Das neue Krankenversicherungssystem in den Niederlanden:

erste Erfahrungen mit der Mischung aus Kopfpauschalen, Bürgerversicherung und einem zentralen Fonds

Nach 30 Jahren Planung und drei konkreten Versuchen gibt es in den Niederlanden seit 2006 eine fundamentale Änderung der Gesundheitssystemfinanzierung, die lange Zeit für unmöglich gehalten wurde: private und gesetzliche Krankenversicherungen arbeiten nun nach den gleichen Vorgaben und kombinieren dabei eine für die gesamte Bevölkerung verpflichtende Bürgerversicherung mit Kopfpauschalen. Eine Kompensation für Versicherte mit niedrigen Einkommen erfolgt aus Steuergeldern. Die Niederlande entschieden sich dabei für ein privates System mit öffentlich-rechtlichen Merkmalen. Das heißt, dass die ehemaligen gesetzlichen Krankenkassen jetzt privatwirtschaftliche Krankenversicherer geworden sind, denen es erlaubt ist Gewinne zu erzielen.

Erste Erfahrungen: Zu den Pluspunkten zählen die gestärkte Rolle für Patienten(-gruppen), die bereits in großer Anzahl die Versicherer gewechselt haben, das Ausbleiben eines von vielen befürchteten Chaos, die Unmöglichkeit der Zweiklassenmedizin und ein insgesamt transparenteres System.

In diesen Pluspunkten liegt aber auch eine der potenziellen Schwachstellen: Die größere Verantwortung der Versicherten kann dazu führen, dass Bürger ohne Versicherungsschutz bleiben, da in einem privatem System säumige Zahler der Vertragsausschluss droht. Weiterhin bleiben auch viele Fragen offen: Führt das neue System tatsächlich zu mehr Effizienz bei gleich hoher Versorgungsqualität? Ist das unter privatem Recht geführte System noch kompatibel mit EU-Recht?

■ Ewout van Ginneken, Reinhard Busse und Christian Gericke

1. Einleitung

Nach 30 Jahren vergeblicher Versuche, die privaten und gesetzlichen Krankenversicherungen zusammenzuführen, ist dies im Januar 2006 mit In-Kraft-treten des Gesundheitsversicherungsgesetzes ZVW (zorgverzekeringswet) endlich gelungen (Staatsblad, 2005). Der letzte große Versuch, der so genannte „Plan Simons“, scheiterte anfangs der Neunziger Jahre an der starken Opposition von Krankenversicherern, Arbeitgebern und Ärzten. Dennoch wurden danach Elemente des ursprünglichen Plan Simons wahrend der Neunziger Jahre nach und nach eingeführt, und so die gesetzlichen Krankenkassen und die privaten Krankenversicherungen immer mehr aneinander angeglichen (Den Exter, Hermans & Busse, 2004). Zugleich wurde die Wettbewerbsfähigkeit der gesetzlichen Krankenkassen hierdurch deutlich verstärkt. Beide Faktoren haben dazu beigetragen, dass der letzte große Schritt der Zusammenführung der beiden Krankenversicherungsarten eine logische Schlussverfolgerung wurde, die nun, im Gegensatz zu den früheren Versuchen, auch mit mehr Zustimmung seitens der Interessengruppen rechnen konnte.

Obwohl die Parteien über das Ziel einer Bürgerversicherung übereinstimmten, waren die Meinungen, wie diese aussehen sollte, sehr unterschiedlich. Ähnlich wie in der gegenwärtigen Diskussion in Deutschland wurden hauptsächlich zwei konkurrierende Modelle diskutiert: 1. ein Kopfpauschalen-Modell – vorgeschlagen von der späteren Regierung unter Ministerpräsident Balkenende, einer Koalition von Christ-Demokraten (CDA), Liberalen (VVD) und Sozial-Liberalen (D’66); 2. eine einkommens-

Ewout van Ginneken, Prof. Dr. Reinhard Busse, Prof. Dr. Christian Gericke, Chair in Public Health Policy, The University of Adelaide, Australien, Fachgebiet Management im Gesundheitswesen der Technischen Universität Berlin, WHO Collaborating Centre for Health Systems Research and Management.

https://doi.org/10.5771/1611-5821-2006-7-8-10
Generiert durch IP '3.146.206.149', am 12.10.2024, 10:22:57.
Das Erstellen und Weitergeben von Kopien dieses PDFs ist nicht zulässig.

bezogene Bürgerversicherung – das bevorzugte Modell der Sozialdemokraten (PvdA), der zur Zeit größten Oppositionspartei.

