erreichen.

Zudem schafft der Wettbewerb zwischen den Kassen Anreize für die Mobilität der Versicherten. Sie können ihre Versicherung jährlich frei wählen und den Leistungsumfang selbst bestimmen. Das erhöht wiederum den Anreiz für mehr Kosteneffizienz und einen Qualitätswettbewerb zwischen den Versicherungen. Insgesamt bieten das einheitliche System der Krankenversicherung und der Wettbewerbsansatz die Chance von mehr Transparenz und Kosteneffizienz im Gesundheitssystem (siehe Gress 2006).

Tendenz steigender Kosten und Gefahr ungerechter Verteilungswirkungen

Doch das Niederländische Modell birgt auch Nachteile. Zu nennen ist beispielsweise die dauerhafte Ausgabenbelastung des Staates durch die Prämien-Zuschüsse für Geringverdiener. Schon heute sind etwa 60 Prozent der niederländischen Bevölkerung anspruchsberechtigt. Zudem ist noch nicht absehbar, wie sich die Höhe der Basisprämie entwickelt. Da die niederländischen Versicherer die Basisversicherung 2006 zunächst unter dem Selbstkostenpreis anbieten, rechnen Experten bereits für 2007 mit Preissteigerungen von bis zu 12 Prozent. (Schweighöfer 2006).

Ein weiterer Nachteil von Pauschalprämien ist ihre verteilungspolitische Wirkung. Besonders Familien mit mittlerem Einkommen und ältere Menschen werden durch einkommensunabhängige Prämien überproportional belastet. Entscheidend ist hier eine sinnvolle

Ausgestaltung der staatlichen Zuschüsse, um einen sozialen Ausgleich zu schaffen.

Bei den Zusatzversicherungen werden die sozialen Unterschiede noch sichtbarer. Menschen mit höherem Einkommen können sie sich eher leisten und erhalten so Zugang zu mehr Gesundheitsleistungen. Wer wenig verdient, spart an falscher Stelle. Auch Kranke sind benachteiligt, wenn sie Zusatzversicherungen abschließen wollen, die über den geringen Leistungsumfang der Basisversicherung hinausgehen. Die fehlende Akzeptanzpflicht erlaubt den Versicherern eine Risikoauswahl, die Prämien fallen entsprechend höher aus.

Auch wird von Verbraucherschützern bezweifelt, dass die Wahlfreiheit von allen Versicherten kompetent wahrgenommen werden kann (Diers-Lienke 2006). Die vielen Tarife sind unübersichtlich und der tatsächliche Umfang des Leistungspakets ist für viele Bürger nicht auf den ersten Blick erkennbar. Die Eigenverantwortung erfordert also aktive, gut informierte Verbraucher.

Ein Vorbild für Deutschland?

Auch Deutschland steht vor der großen Herausforderung, die dauerhafte Leistungsfähigkeit seines Gesundheitswesens durch stabile Finanzstrukturen zu sichern. Steigenden Ausgaben durch den medizinischen Fortschritt und die demografische Entwicklung stehen dabei sinkenden Einnahmen durch eine abnehmende Zahl an sozialversicherungspflichtig Beschäftigten gegenüber. Die heutigen Koalitionspartner haben vor der Bundestagswahl 2005 unterschiedliche Konzepte für eine Gesundheitsreform entwickelt: die „Bürgerversicherung“ der SPD und die „Kopfpauschale“ (später „Bürgerprämie“) von CDU/CSU, die sich nicht ohne weiteres vereinbaren lassen. Die Niederländische Reform wird nun als Vorbild für einen möglichen Kompromiss gesehen, kombiniert sie doch Elemente aus beiden Konzepten. Dennoch ist sie nicht einfach übertragbar.

Unterschiedliche Strukturen im System der Krankenversicherungen

Ein wesentliches Hindernis für eine Übertragbarkeit der niederländischen Reform auf das deutsche Gesundheitssystem sind die unterschiedlichen Strukturen der Krankenversicherung. Obwohl die Niederlande neben Deutschland das einzige europäische Land waren, in dem noch ein Dualismus von GKV und PKV existierte, gibt es deutliche Unterschiede.

Zum einen waren die Unterschiede zwischen GKV und PKV in den Niederlanden geringer. Zum anderen dominierten im Gegensatz zu Deutschland schon vor der Reform private Strukturen. Wer die Einkommensgrenze von ca. 33.000 Euro überschritt, konnte sich nur privat oder gar nicht versichern. Es gab auch keine freiwillig Versicherten bei den GKV. Das hat die einheitliche privatwirtschaftliche Organisation durch die Reform erleichtert.

