

Reform der niederländischen Krankenversicherung – Bilanz nach drei Jahren

Zum 1. Januar 2006 wurde in den Niederlanden eine umfassende Reform der Krankenversicherung durchgeführt, die auch die Diskussion über die Weiterentwicklung des deutschen Krankenversicherungssystems beeinflusst hat. Gut drei Jahre danach liegen eine Reihe z.T. empirisch untermauerter Erkenntnisse zu den Auswirkungen dieser Reform vor, die im Hinblick auf die Einführung des Gesundheitsfonds und des einheitlichen Beitragssatzes ab 1. Januar 2009 von besonderem Interesse sind. Das neue System hat sich in den Niederlanden fest etabliert und stößt auf breite Akzeptanz. Voreilige Schlussfolgerungen, die eine weitgehende Übertragbarkeit der Reformansätze auf deutsche Verhältnisse vermuten lassen könnten, erscheinen zwar nicht angezeigt. Gleichwohl erscheint der bilaterale Erfahrungsaustausch über die Weiterentwicklung der Krankenversicherung für gesundheitspolitische Akteure beider Länder in vielfacher Hinsicht gewinnbringend.

■ Dr. Joachim Müller

1. Grundzüge der Reform

Die im Sommer 2005 vom niederländischen Parlament mit Wirkung zum 1. Januar 2006 verabschiedete Reform der Krankenversicherung umfasst folgende Schwerpunkte:

1.1. Obligatorische Krankenversicherung mit gleichem Basispaket für alle Niederländer

Mit der „verplichte standaardverzekering“ wurde eine obligatorische Standardkrankenversicherung für alle Einwohner der Niederlande eingeführt. Nicht einbezogen werden lediglich aktive Berufssoldaten sowie Personen, die aus strenger religiöser Überzeugung den Abschluss einer Krankenversicherung generell ablehnen. Der bis dahin bestehende Unterschied zwischen gesetzlich und privat Krankenversicherten sowie öffentlichen Bediensteten wurde aufgehoben. Die neue Standardversicherung wird von privaten Krankenversicherern innerhalb eines vom Gesetzgeber geschaffenen Rahmens angeboten, der mit den europäischen Richtlinien für Schadensversicherungen in Einklang steht. Mit der Versicherungspflicht einher geht auch der Kontrahierungszwang, der die Krankenversiche-

rungen grundsätzlich verpflichtet, jeden in ihrem Einzugsgebiet lebenden Einwohner zu akzeptieren.

Krankenversicherer müssen im Prinzip landesweit arbeiten. Kleinere Versicherer, d.h. mit weniger als 850 Tsd. Versicherten, dürfen sich auch auf eine oder mehrere niederländische Provinzen erstrecken.

Der Leistungskatalog der Krankenversicherung wurde als Basispaket grundsätzlich vom Gesetzgeber vorgegeben und entspricht weitgehend dem bis Ende 2005 für die gesetzlich Krankenversicherten aber auch dem im Rahmen der privaten Standardversicherung abgedeckten Leistungsumfang.

Hierzu zählen:

- Medizinische Versorgung durch Hausärzte, Krankenhäuser, Fachärzte und Geburtshelfer
- Krankenhausaufenthalt
- zahnärztliche Versorgung (bis 22 Jahren, ab 22 Jahren nur spezialisierte Zahnheilkunde und herausnehmbarer Zahnersatz)
- Hilfsmittel
- Arzneimittel (mit Ausnahme frei verkäuflicher Arzneimittel)
- Betreuung während und nach der Schwangerschaft

Dr. Joachim Müller, Leiter des Referats „Finanzielle Angelegenheiten der gesetzlichen Krankenversicherung“ im Bundesministerium für Gesundheit

- Krankentransport (Notarzt/Rettungswagen und „sitzen-der“ Transport)
- Paramedizinische Versorgung (Physiotherapie/Krankengymnastik mit begrenztem Leistungsvolumen, Logopädie, Ergotherapie, Diätberatung).
- ambulante psychiatrische Versorgung sowie das erste Jahr der stationären psychiatrischen Versorgung

Differenzierungen im Leistungsumfang bestehen zum einen in der Möglichkeit, eine Zusatzversicherung für die Leistungen abzuschließen, die nicht im Basispaket enthalten sind. Hierbei handelt es sich insbesondere um eine erweiterte zahnmedizinische Versorgung für Erwachsene, umfassendere Leistungen bei Physiotherapie sowie alternative Behandlungsmethoden und frei verkäufliche Arzneimittel.

Außerdem können die Krankenversicherer ihren Versicherten neben einem seit 2007 geltenden obligatorischen Selbstbehalt von derzeit 155 Euro für Erwachsene (mit besonderen Regelungen für chronisch Kranke und Ausnahmeregelungen für hausärztliche Leistungen) Wahltarife in Form unterschiedlicher Selbstbehalte, unterschiedlicher Tarife für Sachleistung oder Kostenerstattung sowie Mischformen anbieten.

Ebenfalls in Anlehnung an eine übliche Praxis aus dem Privatversicherungsbereich, wurde die Möglichkeit für die Versicherer geschaffen, mit Unternehmen, Berufsgruppen, Gewerkschaften, Rentner- oder Patientenorganisationen sowie Sportvereinen – Kollektivvereinbarungen mit bis zu zehnprozentigen Prämienermäßigungen anzubieten. Diese Gruppentarife können nicht nur Prämienermäßigungen sondern z.T. auch Qualitätskriterien und besondere Versorgungskonzepte für bestimmte Patientengruppen (z.B. Diabetes- und Rheumapatienten) beinhalten.