Weiterhin gab es eine Debatte zwischen einem gesetzlichen System mit privaten Merkmalen oder einem privaten System mit öffentlich-rechtlichen Merkmalen. Schließlich wurde das Kopfpauschalenmodell in einem privat-rechtlichen System angenommen. Dies erfolgte ohne die Zustimmung der Sozialdemokraten. Die Entscheidung für eine unpopuläre Kopfpauschale ist besonders interessant, wenn man bedenkt, dass die Regierungskoalition schon seit ihrer Wahl im Jahr 2003 unter großem Druck stand, mit wiederholt niedrigen Umfragewerten kämpft und nur ein hauchdünnes Mandat besitzt.

Nach der Entscheidung, dass das neue System privatrechtlich organisiert werden soll, gab es Zweifel, ob dies noch mit geltendem EU-Recht kompatibel wäre. Um einen freien Wettbewerb innerhalb der Union zu gewährleisten, verbietet die Europäische Direktive über Nicht-Lebensversicherungen eine Einmischung der nationalen Regierungen in den privaten Versicherungsmarkt, was die Auswahl der Versicherten, den Leistungskatalog und die Prämienhöhe angeht. Es gibt allerdings eine Sonderregelung für Versicherungen, die aus der Sozialversicherung hervorgehen und diese ganz oder teilweise ersetzen. Die Anwendbarkeit dieser Sonderregelung auf die neue Krankenversicherung wird vom niederländischen Gesetzgeber angenommen und wurde auch in einem Brief der Europäischen Kommission bestätigt – allerdings mit der Einschränkung, dass sich die Regierungseingriffe auf das nötige Minimum reduzieren. Wo dieses Minimum anzusiedeln ist, bleibt jedoch unklar.

Die beiden anderen Kompartimente des niederländischen Versicherungssystems, eine Bürgerversicherung für Pflege und Langzeitversorgung und eine private Zusatzversicherung, bleiben vorerst unberührt (siehe Tabelle 1). Das erste Kompartiment, die Bürgerversicherung für Pflege und Langzeitversorgung (AWBZ), sichert „große“ Risiken wie z.B. Behinderte mit angeborenen schweren Gebrechen körperlicher oder geistiger Art und psychiatrische Patienten, die einer langfristiger Behandlung und Pflege bedürfen. Finanziert wird die AWBZ über einkommensbezogene Beiträge. Im Jahr 2006 beträgt der Beitrag 12,55% des Bruttoeinkommens. Die Beiträge für Beschäftigte zieht der Arbeitgeber direkt vom Lohn ab und gibt sie an die AWBZ weiter. Steuerpflichtige ohne Arbeitgeber, z.B. Selbständige zahlen die AWBZ im Rahmen der Einkommensteuer. Das dritte Kompartiment beinhaltet private Zusatzversicherungen, die jeder Versicherte freiwillig abschließen kann. Die Prämienzahlungen hierfür sind nicht von der Steuer absetzbar. Im 3. Kompartiment ist eine Risikoselektion seitens der Versicherungsunternehmen zulässig.

2. Das neue Krankenversicherungssystem im Überblick

Warum ein neues Versicherungssystem?

Das alte System war für manche Bürger unsolidarisch: Bürger mit einem Jahreseinkommen über 29.493 € konnten nicht länger Mitglied in einer gesetzlichen Krankenkasse bleiben. In der privaten Krankenversicherung jedoch bestimmten Alter, Geschlecht und Gesundheitsstatus bei Versicherungsbeginn die Prämienhöhe.

