ECONSTOR
Make Your Publications Visible.

A Service of

ZBW Leibniz-Informationszentrum Wirtschaft
Leibniz Information Centre for Economics

Greß, Stefan; Manouguian, Maral; Wasem, Jürgen

Working Paper

Krankenversicherungsreform in den Niederlanden: Vorbild für einen Kompromiss zwischen Bürgerversicherung und Pauschalprämie in Deutschland?

Diskussionsbeitrag, No. 150

Provided in Cooperation with:
University of Duisburg-Essen, Institute of Business and Economic Studie (IBES)

Suggested Citation: Greß, Stefan; Manouguian, Maral; Wasem, Jürgen (2006) : Krankenversicherungsreform in den Niederlanden: Vorbild für einen Kompromiss zwischen Bürgerversicherung und Pauschalprämie in Deutschland?, Diskussionsbeitrag, No. 150, Universität Duisburg-Essen, Fachbereich Wirtschaftswissenschaften, Essen

This Version is available at:
https://hdl.handle.net/10419/32113

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.

WWW.ECONSTOR.EU

Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft

Diskussionsbeitrag aus dem

Fachbereich Wirtschaftswissenschaften

Universität Duisburg-Essen

Campus Essen

Nr. 150

Juli 2006

Krankenversicherungsreform in den Niederlanden Vorbild für einen Kompromiss zwischen Bürgerversicherung und Pauschalprämie in Deutschland?

Stefan Greß, Maral Manouguian, Jürgen Wasem

Lehrstuhl für Medizinmanagement Universität Duisburg-Essen

Inhalt

0 Kurzfassung ... 3
1 Einleitung ... 6
2 Krankenversicherung in den Niederlanden vor der Reform ... 7
3 Der Weg zur Reform ... 11
4 Krankenversicherung in den Niederlanden nach der Reform ... 15
4.1 Versicherungspflicht ... 15
4.2 Privatisierung der Krankenkassen ... 16
4.3 Finanzierungsreform ... 16
4.4 Gesundheitszuschuss ... 19
4.5 Mehr Wahlrechte für die Versicherten ... 21
4.6 Mehr Einfluss für die Krankenversicherer bei der Steuerung der Versorgung. ... 23
5 Erste Reformwirkungen ... 24
5.1 Finanzielle Auswirkungen der Reform ... 24
5.1.1 Auswirkungen auf den Staatshaushalt und Arbeitgeber ... 24
5.1.2 Auswirkungen auf die Kaufkraft der privaten Haushalte ... 25
5.2 Konsumentenmobilität ... 28
6 Übertragbarkeit auf Deutschland ... 31
6.1 Chancen und Risiken der Reform ... 31
6.2 Gesundheitsreform in Deutschland ... 33
7 Literatur ... 36

Tabellen und Abbildungen

Tabelle 1: Gesetzliche Belastungen der Privatversicherten vor der Reform 9

Tabelle 2: Vergütung von Hausärzten, Fachärzten und Krankenhäusern vor der Reform 14

Tabelle 3: Einkommensarten und einkommensabhängiger Beitrag..... 17

Tabelle 4: Einkommensunabhängiger Beitrag und Selbstbeteiligung 22

Abbildung 1: Krankenversicherung in den Niederlanden vor der Reform 7

Abbildung 2: Krankenversicherung in den Niederlanden nach der Reform..... 15

Abbildung 3: Finanzströme im neuen Krankenversicherungssystem der Niederlande 19

Abbildung 4: Gesundheitszuschuss und Einkommen 2006 20

Abbildung 5: Wahlmöglichkeiten der Versicherten..... 21

0 Kurzfassung

Das niederländische Krankenversicherungssystem besteht aus drei Säulen. Die erste Säule (Pflege- und Langzeitversicherung) und die dritte Säule (private Zusatzversicherung) wurden durch die Reform im Jahr 2006 im Grundsatz nicht verändert. Die Reform betrifft fast ausschließlich die zweite Säule. Vor der Reform bestand diese zweite Säule aus der sozialen Krankenversicherung und der privaten Krankenversicherung. Beschäftigte und Selbständige oberhalb einer Einkommensgrenze mussten die soziale Krankenversicherung verlassen und waren auf privaten Krankenversicherungsschutz angewiesen. Damit auch schlechte Risiken bezahlbaren privaten Krankenversicherungsschutz bekommen konnten, gab es gesetzlich vorgeschriebene private Standardpolicen mit einheitlichem Leistungsumfang und einer einheitlichen Prämie. Außerdem mussten die privat Krankenversicherten Ausgleichszahlungen an die soziale Krankenversicherung leisten.

Die zum 1.1.2006 beschlossene Reform ist Ergebnis eines langen Prozesses über mehrere Jahrzehnte. Anfang der neunziger Jahre ist die vorgesehene Zusammenlegung der ersten und zweiten Säule des Krankenversicherungssystems vor allem am Widerstand der Arbeitgeber und der privaten Krankenversicherer gescheitert. Trotz – oder vielleicht gerade wegen – des Scheiterns der Einführung eines einheitlichen Versicherungssystems blieb die Zusammenführung zumindest der zweiten Säule des niederländischen Krankenversicherungssystems auf der politischen Agenda. Verschiedene Kommissionen stellten fest, dass die Zweiteilung der zweiten Säule im niederländischen Krankenversicherungssystem nicht nur ungerecht sondern auch ineffizient sei.

Der Widerstand gegen die jüngsten Reformpläne des Gesetzgebers hielt sich im Gegensatz zu den massiven Widerständen gegen die Umsetzung der Reformpläne vor 15 Jahren in Grenzen. Erstens haben Interessengruppen in den Niederlanden insgesamt deutlich weniger Einfluss als noch Anfang der neunziger Jahre – was nicht zuletzt eine Lehre der Politik aus den teilweise gescheiterten Reformen war. Zweitens gab es eine Reihe von Interessengruppen, die das neue Krankenversicherungsgesetz nachdrücklich unterstützten – und keine Interessengruppen, die nachhaltig gegen das Gesetz opponierten. Drittens hat sich der Gesetzgeber erfolgreich bemüht, Einkommenseinbußen durch die Reform durch Maßnahmen wie die Erhöhung des Kindergelds und die Senkung von Unternehmenssteuern zu kompensieren.

Seit der Krankenversicherungsreform 2006 besteht daher die zweite Säule in der niederländischen Krankenversicherung aus einem einheitlichen Krankenversicherungssystem. Vormals soziale und vormals private Krankenversicherer konkurrieren im einheitlichen Versicherungs-

system untereinander. Die Wettbewerbsordnung (Kontrahierungszwang, Verbot risikoabhängiger Prämien, morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich) gilt für alle Krankenversicherer. Es gilt eine allgemeine Versicherungspflicht und die Krankenversicherer können den Versicherten unterschiedliche Tarife anbieten. Finanziert wird das System zu gleichen Teilen aus einkommensunabhängigen Beiträgen und aus einkommensabhängigen Beiträgen. Einen Teil davon finanziert der Staat, indem er die Beiträge für Kinder und Jugendliche sowie den Gesundheitszuschuss für Niedrigverdiener bezahlt.

Bei der Umsetzung der Reform hat der Gesetzgeber darauf geachtet, dass negative Einkommenskonsequenzen möglichst vermieden werden. Dazu wurden unter anderem die Unternehmenssteuern gesenkt, das Kindergeld wurde ebenso wie die Renten erhöht. Als Konsequenz werden die Arbeitgeber als Folge der Reform nicht belastet – aber auch nicht entlastet. Vier Fünftel der Haushalte in den Niederlanden – insbesondere solche mit Kindern – werden durch die Reform entlastet. Für das verbleibende Fünftel halten sich die Kaufkraftverluste in Grenzen. Zumindest im ersten Jahr der Reform hat der Staat durch die Finanzierung des Gesundheitszuschusses und der Beiträge für Kinder und Jugendliche keine zusätzlichen Ausgaben.

Geradezu dramatisch sind die Auswirkungen der Reform auf die Wechselbereitschaft der Versicherten. Etwa ein Fünftel aller Versicherten in den Niederlanden hat als Folge der Reform den Versicherer gewechselt – in der Regel über preisgünstige Gruppenverträge. Bei ihrem Wahlverhalten offenbarten die Versicherten in den Niederlanden ein hohes Sicherheitsbedürfnis. Tarife mit erhöhtem Selbstbehalt haben Versicherte nur sehr selten gewählt – und rund 95 Prozent aller Versicherten haben eine private Zusatzversicherung.

Die Chancen der Reform liegen vor allem in der Zusammenführung der sozialen und der privaten Krankenversicherung in ein einheitliches Versicherungssystem, in den zusätzlichen Wahlrechten für die Versicherten und den zusätzlichen Möglichkeiten der Krankenversicherer für die Steuerung der gesundheitlichen Versorgung. Die Risiken der Reform bestehen darin, dass die staatliche Finanzierung insbesondere des Gesundheitszuschusses in konjunkturell schwierigen Zeiten gefährdet ist, dass staatliche Regulierung von Preisen und Kapazitäten den Spielraum der Krankenversicherer weiterhin einengt und dass die öffentliche Regulierung privatrechtlich verfasster Krankenversicherer gegen Europarecht verstoßen könnte.

Ein wettbewerbliches Krankenversicherungssystem, das die Grenzen zwischen privater und sozialer Krankenversicherung überwindet, wird auch als Modell für die mittel- bis langfristige Entwicklung des deutschen Gesundheitssystems diskutiert. Es dürfte jedoch in Deutschland kurzfristig ebenso wenig gesundheitspolitisch durchsetzungsfähig sein wie ein Finanzierungs-

system, das sich aus einkommensunabhängigen Pauschalen der Versicherten finanziert. Die Positionen der Anhänger von Bürgerversicherung und Kopfpauschale scheinen unvereinbar. Nichtsdestoweniger lassen sich vor dem Hintergrund der niederländischen Erfahrungen mögliche Kompromisslinien zeichnen, die gleichzeitig die Nachhaltigkeit der Finanzierung in der gesetzlichen Krankenversicherung erhöhen, Ungleichheiten im Zugang zur gesundheitlichen Versorgung beseitigen, Effizienzreserven erschließen und darüber hinaus politisch kompromissfähig sind. Zu diesem Kompromiss zählen die folgenden vier Elemente:

1. Mischmodell aus einkommensunabhängigen und einkommensabhängigen Prämien

Ein solches Mischmodell („kleine Gesundheitspauschale“) wäre insbesondere ein Erfolg für Protagonisten der Gesundheitspauschale ohne dass die Versicherten übermäßig belastet werden würden. Es ist jedoch davon auszugehen, dass ein solches Mischmodell nur dann wünschenswert ist, wenn steuerliche Transfers vermieden werden können – der einkommensunabhängige Anteil der Prämie wie in den Niederlanden vor der Reform also vergleichsweise niedrig ist.

2. Beitragspflicht für weitere Einkunftsarten in der GKV

Die Beitragspflicht für weitere Einkunftsarten in der GKV würde zu einer verbesserten Nachhaltigkeit der GKV-Finanzierung führen. Die niederländischen Erfahrungen zeigen, dass der Beitragseinzug in einem solchen Modell durchführbar ist.

3. Einbezug der privaten Krankenversicherung in den Risikostrukturausgleich der gesetzlichen Krankenversicherung

Ähnlich wie im alten System der Niederlande könnten die Auswirkungen der Risikoselektion zu Gunsten der privaten Krankenversicherung und zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung durch Ausgleichszahlungen der privaten Krankenversicherung kompensiert werden.

4. Angleichung des Vergütungsniveaus in GKV und PKV

Die Angleichung des Vergütungsniveaus, wie sie in den Niederlanden schon vor der Reform in wesentlichen Teilen bestand, beseitigt die finanziellen Anreize für Ärzte, privat versicherte Personen bevorzugt zu behandeln. Angleichung bedeutet in diesem Falle, dass der Effekt auf die Vergütungen per saldo neutral ist. Das bedeutet gleichzeitig, dass die Vergütungen für GKV-Versicherte steigen und für PKV-Versicherte sinken.

1 Einleitung[1]

Die Große Koalition hat sich in ihrem Koalitionsvertrag noch nicht auf eine Reform des Gesundheitssystems einigen können. Hintergrund sind vor allem die konträren Positionen zur Bürgerversicherung (SPD) auf der einen Seite und zur Gesundheitspauschale (CDU/CSU) auf der anderen Seite. Zur Erzielung eines gesundheitspolitisch dringend notwendigen Kompromisses müssen die Koalitionsparteien von ihren Idealvorstellungen abrücken. Gefragt sind Reformmodelle, in denen sich beide Seiten inhaltlich wieder finden und die gleichzeitig Potenzial zur Lösung der gravierenden Probleme des Gesundheits- und Krankenversicherungssystems in Deutschland haben. Die im Januar 2006 erfolgte umfassende Reform des niederländischen Krankenversicherungssystems hat derzeit Konjunktur als Erfolg versprechendes und vor allem kompromissfähiges Reformmodell.[2] Eine Reihe von Kernelementen der Reform in den Niederlanden erscheinen auch in Deutschland grundsätzlich konsensfähig und sachgerecht.

