

Die niederländische Krankenversicherungsreform – ein Vorbild für das deutsche GKV-WSG?¹

Gesundheitsreformen sind nicht nur in Deutschland ein ständiges Thema. Auch in unseren Nachbarländern werden die Rahmenbedingungen der Finanzierung und Steuerung der Versorgung immer wieder Reformen unterzogen. Besonders interessant ist hierbei die zum Jahresanfang 2006 in Kraft getretene Reform in den Niederlanden – weist das dortige System doch zahlreiche Parallelen zum deutschen Krankenversicherungssystem auf. In diesem Beitrag werden Gemeinsamkeiten und Unterschiede der aktuellen deutschen und der niederländischen Reformen untersucht.

■ Maral Manouguian, Stefan Greß, Jürgen Wasem

1. Allgemeine Versicherungspflicht oder allgemeines Versicherungsrecht?

Für die gesamte Wohnbevölkerung besteht seit der niederländischen Krankenversicherungsreform eine allgemeine Versicherungspflicht. Deren Einhaltung wird jedoch nicht überwacht. Bei Nichteinhaltung müssen die Betroffenen im Krankheitsfall die gesamten anfallenden Kosten tragen. Sie haben aber auch einen Anspruch auf den sofortigen Abschluss einer Krankenversicherung, wobei der betroffene Krankenversicherer den Versicherungsschutz nicht verwehren kann. Allerdings kann er bis zu fünf Jahre rückwirkend eine Strafzahlung in Höhe von 130 Prozent des einkommensunabhängigen Beitrags über die nicht krankenversicherte Zeitperiode verlangen.

Ein Drittel der Bevölkerung in den Niederlanden war vor der Reform nicht versicherungspflichtig. Aber es gab eine hohe Nachfrage nach Versicherungsschutz, und der Anteil der der Nichtversicherten war äußerst niedrig – deutlich unter einem Prozent. Ein Grund dafür war auch, dass das Angebot von privatem Krankenversicherungsschutz staatlich reguliert wurde. Im Grundsatz kalkulierten die privaten Krankenversicherer risikobezogene Prämien. Sie waren zur Vermeidung von Zugangsproblemen jedoch gesetzlich dazu verpflichtet, auch einen Basistarif anzubieten, dessen Leistungsumfang und Prämie gesetz-

lich festgelegt wurden. In diesem Basistarif waren zuletzt 15 Prozent aller privat versicherten Personen versichert, die rund 30 Prozent aller Ausgaben in der privaten Krankenversicherung verursachten. Durch eine vom Gesundheitsministerium festgesetzte Umlage auf alle unter 65 Jahren alten privat versicherten Personen in Normaltarifen (zuletzt 404,40 € pro Jahr) wurde das entstandene Defizit finanziert (Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport 2005).

In Deutschland ist (wenn auch startend von einem niedrigen Niveau aus) eine wachsende Zahl von Nichtversicherten zu beobachten – insbesondere bei Selbstständigen und Personen mit niedrigem Einkommen (Greß et al. 2006). Die Koalition hat sich entschlossen, darauf zu reagieren. Im GKV-WSG findet sich nun eine Reihe von Regelungen, um den Zugang zu gesetzlicher und privater Krankenversicherung zu verbessern. Laut Gesetzesbegründung soll die gesamte Bevölkerung einer der beiden Versicherungsarten zugeordnet werden. In der GKV wird daher ein neuer Pflichtversicherungstatbestand für diejenigen Personen realisiert, die keine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall haben und zuletzt gesetzlich versichert waren oder bisher nicht gesetzlich oder privat versichert waren (und nicht der PKV zugeordnet werden). Bisher entstand in der GKV Nicht-Versicherung darüber hinaus vor allem durch die Regelung, dass die Mitgliedschaft freiwillig Versicherter bei Nicht-Zahlung der Beiträge endet. Diese Regelung wird gestrichen, die Krankenkassen müssen künftig nicht gezahlte Beiträge über das entsprechende juristische Instrumentarium eintreiben.