Weiterhin waren im Gegensatz zu Deutschland einkommensunabhängige Pauschalbeiträge schon seit Ende der 1980er Jahre üblich. Sie betragen vor der aktuellen Reform bereits 15 Prozent der gesamten Beiträge. Die Leistungserbringer erhielten außerdem von allen Kassen einheitliche Vergütungen. Anstelle von unterschiedlichen Honoraren wie im deutschen System gab es einen Solidarbeitrag der Privaten an die Gesetzlichen, um vor allem den höheren Anteil von Pensionären bei den GKV auszugleichen (Robinson 2006).

Schließlich sind die PKV in den Niederlanden anders organisiert als die deutschen. Sie arbeiten nicht nach dem Kapitaldeckungsprinzip, sondern, wie die Gesetzlichen in Deutschland, nach dem Umlageverfahren. Die privat Versicherten sparen also mit ihren Beiträgen keine Altersrückstellungen an, deren Rückzahlung oder Mitnahme beim Wechsel der Versicherung kompliziert geregelt werden müsste (siehe Schulze Ehring 2006; siehe Rürup 2006)

Andere Reformtraditionen und gesellschaftliche Reformumfelder

Die niederländischen und deutschen Reformtraditionen in diesem Politikfeld unterscheiden sich. In den Niederlanden war die jetzt umgesetzte Gesundheitsreform nur ein weiterer Schritt in einer Reihe von Reformmaßnahmen seit Mitte der 1990er Jahre: Der Leistungskatalog wurde schon vorher verkleinert, den Versicherten wurde schrittweise mehr Eigenverantwortung abverlangt und die Kassen standen eher im Wettbewerb um Versicherte. In Deutschland sind Reformversuche in diese Richtung bislang erst später und zurückhaltender umgesetzt worden.

Erleichternd wirkte auch das gesellschaftliche Reformumfeld. In den liberaleren Niederlanden gab es im Vorfeld relativ wenig Aufmerksamkeit bei den Medien, Ärzten oder Versicherten. Das erleichterte Veränderungen und Einschnitte (Rabbatta/Blöß 2006). In Deutschland dagegen ist die Aufmerksamkeit der Medien und der Interessenvertreter groß. Die divergierenden Interessen erschweren es, neue Konzepte in die Praxis umzusetzen.

Schlussfolgerung

Mit ihrer Gesundheitsreform führt die niederländische Regierung Instrumente ein, die einen Kosten senkenden und Effizienz steigernden Wettbewerb im System der Krankenversicherung fördern sollen. Das Modell bietet für die deutsche Gesundheitsreform einige sinnvolle Elemente, die als Anregung dienen können. Dazu gehören:

- die allgemeine Versicherungspflicht
- die Zusammenführung von GKV und PKV in einem einheitlichen Versicherungsmarkt mit gleichen Wettbewerbsbedingungen
- der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich zwischen den Versicherungen
- die durch eine gesetzliche Akzeptanzpflicht abgesicherte Wahlmöglichkeit der Versicherten
- die steuerfinanzierte Mitversicherung von Kindern.

Für eine Übertragung dieser Elemente müssten jedoch die unterschiedlichen Ausgangsbedingungen im deutschen System der Krankenversicherungen beachtet werden. Für die deutsche Gesundheitsreform kann die niederländische daher nur zum Teil ein Vorbild sein.

Bibliographie

- Diers-Lienke, Claudia (2006): Niederlande: Turbulenter Auftakt, Deutsches Ärzteblatt, 24.3.2006.
- Döring, Diether/Dudenhöffer, Bettina/Herdt, Jürgen (2005): Europäische Gesundheitssysteme unter Globalisierungsdruck, Studie im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung, Wiesbaden.
- Gress, Stefan/Wasem, Jürgen (2006): Krankenversicherungsreform in den Niederlanden, Projekt im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung, Wiesbaden.
- Managerkreis der Friedrich-Ebert-Stiftung (2006): Empfehlung an die große Koalition: Eine Gesundheitsreform auf dem größten gemeinsamen Nenner, Thesenpapier, Berlin.
- Rabbatta, Samir/Blöß, Timo (2006): Reformvorbild Niederlande. Nur bedingt geeignet, Deutsches Ärzteblatt, 24.3.2006.
- Robinson, Alexander (2006): Vorbild Niederlande? Das Niederländische Modell, Rheinischer Merkur, 13.4.2006.
- Rürup, Bert (2006): Rürup fordert den großen Wurf bei der Gesundheitsreform, Handelsblatt, 19.6.2006.
- Schulze Ehring, Frank (2006): Die niederländische Gesundheitsreform 2006 aus deutscher Sicht, Verband der Privaten Krankenversicherung.
- Schweighöfer, Kerstin (2006): Gesundheitsreform in den Niederlanden – eine erste Bilanz, Rheinischer Merkur, 30.3.2006.