Vor diesem Hintergrund wird mit dieser Expertise erstmals in Deutschland eine ausführliche Analyse der niederländischen Krankenversicherungsreform vorgelegt.[3] Zu Beginn der Arbeit wird zunächst in Abschnitt 2 kurz der Aufbau des niederländischen Krankenversicherungssystems vor den Reform beschrieben. Es folgt eine Analyse des gesundheitspolitischen Reformprozesses (Abschnitt 3) und eine Beschreibung der wesentlichen Reformelemente (Abschnitt 4). Besonders ausführlich werden Details der Finanzierungsreform, des steuerfinanzierten Gesundheitszuschusses und der neuen Wahlmöglichkeiten für die Versicherten analysiert. In Abschnitt 5 werden die Ergebnisse von Studien über erste Auswirkungen der Reform präsentiert – insbesondere im Hinblick auf die finanziellen Auswirkungen für öffentliche und private Haushalte sowie Arbeitgeber und die Veränderungen im Wechselverhalten der Versicherten. Abschnitt 6 diskutiert abschließend Chancen und Risiken der Reform in den Niederlanden und leitet Schlussfolgerungen für die deutsche Reformdiskussion ab.

---

[1] Die Erstellung dieses Beitrags wurde durch Forschungsmittel der Hans-Böckler-Stiftung gefördert.

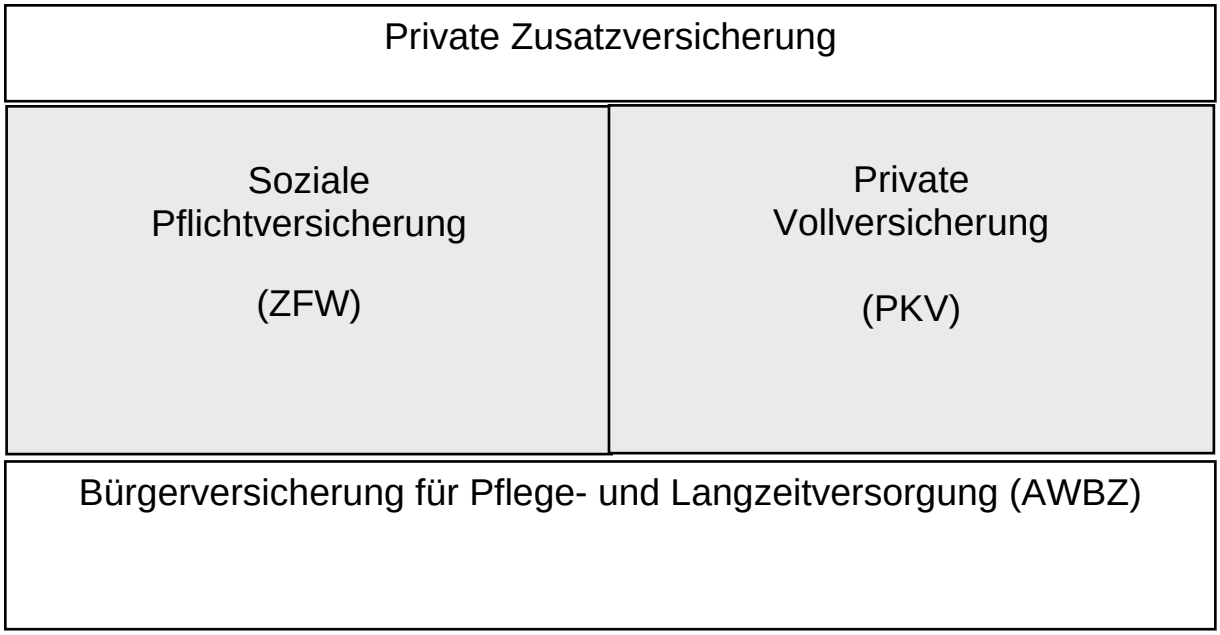
[2] Vgl. etwa in der Wirtschaftswoche vom 19.1.06: „Lernen beim Nachbarn - Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt will nach dem Vorbild der Niederlande das deutsche Gesundheitswesen reformieren."; Süddeutsche Zeitung vom 7.3.2006: „Zwischen Kopfpauschale und Bürgerversicherung", Ärzte-Zeitung vom 21.3.2006: „Die holländische Reform – kein paßgenaues Muster".

[3] Für eine kompakte Darstellung vgl. (Greß et al. 2005; Greß 2006)

2 Krankenversicherung in den Niederlanden vor der Reform

Das niederländische Krankenversicherungssystem besteht aus drei Säulen (vgl. Abbildung 1). Die erste Säule - die Pflege- und Langzeitversicherung (AWBZ) – ist für die gesamte Bevölkerung obligatorisch. In der AWBZ werden vor allem „große“ Risiken versichert - insbesondere ambulante und stationäre Pflegeleistungen, die psychiatrische Versorgung und stationäre Versorgung von über einem Jahr. Finanziert wird die AWBZ vor allem durch einkommensbezogene Beiträge, die ausschließlich von den Versicherten finanziert werden (13,45 Prozent im Jahr 2005). Die Beiträge für Beschäftigte werden vom Arbeitgeber eingezogen. Andere Versicherte entrichten die Beiträge für die AWBZ zusammen mit der Einkommensteuer. Kinder unter 15 Jahren und Personen ohne eigenes Einkommen werden beitragsfrei mitversichert. Da die AWBZ von der jüngsten Krankenversicherungsreform in den Niederlanden nicht betroffen ist, wird diese Säule der niederländischen Krankenversicherung im Rahmen dieser Arbeit nicht weiter untersucht.

Abbildung 1: Krankenversicherung in den Niederlanden vor der Reform



Quelle: Eigene Darstellung

Die zweite Säule der Krankenversicherung in den Niederlanden versichert die Akutversorgung. Die Reform der Krankenversicherung in den Niederlanden betrifft in erster Linie die zweite Säule – daher wird im weiteren Gang der Untersuchung fast ausschließlich auf die Veränderungen in der zweiten Säule Bezug genommen.

Bis Ende des Jahres 2005 waren Beschäftigte und Selbständige unterhalb der Berechtigungsgrenze (Jahreseinkommen von 33.150 Euro für Beschäftigte und 21.000 Euro für Selbständige

im Jahr) in der sozialen Krankenversicherung (ZFW) pflichtversichert. Die ZFW wurde durch einen Mix von einkommensabhängigen und einkommensunabhängigen Beiträgen finanziert. Der einkommensabhängige Beitrag betrug einheitlich 8,45 Prozent, wovon 6,75 Prozent durch die Arbeitgeber und 1,7 Prozent durch die Beschäftigten finanziert wurden. Diese Beiträge wurden vom Arbeitgeber nicht direkt an die Krankenkassen, sondern an eine allgemeine Kasse abgeführt. Aus der allgemeinen Kasse erhielten die untereinander konkurrierenden Krankenkassen risikoadjustierte Zahlungen. Die Krankenkassen haben drüber hinaus unterschiedlich hohe einkommensunabhängige Prämien direkt von ihren Versicherten erhoben (im Durchschnitt 350 Euro pro Jahr im Jahr 2005).

Überschritten die ZFW-Versicherten mit ihrem Einkommen die Berechtigungsgrenze, mussten sie die soziale Krankenversicherung verlassen. Diese Personen konnten sich im Anschluss in der privaten Krankenvollversicherung versichern. Diesen zwangsweise aus der ZFW ausscheidenden Versicherten mussten die privaten Krankenversicherer neben den risikoäquivalent kalkulierten Prämien aufgrund gesetzlicher Regelungen auch so genannte Standardpolicen anbieten. Der Leistungsumfang dieser Standardpolicen orientierte sich am Leistungspaket der sozialen Krankenversicherung. Die gesetzlich festgelegten Prämien für die Standardpolicen betrugen im Jahr 2005 110,50 Euro (Personen unter 65 Jahre) bzw. 142 Euro (Personen über 65 Jahre) pro Monat. Die Differenz zu den tatsächlichen Gesundheitsausgaben für Versicherte mit Standardpolicen wurde durch die Gesamtheit der privat Versicherten unter 65 Jahren finanziert. 15 Prozent der rund 6 Millionen privat Versicherten in den Niederlanden hatten eine solche Standardpolice. Für alle anderen privat Versicherten kalkulierten die privaten Krankenversicherer risikoäquivalente Prämien im kohortenspezifischen Umlageverfahren.[4] Hatte ein Versicherter einen privaten Versicherungsvertrag abgeschlossen, war ein Wechsel zu einem anderen Anbieter möglich. Allerdings hatten die Versicherten dann keinen Anspruch mehr auf den Zugang zu Standardpolicen.

Vor der Reform mussten die privaten Krankenversicherer bzw. die privat Krankenversicherten in den Niederlanden sich an der Finanzierung der ZFW beteiligen, um den höheren Anteil von älteren Versicherten (über 65 Jahren) in der ZFW zu kompensieren. Im Jahr 2005 flossen so etwa 500 Mio. € von den Privatversicherten an die ZFW. Die Zahlungen wurden gemein-

[4] Kohortenspezifisches Umlageverfahren bedeutet, dass die Ausgaben innerhalb einer Altersgruppe in einem gegebenen Jahr durch die Einnahmen in dieser Altersgruppe im gleichen Jahr finanziert werden müssen. Es wurden keine Alterungsrückstellungen gebildet.

sam mit den einkommensabhängigen Beiträgen und dem Staatszuschuss über die allgemeine Kasse an die Krankenkassen verteilt.

Tabelle 1 fasst die Belastung der privat Versicherten mit regulären Policen durch die Mitfanzierung der Standardpolicen und die Ausgleichszahlungen an die ZFW zusammen.

Tabelle 1: Gesetzliche Belastungen der Privatversicherten vor der Reform

	Standardpolicen	Ausgleichzahlungen	Gesamt
Versicherte unter 20 Jahren	202,20 €	64,80 €	265,00 €
Versicherte von 20 Jahren bis 64 Jahren	404,40 €	129,60 €	534,00 €
Versicherte ab 65 Jahren	-	103,68 €	103,68 €

Alle Angaben pro Versichertem mit regulären Policen pro Jahr
Quelle: (Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport 2005)

Die Arbeitgeber waren nicht gesetzlich dazu verpflichtet, Zuschüsse zu den privaten Krankenversicherungsprämien ihrer Beschäftigten zu zahlen – taten dieses aber oftmals auf der Grundlage von Tarifverträgen, Betriebsvereinbarungen oder Vereinbarungen in individuellen Arbeitsverträgen. Im Jahr 2005 bekamen rund 75 Prozent aller privat versicherten Beschäftigten einen Arbeitgeberzuschuss. Dieser betrug im Durchschnitt 56 Prozent der privaten Krankenversicherungsprämie einschließlich der Zusatzbelastungen in Tabelle 1. Etwa 45 Prozent der privat versicherten Rentner erhielten einen Arbeitgeberzuschuss in Höhe von durchschnittlich etwa 40 Prozent der Krankenversicherungsprämien. Für die Arbeitgeber machten die Zuschüsse zur privaten Krankenversicherung knapp ein Prozent der Lohnsumme aus (CPB - Centraal Planbureau 2005b).

Die dritte Säule der Krankenversicherungen in den Niederlanden – die private Krankenzusatzversicherung – hat durch Leistungsausgliederungen in der ZFW in den letzten Jahren deutlich an Bedeutung gewonnen (Greß / Groenewegen 2004). Zusatzversicherungen wurden auch durch private Tochtergesellschaften der Krankenkassen angeboten. Der Leistungsumfang war und ist nicht gesetzlich festgelegt. Die Prämien werden risikoäquivalent kalkuliert. Im Gegensatz zur ZFW waren auch Krankenkassen nicht dazu verpflichtet, jeden Antragsteller für eine private Zusatzversicherung zu akzeptieren. Die privaten Zusatzversicherungen sind durch die Reform nicht direkt betroffen, da sich am Umfang des Leistungskatalogs durch

die Reform nichts geändert hat. Allerdings müssen seit 2006 auch die vormals privat Versicherten im Bedarfsfall solche Zusatzversicherungen separat abschließen. Vor der Reform gab es in der privaten Vollversicherung keine Unterscheidung zwischen Basis- und Zusatzversicherung.