Noch weiter als die Festlegungen für Zugangserleichterungen zur GKV reichen die zur privaten Krankenversicherung. Die privaten Krankenversicherer werden – ähnlich wie in den Niederlanden vor der Reform – zum Angebot eines Basistarifs verpflichtet, dessen Leistungen denen des gesetzlichen Versicherungsschutzes gleichen

Uni.-Prof. Dr. rer. pol. Jürgen Wasem, Inhaber des Alfred Krupp von Bohlen und Halbach-Stiftungslehrstuhls für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen und Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirats der Betrieblichen Krankenversicherung
Maral-Sonja Manouguian, Lehrstuhl für Medizinmanagement an der Universität Duisburg-Essen
Dr. Stefan Greß, Wissenschaftlicher Assistent am Lehrstuhl für Medizinmanagement an der Universität Duisburg-Essen

sollen, für den Kontrahierungszwang gilt und Risikozuschläge verboten sind. Die im Basistarif entstehenden Defizite sind durch einen Risikoausgleich auf alle privat krankenversicherten Personen in Normaltarifen umzulegen.

Zugang zum Basistarif sollen folgende Versicherten-Gruppen bekommen: Freiwillig Versicherte in der GKV in den ersten Monaten nachdem ihr Status begründet wird, privat Krankenversicherte und Personen, die bisher keinen Krankenversicherungsschutz haben, aber der privaten Krankenversicherung zuzuordnen sind. Nicht so strikt wie vor der Reform in den Niederlanden ist die Höhe der Prämie im Basistarif des GKV-WSG geregelt, sie darf allerdings nicht höher sein als der durchschnittliche Höchstbeitrag in der gesetzlichen Krankenversicherung. Der zu zahlende Beitrag vermindert sich auf die Hälfte, wenn durch die Prämienzahlung ein Anspruch auf ALG II oder Sozialhilfe (Hilfbedürftigkeit im Sinne des Sozialgesetzbuches) entstünde. Kommt es durch diese niedrigere Prämie dennoch zu Hilfbedürftigkeit, übernimmt der verantwortliche Träger von Sozialhilfe/ALG II die Prämienzahlungen (allerdings nur bis zu dem für einen Bezieher von ALG II bzw. Sozialhilfe zu zahlenden GKV-Beitrag).

Auch nach Inkrafttreten des GKV-WSG wird es im deutschen Krankenversicherungssystem damit keine allgemeine Versicherungspflicht wie in den Niederlanden geben. Die Zuordnung der gesamten Wohnbevölkerung zu einem der beiden Versicherungssysteme ist zu einer solchen aus zwei Gründen nicht äquivalent: Es ist zum einen unklar, wie attraktiv der Versicherungsschutz im Basistarif der PKV sein wird. (Der durchschnittliche Höchstbetrag für die gesetzliche Krankenversicherung liegt derzeit bei 473 Euro pro Monat.) Zum anderen kann nur eine umfassende und auch – im Gegensatz zur derzeitigen Handhabung in den Niederlanden – überwachte Versicherungspflicht individuelle Optimierungskalküle vermeiden.

Man könnte aber nach den Regelungen des GKV-WSG von einem allgemeinen Versicherungsrecht sprechen, denn sie bedeuten eine deutliche Verbesserung des Zugangs zu gesetzlichem und privatem Versicherungsschutz. Die PKV sieht sich in der Konsequenz im Basistarif einer möglichen adersen Selektion – vermutlich werden überwiegend schlechte Risiken diesen Tarif wählen – ausgesetzt, die über eine Umlage aus den Normaltarifen zu finanzieren ist.