In dem von der Regierung finanzierten Internetportal www.kiesbeter.nl wird den Versicherten ein Preis-Leistungsvergleich sämtlicher für ihn relevanten Angebote der regional und landesweit anbietenden Versicherer (einschließlich Gruppen-, Selbstbehalts- und Zusatztarifen) ermöglicht. Darüber hinaus stehen zahlreiche andere Internetportale für Informations- und Vergleichszwecke zur Verfügung.

1.2. Finanzierung

Die Finanzierung der Leistungen der Krankenversicherung setzt sich aus drei Komponenten zusammen:

- einem einkommensunabhängigen Betrag je erwachsenem Versicherten, der sog. „nominalen Prämie“
- einem einkommensabhängigen Arbeitgeberbeitrag und
- einem staatlichen Zuschuss, der die Ausgaben für Kinder und Jugendliche vollständig abdeckt.

Subventionierte „Nominale Prämie“

Jeder Niederländer, der älter als 18 Jahre ist, bezahlt anstelle bisheriger einkommensbezogener Beiträge eine kassenspezifische nominale Prämie unmittelbar an seine Krankenversicherung. Die Prämien sollen sich nach Versicherer und Versicherungspolice unterscheiden, nicht jedoch nach dem Risiko des Versicherten. Kinder sind im neuen System beitragsfrei mitversichert. Die Kosten dieser beitragsfreien Mitversicherung übernimmt der Staat. Zur Vermeidung überproportionaler Belastungen durch die nominale Prämie wird zudem ein aus Steuermitteln subventionierter Zuschlag gewährt, der in einem separaten „Gesetz über den Krankenversicherungszuschlag“ geregelt ist und ähnlich wie die einkommensabhängig gewährten Zuschüsse für Mieten und Kinderbetreuung über die Finanzämter ausgezahlt wird.

Bemessung und Erhebung einkommensabhängiger Beiträge

Für jeden Niederländer, der ein eigenes Einkommen hat, wird i.d.R. neben der nominalen Prämie ein prozentualer einkommensabhängiger Beitrag bis zur Höhe einer jährlichen neu festzulegenden Beitragsbemessungsgrenze entrichtet. Sofern es sich um Löhne und Gehälter handelt, wird der Beitrag vom Arbeitgeber getragen. Zu den weiteren beitragspflichtigen Einnahmen zählen Renten, weitere Lohnersatzleistungen, Gewinne bzw. Einkünfte aus freiberuflicher Tätigkeit. Kapitaleinkünfte sowie Einkünfte aus Vermietung zählen hingegen nicht zu den beitragspflichtigen Einnahmen.

Für die Verbeitragung der niederländischen Grundrenten (AOW) wird ebenfalls eine einkommensproportionaler Beitrag erhoben, der nicht vom Rentenversicherungsträger erstattet wird, dafür gibt es allerdings höhere Kompensationszahlungen im Rahmen des Krankenversicherungszuschlags. Die einkommensproportionalen Beiträge für Arbeitslose, Frührentner und Sozialhilfeempfänger werden hingegen vom Träger übernommen. Für Einkünfte aus selbständiger und Unternehmertätigkeit sowie auf Einkünfte aus Pensionen und betrieblicher Altersversorgung wird neben der „nominalen Prämie“ ein ermäßigter einkommensproportionaler Beitragssatz fällig, für die wiederum keine Beitragstragung oder Kompensationen Dritter infrage kommen. Die einkommensabhängigen Beiträge werden von den Steuerbehörden eingezogen und an den bereits vorher bestehenden „Krankenversicherungsfonds“ weitergeleitet, dem auch die Steuermittel zur Finanzierung der beitragsfreien Mitversicherung von Kindern und Jugendlichen zufließen.

1.3. Risikostrukturausgleich

Aus dem zentralen Krankenversicherungsfonds erhalten die Krankenversicherer unter Berücksichtigung ihrer spezifischen Versicherten- und Risikostruktur standardisierte Zuweisungen („normuitkering“), wobei dieser Mechanismus im Kern auch schon vor der Reform existierte. Im

Gegensatz zum deutschen Risikostrukturausgleich vor Inkrafttreten des Gesundheitsfonds gab es im niederländischen RSA weder im alten noch im neuen System Zahler- und Empfängerkassen. Von niederländischen Experten wird dies als ein wesentlicher Grund für eine breite Akzeptanz der Reform bei den Krankenversicherern angesehen.

Die Zuweisungen im niederländischen Risikostrukturausgleichssystem, das auf Basis von Vorschlägen einer beim „Kollegium für Krankenversicherer“ (CVZ) angesiedelten Expertengruppe Jahr für Jahr fortentwickelt und verfeinert wurde, beinhalten derzeit folgende Faktoren:

- Alter
- Geschlecht
- Minderung der Erwerbsfähigkeit
- Region
- Pharmazeutische Verordnungen
- Diagnose-Behandlungs-Kombinationen (DBC) bei stationärer Krankenhausbehandlung und ambulanter fachärztlicher Behandlung im Krankenhaus
- Hochrisikopool für besonders aufwändige Leistungsfälle

In einem mehrstufigen Verfahren kommt es allerdings für etwa die Hälfte des Aufgabenvolumens noch zu einem nachträglichen ex-post-Ausgleich anhand der tatsächlichen Ausgaben.