3 Der Weg zur Reform

Die Reform des oben beschriebenen Krankenversicherungssystems – auf die in den nächsten Abschnitten genauer einzugehen sein wird – ist Ergebnis eines langen Prozesses über mehrere Jahrzehnte.[5] Ende der achtziger Jahre und Anfang der neunziger Jahre ist eine erste umfassende Reform des Krankenversicherungssystems teilweise gescheitert (vgl. ausführlich und für weitere Literatur: Greß 2002). Die vorgesehene Zusammenlegung der ersten und zweiten Säule des Krankenversicherungssystems scheiterte am Widerstand vor allem der Arbeitgeber und der privaten Krankenversicherer. Zentraler Konfliktgegenstand war die Höhe des Anteils der Gesundheitsausgaben, der durch einkommensunabhängige Beiträge der Versicherten finanziert werden sollte.[6]

Die wettbewerbsorientierten Reformen, die letztlich umgesetzt wurden, führten zwar nicht zu einer Integration des Krankenversicherungssystems. Allerdings näherten sich private und soziale Krankenversicherer durch intensive Kooperationen auf dem Krankenversicherungsmarkt – z. B. beim Angebot privater Zusatzversicherungen – einander stark an. Dies führte auch dazu, dass private und soziale Krankenversicherer seitdem ihre Interessen in einem gemeinsamen Spitzenverband vertreten (Zorgverzekeraars Nederland, ZN). Erleichtert wurde diese Kooperation dadurch, dass es in den Niederlanden keinen Wettbewerb um Vollversicherte zwischen sozialer und privater Krankenversicherung gab. Bei Überschreiten der Berechtigungsgrenze mussten Beschäftigte und Selbständige die soziale Krankenversicherung zwingend verlassen und hatten keine Möglichkeit zur Wahl zwischen den beiden Versicherungssystemen.

Die Verzahnung zwischen privater und sozialer Krankenversicherung war auch durch verschiedene andere gesetzliche Regelungen enger als sie etwa in Deutschland ist. Im vorigen Abschnitt wurden bereits die Ausgleichszahlungen und die Standardpolicen angesprochen. Im Jahr 2005 waren etwa 15 Prozent aller Privatversicherten Inhaber von Standardpolicen.

---

[5] Dies hat auch der niederländische Gesundheitsminister Hoogervorst bei der Vorstellung der niederländischen Reform auf dem Hauptstadtkongress 2006 in Berlin betont. Vgl. http://www.minvws.nl/en/nieuwsberichten/staf/2006/germany-greatly-interested-in-dutch-healthcare-system.asp

[6] Ursprünglich sollten 25 Prozent aller Ausgaben der Krankenversicherer durch eine einkommensunabhängige Beitragskomponente finanziert werden. Dieser Anteil war den regierenden Sozialdemokraten und den Gewerkschaften zu hoch. Letztendlich wurde gegen den Widerstand der Arbeitgeber ein Anteil von 15 Prozent gesetzlich festgelegt.

Gleichzeitig wurden für die Inhaber von Standardpolicen ungefähr 30 Prozent aller Ausgaben der privaten Krankenversicherer fällig.

Bei der Gestaltung des Standardpolicen (Preis und Leistungsumfang) hatten die privaten Krankenversicherer keinerlei Gestaltungsspielraum. Insofern waren diese Standardpolicen ein Fremdkörper im System der privaten Krankenversicherung, die üblicherweise Preise und Leistungen der Policen relativ frei – im Rahmen aktuarischer Grundsätze – variieren können. Tatsächlich hatten die sozialen Krankenversicherer sogar mehr Wirtschaftlichkeitsanreize für die Steuerung der gesundheitlichen Versorgung als die Privatversicherer im Rahmen der Standardpolicen. Der Grund liegt darin, dass die Defizite der Standardpolicen über einen reinen Ausgabenausgleich refinanziert werden. Erwirtschafteten die sozialen Krankenversicherer Defizit, so wurden diese nur zu einem Teil über einen Ausgabenausgleich refinanziert.[7] Der verbleibende Teil musste entweder aus Rücklagen oder Beitragserhöhungen finanziert werden.

Trotz – oder vielleicht gerade wegen – des Scheiterns der Einführung eines einheitlichen Versicherungssystems blieb die Zusammenführung zumindest der zweiten Säule des niederländischen Krankenversicherungssystems auf der politischen Agenda. Ausgangspunkt der Reform war ein Gutachten des SER (Sociaal-Economische Raad) im Auftrag des Gesundheitsministeriums vom Dezember 2000. Der SER ist drittelparitätisch aus Vertretern der Arbeitgeber, der Beschäftigten und unabhängigen Sachverständigen zusammengesetzt. Der SER stellte – wie schon andere Kommissionen in vorhergehenden Gutachten – fest, dass die Zweiteilung der zweiten Säule im niederländischen Krankenversicherungssystem nicht nur ungerecht sondern auch ineffizient sei. Wesentliche Merkmale der letztendlich umgesetzten Reform finden sich in den Empfehlungen des Rates wieder (SER - Sociaal-Economische Raad 2000):

- Einheitliches Versicherungssystem in der zweiten Säule
- Versicherungspflicht für die Gesamtbevölkerung
- Privatisierung der Krankenkassen
- Wählbare Selbstbehalte für die Versicherten

[7] Dieser Anteil liegt bei knapp unter 50 Prozent. Die Höhe dieses Anteils hat sich durch die Reform nicht verändert (Schut/van de Ven 2005).

- Steuerfinanzierter Gesundheitszuschuss
- Mehr Vertragswettbewerb
- Kompensation negativer Einkommenseffekte

Nach der Bildung der christdemokratisch-liberalen Regierung unter Premierminister Balkenende und mit dem Gesundheitsminister Hoogervorst im Sommer 2003 wurden die im Gesundheitsministerium bereits vorbereiteten Pläne relativ zügig und erfolgreich umgesetzt. In zwei wesentlichen Punkten wichen die Regierungspläne jedoch von den Empfehlungen des Rates ab. Der Rat empfahl auch, dass eine Finanzierung des einheitlichen Versicherungssystems ausschließlich über Pauschalen erfolgen sollte. Außerdem sollte der Risikostrukturausgleich auf die Ausgleichsfaktoren Alter und Geschlecht beschränkt werden. Beiden Empfehlungen ist der Gesetzgeber nicht gefolgt. Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich wurde auf alle Krankenversicherer ausgedehnt und der Anteil der einkommensunabhängigen Beitragskomponente auf 50 Prozent der Ausgaben der Krankenversicherer beschränkt (vgl. Abschnitt 4).

Die Vorbereitungen für das Gesetz wurden im Jahr 2004 beendet, im Laufe des Jahres 2005 wurde das Gesetz von beiden Kammern der niederländischen Legislative verabschiedet. Seit 1. Januar 2006 sind die Regelungen des Gesetzes in Kraft. Der Widerstand gegen die Reformpläne hielt sich im Gegensatz zu den massiven Widerständen gegen die Umsetzung der Reformpläne vor 15 Jahren in Grenzen. Erstens haben Interessengruppen in den Niederlanden insgesamt deutlich weniger Einfluss als noch Anfang der neunziger Jahre – was nicht zuletzt eine Lehre der Politik aus den teilweise gescheiterten Reformen war. Zweitens gab es eine Reihe von Interessengruppen, die das neue Krankenversicherungsgesetz nachdrücklich unterstützten. Die in den Niederlanden gut organisierten und politisch einflussreichen Patienten- und Konsumentenorganisationen unterstützen die Reformpläne wegen der zusätzlichen Wahlmöglichkeiten für die Versicherten. Der gemeinsame Dachverband von privaten Krankenversicherern und Krankenkassen unterstützte die Reform, weil sie den Krankenversicherern mehr Steuerungsmöglichkeiten in der gesundheitlichen Versorgung einräumte.

Die oppositionellen Sozialdemokraten akzeptierten die Reform trotz der hohen einkommensunabhängigen Beitragskomponente. Auch die privaten Krankenversicherer und die Arbeitgeber – wesentliche Opponenten der letzten Reform – legten keinen Einspruch gegen die Reform ein. Die privaten Krankenversicherer waren – und sind – in den Niederlanden weniger am Abschluss von Krankenversicherungspolicen selbst interessiert als vielmehr am Cross-Selling anderer Produkte. Außerdem kalkulierten die privaten Krankenversicherer in den Nie-

derlanden vor der Reform nicht mit Alterungsrückstellungen, so dass die Umstellung auf risikounabhängige Beiträge im Umlageverfahren relativ reibungslos möglich war. Die Arbeitgeber wurden für zusätzliche Belastungen durch die Reform durch eine Senkung der Unternehmenssteuern entschädigt (vgl. Abschnitt 5) – konnten aber ihre Forderung einer vollständigen Umstellung auf einkommensunabhängige Beiträge nicht durchsetzen. Zumindest neutral verfolgten die Leistungserbringer die Reformdebatte. Das lag vor allem daran, dass es vor der Reform wenig Unterschiede in der Vergütung von Patienten in Abhängigkeit vom Versicherungsstatus gab (vgl. Tabelle 2). Dies wird auch in einer OECD-Studie zu den Auswirkungen privater Krankenversicherung hervorgehoben: "…the Dutch public/private health financing mix is designed to channel patients towards the same type of care irrespective of their insurance status (OECD 2004: 184)"

Unterschiede gab es nur beim Vergütungssystem für Hausärzte und nicht bei der Vergütung von Fachärzten und Krankenhäusern. Daher mussten die Leistungserbringer keine Einkommenseinbußen durch ein einheitliches Versicherungssystem befürchten.

Tabelle 2: Vergütung von Hausärzten, Fachärzten und Krankenhäusern vor der Reform

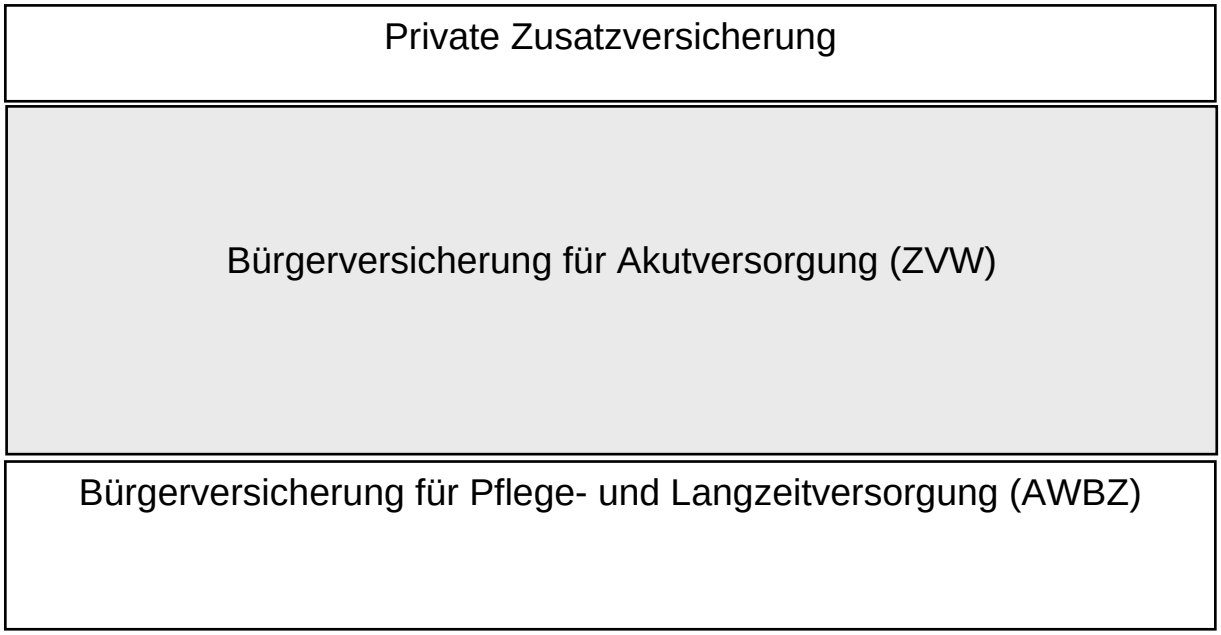
	Soziale Krankenversicherung	Private Krankenversicherung
Hausärzte	Kopfpauschale	Einzelleistungsvergütung
Fachärzte und Krankenhäuser	Fallpauschalen Mengenbegrenzung Keine Unterschiede im Preis pro Fallpauschale	

Quelle: Eigene Zusammenstellung nach (Schut / van de Ven 2005)

4 Krankenversicherung in den Niederlanden nach der Reform

Zentrales Ziel der Reform war es, eine einheitliche zweite Säule im niederländischen Krankenversicherungssystem zu schaffen (vgl. Abbildung 2). Die erste Säule (AWBZ) und die dritte Säule (private Zusatzversicherung) sind von der Reform nicht betroffen.