2. Ein Versicherungssystem oder zwei parallele Versicherungssysteme?

Seit Ende der achtziger Jahre haben verschiedene niederländische Regierungen versucht, die zwei bestehenden Versicherungssysteme zu integrieren. Denn auch hier war der Krankenversicherungsmarkt vor der Reform zweigeteilt: für Beschäftigte und Selbständige unterhalb einer gesetzlich festgelegten Einkommensgrenze bestand

Pflichtversicherung in der sozialen Krankenversicherung. Oberhalb der Einkommensgrenze war eine freiwillige Weiterversicherung im gesetzlichen System wie in Deutschland nicht möglich, die Bürger konnten zur privaten Krankenversicherung wechseln. Diese Zweiteilung des Krankenversicherungsmarktes galt als nicht transparent, ineffizient und ungerecht. Sowohl Arbeitgeber, die höhere Kosten fürchteten, als auch private Krankenversicherer, die ein Wegbrechen ihres Marktes verhindern wollten, haben ihren Widerstand gegen einen einheitlichen Krankenversicherungsmarkt aber erst im Verlauf der jüngsten Reform aufgegeben. Der Gesetzgeber kam den Arbeitgebern durch eine Senkung der Unternehmenssteuern entgegen. Außerdem war die Kooperation zwischen privaten und gesetzlichen Krankenversicherern inzwischen so eng geworden, dass für die privaten Krankenversicherer auch ein einheitlicher Krankenversicherungsmarkt attraktiv wurde.

Private Zusatzkrankenversicherungen gibt es in vielen Ländern, aber nach der Reform in den Niederlanden ist Deutschland das einzige Land in der OECD, in dem es ein separates privates Vollversicherungssystem gibt. Gesundheitspolitik in Deutschland ist weit davon entfernt, einen einheitlichen Krankenversicherungsmarkt zu schaffen. Im Entstehungsprozess des GKV-WSG wurde heftig darüber diskutiert: Auf der einen Seite etikettierten die Anhänger der Konzepte der Bürgerversicherung/Bürgerpauschale das geltende System als ungerecht, als nicht effizient und als nicht transparent. Die PKV selektiere zu Lasten der GKV Risiken, und die höhere Vergütung der Ärzte führe zu ungleichen Zugangschancen zur Versorgung.² Als Gegenargumente wurden vorgebracht, dass das PKV-System in sich gut funktioniere, mit dem Kapitaldeckungsverfahren demographische Vorsorge getroffen werde und die höhere Arztvergütung das GKV-System indirekt subventioniere.

Am Ende hat sich die CDU/CSU in dieser Frage gegen die Forderungen des Koalitionspartners durchgesetzt. Es bleibt auch nach dem GKV-WSG bei einem dualen Krankenversicherungssystem. Allerdings wird (wie oben skizziert) durch den Basistarif und seine Regulierung eine gewisse Sozialprägung für die PKV und insoweit eine Annäherung an die GKV vorgenommen.

3. Risikostrukturausgleich mit oder ohne Einbeziehung der PKV?

Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (RSA) in den Niederlanden ist durch die Krankenversicherungsreform in einigen Punkten verändert worden. Alle Krankenversicherer, auch die vormals privaten, nehmen jetzt am RSA teil. Es entfallen die Ausgleichszahlungen, die von den privaten Krankenversicherern bislang an den Gesundheitsfonds entrichtet werden mussten (vgl. Abschnitt 4 unten).

Das GKV-WSG sieht sowohl durch die Einführung eines Gesundheitsfonds auf der Ausgaben- wie auf der Einnahmenseite eine Reihe von weit reichenden Verän-

derungen in Bezug auf den RSA vor, allerdings ist keinerlei Beteiligung der privaten Krankenversicherung vorgesehen. So wird wie bisher die Risikoselektion zu Lasten der GKV weder auf der Einnahmen- noch auf der Ausgabe Seite ausgeglichen. Eine Verminderung dieses Selektionseffektes tritt aber voraussichtlich dadurch ein, dass künftig auch gesundheitlich beeinträchtigte Versicherte über den Basistarif eine private Krankenversicherung wählen können. Inwieweit es auf der anderen Seite dabei bleibt, dass privat Versicherte bei der Inanspruchnahme insbesondere von ambulanten ärztlichen Leistungen höhere Preise zahlen und dadurch die GKV indirekt quersubventionieren, ist gegenwärtig noch offen.