Ein zweiter Grund ist der Wunsch nach Effizienzsteigerung. Der neue Gesundheitsmarkt ist weniger fragmentiert, da gesetzliche und private Krankenversicherungen um dieselben Kunden werben und miteinander im Wettbewerb stehen. Schließlich verspricht man sich vom neuen System mehr Transparenz. Das alte System war sehr bürokratisch und bestand aus vielen unterschiedlichen Regelungen und Vorschriften.

Tabelle 1: Das alte und das neue niederländische Krankenversicherungssystem

Alt		Kompartiment	Neu (ab Januar 2006)
Private Zusatzversicherung (freiwillig)		3	Private Zusatzversicherung (freiwillig)
Gesetzliche Krankenkasse (ZFW) Einkommen <29.493 € (Pflichtmitgliedschaft) 63% der Bevölkerung. 85% einkommensabhängig, 15 % einkommensunabhängig, Arbeitnehmer 1,25% (239 €-390 € pro Jahr für 2003), Arbeitgeber 6,75%	Private Versicherung (WTZ) Einkommen >29.493 € (freiwillige Mitgliedschaft) 30% der Population risikoabhängig, Prämienhöhe: Frei mit Ausnahme von „Standard-verträgen“ für 152 € monatlich (Studenten 36,70 €)	2	Bürgerversicherung mit Kopfpauschalen (Pflichtmitgliedschaft) Höhe der Kopfpauschalen im Durchschnitt 1.050 € pro Jahr
Bürgerversicherung für Pflege und Langzeitversorgung (AWBZ) Pflichtmitgliedschaft, einkommensbezogen (13,45%)		1	Bürgerversicherung für Pflege und Langzeitversorgung (AWBZ) Pflichtmitgliedschaft, einkommensbezogen (12,55%)

Quelle: Eigene Darstellung

https://doi.org/10.5771/1611-5821-2006-7-8-10
Generiert durch IP '3.146.206.149', am 12.10.2024, 10:22:57.
Das Erstellen und Weitergeben von Kopien dieses PDFs ist nicht zulässig.

Basisversicherung

Seit dem 1. Januar 2006 ist der Unterschied zwischen gesetzlichen Krankenkassen und privaten Krankenversicherungen aufgelöst worden. Dafür wurde für die gesamte Wohnbevölkerung eine Pflichtmitgliedschaft in einer Basisversicherung eingeführt, die von den Leistungen her vergleichbar ist mit dem der ehemaligen gesetzlichen Krankenkassen (ziekenfondsen). Die Basisversicherungen dürfen nur von privat-rechtlichen Krankenversicherern angeboten werden, was bedeutet, dass die Krankenkassen in den Niederlanden ihren öffentlich-rechtlichen Status verlieren. Die Krankenversicherer im neuen System dürfen dafür keine Antragsteller ablehnen, d.h. eine Risikoselektion nach Alter, Geschlecht, Einkommen oder Gesundheitszustand wurde zumindest für die Basisversicherung weitgehend ausgeschlossen.