Abbildung 2: Krankenversicherung in den Niederlanden nach der Reform



Quelle: Eigene Darstellung

In diesem Abschnitt werden die zentralen Reformmaßnahmen des neuen Krankenversicherungsgesetzes (ZVW, Zorgverzekeringswet) näher beschrieben.

4.1 Versicherungspflicht

Alle Einwohner der Niederlande müssen sich versichern. Gleichzeitig dürfen die Krankenversicherer keinen Antragsteller ablehnen. Die neue Aufsichtsbehörde NZa (Nederlandes Zorgautoriteit) verfügt zwar über Daten von allen Versicherten (Geburtsjahr, Art der abgeschlossenen Versicherung, Versicherungsgesellschaft). Es ist jedoch explizit nicht die Aufgabe der Nza zu kontrollieren, inwiefern jeder Bürger tatsächlich eine Krankenversicherung abgeschlossen hat - und der Gesetzgeber hat auch keine andere Institution mit dieser Aufgabe betraut. Selbst bei Bezug des Gesundheitszuschusses (vgl. Abschnitt 4.4) wird nicht kontrolliert, inwieweit die Empfänger die erhaltenen Zahlungen tatsächlich für die monatliche Prämie verwendet werden. Dementsprechend ist jeder Bürger für seinen eigenen Krankenversicherungsschutz selbst verantwortlich. Für den Krankenversicherungsschutz von Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren wie auch für entmündigte Erwachsene sind die Eltern bzw. der Vormund

verantwortlich. Lediglich Bürger, die moralische Vorbehalte gegen Versicherungen im Allgemeinen hegen, sind von der Versicherungspflicht befreit.

Bei einer Nichteinhaltung der Versicherungspflicht müssen die Betroffenen im Krankheitsfall die gesamten anfallenden Kosten tragen. Alternativ haben sie auch einen Anspruch auf den sofortigen Abschluss einer Krankenversicherung. In diesem Fall kann der betroffenen Krankenversicherer den Versicherungsschutz nicht verwehren. Allerdings kann der Krankenversicherer eine Strafzahlung in Höhe von 130 Prozent des einkommensunabhängigen Beitrags über die nicht krankenversicherte Zeitperiode verlangen. Diese Strafzahlung können die betroffenen Krankenversicherer bis zu fünf Jahren rückwirkend erheben.

4.2 Privatisierung der Krankenkassen

Die Unterscheidung zwischen privaten Krankenversicherern und Krankenkassen ist entfallen. Alle Regelungen des ZVW gelten für alle Krankenversicherer - sowohl für die ehemaligen Krankenkassen als auch für vormals private Krankenversicherer. Alle Krankenversicherer müssen von der niederländischen Nationalbank zugelassen werden. Die Genehmigungspflicht durch das Gesundheitsministerium entfällt. Neu ist vor allem die funktional gegliederte einheitliche Aufsicht für alle Krankenversicherer. Die Nationalbank überwacht die Liquiditätsanforderungen, die nationale Wettbewerbsbehörde überwacht die Einhaltung des Wettbewerbsrechts und die neu gegründete NZa überwacht hauptsächlich, ob den Versicherten ausreichende und korrekte Informationen von den Krankenversicherern zur Verfügung gestellt werden (Boelema 2006).

Diese Neuregelung bedeutet für die Krankenkassen vorerst keine Änderung der Rechtsform, da sie ohnehin als Versicherungsgesellschaften auf Gegenseitigkeit firmierten. Ändern die vormaligen Krankenkassen jedoch innerhalb von zehn Jahren ihre Rechtsform in gewinnorientierte Kapitalgesellschaften, dann müssen sie die vor der Reform erwirtschafteten Rücklagen zurückzahlen. Im Gegensatz zur Situation vor der Reform schließen jedoch nun alle Krankenversicherer privatrechtliche Verträge mit ihren Versicherten. Der Rechtsschutz wird durch Zivilgerichte gewährt (Walser 2006).

4.3 Finanzierungsreform

Eine der zentralen Reformmaßnahmen im neuen Krankenversicherungsgesetz ist die Finanzierungsreform. Diese Finanzierungsreform besteht aus zwei zentralen Elementen. Erstens wurde das Verhältnis aus einkommensabhängigen Beiträgen und einkommensunabhängigen Beiträgen neu definiert. Zweitens übernimmt der Staat zukünftig die Finanzierung der Beiträ-

ge für Kinder unter 18 Jahren. Beide Maßnahmen gelten sowohl für die ehemals ZFW-Versicherten als auch für die ehemals privat Versicherten.

Einkommensabhängige Beiträge sollen zukünftig die Hälfte der Ausgaben der Krankenversicherer finanzieren. Der einkommensabhängige Beitrag wird mit einem Prozentsatz von 4,40 Prozent oder 6,50 Prozent auf sämtliche in Tabelle 3 aufgeführten Einkommensarten angewendet. Die Beitragssätze sind für alle Versicherten einheitlich und werden jährlich zum Jahresende für das Folgejahr vom Gesundheitsministerium festgelegt. Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren mit eigenem Einkommen müssen ebenfalls einen einkommensabhängigen Beitrag entrichten.

Tabelle 3: Einkommensarten und einkommensabhängiger Beitrag

Einkommensart	**Prozentsatz**
Einkommen aus unselbständiger Arbeit	6,50%
Gesetzliche Rente	6,50%
Unterstützungszahlungen (Arbeitslosigkeit, Berufsunfähigkeit, Sozialhilfe für unter 65-jährige)	6,50%
Einkommen aus selbständiger Arbeit	4,40%
Einkommen aus Kapitalvermögen	4,40%
Sozialhilfe für über 65-jährige	4,40%
Private Rente	4,40%

Quelle: www.belastingdienst.nl/variabel/zorgverzekeringswet

Grundsätzlich gilt für Beschäftigte und Selbständige eine einheitliche Beitragsbemessungsgrenze von 30.015 Euro. Der maximale einkommensabhängige Beitrag beträgt damit für Beschäftigte 1.950 Euro pro Jahr (6,5 Prozent von 30.015 Euro) und für Selbständige 1.320 Euro pro Jahr (4,4 Prozent von 30.015 Euro). Beiträge auf Einkommen aus unselbständiger Arbeit werden vom Arbeitgeber finanziert und an die allgemeine Kasse abgeführt. Die vom Arbeitgeber finanzierten Beiträge sind für die Beschäftigten steuerpflichtig.

Haben Versicherte mehrere beitragspflichtige Einkommensarten, kann der Prozentsatz des einkommensabhängigen Beitrags variieren. Beispiel: Beim Bezug von staatlicher Rente (6,50 Prozent einkommensabhängiger Beitrag) und gleichzeitigem Bezug von privater Rente (4,40 Prozent einkommensabhängiger Beitrag) wird zuerst die Einkommensart mit dem höheren Satz und erst danach die Einkommensart mit dem niedrigeren Beitragssatz bei zum Maximalbeitrag von 1.950 Euro verbeitragt. Ähnlich ist es beim gleichzeitigen Bezug von Einkommen aus unselbständiger Arbeit und von Einkommen aus Kapitalvermögen.

Folgendes Rechenbeispiel verdeutlicht diesen Sachverhalt: Ein Angestellter hat ein Jahreseinkommen von 25.000 Euro und bezieht zusätzlich ein Einkommen von 15.000 Euro pro Jahr aus einer Unternehmensbeteiligung. Auf sein Jahreseinkommen von 25.000 Euro zahlt der Angestellte über den Arbeitgeber den steuerpflichtigen einkommensabhängigen Beitrag von 6,50 Prozent (6,50% * 25.000 Euro = 1.625 Euro). Der maximale Betrag des einkommensabhängigen Beitrags von 1.950 Euro ist jedoch noch nicht erreicht, sondern es sind noch 325 Euro (1.950 Euro - 1.625 Euro) zu entrichten. Von dem Einkommen aus einer Unternehmung von 15.000 Euro wird der einkommensabhängige Beitrag von 4,40% bis 325 Euro durch das Finanzamt an die allgemeine Kasse abgeführt (zur allgemeinen Kasse – die es in den Niederlanden schon vor der Reform gab – vgl. auch Abschnitt 2).

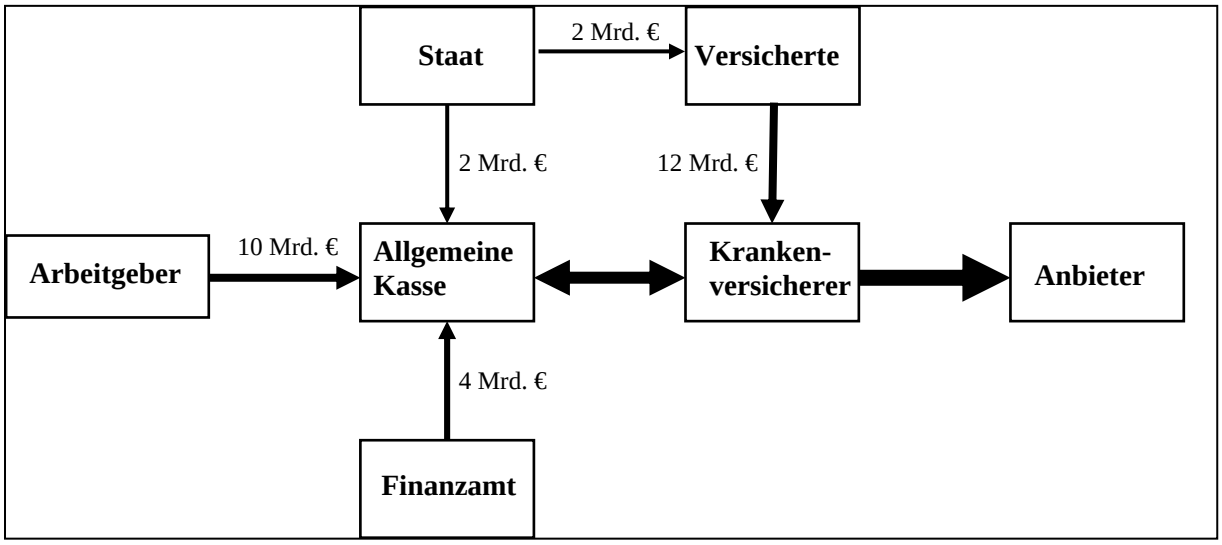
Rentnern wird von der staatlichen Rente der einkommensabhängige Beitrag von 6,50 Prozent durch den Rentenversicherungsträger einbehalten und an die allgemeine Kasse abgeführt. Die negativen Einkommenseffekte dieses Schrittes wurden durch eine Rentenerhöhung zum 1.1.2006 kompensiert. Bei einer zusätzlichen privaten Rentenversicherung werden 4,40 Prozent als einkommensabhängiger Beitrag einbehalten und an die allgemeine Kasse abgeführt. Für Arbeitslose und Berufsunfähige führen die entsprechenden Versicherungsträger einen einkommensabhängigen Beitrag von 6,5 Prozent ab. Eine ähnliche Regelung gilt für Sozialhilfeempfänger.

Im Gegensatz zum einkommensabhängigen Beitrag wird die Höhe der einkommensunabhängigen Beitragskomponente nicht vom Gesundheitsministerium sondern vom einzelnen Krankenversicherer festgesetzt und unterscheidet sich daher von Krankenversicherer zu Krankenversicherer. Im Durchschnitt beträgt dieser zentrale Wettbewerbsparameter der Krankenversicherer im Jahr 2006 etwa 1.050 Euro pro Jahr. Dieser Betrag muss mit Ausnahme von Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren (Finanzierung durch den Staat) von ausnahmslos allen Versicherten aufgebracht werden und fließt direkt an den jeweiligen Krankenversicherer. Unter bestimmten Voraussetzungen erhalten Personen mit niedrigem Einkommen einen staatlichen Zuschuss (vgl. Abschnitt 4.4).

Abbildung 3 fasst die Finanzströme im neuen Krankenversicherungssystem der Niederlande zusammen. Es wird deutlich, dass alle einkommensabhängigen Beiträge in die allgemeine Kasse fließen, in die auch der Staat die Beiträge für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahre einzahlt. Aus diesem „Gesundheitsfonds“ fließen risikoadjustierte Zahlungen an die Krankenversicherer, die berücksichtigen, dass einkommensunabhängigen Beiträge der Versicherten an

die Krankenversicherer nicht risikoadjustiert sind.[8] Haben Krankenversicherer eine extrem gute Risikostruktur, kann es auch zu Zahlungen der Krankenversicherer an die allgemeine Kasse kommen.