1.4. Verhältnis Krankenversicherer und Leistungserbringer

Neben der Neuregelung der Organisation und der Finanzgrundlagen der Krankenversicherung war ein weiterer zentraler Ansatz der Reform die Intensivierung des Wettbewerbs zwischen den Krankenversicherern und den Leistungserbringern. Allerdings wurde der Kontrahierungszwang der einzelnen Krankenversicherungen gegenüber den Leistungserbringern formal bereits im Vorfeld der Reform aufgehoben. Außerdem soll in den nächsten Jahren die bislang überwiegend administrativ erfolgte Preis- und Gebührengestaltung, für die es eine unter staatlicher Aufsicht stehende Regulierungsbehörde gibt, schrittweise durch Verträge zwischen Leistungserbringern und Krankenversicherern abgelöst werden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Verbände von Leistungserbringern und Krankenversicherern, die im Unterschied zu Deutschland keinen öffentlich-rechtlichen Status haben, eine untergeordnete Rolle spielen. Das Prinzip der Selbstverwaltung von Krankenkassen und Leistungserbringern ist in den Niederlanden nicht existent.

2. Entwicklungen von 2006 bis Anfang 2009

Zu den wesentlichen Auswirkungen der Krankenversicherungsreform lässt sich bezogen auf den Zeitraum 2006 bis Anfang 2009, z.T. aus statistische Daten des nieder-

ländischen Gesundheitsministeriums, aus empirischen Untersuchungen regierungsnaher Behörden und wissenschaftlicher Institute sowie aus Informationen von niederländischen und deutschen Experten folgendes ableiten:

2.1. Finanzen , Prämien- und Beitragssatzentwicklung

In den Jahren 2006 und 2007 haben sowohl der Krankenversicherungsfonds als auch die einzelnen Krankenversicherer deutliche Verluste eingefahren, die zu den Prämienanhebungen und der Anhebung des einkommensabhängigen Beitragssatzes in 2008 geführt haben. In 2006 gab es Verluste von 1,3 Mrd. Euro in 2007 von 1,1 Mrd. Euro, die jeweils aus einer Überschätzung des Finanzaufkommens aus der einkommensabhängigen und nominalen Prämie sowie einer Unterschätzung der Ausgabenentwicklung resultierten. Bei der Kalkulation der zu niedrigen nominalen Prämien dürfte der Wettbewerb um die Gunst der Versicherten eine maßgebliche Rolle gespielt haben.

Die Defizite der einzelnen Krankenversicherungen konnten durch die dort vorhandenen erheblichen Rücklagen; die unterjährigen Verluste des Fonds durch Liquiditätsdarlehen des Staates kompensiert werden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Krankenversicherungen verpflichtet sind, eine Mindestrücklage von einer Monatsausgabe vorzuhalten. Aus der Zeit vor der Reform waren insbesondere bei den ehemaligen Privaten Krankenversicherungen so hohe Finanzreserven vorhanden, dass sie auch nach 2 Jahren mit Verlusten Anfang 2008 im Durchschnitt noch über Rücklagen von fast knapp 2 Monatsausgaben verfügten. Der Krankenversicherungsfonds selbst hat –im Unterschied zur Situation in Deutschland – keine Verpflichtung zum Aufbau von Liquiditätsreserven. Wenn die Zuweisungen an die Versicherungen durch die Beitragseinnahmen nicht gedeckt sind, stellt der Staatshaushalt – wie in allen anderen Versicherungszweigen auch – die Liquidität zur Verfügung und der Gesetzgeber passt den Beitragssatz – falls erforderlich – erst mit zeitlicher Verzögerung zum Jahreswechsel an. Dabei wird über die „Fifty-Fifty –Regelung“ sichergestellt, dass – wenn auch über einen mehrjährigen Zeitraum – das Aufkommen aus einkommensabhängigen Beiträgen einerseits sowie „nominalen Prämien“ und Steuerfinanzierung für Kinder andererseits gleich bleibt.

Die durchschnittlich jährlich von Erwachsenen gezahlte nominale Prämie (nach Abzug der Rabatte die im Rahmen von Gruppenverträgen gewährt wurden) hat sich seit Einführung der Reform wie folgt entwickelt:

	2006	2007	2008	2009
Durchschnittsprämie In Euro	1027	1091	1038	1056
Minimum	990	1019	933	950
Maximum	1172	1224	1166	1187

Dabei hat sich die Differenz zwischen höchster und niedrigster Prämie im gleichen Zeitablauf Jahr für Jahr erhöht.

Der einkommensabhängige Beitragssatz, der i.d.R. vom Arbeitgeber zu tragen und so festzulegen ist, dass die hieraus resultierenden Beitragseinnahmen den Beitragseinnahmen aus den nominalen Prämien plus Eigenanteil der Versicherten entsprechen (Fifty-fifty-Regelung), blieb zwar in den Jahren 2006 und 2007 bei 6,5 v.H. konstant. Er wurde aber Anfang 2008 ohne größere öffentliche Diskussionen um 0,7 Prozentpunkte auf 7,2 v.H. angehoben und Anfang 2009 wieder auf 6,9 v.H. reduziert. 2008 wurde hingegen nach deutlich gestiegenem Prämien- und Beitragsaufkommen wieder ein Überschuss von 2,3 Mrd. Euro erzielt. Vor diesem Hintergrund konnte das Beitragssatzniveau wieder um 0,3 Prozentpunkte auf 6,9 Prozent abgesenkt werden.