Auf der Ausgabe Seite sollen Morbiditätskriterien für die Festlegung des Beitragsbedarfs eingeführt werden, die aber keine Anreize zu medizinisch nicht gerechtfertigten Leistungsausweitungen geben dürfen. 50 bis 80 schwerwiegenden Krankheiten, bei denen die durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versichertem die GKV-weiten durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten um mindestens 50 Prozent übersteigen, sollen zur Bestimmung der Morbiditätsgruppen herangezogen werden. Die Wirksamkeit des RSA kann so, wie die Erfahrungen aus den Niederlanden zeigen, nachhaltig verbessert werden. Aber ein erheblicher Wettbewerbsnachteil kann für eine Krankenkasse auch entstehen, wenn die durchschnittlichen Leistungsausgaben für ein Krankheitsbild um geringere Werte als 50 Prozent übertroffen werden – wenn nämlich eine sehr hohe Anzahl Betroffener dort versichert ist. Nicht nachvollziehbar ist daher, warum für die heranzuziehenden Krankheitsbilder solch ein Kriterium festgelegt wurde.

Auf der Einnahmenseite wird die Einführung des Gesundheitsfonds bewirken, dass der Finanzkraftausgleich, der bisher nur 92 Prozent der Finanzkraftunterschiede zwischen den Krankenkassen beseitigte, vervollständigt wird. So werden Preisvorteile aufgrund von überdurchschnittlich hohen beitragspflichtigen Einnahmen – abgesehen von Wirkung der Überforderungsklausel (s. Abschnitt 5) für die Zusatzprämie – zukünftig entfallen.

Durch die Einführung des Gesundheitsfonds wird außerdem nicht mehr zwischen Zahler- und Empfängerkassen unterschieden. Die politische Diskussion um die Weiterentwicklung des RSA in Deutschland kann dann vielleicht ähnlich wie in den Niederlanden deutlich unangeregter als in der Vergangenheit verlaufen.

4. Gesundheitsfonds als mögliche Erweiterung der Finanzierungsbasis der GKV

In den Niederlanden gab es schon vor der jüngsten Krankenversicherungsreform einen Gesundheitsfonds, der aus mehreren Quellen gespeist wurde und die Beitragseinnahmen zentral sammelte und dann verteilte. In den Gesundheitsfonds flossen vor der Reform ein steuerfinanzierter Zuschuss des Staates sowie einkommensabhängige Beiträge von Beschäftigten, Arbeitgebern und

Selbständigen. Da in der privaten Krankenvollversicherung ein geringerer Anteil älterer Versicherte bestand, wurden zusätzlich auch die privaten Krankenversicherer mit einem Finanzierungsbeitrag am Gesundheitsfonds beteiligt. Dieser wurde durch eine Umlage auf alle privat krankenversicherten Personen zwischen 20 und 64 Jahren außerhalb des Basistarifs finanziert, zuletzt rund 130 Euro pro Jahr pro Person (Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport 2005).

Da seit Januar 2006 alle Krankenversicherer ohne Ausnahme am RSA teilnehmen (vgl. Abschnitt 3) entfiel nach der jüngsten Krankenversicherungsreform der Finanzierungsbeitrag der privaten Krankenversicherer. Der Staatszuschuss wird jetzt ausdrücklich für die Finanzierung der Pauschalprämien für Kinder und Jugendliche sowie für die Finanzierung des Gesundheitszuschusses (vgl. Abschnitt 4) verwendet, blieb aber in der Höhe unverändert. Bei den einkommensabhängigen Beiträgen ist wichtig, dass sämtliche Einkommensarten (einschließlich z.B. der Einkommen aus Kapitalvermögen) bis zur Beitragsbemessungsgrenze (ca. 30.000 Euro pro Jahr) beitragspflichtig sind.