Abbildung 3: Finanzströme im neuen Krankenversicherungssystem der Niederlande



Quelle: Eigene Darstellung. Angaben in Euro sind gerundet.

4.4 Gesundheitszuschuss

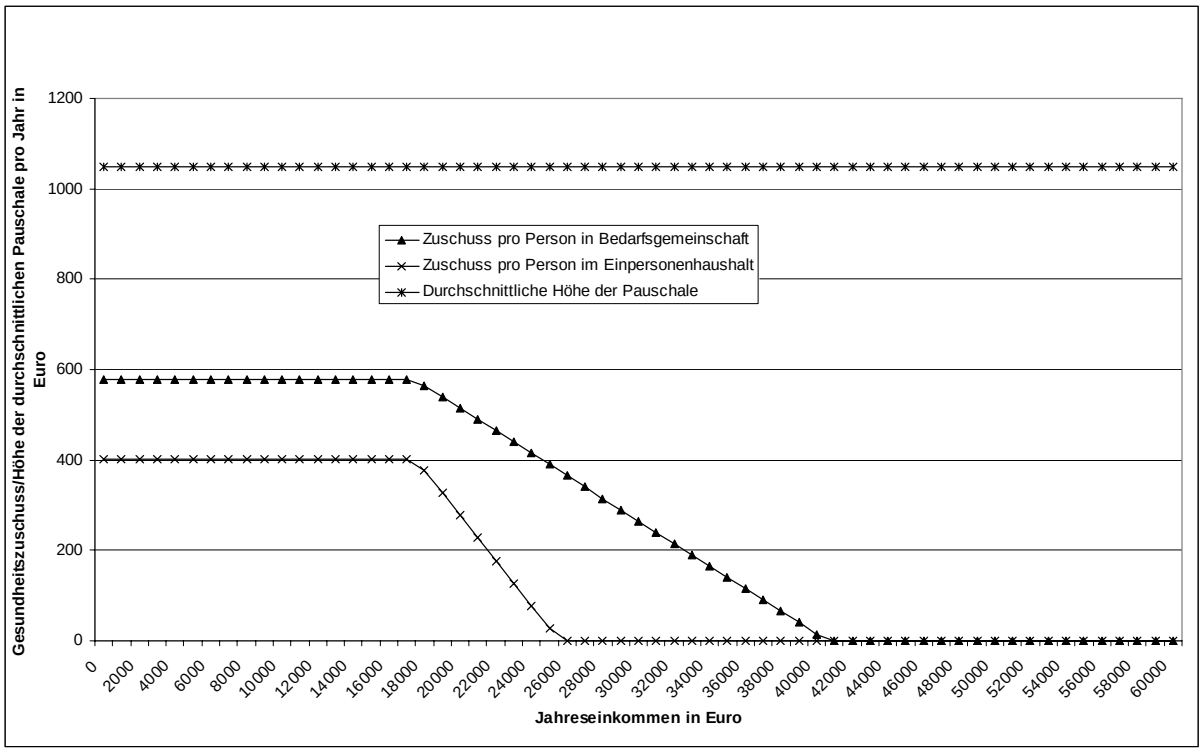
Versicherte mit niedrigem Einkommen erhalten steuerfinanzierte Transferzahlungen. Die Transferzahlungen sollen verhindern, dass Versicherte übermäßig belastet werden. Die Transferzahlungen orientieren sich nicht an den tatsächlich gezahlten Beiträgen, sondern an den durchschnittlich erhobenen einkommensunabhängigen Beiträgen auf dem Krankenversicherungsmarkt. Damit sollen auch für diese Versichertengruppen Anreize geschaffen werden, bei der Wahl der Krankenversicherung auf den Preis zu achten. Rund 60 Prozent aller Haushalte in den Niederlanden haben Anspruch auf den so genannten Gesundheitszuschuss. Die Details über diesen Ausgleich zu Gunsten von Personen mit niedrigem Einkommen sind nicht im ZVW geregelt, sondern in einem getrennten Gesetz (Wet op de Zorgtoeslag).

Allein stehende Versicherte mit einem Einkommen von unter 25.068 Euro pro haben Anspruch auf den Gesundheitszuschuss. Liegt das Jahreseinkommen einer allein stehenden Person unter 17.494 Euro, besteht ein Anspruch auf den maximalen Betrag von 403 Euro Gesundheitszuschuss pro Jahr. Unter bestimmten Voraussetzungen besteht die Möglichkeit zur

[8] Der morbiditätsbezogene Risikostrukturausgleich wurde auf alle Krankenversicherer ausgedehnt. Eine Änderung der Ausgleichsfaktoren erfolgte jedoch nicht.

Bildung einer Bedarfsgemeinschaft. Partner einer Bedarfsgemeinschaft können Eheleute, Partner in eingetragener Lebensgemeinschaft oder ein steuerlich eingetragener Partner über 18 Jahre sein. In Bedarfgemeinschaften gibt es einen Anspruch auf den Gesundheitszuschuss, wenn das Jahreseinkommen unterhalb von 40.120 Euro liegt. Bei einem Jahreseinkommen von bis zu 17.494 Euro erhalten die Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft einen maximalen Gesundheitszuschuss von 1.155 Euro pro Jahr für beide Partner zusammen. Abbildung 4 macht deutlich, dass der Gesundheitszuschuss für die Anspruchsberechtigten nur einen Teil der Prämien erstattet – dieser Anteil ist in Bedarfgemeinschaften pro Person höher als in Einpersonenhaushalten.

Abbildung 4: Gesundheitszuschuss und Einkommen 2006



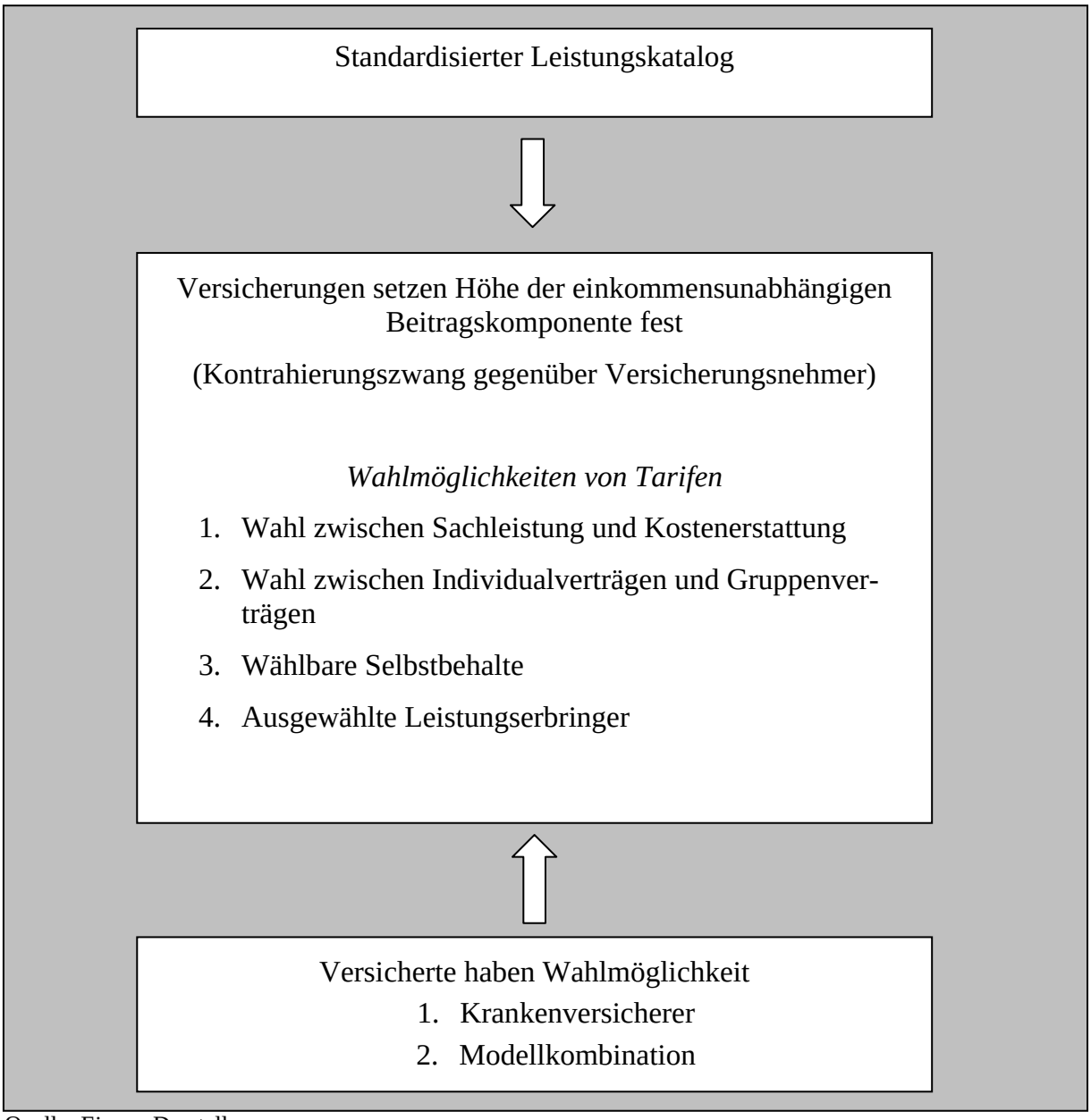
Quelle: CPB, eigene Berechnungen

Der Gesundheitszuschuss wird durch das Finanzamt bewilligt und direkt an die Berechtigten ausgezahlt. Die Zuschussberechtigten erhalten vom Finanzamt die Mitteilung, dass sie einen Anspruch haben und müssen lediglich ein entsprechendes Formular unterschreiben und an das Finanzamt zurücksenden. Das Finanzamt überweist dann monatlich dem bezugsberechtigten Versicherten die festgestellte Summe als Abschlag. Am Ende eines Kalenderjahres informiert das Finanzamt den Versicherten über sein tatsächliches Jahreseinkommen und fordert gegebenenfalls einen Teil des Gesundheitszuschusses zurück bzw. erstattet zusätzliche Beträge.

4.5 Mehr Wahlrechte für die Versicherten

Im neuen Krankenversicherungssystem haben die Versicherten deutlich mehr Wahlmöglichkeiten als vor der Reform. Die Krankenversicherer können ihren Versicherten unterschiedliche Tarife anbieten. Abbildung 5 stellt die Wahlmöglichkeiten der Versicherten im Überblick dar.

Abbildung 5: Wahlmöglichkeiten der Versicherten



Quelle: Eigene Darstellung

Der Leistungskatalog der Krankenversicherer ist weiterhin standardisiert. Die Versicherten haben aber die Wahl, auf welche Art und Weise sie Zugang zu diesen Leistungen bekommen. Erstens haben die Versicherten die Wahl zwischen Sachleistungsprinzip und Kostenerstattung. Im reinen Sachleistungsprinzip gehen die Versicherer Verträge mit Leistungsanbietern

ein. Die Versicherten haben Anspruch auf die Leistungen der unter Vertrag stehenden Leistungsanbieter. Im reinen Kostenerstattungssystem gibt es keine Vertragsbeziehungen zwischen Leistungsanbietern und Krankenversicherern. Die Versicherten erhalten die ihnen vom Leistungsanbieter in Rechnung gestellten Kosten vom Krankenversicherer erstattet. Diese Kosten dürfen jedoch nicht höher sein als allgemein auf dem niederländischen Markt üblich. Auch Mischformen zwischen Sachleistung und Kostenerstattung sind möglich (zu den Marktanteilen von Sachleistung und Kostenerstattung nach der Reform vgl. Abschnitt 5.2).

Mittelfristig sollen die Krankenversicherer auch Tarifmodelle entwickeln, bei denen die Versicherten Zugang zu einem ausgewählten Kreis von Leistungsanbietern bekommen. Ähnlich wie in der Schweiz können Versicherte in den Niederlanden schon heute Tarife mit freiwilligen Selbstbehalten wählen (zwischen 100 und 500 Euro pro Jahr) und erhalten im Gegenzug eine Ermäßigung des einkommensunabhängigen Beitrags (vgl. zu den Marktanteilen der Tarife mit freiwilligen Selbstbehalten Abschnitt 5.2). Tabelle 4 zeigt die Spannweite vom günstigsten zum teuersten Krankenversicherer und die Beitragsrabatte für wählbare Selbstbehalte am Beispiel der Tarife mit reinem Sachleistungsprinzip.