Die konkreten Entscheidungen für die Festlegung des Beitragssatzes trifft die Regierung (Gesundheits- in Abstimmung mit Finanz- und Arbeitsministerium) traditionell in der dritten Septemberwoche auf Basis von Prognosen eines „zentralen Planungsbüros“ (CBB), das alle ökonomischen Grunddaten für den Staatshaushalt liefert. Die Prämienkalkulationen der einzelnen Versicherer werden Anfang November getroffen und sind den Versicherten 6 Wochen vor dem Jahreswechsel bekanntzugeben. Unterjährige Prämienanhebungen sind nicht erfolgt.

Für das Jahr 2009 deutet vieles darauf hin, dass es wieder zu einer defizitären Entwicklung kommen wird. Einnahmeseitig werden sich ebenso wie in Deutschland die Auswirkungen der Finanzmarktkrise bei den einkommensabhängigen Beiträgen bemerkbar machen. Ausgabenseitig werden erhebliche Mehrausgaben insbesondere im Bereich der fachärztlichen Versorgung erwartet, die im Unterschied zu Deutschland von „Spezialisten“ erbracht werden, die an die Krankenhäuser angebunden sind. Diesen Mehrausgaben will die Regierung mit Einsparmaßnahmen begegnen. Die konkreten Auswirkungen auf die nominale Prämie und einkommensabhängigen Beiträge werden allerdings erst im Herbst 2009 mit Wirkung für das Jahr 2010 erkennbar werden.

Kompensation durch Steuerzuschüsse

Während die Ausgaben für Kinder und Jugendliche in Höhe der Hälfte der durchschnittlichen monatlichen Prämie vollständig aus Steuermitteln finanziert werden, erhalten rund 2/3 der niederländischen Haushalte Steuerzuschüsse, mit denen die Belastung aus der nominalen Prämien subventioniert wird. Die Auszahlung der Zuschüsse erfolgt wie bereits seit Jahren u.a. beim Wohngeld üblich nach landesweit einheitlichem Verfahren über die Finanzämter. Die Höhe des Zuschusses ermittelt sich aus Höhe des Haushaltseinkommens, Familienstand im Vergleich zu durchschnittlicher (nicht kassenindividueller) Prämie plus durchschnittlichem Selbstbehalt. Der Zuschuss ist gedeckelt. Einen Teil der Prämie (2,7 v.H. des Haushaltseinkommens für Singles, bzw. 5 v.H. des Haushaltseinkommens für Versicherte mit Partner) zahlen alle selbst.

Insgesamt flossen 2008 rd. 5,7 Mrd. Euro an Steuermitteln in das Krankenversicherungssystem, davon 2,1 Mrd. Euro zur Zahlung der Ausgaben für Kinder und Jugendli-

che in Höhe der hälftigen durchschnittliche Prämie für Erwachsene und rd. 3,6 Mrd. Euro zur Subventionierung der niederländischen Haushalte Zuschuss zur der nominalen Prämie. Die Steuermittel haben sich bereits deutlich erhöht. Vor Beginn der Reform erwartete man zur Subventionierung der nominalen Prämie für 2006 ca. 2,2 Mrd. Euro (tatsächlich wurden 2,5 Mrd. Euro gezahlt) und für die Kinderzuschüsse 1,9 Mrd. Euro. Für 2009 werden insgesamt rd. 6 Mrd. Euro erwartet (2,1 Mrd. Euro für Kinder und 3,8 Mrd. Euro zur Einkommenskompensation). Nach der neuesten Einschätzung wird bis zum Jahr 2012 ein Anstieg des Steuerzuschusses auf insgesamt rd. 7,2 Mrd. Euro erwartet (knapp 2,3 Mrd. Euro für Kinder und knapp 4,9 Mrd. Euro zur Einkommenskompensation). Dies wäre eine Verdoppelung der steuerlichen Subventionierung zur sozialverträglichen Ausgestaltung der Prämie innerhalb von 7 Jahren. Ob sich angesichts der Finanzmarktkrise die Prognosen zur Höhe der Steuerzuschüsse bei steigenden Gesundheitsausgaben und reduzierten Einkommenserwartungen aufrecht erhalten lassen, bleibt abzuwarten.

Akzeptanz des Finanzierungs- und Prämiensystems

Das neue Finanzierungssystem als zentraler Bestandteil der Reform wird in den Niederlanden über Parteigrenzen hinweg und auch bei den relevanten gesellschaftlichen Gruppen weitgehend akzeptiert. Hierfür gibt es folgende Gründe:

Das Finanzierungssystem ist im Rahmen einer Bürgerversicherung konzipiert und bezieht – im Unterschied zum Prämienmodell der Union in Deutschland – ehemals privat Versicherte mit ein. Dementsprechend sind auch unterschiedliche Zugangsmöglichkeiten zur medizinischen Versorgung sowie unterschiedliche Honorarniveaus in den Niederlanden kein Thema und haben im Übrigen auch in der Trennung zwischen privat und gesetzlich Versicherten im Vorfeld der Reform kaum eine Rolle gespielt.