Im Gegensatz zu den Regelungen im Nachbarland sieht das deutsche GKV-WSG zwar ab 2009 einen Gesundheitsfonds vor, erweitert aber den beitragspflichtigen Einkommensbegriff nicht. Auf einen Finanzierungsbeitrag der privaten Krankenversicherung wird ebenfalls verzichtet – obwohl ein solcher gerade von der SPD im Wahlkampf vehement gefordert wurde. Die Gesundheitspolitik zielt offenbar nicht darauf ab, die Finanzierungsbasis der gesetzlichen Krankenversicherung wirklich zu erweitern und damit nachhaltiger zu gestalten. Aus Sicht der Autoren ist es darüber hinaus mehr als fraglich, ob es nach der beschlossenen kurzfristigen Reduzierung des Bundeszuschusses zur gesetzlichen Krankenversicherung langfristig tatsächlich zu einem kontinuierlich wachsenden Steueranteil kommen wird. Es bleibt zudem abzuwarten, ob der Gesetzgeber den Bürgern nur wenige Monate vor der Bundestagswahl 2009 tatsächlich die Einführung eines Gesundheitsfonds zumuten wird, ohne dass durch den Fonds die Finanzierungsbasis der GKV erweitert wird.

5. Pauschalprämie – ein wichtiger Baustein im System?

Ein landesweit einheitlicher einkommensabhängiger Beitragssatz finanziert in den Niederlanden seit der neuesten Gesundheitsreform die Hälfte der Ausgaben der Krankenversicherungen. Die andere Hälfte wird durch kassenspezifische pauschale Prämienzahlungen getragen. Die Höhe der pauschalen Prämie liegt bei durchschnittlich 85 Euro pro Monat und ist einkommensunabhängig und auch unbeeinflusst vom individuellen gesundheitlichen Risiko. Personen mit niedrigem Einkommen können einen staatlich finanzierten Gesundheitszuschuss beantragen, der aber nie die komplette Prämie deckt.

Da es teilweise deutliche Unterschiede in der Höhe der Prämie zwischen den Krankenversicherern gibt, ist der Preiswettbewerb zwischen den niederländischen Krankenversicherern seit Einführung der Reform dramatisch gestiegen. Teilweise kalkulieren die Krankenversicherer Prämien, die nicht kostendeckend sind und finanzieren das Defizit aus ihren Rücklagen (Douven/Schut 2006). Rund 20 Prozent aller Versicherten haben nach Einführung der Reform einen neuen Versicherer gewählt (de Jong et al. 2006), es gibt also starke Wanderungsbewegungen.

Das deutsche GKV-WSG sieht vor, dass bei Einführung des Gesundheitsfonds im Jahr 2009 im Durchschnitt 100 Prozent der Ausgaben der Krankenkassen durch den einheitlichen einkommensabhängigen Beitragssatz finanziert werden sollen, die Pauschalprämie wird daher – wenn die Regelungen so wie beschlossen umgesetzt werden – im Startjahr des Gesundheitsfonds im Durchschnitt bei 0 Euro liegen. In den nächsten Jahren sollen durch den einheitlichen einkommensabhängigen Beitragssatz immer mindestens 95 Prozent der Kassenausgaben gedeckt werden. Vor der jüngsten Krankenversicherungsreform in den Niederlanden waren es dort 85 Prozent. Die Pauschalprämie wird also in Deutschland wesentlich niedriger als in den Niederlanden sein und somit nach dem Willen der Großen Koalition eine sehr bescheidene Rolle im System spielen. Möglichweise werden einige Kassen auch von der Option Gebrauch machen, die Zusatzprämie als einkommensabhängige Prämie auszugestalten; sie liefern damit allerdings Gefahr, die Versicherten mit höheren Einkommen zu verlieren, die aufgrund ihres durchschnittlich besseren Gesundheitszustandes eher „gute Risiken“ sind.