Tabelle 4: Einkommensunabhängiger Beitrag und Selbstbeteiligung

Sachleistungs-Versicherung Selbstbeteiligung pro Jahr	Günstigster einkommensunabhängiger Beitrag pro Monat (Interpolis)	Teuerster einkommensunabhängiger Beitrag pro Monat (IZZ)
0 Euro	88,00 Euro	93,26 Euro
100 Euro	81,67 Euro	90,00 Euro
200 Euro	76,80 Euro	86,74 Euro
300 Euro	72,67 Euro	83,24 Euro
400 Euro	69,30 Euro	80,22 Euro
500 Euro	66,67 Euro	76,96 Euro

Quelle: Eigene Recherche und www.kiesbetter.nl

Die Versicherten können außerdem noch zwischen Einzelverträgen und Gruppenverträgen wählen. Anbieter von Gruppenverträgen sind Arbeitgeber, Gewerkschaften, Sportvereine, Patientenvereinigungen und andere Zusammenschlüsse. Voraussetzung für das Angebot von Gruppenverträgen ist, dass jedes Mitglied der jeweiligen Gruppe – also beispielsweise jeder Beschäftigte eines Betriebes – auch einen anderen Krankenversicherer wählen kann. Die Krankenversicherer dürfen die einkommensunabhängigen Beiträge für Gruppenverträge bis zu zehn Prozent des Beitrags für Einzelverträge rabattieren. Diese Einsparungen gegenüber dem normalen Beitrag sollen auf Einsparungen bei den Verwaltungskosten beruhen. Alle

Gruppen der gleichen Größe müssen den gleichen Beitragsrabatt erhalten. Abschnitt 5.2 zeigt, dass die Gruppenverträge entscheidend zur Dynamik auf dem Krankenversicherungsmarkt nach der Reform beigetragen haben.

4.6 Mehr Einfluss für die Krankenversicherer bei der Steuerung der Versorgung

Den Krankenversicherern werden schrittweise ab 2006 mehr Möglichkeiten bei der Steuerung der Versorgung eingeräumt. Prinzipiell haben die Krankenversicherer in allen Versorgungsbereichen die Möglichkeit, selektive Verträge mit Leistungsanbietern abzuschließen. Die Regierung behält sich jedoch vor, in einzelnen Versorgungsbereichen das Prinzip kollektiver Verträge für eine Übergangszeit beizubehalten.

5 Erste Reformwirkungen

Die jüngste Krankenversicherungsreform in den Niederlanden ist bei Abfassen dieser Expertise gerade ein halbes Jahr in Kraft. Eine Reihe der Reformelemente sind langfristig angelegt, so dass in diesem kurzen Zeitraum keine messbaren Auswirkungen zu erwarten sind. Dies gilt insbesondere für die neuen vertraglichen Freiheiten der Krankenversicherer in den Beziehungen mit den Leistungsanbietern. In zwei Bereichen sind allerdings schon kurzfristig Auswirkungen der Reform messbar.[9] Das gilt zum einen für die Kaufkraft der privaten Haushalte – aber auch für die Finanzierungseffekte für den Staatshaushalt und die Arbeitgeber (Abschnitt 5.1). Zum anderen haben die erweiterten Wahlrechte für die Versicherten zu massiven Wanderungsbewegungen zwischen den Krankenversicherern geführt – insbesondere durch das Angebot preisgünstiger Gruppenverträge (Abschnitt 5.2).

5.1 Finanzielle Auswirkungen der Reform

5.1.1 Auswirkungen auf den Staatshaushalt und Arbeitgeber

Zumindest im ersten Jahr der Reform waren die finanziellen Auswirkungen sowohl auf den Staatshaushalt als auch für die Arbeitgeber neutral. Der Staatszuschuss für die ZFW betrug schon vor der Reform im Jahr 2005 rund 3,6 Mrd. € - immerhin rund 20 Prozent der ZFW-Ausgaben in Höhe von 18 Mrd. €. Zu berücksichtigen ist weiterhin, dass schon vor der Reform die Versicherten den Arbeitgeberanteil in Höhe von 6,75 Prozent des Einkommens versteuern mussten. Nach der Reform liegt der Finanzierungsanteil des Staates weiterhin bei etwa 3,6 Mrd. €.[10] Bezogen auf das neue Versicherungssystem sind dies etwas mehr als 12 Prozent der Gesamtausgaben von etwa 29 Mrd. €. Mit rund 2,2 Mrd. € wird der Gesundheitszuschuss für Personen mit niedrigem Einkommen finanziert; die Finanzierung der Beiträge für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren macht im Jahr 2006 rund 1,6 Mrd. € aus. Es wird abzuwarten sein, wie sich die finanziellen Auswirkungen der Reform auf den Staatshaushalt

[9] Auch bei den vorliegenden Daten ist zu berücksichtigen, dass diese teilweise die Auswirkungen der Reformen nur bruchstückhaft abbilden – das gilt insbesondere für die Auswirkungen auf die Kaufkraft der privaten Haushalte.

[10] Bei dieser Rechnung sind die finanziellen Auswirkungen mehrere Maßnahmen nicht berücksichtigt, die negative Einkommenseffekte der Reform verhindern sollen. Dazu zählen vor allem die Senkung der Unternehmenssteuern und die Erhöhung des Kindergelds. Auch die Rentenkassen werden durch eine Rentenerhöhung belastet.

in einer dynamische Perspektive gestalten – etwa bei steigenden Gesundheitsausgaben und einer steigenden Zahl der Anspruchsberechtigten für den Gesundheitszuschuss.

Die Arbeitgeber sind durch die Reform mit gegenläufigen Entwicklungen konfrontiert. Einerseits wurde der Arbeitgeberanteil von 6,75 Prozent vor der Reform geringfügig auf 6,5 Prozent gesenkt. Dieser relativ geringfügigen Entlastung steht jedoch die deutlich höhere Belastung durch den einkommensabhängigen Arbeitgeberanteil für die ehemals Privatversicherten gegenüber. Der Gesetzgeber hat die Differenz – die per Saldo zu einer Belastung der Arbeitgeber in Höhe von etwa 0,4 Prozent der Lohnsumme geführt hätte – durch eine Senkung der Unternehmenssteuern kompensiert (CPB - Centraal Planbureau 2005a). Im Durchschnitt ist damit der Finanzierungseffekt für die Arbeitgeber neutral. Das bedeutet aber auch, dass die Reform im Durchschnitt nicht zu einer Entlastung der Arbeitskosten geführt hat.

In einer dynamischen Perspektive wird es sogar zu einer zunehmenden Belastung der Arbeitgeber kommen. Einerseits steigen die Lohnzusatzkosten mit zunehmendem Einkommen der Beschäftigten – zumindest für diejenigen Beschäftigten, deren Einkommen unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze liegt. Andererseits ist die niederländische Variante der Parität – jeweils 50 Prozent der Ausgaben der Krankenversicherer werden aus einkommensabhängigen und einkommensunabhängigen Beiträgen finanziert – gesetzlich festgeschrieben. Damit wird es bei steigenden Gesundheitsausgaben nicht nur zu einem Anstieg der Pauschale sondern auch zu einem Anstieg des Beitragssatzes für Einkommen aus unselbständiger Arbeit kommen. Dieser Effekt wird dadurch abgemildert, dass auch der Beitragssatz für andere Einkommensarten erhöht werden müsste (vgl. Tabelle 3).

5.1.2 Auswirkungen auf die Kaufkraft der privaten Haushalte

Für das Jahr 2006 hat das Centraal Plan Bureau (CPB) eine Steigerung der Kaufkraft der gesamten niederländischen Haushalte um 1,5 Prozent insgesamt ermittelt. Diese Steigerung der Kaufkraft ist zum größten Teil der Krankenversicherungsreform und den damit verbundenen Maßnahmen (z. B. Erhöhung des Kindergelds für Familien mit Kindern ab 18 Jahren) zuzuschreiben. Nach Berechnungen des CPB haben rund 5,1 Millionen Haushalte durch die Reform eine höhere Kaufkraft, rund 1,1 Millionen Haushalte werden belastet und haben als Folge der Reform eine niedrigere Kaufkraft (CPB - Centraal Planbureau 2006).[11]

[11] Die Studie des CPB beruht auf einer Stichprobe, die für 85 Prozent der 7,3 Millionen Haushalte in den Niederlanden repräsentativ ist. Nicht erfasst sind Selbständige und Studierende.

Rund 80 Prozent aller untersuchten Haushalte in den Niederlanden werden durch die Reform entlastet. Für 4,2 Millionen Haushalte liegt die zusätzliche Kaufkraft zwischen null und vier Prozent. Rund 0,9 Millionen Haushalte haben eine zusätzliche Kaufkraft von mehr als vier Prozent. 60 Prozent aller Haushalte mit einem Kaufkraftgewinn waren vor der Reform in der ZFW pflichtversichert. Die übrigen 40 Prozent hatten zumindest eine Person mit privatem Krankenversicherungsschutz im Haushalt (alle weiteren Angaben beruhen auf: CPB - Centraal Planbureau 2006).

Profitiert von der Reform haben vor allem die folgenden Haushaltstypen – mit teilweise großen Unterschieden in Abhängigkeit vom ehemaligen Versicherungsstatus:

- Alleinverdiener mit Kindern
- Alleinverdiener ohne Kinder
- Doppelverdiener mit Kindern
- Rentner mit einem niedrigen Einkommen

Vor allem ehemals privat versicherte *Alleinverdiener mit Kindern* unter 18 Jahren werden durch den beitragsfreien Krankenversicherungsschutz für Kinder entlastet. Diese Entlastung ist höher als die Belastung durch den neuen einkommensabhängigen Beitrag, der ohnehin nur bis zu einer Beitragsbemessungsgrenze von etwa 30.000 Euro fällig ist. Für einen ehemals privat versicherten Alleinverdienerhaushalt mit zwei Kindern unter 18 Jahren und einem Bruttoeinkommen von 58.000 Euro pro Jahr erhöht sich die Kaufkraft als Folge der Reform um 5,5 Prozent. Bei vormalig ZFW-versicherten Alleinverdienerhaushalten mit Kindern unter 18 Jahren überkompensiert der Gesundheitszuschuss in Kombination mit einem erhöhten Kindergeld die erhöhte Belastung durch die einkommensunabhängige Beitragskomponente. Bei einem durchschnittlichen Bruttoeinkommen von 29.000 Euro pro Jahr erhöht sich dadurch die Kaufkraft um etwa 1,5 Prozent.

Auch vormals privat versicherte *Alleinverdiener ohne Kinder* müssen in der Regel weniger für eine Krankenversicherung aufbringen als vor der Reform 2006 (Ausnahme siehe unten). Der ZVW-Beitrag ist im Durchschnitt geringfügig niedriger als die alte Prämie für eine private Versicherung für den Arbeitnehmer und einen mitversicherten Partner. Per saldo steigt die Kaufkraft. Bei einem Alleinverdiener mit einem Bruttojahreseinkommen von 58.000 Euro steigt die Kaufkraft um 2 Prozent.

Doppelverdiener mit Kindern werden generell entlastet. Vormalig private Versicherungsnehmer müssen nicht länger eine Versicherungsprämie für ihre Kinder entrichten, während ehemals gesetzlich Versicherte von dem erhöhten Kindergeld profitieren. Doppelverdiener, bei denen der eine Partner 58.000 Euro im Jahre verdiente und dementsprechend privat versichert war, und der andere Partner mit einem Jahreseinkommen von 14.500 Euro gesetzlich versichert war, haben dadurch einen Kaufkraftgewinn von 3,5 Prozent.

Rentner mit einem niedrigen Einkommen werden durch die Senkung des einkommensabhängigen Beitrags für Renten entlastet. Gleichzeitig wird der höhere einkommensunabhängige Beitrag weitgehend durch den Gesundheitszuschuss kompensiert. Der positive Kaufkrafteffekt liegt zwischen 1,5 und 2,5 Prozent.

Rund 20 Prozent aller untersuchten Haushalte in den Niederlanden werden durch die Reform belastet. Für 0,9 Millionen Haushalte liegt der Kaufkraftverlust zwischen null und zwei Prozent. Rund 0,2 Millionen Haushalte haben einen Kaufkraftverlust von mehr als zwei Prozent. 40 Prozent aller Haushalte mit einem Kaufkraftverlust waren vor der Reform in der ZFW pflichtversichert. 60 Prozent hatten zumindest eine Person mit privatem Krankenversicherungsschutz im Haushalt.