Eine „kleine nominale Prämie“, von zuletzt durchschnittlich 386 Euro pro Jahr gab es bereits vor der Beginn der Reform seit 1996 im Rahmen der damaligen sozialen Krankenversicherung. Die Entrichtung einer einkommensunabhängigen Prämie seit Beginn der Reform war somit für den größten Teil der Bevölkerung nur in der Höhe Neuland. Mit der Umstellung auf die hälftige nominale Prämie waren neben der Einführung des Steuerzuschusses für knapp 2/3 der Haushalte auch weitere einkommenskompensatorische Maßnahmen verbunden, die die Verteilungswirkungen für bestimmte Einkommensgruppen mit Einführung der Reform von 2005 auf 2006 weitgehend neutralisierten. Die Auszahlung der Steuerzuschüsse verlief reibungslos auf dem für die Niederländer wie beim Wohngeld gewohnten Weg einer Abwicklung über die Finanzämter. Der starke Anstieg der steuerlichen Zuschüsse wurde in öffentlichen Diskussionen offensichtlich bislang noch nicht sehr kontrovers debattiert.

Die sog. „Fifty-Fifty-Regelung“ bei der Finanzierung der gesamten Krankenversicherungsausgaben garantiert über einen mehrjährigen Zeitraum hinweg einen vorgegebenen

Anpassungsmechanismus, der sicherstellt, dass es nicht einseitig zu einem Anstieg des versichertenbezogenen Prämienanteils im Vergleich zum arbeitgeberfinanzierten einkommensabhängigen Beitragsanteil kommt.

Seit Anfang der Reform wurden die Versicherten über breit angelegte Informationskampagnen und Internetportale über das neue System und die Prämienunterschiede der Krankenversicherer mit Unterstützung der Verbraucherorganisationen umfassend informiert. Durch die Verpflichtung der Versicherer, die neuen Prämien 6 Wochen vor Jahresbeginn bekannt zu machen fokussieren sich auch die Kassenwechsel auf eine kurze Periode.

2.1. Wechsel- und Wahlverhalten der Versicherten

Während in Deutschland aktuell noch spekuliert wird, wie sich das neue Finanzierungssystem mit dem einheitlichem Beitragsatz als Hauptfinanzierungsquelle und begrenzten Zusatzbeiträgen bzw. Prämienzahlungen als Wettbewerbsparameter auf das Wechselverhalten der Versicherten auswirkt, können die Niederländer auf der Basis jährlich durchgeführter Erhebungen des Instituts „Vektis“ konkrete empirische Erkenntnisse von Anfang 2006 bis Anfang 2009 vorweisen.

- Hatten Anfang 2006 zu Beginn der Reform noch 19 v.H. der Versicherten die Kasse gewechselt; ist die Wechselquote zum Wechseltermin Anfang 2007 auf 4,5 v.H. und Anfang 2008 auf rd. 3,5 v.H. zurückgegangen. Für Anfang 2009 wurde zwar wieder mit einem Anstieg der Wechselquote auf rd. 5 v.H. gerechnet, u.a. weil eine dreijährige Bindungsfrist sog. "Kollektivverträge" oder Gruppenversicherungen aus der Startphase des neuen Systems auslief. Dennoch blieb die Wechselquote nach den neuesten Daten bei 3,5 v.H., was „Vektis“ trotz beachtlicher Unterschiede in der Höhe der verschiedenen nominalen Prämien mit einem hohen Grad an Zufriedenheit mit dem eigenen Krankenversicherer zurückführt. Der Rückgang der Wechselneigung wird zudem damit begründet, dass sich die relative Prämienhöhe der Versicherer nicht signifikant verändert hat.
- Etwas mehr als 60 v.H. der Versicherten haben mittlerweile in Kollektivverträgen erfasst, mit denen Krankenversicherer Angehörigen von Unternehmen, gesellschaftlichen Gruppen und Patientenorganisationen Beitragsermäßigungen von max. 10 v.H. gewähren können oder besondere Versorgungsformen anbieten. Zu Beginn der Reform lag dieser Anteil bei rd. 51 v.H., vor der Reform im Jahr 2005 bei 31 v.H. Der signifikante Anstieg des Anteils der Kollektivverträge erklärt gleichzeitig zu einem maßgeblichen Teil die hohe Wechselneigung zu Beginn der Reform und deren erhebliche Abflachung in den Folgejahren. Die durchschnittliche Ermäßigung, die im Rahmen der Gruppentarife gewährt wird, hat sich mittlerweile reduziert: von 7 v.H. im Jahr 2007 auf 5,1 v.H. Anfang 2009.
- Die Zahl der Versicherten, die neben dem obligatorischen Basispaket traditionell noch eine ergänzende frei-

willige Zusatzversicherung wählen, ist hingegen leicht rückläufig: von 93 v.H. in 2006 auf 90 v.H. Anfang 2009. Bei den individuell Versicherten war der Rückgang stärker. Hier hatten 2009 erstmals 15 v.H. keine Zusatzversicherung. Das Finanzvolumen dieser Zusatzversicherung liegt bei rd. 3,7 Mrd. Euro (11 v.H. der gesamten Krankenversicherungsleistungen).

Bereits 2006 hatten sich lediglich 6,2 v.H. der Versicherten für eine Basisversicherung mit Selbstbehalt entschieden. Dieser Anteil ging 2009 nochmals auf 5,2 v.H. zurück. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass dieser freiwillige Selbstbehalt Anfang 2008 ergänzend zu dem seitdem geltenden obligatorischen Selbstbehalt von 150 Euro (2008) bzw. 155 Euro (2009) besteht. Im Jahr 2005, als eine Selbsthaltsoption lediglich für die seinerzeit 5 bis 6 Millionen Privatversicherten galt, hatte lediglich ein Drittel dieser Versicherten eine Police ohne Selbstbehalt gewählt.