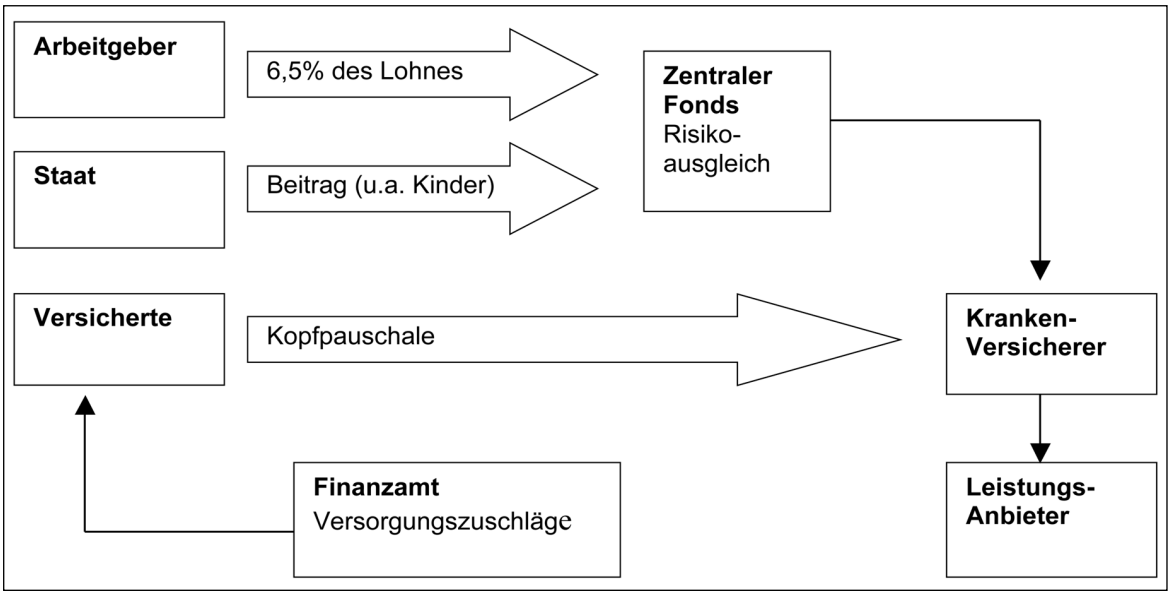
Eine feste Kopfpauschale

Die Bürger bezahlen eine feste Kopfpauschale, unabhängig von Einkommen und unabhängig von ihrem gesundheitlichen Risiko. Die genaue Höhe (siehe Tab. 2) wird vom Krankenversicherer bestimmt. Den Umfang der Leistungen in der Basisversicherung bestimmt die Regierung. Kinder unter 18 Jahren werden umsonst mitversichert. Ihre Kopfpauschalen werden aus Steuermitteln über den zentralen Fonds an den Krankenversicherer weitergeleitet. Der Versicherte kann einen jährlichen Selbstbehalt zwischen 100 € und 500 € wählen. Je höher der Selbstbehalt, desto niedriger die Kopfpauschale. Die Beiträge werden von den Beschäftigten direkt an die Krankenversicherer gezahlt (siehe Abb. 1). Eine Konsequenz der Umstellung auf ein privat-rechtliches System ist, dass säumige Zahler aus der Versicherung ausgeschlossen werden können.

Der Arbeitgeberteil

Die Arbeitgeber sollen die andere Hälfte der nationalen Krankenversicherungsbeiträge finanzieren. Diese einkommensabhängige Zahlung erfolgt über das Finanzamt an den zentralen Fonds und beträgt 6,5% des Brutto-Einkommens mit einer maximalen Beitragszahlung von 1.950 € pro Jahr (entspricht einem Einkommen von 30.000 €). Sie wird vom Arbeitgeber vom Einkommen einbehalten und an das Finanzamt überwiesen. Da es sich hier aber um eine Zahlung des Arbeitgebers handelt, zahlt der Arbeitgeber dafür dem Versicherten eine Kompensationszahlung in gleicher Höhe. Das Geld im zentralen Fonds (zorgverzekeringsfonds) wird dann nach einem morbiditätsorientierten Risikoausgleich an die einzelnen Krankenversicherer verteilt, um so Anreize für eine Risikoselektion der Versicherten weiter zu reduzieren. In älteren Plänen aus dem Jahr 2004 war die Rede von 5,9% Beitragssatz. Im Oktober 2005 stieg der Beitragssatz rasch auf 6,25 % und wurde schließlich im Januar 2006 auf 6,5% festgesetzt. Arbeitgeber und Kritiker monierten schon, dass es sich hier um eine „open-ended“ Finanzierung für entstandene Defizite handelte. Für Pensionäre, Arbeitslose und andere berechtigte Gruppen wird 6,5% ihrer Rente/Unterstützung und 4,4% einer möglichen Zusatzrente berechnet. Die Rente wird hierfür teilweise kompensiert, das heißt erhöht. Frührentner bezahlen 4,4% bis zum 65. Lebensjahr – ein politischer Kompromiss. Auch für Selbständige, die selbst auch den Arbeitgeberteil tragen müssen, oder für zusätzliche Einkommen gilt ein reduzierter Beitragssatz von 4,4%.