Hauptsächlich überdurchschnittliche Ausgabenrisiken im Versichertenbestand (z.B. besonders viele Versicherte in Regionen mit überdurchschnittlich hohen Ausgaben oder mit nicht im RSA berücksichtigter Morbidität) und überdurchschnittlich hohe Satzungs-/Ermessensleistungen oder Verwaltungskosten werden wahrscheinliche Gründe für die Krankenkassen sein, Pauschalprämien zu erheben.

Die niederländische Gesundheitsreform hat den Wettbewerbsdruck auf Krankenversicherer durch Preiswettbewerb erhöht und getrennt davon Niedrigverdiener vor Überforderung geschützt. Effizienz- und Verteilungsziele wurden unabhängig von einander verfolgt. In Deutschland werden diese Ziele vermischt. So ist im GKV-WSG eine Überforderungsklausel vorgesehen: Erhebt eine Krankenkasse eine pauschale Prämie von bis zu acht Euro, erfolgt keine Einkommensprüfung. Soll die Prämie höher sein, darf die Belastung höchstens ein Prozent des beitragspflichtigen Einkommens betragen. Diese Regelung kann man durchaus als eine der abstrusesten Regelungen, die deutsche Gesundheitspolitik in den letzten Jahrzehnten erarbeitet hat, bezeichnen. Sie führt nicht nur zu enormen Wettbewerbsverzerrungen (Krankenkassen mit überdurchschnittlich vielen Härtefällen werden

stark benachteiligt) sondern auch zu perversen Anreizen bei der Kassenwahl für Niedrigverdiener.

Der deutsche Gesetzgeber beabsichtigt offensichtlich, dass es durch die Einführung der pauschalen Zusatzprämie wie in den Niederlanden zu einer Intensivierung des Preiswettbewerbs zwischen den Krankenkassen in Deutschland kommt. Ob das eintreten wird, ist derzeit schwer einzuschätzen. Es spricht vieles dafür, dass Versicherte (besonders nach einer relativ weit gehenden Reform) absolute Differenzen stärker wahrnehmen als relative Beitragssatzunterschiede. Außerdem müssen sie die Differenz jetzt vollständig alleine tragen, während bisher 50 Prozent zu Lasten des Arbeitgebers gingen. Aber der Preiswettbewerb in Deutschland ist schon jetzt vergleichsweise intensiv (Laske-Aldershof et al. 2006). Außerdem käme es durch die Überforderungsklausel zu einer starken Wettbewerbsverzerrung.

6. Ausweitung der Möglichkeit von Selektivverträgen

Schon nach der letzten größeren Gesundheitsreform Mitte der neunziger Jahre konnten Krankenversicherer in den Niederlanden ambulante Leistungsanbieter (Haus- und Fachärzte, Physiotherapeuten) selektiv unter Vertrag nehmen. Da aber Preise und Kapazitäten öffentlich reguliert waren, überwogen in der Praxis weiterhin Kollektivverträge (Greß 2002). Seit der jüngsten Krankenversicherungsreform gilt die Möglichkeit für Selektivverträge nun auch für stationäre Leistungsanbieter.

In Deutschland gab es auch schon vor dem GKV-WSG immer mehr gesetzliche Möglichkeiten, Selektivverträge zwischen einzelnen Krankenkassen und Leistungsanbietern abzuschließen. Wegen der pauschalen Anschubfinanzierung hat sich vor allem die integrierte Versorgung stark entwickelt. Die hausarztzentrierte Versorgung und hochspezialisierte ambulante Leistungen im Krankenhaus werden wegen der Gefahr der Doppelfinanzierung von Leistungen als Möglichkeiten kaum genutzt (Cassel et al. 2006a); insbesondere fehlen verbindliche Vorschriften zur Budgetbereinigung.