- Von allen Versicherten hatten sich 2006 ca. 66 % für eine reine Sachleistungspolice entschieden, rd. 25 % für ein Kostenerstattungsprinzip und rd. 8 % für eine Mischform aus beiden Elementen. Mittlerweile wählen 46 v.H. der Versicherten eine reine Sachleistungspolice, 33 v.H. Mischformen und 21 v.H. eine Kostenerstattung. Die Wahl des entsprechenden Systems war offenkundig in der Regel durch das vorher gewohnte Prinzip geprägt (Sachleistungsprinzip bei ehemals gesetzlich Versicherten und Kostenerstattung bei ehemals privat Versicherten). Mischformen sehen z.T. als Sachleistungsprinzip bei vertraglich gebundenen Leistungserbringer der Kassen und (teilweise begrenzte) Kostenerstattung bei der Inanspruchnahme von anderen Leistungserbringern vor. Im Vergleich zu Deutschland ist zu berücksichtigen, dass bei einer Kostenerstattung, die hierzulande nach einem kürzlich vorgelegten Bericht des GKV-Spitzenverbandes gerade einmal 0,2 v.H. der Versicherten gewählt haben, den niederländischen Leistungserbringern nicht die Möglichkeit offensteht, deutlich höhere Honorare zu realisieren.

2.3. Nichtversicherte und säumige Beitragszahler

Mit Einführung der Versicherungspflicht für die gesamte Bevölkerung haben sich Beitragsrückstände bei der Erhebung der „nominalen Prämie“, die die Versicherten unmittelbar an die Krankenversicherer zu entrichten haben, als ein zentrales Problem herauskristallisiert. So ging zwar nach den neuesten vorläufigen Daten des Statistischen Amtes der Niederlande die Zahl der Nichtversicherten 231 Tsd. (1. Mai 2007) auf 171 Tsd. (1. Mai 2008) zurück. Die Zahl der säumigen Beitragszahler, die mindestens 6 Monate keine Prämie entrichtet hatten, stieg hingegen von 190 Tsd. (Ende 2006) auf 280 Tsd. (Ende 2008) erheblich an. Dies entspricht ca. 2,2 Prozent der erwachsenen Bevölkerung. Bei 95 Tsd. Personen wurden sogar Beitragsrückstände von drei Jahren registriert. Die Regierung hat zur Lösung dieses Problems im Frühjahr 2008 mit Wirkung ab 2009 Maßnahmen beschlossen, u.a. die Möglichkeit Prämienrückstände über die Finanzämter einzuziehen und

dabei eine erhöhte Prämie zu erheben. Ab dem 1. März 2009 wurden die Sanktionsmaßnahmen für die säumigen Prämienzahler, die weiterhin krankenversichert bleiben, verschärft. Sie haben 130 v.H. der Standardprämie zu entrichten, die dann direkt per Quellenabzug vom Lohn einbehalten wird.

2.4. Fusionen der Krankenversicherer und Risikostrukturausgleich

Durch Fusionen hat sich die Zahl der Versicherer mit Inkrafttreten der Reform von 57 auf 33 Versicherer, danach allerdings nur noch auf 32 Versicherer verringert. Allerdings gehören 23 Versicherer, die rd. 90 v.H. der Versicherten umfassen, 4 großen Konzernen an. Die große Fusionswelle hat es somit mit Umsetzung der Reform und nicht in den darauffolgenden Jahren gegeben, wobei sich mittlerweile mehr Krankenversicherer unter einem Konzerndach befinden und die Zahl des kleinen unabhängigen Versicherer sinkt. Aktuell stehen keine weiteren Fusionen auf der Agenda. Bei der Betrachtung des Fusionsgeschehens ist darauf hinzuweisen, dass es bereits vor Inkrafttreten der Reform in erheblichem Umfang Kooperationen in der Krankenversicherungslandschaft – auch zwischen den ehemaligen gesetzlichen „ziekenfondsen“ und den privaten Krankenversicherern gab.

Wie in Deutschland hat auch der Risikostrukturausgleich in der niederländischen Krankenversicherung schon einen längeren Entwicklungsprozess hinter sich. Bereits seit 1993 existierte in den Niederlanden für den Bereich der gesetzlichen Krankenkassen ein Risikostrukturausgleich, der als „lernendes System“ in den Folgejahren ausgebaut, durch zusätzliche Kriterien verfeinert und seit 2006 im neuen System auch auf die vormals privaten Krankenversicherer übertragen wurde.

Systematische Manipulationen sind nicht bekannt und haben in der öffentlichen Diskussion nie eine Rolle gespielt. Da der RSA ist nicht nur prospektiv ausgestaltet ist, sondern in einem ex-post – Ausgleich auch die tatsächlichen Leistungsausgaben in einem mehrstufigem Verfahren etwa zur Hälfte ausgeglichen werden, sind die Anreize zu wirtschaftlichem Verhalten und zum Abschluss entsprechender günstiger Vertragsabschlüsse mit Leistungserbringern bislang noch eingeschränkt. Deshalb wird in Verbindung mit der schrittweisen Freigabe der Preise im Krankenhausbereich (Anreiz zu selektivem Kontrahieren) auch eine Rückführung des ex-post -Ausgleichs angestrebt.