Belastet wurden von der Reform vor allem die beiden folgenden Haushaltstypen:

- Alleinstehende ohne Kinder mit ehemals niedrigen Prämien in der privaten Krankenversicherung bzw. einem hohen Arbeitgeberzuschuss zur privaten Krankenversicherungsprämie
- Doppelverdiener ohne Kinder

Vormals privat versicherte *Alleinverdienerhaushalte ohne Kinder* werden dann von der Reform belastet, wenn sie vormals sehr niedrige Prämien in der privaten Krankenversicherung zahlten (niedriges Lebensalter, hohe Selbstbeteiligung) bzw. einen überdurchschnittlichen Arbeitgeberanteil zur privaten Krankenversicherungsprämie erhielten. Der Kaufkraftverlust in diesen Haushalten liegt im Durchschnitt bei einem Prozent. Generell werden *Doppelverdiener ohne Kinder* durch die Reform belastet – unabhängig vom Versicherungsstatus vor der Reform. Die Kaufkraftverluste halten sich jedoch in Grenzen und liegen zwischen 0,25 und einem Prozent.

5.2 Konsumentenmobilität

Normalerweise haben die Versicherten bis zum Jahresende die Gelegenheit, ihren Tarif und/oder ihren Versicherer zu wechseln. Bei der Einführung des neuen Krankenversicherungsgesetzes galt ausnahmsweise eine Frist bis Ende April 2006. Erste Zahlen deuten daraufhin, dass es zu massiven Wanderungsbewegungen der Versichteten gekommen ist. Noch im Dezember 2005 wurde auf der Grundlage erster Befragungen geschätzt, dass rund 14 Prozent der Versicherten ihren Krankenversicherer wechseln würden (Delnoij / Schee 2006).

Nach aktuellen Informationen waren es sogar 21 Prozent der Befragten, die ihren Krankenversicherer gewechselt haben. 65 Prozent der Versicherten sind danach bei dem gleichen Krankenversicherer geblieben ohne den Tarif zu wechseln. 14 Prozent sind bei dem gleichen Krankenversicherer geblieben, allerdings in einem anderen Tarif (de Jong et al. 2006a). Bei jedem zweiten Wechsler kam es zu Problemen beim Wechsel – was bei der Umstellung des Krankenversicherungssystems und der Intensität der Konsumentenmobilität nicht überrascht.

Ein attraktiver Gruppenvertrag scheint der wichtigste Grund für einen Wechsel zu sein. 57 Prozent der Wechsler geben an, wegen eines attraktiven Gruppenvertrags gewechselt zu haben. Darüber hinaus war für 39 Prozent der Versicherten die Höhe der einkommensunabhängigen Beitragskomponente der wichtigste Wechselgrund. Unterschiede in Preis und Leistung der Zusatzversicherung gaben 18 Prozent der Wechsler als Grund für den Wechsel an (de Jong et al. 2006a).

Beinahe 55 Prozent aller Versicherten haben einen Gruppenvertrag abgeschlossen. Nur ein Teil dieser Versicherten hat die Krankenkasse deswegen gewechselt, ein Teil war bereits durch einen Gruppenvertrag versichert - insbesondere die vormals Privatversicherten. 78 Prozent aller Wechsler haben einen Gruppenvertrag abgeschlossen. Versicherte mit einem Gruppenvertrag haben diesen in erster Linie mit ihrem Arbeitgeber abgeschlossen (78 Prozent). Weniger bedeutend sind Gruppenverträge mit Gewerkschaften (8 Prozent) oder Patientenverbänden (2 Prozent). Sonstige Gruppenverträge machen einen Anteil von 12 Prozent aus (de Jong et al. 2006a).

Inzwischen liegen auch erste Zahlen darüber vor, welche Art von Tarifen die Versicherten in den Niederlanden gewählt haben. Aus der Schweiz ist bekannt, dass die Versicherten dort vor allem Tarife mit wählbaren Selbstbehalten bevorzugt haben (Peters et al. 2001). Dies scheint bisher in den Niederlanden nicht zuzutreffen. Noch im Jahr 2005 hatten etwa 30 Prozent aller Versicherten einen Tarif mit Selbstbehalt – das sind natürlich in erster Linie die vormals Privatversicherten. In der ZFW gab es keine nennenswerten Selbstbehalte. Nach einer Umfrage

im Oktober 2005 gaben 26 Prozent an, einen Tarif mit erhöhtem Selbstbehalt wählen zu wollen. Die neueste Umfrage zeigt jedoch, dass ein erhöhter Selbstbehalt für viele Versicherte nicht attraktiv ist. Nur sieben Prozent aller Versicherten haben einen Tarif mit erhöhtem Selbstbehalt abgeschlossen – 93 Prozent aller Versicherten haben darauf verzichtet (de Jong et al. 2006b).

Versicherte wählten einen Tarif mit erhöhtem Selbstbehalt vor allem deswegen, weil sie gesund seien und die Gesundheitsversorgung nicht beanspruchen würden. Die Gründe für den Verzicht auf die Wahl einer erhöhten Selbstbeteiligung sind unterschiedlich. 56 Prozent der Befragten geben als Grund an, sich bei einem Arztbesuch keine Gedanken über die Kosten machen zu wollen. Weitere 28 Prozent der Befragten unterstrichen, dass die Beitragsermäßigung bei einer Selbstbeteiligung (vgl. Tabelle 4) nicht ausreichend sei (de Jong et al. 2006b).

Das hohe Sicherheitsbedürfnis der Versicherten in den Niederlanden äußert sich auch darin, dass 95 Prozent aller Versicherten eine private Zusatzversicherung abgeschlossen haben. Die meisten Zusatzversicherungen sind für Physiotherapie (73 Prozent) und zahnärztliche Versorgung (73,4 Prozent) abgeschlossen worden. Auch Bürger mit einem sehr guten Gesundheitszustand haben sich für eine Zusatzversicherung entschieden. Einem Gesundheitscheck haben sich nur 2 Prozent der Befragten unterziehen müssen. Es gibt keine Unterschiede im Versicherungsverhalten hinsichtlich der Zusatzversicherung zwischen vormals Privatversicherten und ZFW-Versicherten. Darüber hinaus hat sich auch das Versicherungsverhalten der ZFW-Versicherten nach der Reform nicht verändert (de Jong et al. 2006b).

Von hohem Interesse ist auch die Frage, wie die Wahl der Versicherten zwischen Kostenerstattung und Sachleistungsprinzip ausfällt. Im Oktober 2005 wollten 33 Prozent der Versicherten eine Sachleistungs-Versicherung abschließen. 11 Prozent der Befragten hatte vor, eine Versicherung mit Kostenerstattung zu wählen. Der Rest wollte entweder eine Kombination wählen oder war unentschlossen. Tatsächlich haben sich 42 Prozent der Versicherten für eine Sachleistungs-Versicherung entschlossen. 24 Prozent der Befragten haben Kostenerstattung gewählt und 15 Prozent eine Kombination aus Kostenerstattung und Sachleistung. Interessanterweise wussten 20 Prozent der Befragten nicht, welche Art der Versicherung sie gewählt haben. Informationsdefizite gibt es auch bei denjenigen Versicherten, die eine Sachleistungs-Versicherung gewählt haben. 58 Prozent der Versicherten in dieser Gruppe wissen nicht, welche Leistungsanbieter ihr Krankenversicherer unter Vertrag hat. Mehr als ein Fünftel (23 Prozent) wissen nicht, dass bei Inanspruchnahme eines nicht kontrahierten Leistungsanbieters

der Krankenversicherer nur eine eingeschränkte Leistungspflicht haben kann (de Jong et al. 2006b).

6 Übertragbarkeit auf Deutschland

In diesem Abschnitt werden zunächst die Chancen und Risiken der Krankenversicherungsreform in den Niederlanden bewertet. In diese Bewertung fließen auch die ersten Auswirkungen der Reform ein. Abschließend wird diskutiert, welche gesundheitspolitischen Schlussfolgerungen für die anstehende Gesundheitsreform in Deutschland zu ziehen sind.

6.1 Chancen und Risiken der Reform

Die Krankenversicherungsreform in den Niederlanden ist mutig und weit reichend. Es ist dem Gesetzgeber gelungen, mit Zustimmung oder doch zumindest ohne entschiedene Opposition der Interessengruppen eine echte Strukturreform zu implementieren. Die meisten Auswirkungen werden sich erst mittel- bis langfristig zeigen. Dennoch solle an dieser Stelle versucht werden, die Chancen und Risiken vor dem Hintergrund der bisherigen Erfahrungen zu bewerten.

Die größte Chance der Reform liegt wahrscheinlich in der Zusammenführung der sozialen und der privaten Krankenvollversicherung in ein gemeinsames Versicherungssystem. Dies ist zumindest im ersten Jahr nach der Reform gelungen, ohne dass es zu nachhaltigen Beeinträchtigungen der Kaufkraft der privaten Haushalte gekommen ist – rund vier Fünftel aller Haushalte werden durch die Reform sogar finanziell entlastet. Auch für die Arbeitgeber hat die Reform zu keiner Belastung – aber auch zu keiner Entlastung – geführt.

Die Risikosolidarität (Umverteilung von Versicherten mit geringem Erkrankungsrisiko zu Versicherten mit hohem Erkrankungsrisiko) wird durch die Reform ebenso verstärkt wie Anreize zu wirtschaftlichem Verhalten der Krankenversicherer. Vor der Reform hatten die privaten Krankenversicherer in den Niederlanden keinerlei Anreize, die Wirtschaftlichkeit der Versorgung von Versicherten mit Standardpolicen zu steuern. Die tatsächlichen Ausgaben dieser Versicherten wurden über einen Ausgabenausgleich voll kompensiert. Nach der Reform kompensiert der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich lediglich die standardisierten Leistungsausgaben. Die Anreize für die Verbesserung der Wirtschaftlichkeit der Versorgung werden verbessert – auch knapp die Hälfte der Ausgaben der Krankenversicherer weiterhin über einen Ausgabenausgleich erstattet werden.

Positiv zu bewerten ist außerdem die Tatsache, dass die Versicherten mehr Wahlrechte erhalten, um den Krankenversicherungsschutz entsprechend ihrer individuellen Präferenzen auszugestalten. Unmittelbar nach der Reform haben die Versicherten dieses Wahlrecht in bisher ungekanntem Ausmaß genutzt. Die Versicherten setzen sich intensiv mit ihren Wahlmöglich-

keiten und den unterschiedlichen Tarifen auseinander. Das ist eine gute Voraussetzung dafür, dass der Wettbewerb zwischen der Krankenversicherern auch zukünftig intensiv bleiben wird.

Zu den Chancen der Reform zählt außerdem, dass die Krankenversicherer aktiver als in der Vergangenheit die gesundheitliche Versorgung steuern können. Durch die Möglichkeit zu selektiven Verträgen mit allen Leistungserbringern ergeben sich echte Perspektiven für einen Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit in der gesundheitlichen Versorgung – zumal die Versicherten die Tarife der Krankenversicherer seit der Reform wesentlich genauer prüfen als vor der Reform und die Versicherer durch die Morbiditätsorientierung im RSA auch keine Sorge haben müssen, durch Versorgungsengagement ihre finanzielle Wettbewerbsfähigkeit zu beeinträchtigen, indem sie für „schlechte Risiken“ attraktiv werden.

Den Chancen der Reform stehen allerdings auch einige Risiken gegenüber. Erstens hatten die Krankenkassen in den Niederlanden bereits seit Mitte der neunziger Jahre eine Reihe von Gestaltungsmöglichkeiten zur Steuerung der ambulanten Versorgung. Diese Möglichkeiten wurden nur sporadisch genutzt – vor allem wegen knapper Kapazitäten in der ambulanten Versorgung und wegen der umfassenden Regulierung von Preisen und Kapazitäten durch den Gesetzgeber. Ein echter Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung wird nur erreicht werden können, wenn sich der Gesetzgeber aus der Regulierung von Preisen und Kapazitäten zurückzieht – zumal sich die Kapazitätsprobleme in der Versorgung auf absehbare Zeit eher verschärfen als entspannen werden.

Das zweite Risiko der Reform besteht auf der Finanzierungsseite. Zwar wird auf der einen Seite durch die Reform die Risikosolidarität gestärkt (siehe oben). Auf der anderen Seite wird die Einkommenssolidarität (Umverteilung von hohen Einkommen zu niedrigen Einkommen) durch den massiven Ausbau der einkommensunabhängigen Beiträge geschwächt – auch wenn die bisher privat Versicherten zukünftig zumindest teilweise einen einkommensabhängigen Beitrag zahlen müssen. Der steuerliche Transfermechanismus für niedrige Einkommen kann zwar theoretisch Einkommenssolidarität mindestens ebenso effektiv herstellen wir einkommensabhängige Beiträge. Als problematisch ist jedoch die Stetigkeit der Steuerfinanzierung anzusehen. In konjunkturell schwachen Zeiten fällt ein Rückgang der Steuereinnahmen mit einem steigenden Kreis von Anspruchsberechtigten zusammen. Zur Finanzierung der Transferzahlungen müssten dann entweder Steuern bzw. Defizite erhöht oder Leistungen gekürzt werden.