Ähnlich wie dies die niederländischen Gesetzgeber vor der jüngsten Reform getan haben, erweitert das GKV-WSG nun die Möglichkeit zu Selektivverträgen im ambulanten Bereich. Krankenkassen können im Rahmen der „besonderen“ ambulanten Versorgung in Zukunft die gesamte ambulante Versorgung ihrer Versicherten durchgängig selektivvertraglich regeln. Auch ein Übergang des Sicherstellungsauftrags auf die Krankenkassen ist vorgesehen. Die Gesundheitspolitik betont die Notwendigkeit zur Budgetbereinigung, allerdings ohne ausreichend klare Vorgaben zu machen, nach welchen Kriterien diese erfolgen soll. Im stationären Bereich sind Selektivverträge weiterhin nur in sehr eingeschränkter Form im Rahmen der integrierten Versorgung oder der hochspezialisierten ambulanten Versorgung möglich (vgl. ausführlich zur

Bewertung der Regelungen zum Ausbau von Selektivverträgen im GKV-WSG: Cassel et al. 2006b).

7. Schlussbemerkungen

Diese hier erfolgte Gegenüberstellung der wichtigsten Elemente des GKV-WSG mit den Ergebnissen der jüngsten niederländischen Krankenversicherungsreform macht deutlich, dass die Reformergebnisse sehr verschieden sind. Aber bei einem Vergleich des GKV-WSG mit der Situation im Nachbarland vor der Reform zeigen sich einige bemerkenswerte Parallelen. Übereinstimmung besteht insbesondere im Basistarif in der privaten Krankenvollversicherung, der Pauschalprämie, einem Gesundheitsfonds, einem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich und der Möglichkeit zum Abschluss von Selektivverträgen im ambulanten Bereich. Die institutionelle Ausgestaltung in Deutschland wird im Detail durchaus anders als im Nachbarland sein. So sind vor allem eine schmalere Finanzierungsbasis des Gesundheitsfonds, ein niedrigerer Anteil der Pauschalprämie an den Ausgaben der Krankenversicherer, eine Überforderungsklausel im Krankenversicherungs- und nicht im Steuersystem und eine Festlegung der Prämie für den Basistarif vorgesehen. Dennoch ist die Konvergenz der Modelle „Niederlande alt“ und „Deutschland neu“ erstaunlich. Es wird sich zeigen, ob die deutsche Gesundheitspolitik mittel- bis langfristig auch zu einem einheitlichen Krankenversicherungsmarkt übergehen wird. Derzeit ist für diesen Reformschritt im Gegensatz zu den Niederlanden eine politische Mehrheit aber nicht zu erkennen.

Vor dem Hintergrund der Ziele und der Ausgestaltung der Instrumente der Gesundheitsreform in den Niederlanden fällt ein Urteil über den Entwurf des GKV-WSG überwiegend kritisch aus:

- Anders als in den Niederlanden ist die Schaffung einer Versicherungspflicht für bestimmte Teile der Nicht-Versicherten, während anderen (auch künftig erst in diese Position gelangenden) Personen ein jederzeit ausübbares Beitrittsrecht (dem ein Kontrahierungszwang der PKV gegenübersteht) garantiert wird, ein halbherziger Schritt, der insbesondere Prozesse adverser Selektion auslöst und in gewisser Weise das Versicherungsprinzip karikiert. Dem steht gegenüber, dass der Gesetzgeber auf einen Einbezug der PKV-Versicherten in den Solidarausgleich verzichtet hat – um sie im Gegenzug durch die Folgen des Kontrahierungszwanges im Basistarif und der neu eingeführten partiellen Mitgabefähigkeit von Alterungsrückstellungen finanziell zu belasten.
- Anders als in den Niederlanden wird der Gesundheitsfonds nicht als Instrument zur Verbreiterung der Finanzierungsbasis in der gesetzlichen Krankenversicherung genutzt. Im Zusammenwirken mit den anderen Regelungen (u.a. Schaffung des neuen Dachverbandes, neue