2.5. Selektive Verträge im Wettbewerb

Während die Verträge zwischen einzelnen Krankenversicherungen und Gruppen von Versicherten bzw. Patienten mittlerweile 60 v.H. der Versicherten erfasst und damit offenkundig einen gewissen Sättigungsgrad erreicht haben, sind entsprechende Verträge mit selektiver Auswahl von Leistungserbringern, denen Versicherte beitreten können, noch eher eine Ausnahme. Ein Beispiel für solche Vertragskonstruktionen bildet ein erster Tarif des Versicherers

Univé mit 13 Krankenhäusern, 1 Internet – Apotheke und eingeschränkter Wahl des Hausarztes, in den mittlerweile 26 Tsd. Personen eingeschrieben sind. Dieser Vertrag sieht für die Versicherten erhebliche Prämienreduktionen vor.

3. Gesamtbewertung und mögliche Schlussfolgerungen für die deutsche Diskussion

Insgesamt – so auch der Eindruck bei vielen Gesprächspartnern – ist das neue Krankenversicherungssystem in den Niederlanden in seinen Grundzügen breit akzeptiert. Dies zeigt auch die Tatsache, dass nach dem Regierungswechsel 2007 keine wesentlichen Korrekturen am Finanzierungssystem erfolgten. Lediglich durch eine Umstellung von einer obligatorischen Beitragsrückgewähr auf einen obligatorischen Selbstbehalt (max. 155 Euro pro Jahr mit Sonderregelungen für chronisch Kranke), kleineren Veränderungen im Leistungskatalog der Basisversicherung sowie Maßnahmen zur Verhinderungen säumiger Beitragszahlungen wurde das System durch gesetzliche Korrekturen nachjustiert. Die neue Regierung, in der anstelle der konservativ – liberalen VVD jetzt die sozialdemokratische PvdA den Koalitionspartner der christdemokratischen CDA stellt, hat das neue System ebenso wenig in Frage gestellt wie die relevanten gesundheitspolitischen Interessengruppen.

In der Nachbetrachtung verlief die Einführung des neuen Krankenversicherungssystems trotz erheblichen administrativen Aufwands mit Anlaufschwierigkeiten durch millionenfache An- und Abmeldungen bei den Krankenversicherern weitgehend unproblematisch. Risiko-selektionen wurden – auch dank eines funktionierenden und jährlich von einem Fachgremium aktualisierten RSA – äußerst selten registriert. Manipulationen im Rahmen des RSA sind nicht bekannt.

Einigkeit besteht darin, dass sich der in der Anfangsphase dominante Wettbewerb über die Versicherungsprämie stärker in einen Service-Wettbewerb der Versicherer und vor allem in einen Preis – und Qualitätswettbewerb im Verhältnis Krankenversicherer – Leistungserbringer wandeln werde und müsse. Der Gesetzgeber hat hierzu die Voraussetzungen geschaffen und will etwa im Bereich der Krankenhäuser ab 2009 Verhandlungen über Preise, Qualität und Mengen von ca. 30 v.H. der Krankenhausleistungen durch Einzelverträge zwischen Krankenversicherern und Leistungserbringern ermöglichen.

Aus deutschen Blickwinkel erscheinen insbesondere folgende Aspekte bemerkenswert:

Auch wenn in Deutschland mit dem Start des Gesundheitsfonds noch keine Zusatzbeiträge erhoben wurden und insofern noch keine Ergebnisse zu dadurch induzierten tatsächlichen Kassenwechseln vorliegen können: Befürchtungen, die Möglichkeit der Erhebung von Zusatzbeiträgen und die Auszahlung von Prämien könnte zu ähnlichen hohen Mitgliederwanderungen führen wie in den Niederlanden, erscheinen nicht begründbar. Die dortigen Mitgliederwanderungen wurden bei unvergleichbar höheren

„nominalen Prämien“ vor allem durch die hierzulande nicht gegebene Möglichkeit der „Kollektivvereinbarungen“ zwischen Krankenversicherern und Betrieben sowie gesellschaftlichen Gruppierungen geprägt.

Wahltarife im Bereich Selbstbehalttarife oder auch Kostenerstattung – werden trotz breiter Angebotspalette ähnlich wie in Deutschland nur von einer Minderheit der Versicherten nachgefragt. Insgesamt zeigt sich in diesem Bereich eine hohe Präferenz für eine solidarische Absicherung.

Demgegenüber werden Zusatzversicherungen (allerdings keine Chefarztbehandlungen oder bevorzugte Leistungserbringung) ohne gesundheits- oder altersspezifische Prämiendifferenzierungen, von allen Versicherern angeboten und von weit mehr als 90 v.H. der Bevölkerung in Anspruch genommen. Trotz eines deutlichen Anstiegs der weitestgehend den privaten Krankenversicherern – z.T. in Kooperation mit den Krankenkassen – vorbehaltenen Zusatzversicherungen, reicht die Nachfrage hierzu an die hohe Quote in den Niederlanden bei weitem nicht heran.