Abbildung 1: Vereinfachte Darstellung des niederländischen Krankenversicherungssystems



Quelle: Eigene Darstellung

https://doi.org/10.5771/1611-5821-2006-7-8-10
Generiert durch IP '3.146.206.149', am 12.10.2024, 10:22:57.
Das Erstellen und Weitergeben von Kopien dieses PDFs ist nicht zulässig.

Rückerstattung bei Nicht-Inanspruchnahme von Leistungen

Bei Nicht-Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen ist eine Beitragsrückerstattung für alle Versicherten über 18 Jahre vorgesehen. Versicherte, die Leistungen für weniger als 255 € pro Jahr beanspruchten, bekommen bis zu 255 € zurückerstattet. Dies gilt unabhängig von der Höhe der individuellen Kopfpauschalen oder der gewählten Selbstbehalte.

Mehr Möglichkeiten für Versicherte

Ab 2006 können Versicherte jedes Jahr ihren Krankenversicherer wechseln und so das für sie beste Angebot auswählen. Im Übergangsjahr 2006 war es den Versicherten erlaubt bis zum 1. März zu wechseln. Krankenversicherer sind nun verpflichtet allen Personen die gleiche Basisversicherungspauschale anzubieten. Auch können die Versicherten ab jetzt zwischen einer Kostenerstattung und dem Sachleistungsprinzip wählen, während im alten System eine Kostenerstattung nur in der PKV möglich war. Je nach Krankenversicherer ist die Kostenerstattungs-Option ohne oder mit Aufpreis (bis zu 72 € im Jahr) zu haben. Wenn der Versicherte sich für das Sachleistungsprinzip entscheidet, heißt das nicht automatisch, dass er nicht selbst die Leistungsanbieter wählen darf. Wenn der nach Sachleistungsprinzip versicherte Patient einen Leistungsanbieter in Anspruch nimmt, mit dem der Krankenversicherer keinen Vertrag hat, muss der Krankenversicherer die Kosten bis zu einem Markt-üblichen Niveau erstatten. Falls die tatsächlichen Kosten dieses überschreiten, werden diese vom Patienten getragen.

Zusatzversicherungen

Neben der Basisversicherung können Bürger sich zusätzlich für Leistungen versichern, die nicht im Leistungskatalog der Basisversicherung enthalten sind, z.B. Physiotherapieleistungen, Naturheilverfahren oder zahnärztliche Behandlung für über 18-Jährige (mit Ausnahme der Routine-Präventionsuntersuchung). Für diese Zusatzversicherungsprämien gibt es keine Ausgleichszahlung aus Steuermitteln für Versicherte mit niedrigen Einkommen. Die zusätzliche Versicherung kann auch bei anderen Krankenversicherern abgeschlossen werden als die Basisversicherung. Krankenversicherern ist es erlaubt hierfür frei ihre eigenen Leistungen und Prämien zu definieren.

Ausgleichszahlungen für Versicherte mit geringem Einkommen: das Versorgungsszuschlaggesetz „Wet op de zorgtoeslag (Wzt)“