Strukturen für den gemeinsamen Bundesausschuss, neue Regelungen für die vertragsärztliche Vergütung) bewirkt er einen Zentralisierungsschub, der die Elemente der Stärkung wettbewerblicher Steuerung überlagert. Auch sind die Instrumente wettbewerblicher Steuerung wenig konsistent.

- Anders als in den Niederlanden wird kein in sich schlüssiges Konzept einer Pauschalprämie als Bestandteil eines Gesundheitsfonds vorgelegt: Zum einen ist die Wahlmöglichkeit für die Krankenkasse zwischen einem Zusatzbeitrag und einer Zusatzpauschalprämie wenig sinnvoll. Des weiteren führt ein Zusatzbeitrag, der im Durchschnitt nahe der Nulllinie liegen soll, zu einem Zusatzbeitrags-Verhinderungswettbewerb, nicht zu einem sinnvollen Wettbewerb, bei dem Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung gleichermaßen im Mittelpunkt stehen. Wenn schon aus Verteilungsgeichtspunkten eine Überforderungsklausel auch bei geringen Pauschalprämien als erforderlich angesehen wird, dann sollte diese nicht von den Kassen selber durch eine Erhöhung der Zusatzprämie finanziert werden, sondern entweder aus dem Gesundheitsfonds oder aus Steuermitteln – andere Lösungen führen zu erheblichen Verzerrungen des Wettbewerbs.

Literatur

- Cassel, D./I. Ebsen/S. Greß/K. Jacobs/S. Schulze/J. Wasem (2006a). Weiterentwicklung des Vertragswettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Vorschläge für kurzfristig umsetzbare Reformschritte, Gutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbandes. --- (2006b). „Zu kurz gesprungen.“ *Gesundheit und Gesellschaft* 9(10): 42-45.
- de Jong, J./D. Delnoij/P. Groenewegen (2006). *Collectief aanbod motor van verzekerdemobiliteit*. Utrecht, NIVEL.
- Douven, R./E. Schut (2006). *Health plan pricing behaviour and managed competition*. Den Haag, CPB discussion paper No 61.
- Greß, S. (2002). *Krankenversicherung und Wettbewerb – Das Beispiel Niederlande*. Frankfurt/New York, Campus.
- Greß, S./A. Walendzik/J. Wasem (2006). „Hartz IV und die gesetzliche Krankenversicherung – Nichtversicherte als gesellschaftliches Problem.“ *Sozialer Fortschritt* 55(8): 186-92.
- Laske-Aldershof, T./F. T. Schut/K. Beck/S. Greß/A. Shmueli/C. Van de Voorde (2006). *Kassenwechsel im internationalen Vergleich. Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2006 – Zehn Jahre Kassenwechsel*. D. Göppfparth, S. Greß, K. Jacobs, J. Wasem. St. Augustin, Asgard: 191-218.
- 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>.
- SVR Wirtschaft (2004). *Erfolge im Ausland – Herausforderungen im Inland. Jahresgutachten 2004/05, Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung*.

Fußnoten

- 1 Dieser Beitrag beruht weitgehend auf den Ergebnissen eines von der Hans-Böckler-Stiftung geförderten Forschungsprojekts.
- 2 So bezeichnet der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung in seinem Jahresgutachten 2004/2005 die Segmentierung des Krankenversicherungsmarktes durch die Pflichtversicherungsgrenze als „sowohl in allokativer als auch in distributiver Hinsicht ... ökonomisch nicht begründbar“ (SVR Wirtschaft 2004: 516).