Trotz eines Anstiegs der nominalen Prämien von 2006 bis 2009, eines deutlich zunehmenden Subventionsbedarfs über Steuerzuschüsse sowie eines Anstiegs des einkommensabhängigen Beitragssatzes um 0,7 Beitragssatzpunkte Anfang 2008, gab es in der gesundheitspolitischen Diskussion in den Niederlanden hierüber keinerlei öffentliche Turbulenzen. Die formelmäßige Anwendung der „Fifty-Fifty-Regelung“ hat dabei die Beitragssatzanhebungen aus der politischen Schusslinie herausgehalten und wurde nach einer Überschussentwicklung in 2008 Anfang 2009 durch eine Beitragssatzsenkung teilweise kompensiert. Demgegenüber werden Beitragssatzveränderungen bzw. zukünftig wohl auch Zusatzbeiträge in Deutschland offensichtlich mit einem erheblich höheren Grad von öffentlicher Aufmerksamkeit registriert.

Hohe Ausgabenüberschüsse in den Jahren 2006 und 2007 konnten dank erheblicher Finanzreserven der Versicherer Kassen und regelmäßiger Liquiditätshilfen des Staates für den Fonds (ohne Verpflichtung zum Aufbau einer eigenen Liquiditätsreserve) weder Fonds noch Versicherer in Schwierigkeiten bringen. Über solche großzügigen „Auffangnetze“ (vor allem hohe Finanzreserven der unter einer strengen Finanzaufsicht stehenden Versicherer) verfügt die deutsche GKV zum Start des Gesundheitsfonds bislang nicht, auch wenn die Kassen nach einem Bruttoschuldenstand von rd. 8 Mrd. Euro Ende 2003 bis Ende 2008 wieder Finanzreserven von über 4 Mrd. Euro aufbauen konnten und der Gesundheitsfonds durch die bis Ende 2011 zurückzahlende Liquiditätshilfe des Bundes das Einnahmerisiko im Startjahr des Gesundheitsfonds übernimmt. Sicherlich dürfte ein Vergleich, wie beide Krankenversicherungssysteme die Herausforderungen der Finanzkrise letztendlich in den Griff bekommen von besonderem Interesse sein.

Betrachtet man die aktuelle Anzahl der Nichtversicherten und der Personen, die in beiden Ländern nach der Reform einen Krankenversicherungsschutz wiedererlangt

haben, so haben die Niederlande mit einer Anzahl von immerhin noch 190 Tsd. Personen ohne Absicherung im Krankheitsfall bei einer Bevölkerungsgröße, die etwa einem Fünftel der Bevölkerungsgröße Deutschlands entspricht, in diesem Bereich offensichtlich noch ein vergleichsweise größeres Problem. In Deutschland konnten seit April 2007 immerhin durch die Einführung einer generellen Pflicht zur Absicherung im Krankheitsfall immerhin rund 135 Tsd. Personen als Rückkehrer wieder einen Krankenversicherungsschutz in der GKV und rund 26 Tsd. In der PKV erlangen. Anfang 2007 wurde die Zahl der Personen ohne Absicherung im Krankheitsfall vom Statistischen Bundesamt in Deutschland noch auf über 200 Tsd. geschätzt. Insgesamt scheint somit die Frage der noch Nichtversicherten ebenso wie das der säumigen Prämienzahler bei der hälftigen Finanzierung über die nominale Prämie in den Niederlanden eine wesentlich stärkere Rolle zu spielen als in Deutschland.

Das Ziel, den Vertragswettbewerb u.a durch verbesserte Möglichkeit zu selektiven Verträgen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern und deren Organisationen zu intensivieren, taucht in den Krankenversicherungssystemen beider Länder als wichtige Zielsetzung auf. Gleichwohl sind die Ausgangsbedingungen hierfür höchst unterschiedlich. Während man sich in den Niederlanden – ausgehend von weitgehend staatlich normierten Preisbildungen und Angebotssteuerungen – diesem Mechanismus näherte, geht es in Deutschland um die Auflockerung starrer Rahmenbedingungen, die durch öffentlich rechtliche Körperschaften auf der Seite der Leistungserbringer und der Kostenträger gesetzt werden. In beiden Ländern sind zweifelsohne Fortschritte zur Verbesserung von Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung in diesen Bereichen beobachtbar – auch wenn diese nicht selten hinter hochgesteckten Erwartungen zurückbleiben.

Literaturverzeichnis:

- Agasi, Susanne: Die Krankenversicherung in den Niederlanden zwei Jahre nach der Reform, Zeitschrift für Sozialreform, Heft 3 2008.
- Centraal Bureau voor de Statistiek, Stijging wanbetalers zorgverzekeringswet, Pressemitteilung 28. April 2009
- Ginneken, Ewout van; Busse, Reinhard; Giercke, Christian: Das neue Krankenversicherungssystem in den Niederlanden; erste Erfahrungen mit der Mischung aus Kopfpauschalen, Bürgerversicherung und einem zentralen Fonds, Gesundheits- und Sozialpolitik, Heft 7-8/ 2006
- Müller, Joachim: Reform der Krankenversicherung in den Niederlanden, Grundzüge und erste Erfahrungen, in: Kompass Knappschaft Bahn See, Heft 7/8 2007
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: Minder Mensen onverzekerd tegen ziektekosten, Stijging wanbetalers zorgverzekeringswet, Pressemitteilung vom 15. April 2009
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: Prinsjesdag 2008 – een overzicht van VWS beleid in 2009, Veröffentlichung 16. September 2008
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: Veranderingen in de Zorg 2009
- Vektis: Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag 2009, April 2009
- Zorgverzekeraars Nederland: Wijzigingen Zorgpakket 2009