Versicherte mit niedrigen Einkommen erhalten Ausgleichszahlungen in Form von so genannten Versorgungszuschlägen („zorgtoeslag“) aus Steuermitteln vom Finanzamt. Die Höhe des Zuschlags ist einkommensabhängig und beträgt maximal 400 € für Alleinstehende mit einem Brutto-Einkommen unter 25.000 € im Jahr und 1.155 € für Paare mit einem gemeinsamen Brutto-Einkommen von bis zu 40.000 € im Jahr. Die Höhe der Zahlung wird an Einkommensschwankungen angepasst, und wird jeden Monat bevor der Versicherte seine Kopfpauschale bezahlen muss, auf sein Konto gezahlt. Die Werte sind so ausgelegt, dass Paare nicht mehr als 5% ihres gesamten Einkommens für die Krankenversicherung ausgeben müssen. Für den Einzelnen liegt die Grenze bei 3,5% über einer Einkommensschwelle, die vom Ministerium für Soziale Angelegenheiten und Arbeit festgelegt wird. Für zusätzliche Einkommen, die über dieses Schwelleneinkommen hinausgehen, liegt die Grenze bei 5% bis zu einem Maximum von 25.000 € jährlich. Um die Bürger bei der Auswahl ihres Krankenversicherers preisbewußter zu machen, wird der Zuschlag auf der Basis des Durchschnitts aller Basisversicherungsprämien und nicht der individuellen Prämienhöhe des Versicherten berechnet.

Die Ausgleichszahlung wird nicht im neuen ZVW (Staatsblad, 2006b) geregelt, sondern in einem weiteren neuen Gesetz („Wet op de Zorgtoeslag“), das aber gleichzeitig mit dem ZVW verabschiedet wurde. Damit sollten die politischen Debatten über den Zahlungsausgleich und das neue Versicherungssystem getrennt werden. Für die Ausgleichszahlungen sind 2,1 Milliarden € jährlich vorgesehen. Für die Verwaltung des Ausgleichssystems werden weitere 66 Millionen € pro Jahr veranschlagt. Schon hat sich herausgestellt, dass wegen der niedrigeren Kopfpauschale auch weniger Ausgleichszahlungen (Versorgungszuschläge) gebraucht werden, und dass „nur“ 1,7 Milliarden € für 2006 ausreichen würden. Allerdings wurde nach einer öffentlichen Diskussion entschieden die Versorgungszuschläge nicht abzusenken, um so die Kaufkraft zu stärken. Für nächstes Jahr wird deswegen die Höhe der Versorgungszuschläge erst bestimmt, nachdem die Prämienhöhen bekannt sind, um diese Diskussion zu verhindern (Volkskrant, 2006c).

Eine Kompensationszahlung in Höhe von 560 € für Kinder über 18 Jahre, die noch zur Schule gehen und noch im Haushalt der Eltern wohnen (<30.000 € Einkommen), ist vorgesehen. Sonst müssten die Eltern zusätzlich eine normale Kopfpauschale bezahlen.

Aufsicht und Evaluation

Das ZVW enthält eine Regelung, die eine Beurteilung der Auswirkungen dieses Gesetzes innerhalb von 5 Jahren nach Inkrafttreten erfordert. Darüber hinaus wird der Risikoausgleich jedes Jahr von dem Kollegium für Krankenversicherungen (College voor zorgverzekeringen, CVZ) evaluiert. Zudem wird er nach 2 und nach 5 Jahren von einer unabhängigen Expertengruppe geprüft.

Der niederländische Krankenversicherungsmarkt unterliegt auch der Aufsicht durch die Niederländische Wettbewerbsbehörde (Nederlandse Mededingingsautoriteit, NMa) und in Zukunft einer neuen Institution, der so genannten Niederländischen Gesundheitsbehörde (Nederlandse Zorgautoriteit, NZa). Die NZa wird das Kollegium für Tarife im Gesundheitswesen (College Tarieven Gezondheidszorg) und das Kollegium zur Aufsicht über die Krankenversicherungen (College Toezicht Zorgverze-

https://doi.org/10.5771/1611-5821-2006-7-8-10
Generiert durch IP '3.146.206.149', am 12.10.2024, 10:22:57.
Das Erstellen und Weitergeben von Kopien dieses PDFs ist nicht zulässig.

keringen, CTZ) integrieren und fungiert als Regulierungsbehörde und Aufseher des Niederländischen Krankenversicherungsmarktes.