Schließlich ist der Wettbewerb der Krankenversicherer bisher ein reiner Preiswettbewerb (Douven / Schut 2006) – bei dem die vormals privaten Krankenversicherer wegen ihrer höhe-

ren Rücklagen auch noch massive Wettbewerbsvorteile haben. Die kommenden Jahre werden zeigen, inwiefern die Wechselbereitschaft der Versicherten weiterhin hoch bleibt. Erst dann wird sich zeigen, ob neben dem Preis auch die Qualität der gesundheitlichen Versorgung die Wechselbereitschaft beeinflussen wird.

Ein letztes Risiko der Reform besteht in der umfassenden Regulierung privatrechtlich handelnder Krankenversicherer (Verbot risikoabhängiger Prämien, Kontrahierungszwang, Risikostrukturausgleich). Diese könnte mit europäischer Gesetzgebung in Konflikt stehen. Die 3. EU-Richtlinie Schadensversicherung untersagt es im Grundsatz dem Gesetzgeber, privaten Krankenversicherungen Vorgaben etwa bei der Kalkulation der Prämien zu machen. Nach Artikel 54 der Richtlinie hat der nationale Gesetzgeber allerdings die Möglichkeit, sich in der auf das Allgemeinwohl zu berufen und die Freiheit der Versicherer bei der Prämiengestaltung einzuschränken. Ohne diese Ausnahmeregelung wären die Regelungen zu Standardpolicen in den Niederlanden gemeinschaftsrechtlich nicht zulässig gewesen. Es ist davon auszugehen, dass die niederländischen Krankenversicherer derzeit die Einschränkung ihrer Geschäftstätigkeit akzeptieren. Allerdings ist erstens nicht sicher, dass das auch in der Zukunft so bleibt. Zweitens könnten sich Krankenversicherer aus anderen Ländern der Europäischen Union durch die niederländische Regulierung in der Ausübung ihrer Geschäftstätigkeit beschränkt sehen und vor dem Europäischen Gerichtshof dagegen klagen. Die Europäische Kommission hat der Reform zwar im Grundsatz zugestimmt – allerdings ist nicht sicher, dass der Europäischen Gerichtshof die Situation bei einer Klage ähnlich beurteilen würde.

6.2 Gesundheitsreform in Deutschland

Ein wettbewerbliches Krankenversicherungssystem, das die Grenzen zwischen privater und sozialer Krankenversicherung überwindet, wird auch als Modell für die mittel- bis langfristige Entwicklung des deutschen Gesundheitssystems diskutiert. Es dürfte jedoch kurzfristig ebenso wenig durchsetzungsfähig sein wie ein Finanzierungssystem, das sich ausschließlich aus einkommensunabhängigen Pauschalen der Versicherten finanziert. Im Rahmen der anstehenden Gesundheitsreform wird es notwendig sein, einen Kompromiss zwischen den Idealmodellen Bürgerversicherung und Gesundheitspauschale zu finden. Die Entwicklung in den Niederlanden bietet für die Suche nach diesem Kompromiss eine Reihe von Anhaltspunkten.

Die Analyse in Abschnitt 3 hat gezeigt, dass die Krankenversicherungsreform 2006 in den Niederlanden der vorläufige Schlusspunkt einer langjährigen Entwicklung war. Die Reform war für alle wesentlichen Interessengruppen zumindest akzeptabel (Arbeitgeber, Leistungsanbieter, Opposition im Parlament) – einige wichtige Interessengruppen unterstützten die Re-

form darüber hinaus nachdrücklich (Krankenversicherer, Patienten- und Verbraucherverbände). Die Voraussetzungen für diesen Kompromiss waren jedoch deutlich günstiger als sie derzeit in Deutschland sind. Erstens hatten sich private und soziale Krankenversicherer auf dem Krankenversicherungsmarkt schon sehr stark angenähert – darüber hinaus war die private Krankenversicherung in einigen Bereichen mindestens ebenso stark reguliert wie die soziale Krankenversicherung (Standardpolicen, Ausgleichszahlungen zu Gunsten der sozialen Krankenversicherer). Zweitens waren die Leistungserbringer – insbesondere die Ärzteschaft – durch die Vereinheitlichung des Versicherungssystems kaum betroffen, da es vor der Reform keine wesentlichen Unterschiede in der Vergütung zwischen beiden Versicherungssystemen gab. Drittens wurden negative Einkommenseffekte als Folge der Erhöhung der einkommensunabhängigen Beitragskomponente durch zusätzliche Maßnahmen bisher weitgehend vermieden. Die Finanzierung des Gesundheitszuschusses und der einkommensunabhängigen Beiträge für die Kinder durch den Staatshaushalt war aufkommensneutral, weil der Staat ohnehin schon einen beträchtlich Zuschuss zur Krankenversicherung gezahlt hatte.

Deutlich verfahrener ist derzeit die gesundheitspolitische Situation in Deutschland. Die Positionen der Anhänger von Bürgerversicherung und Kopfpauschale scheinen unvereinbar. Private Krankenversicherer und Ärzteschaft lehnen jede Variante eines einheitlichen Versicherungssystems massiv ab und jede Art der Steuerfinanzierung würde zu einer kaum durchsetzbaren Mehrbelastung des Bundeshaushalts führen. Nichtsdestoweniger lassen sich vor dem Hintergrund der niederländischen Erfahrungen mögliche Kompromisslinien zeichnen, die gleichzeitig die Nachhaltigkeit der Finanzierung in der gesetzlichen Krankenversicherung erhöhen, Ungleichheiten im Zugang zur gesundheitlichen Versorgung beseitigen, Effizienzreserven erschließen und darüber hinaus politisch kompromissfähig sind. Zu diesem Kompromiss zählen die folgenden vier Elemente:[12]

1. Mischmodell aus einkommensunabhängigen und einkommensabhängigen Prämien

Ein solches Mischmodell („kleine Gesundheitspauschale“) wäre insbesondere ein Erfolg für Protagonisten der Gesundheitspauschale ohne dass die Versicherten übermäßig belastet werden würden. Es gibt bisher keine aussagefähigen Studien, welche Auswirkungen die Übertra-

[12] Es ist darauf hinzuweisen, dass die vier oben vorgeschlagenen Maßnahmen im Rahmen dieser Expertise nur in ihren Grundzügen dargestellt werden können. Die genauere Ausgestaltung – und vor allem die Quantifizierung der Auswirkungen – ist die Aufgabe weiterer Forschung.

gung des niederländischen Ansatzes auf die deutsche Situation hätte. Das gilt insbesondere für die Höhe der einkommensunabhängigen Prämien, die Höhe der einkommensabhängigen Prämien und den möglichen Transferbedarf für Niedrigverdiener. Es ist jedoch davon auszugehen, dass ein solches Mischmodell nur dann wünschenswert ist, wenn steuerliche Transfers vermieden werden können – der einkommensunabhängige Anteil der Prämie wie in den Niederlanden vor der Reform also vergleichsweise niedrig ist.

2. Beitragspflicht für weitere Einkunftsarten in der GKV

Die finanziellen Auswirkungen der Beitragspflicht für weitere Einkunftsarten in der GKV sind vergleichsweise gut erforscht und würden zu einer verbesserten Nachhaltigkeit der GKV-Finanzierung führen (Pfaff et al. 2006). Die niederländischen Erfahrungen zeigen, dass die Beitragspflicht sämtlicher Einkommensarten möglich ist und der Beitragseinzug mit überschaubaren Verwaltungskosten durchgeführt werden kann.

3. Einbezug der privaten Krankenversicherung in den Risikostrukturausgleich der gesetzlichen Krankenversicherung

Ähnlich wie im alten System der Niederlande könnten die Auswirkungen der Risikoselektion zu Gunsten der privaten Krankenversicherung und zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung durch Ausgleichszahlungen der privat Krankenversicherten kompensiert werden (Greß / Wasem 2004). Dies könnte insbesondere dadurch geschehen, dass die privaten Krankenversicherer in den Finanzkraftausgleich des Risikostrukturausgleichs der GKV einbezogen werden könnten.

4. Angleichung des Vergütungsniveaus in GKV und PKV

Die Angleichung des Vergütungsniveaus – insbesondere im ambulanten ärztlichen Bereich und bei Arzneimitteln – zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung ist nicht nur eine wesentliche Voraussetzung für weitere Reformen. Die Angleichung des Vergütungsniveaus beseitigt darüber hinaus die finanziellen Anreize für Ärzte, privat versicherte Personen bevorzugt zu behandeln. Angleichung bedeutet in diesem Falle, dass der Effekt auf die Vergütungen per saldo neutral ist. Das bedeutet gleichzeitig, dass die Vergütungen für GKV-Versicherte steigen und für PKV-Versicherte sinken.

7 Literatur

Boelema, Bob (2006): Supervision and the Dutch health insurance reform. München, Vortrag beim Workshop "Reform der niederländischen Krankenversicherung" des Max-Planck-Institutes für ausländisches und internationales Sozialrecht am 17.2.2006.

CPB - Centraal Planbureau (2005a): Centraal Economisch Plan 2006. Den Haag, CPB http://www.cpb.nl/nl/pub/cepmev/cep/.

CPB - Centraal Planbureau (2005b): Werkgeversbijdragen particuliere ziektekosten bij bedrijven. Den Haag, CPB Memorandum 151 http://www.cpb.nl/nl/pub/cpbreeksen/memorandum/151/memo151.pdf.

CPB - Centraal Planbureau (2006): Koopkrachtontwikkeling 2006: plussen en minnen. Den Haag, CPB http://www.cpb.nl/nl/pub/cpbreeksen/notitie/20apr2006/notitie.pdf.

de Jong, Judith / Delnoij, Diana / Groenewegen, Peter (2006a): Collectief aanbod motor van verzekerdenmobiliteit. Utrecht, NIVEL.

de Jong, Judith / Delnoij, Diana / Groenewegen, Peter (2006b): Mensen kiezen voor zekerheid in het nieuwe stelsel. Utrecht, NIVEL.

Delnoij, Diana / Schee, Evelien van de (2006): Collectief aanbod nodigt uit tot wisselen van zorgverzekeraar. Utrecht, NIVEL.

Douven, Rudy / Schut, Erik (2006): Health plan pricing behaviour and managed competition. Den Haag, CPB discussion paper No 61.

Greß, Stefan (2002): Krankenversicherung und Wettbewerb - Das Beispiel Niederlande. Frankfurt/New York, Campus.

Greß, Stefan (2006): "Reform der Krankenversicherung in den Niederlanden." Die Ersatzkasse 86(2), S. 63-64.

Greß, Stefan / Groenewegen, Peter (2004): "Die Plombe ist Privatsache." Gesundheit und Gesellschaft 7(1), S. 36-41.

Greß, Stefan / Groenewegen, Peter / Hoeppner, Karin (2005): "Die Reform-Mühle dreht sich wieder." Gesundheit und Gesellschaft **8**(2), S. 20-25.

Greß, Stefan / Wasem, Jürgen (2004): "Integration der Privaten Krankenversicherung (PKV) in den Risikostrukturausgleich der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) - Eine funktional äquivalente Alternative zur Bürgerversicherung?" Recht und Politik im Gesundheitswesen **10**(2), S. 37-44.

Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (2005): Premie standaardverzekeringen en omslagbijdragen 2005 vastgesteld. Den Haag, http://www.minvws.nl/persberichten/z/2004/premie-standaardverzekeringen.asp.

OECD (2004): Private Health Insurance in OECD Countries Paris, OECD.

Peters, Matthias / Müller, Verena / Luthiger, Philipp (2001): Auswirkungen des Krankenversicherungsgesetzes auf die Versicherten. Bern, Beiträge zur Sozialen Sicherheit 3/01, Bundesamt für Sozialversicherung.

Schut, Frederik T. / van de Ven, Wynand P.M.M. (2005): "Rationing and Competition in the Dutch Health Care System." Health Economics **14**, S. S59-S74.

SER - Sociaal-Economische Raad (2000): Naar een gezond stelsel van ziektekostenverzekeringen. Advies uitgebracht aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport http://www.ser.nl/publicaties/default.asp?desc=b19020, SER, Advies No. 00/12.

Walser, Christina (2006): Reform der niederländischen Krankenversicherung aus deutscher Perspektive. München, Vortrag beim Workshop "Reform der niederländischen Krankenversicherung" des Max-Planck-Institutes für ausländisches und internationales Sozialrecht am 17.2.2006.