3. Die Implementierung

Während des Jahres 2005 hat das Gesundheitsministerium überwacht, ob private und gesetzliche Krankenversicherer bereit waren das neue System ab 2006 einzuführen. Eine Untersuchung durch PricewaterhouseCoopers vom September 2005 stellte dar, dass die Einführung ab 2006 zwar knapp, aber möglich wäre. Alle Krankenversicherer hatten Projektgruppen bereit, die unter anderem IT Management, Ausbildung von Personal, Information der Kunden usw. auf sich genommen hatten. Wie vom Gesundheitsministerium gefordert, haben alle Krankenversicherer Ihren Kunden im Dezember einen neuen Vertrag zugeschickt. Dieser durfte hinsichtlich der versicherten Leistungen nicht vom alten Vertrag abweichen. Kunden, die nicht antworteten, mussten automatisch unter dem neuen Vertrag fortgeführt werden.

Das Gesundheitsministerium hat auch seine Termine eingehalten. So wurde am 5. September das neue Leistungspaket und der Risikoausgleich veröffentlicht und am 15. September die Höhe der Auszahlungen aus dem zentralen Fonds bekannt gegeben. Bereits im Juli 2005 hatten alle Haushalte einen Brief von Gesundheitsminister Hans Hoogervorst empfangen, in dem er das neue System ankündigt hatte und erklärte, welche Auswirkungen dies für den Versicherten habe. Außerdem stellte das Gesundheitsministerium Websites, Annoncen im Radio, Fernsehen und Zeitungen sowie kostenlose Informationsbroschüren zur Verfügung. Darüber hinaus war es den Versicherten erlaubt bis zum 1. März 2006 ihren Krankenversicherer zu wechseln, damit die Versicherten genug Zeit hatten die neuen Verträge verschiedener Krankenversicherer miteinander zu vergleichen und den für sie am besten geeigneten auszuwählen.

Die Niederländische Regierung sah im Jahr 2005 eine Prämie von 1.106 € vor. Noch im August 2005 behaupteten unter anderem die Oppositionspartei Groen Links (Grünen) und die Krankenversicherer, dass ein Beitrag von 1.300 € realistischer wäre. Tatsächlich haben die Krankenversicherer aber zunächst Angebote mit deutlich niedrigeren Pauschalen gemacht (siehe Tabelle 2). Die zurzeit billigste Prämie (990 €) liegt 13% unter der teuersten Prämie (1.122 €). Wenn man einen Selbstbehalt wählt, werden die Unterschiede noch größer: bei einem Selbstbehalt von 500 € ist die teuerste Prämie 37% teurer als die günstigste Prämie.

Tabelle 2: Prämiendifferenzierung

Krankenversicherer	Prämie jährlich	Prämie mit 500 € Selbstbehalt	Krankenversicherer	Prämie jährlich	Prämie mit 500 € Selbstbehalt
Anderzorg	990	765	**Salland**	1062	882
Univé	995	785	**Zorg & Zekerheid**	1068	888
De Friesland	1038	786	**OZ**	1071	891
FBTO (Achmea)	1044	794	**Agis**	1079	899
CZ	1048	800	**DSW**	1050	900
Achmea (Zilveren Kruis, Groene Land usw.)	1056	806	**DE Goudse**	1080	900
Interpolis (Achmea)	1056	806	**Azivo**	1089	903
Avéro (Achmea)	1068	818	**PNO Ziektekosten**	1140	930
OZF (Achmea)	1080	830	**ONVZ**	1199	939
IZZ	1030	864	**IZA**	1098	948
Menzis	1050	870	**Fortis**	1120	975
Trias	1050	870	**OHRA**	1073	998
VGZ	1056	876	**Delta Lloyd**	1122	1047

Quellen: www.monitor.nl und www.kiesbeter.nl

https://doi.org/10.5771/1611-5821-2006-7-8-10
Generiert durch IP '3.146.206.149', am 12.10.2024, 10:22:57.
Das Erstellen und Weitergeben von Kopien dieses PDFs ist nicht zulässig.

Was ist hier passiert?

Anscheinend haben die Krankenversicherer Marktverluste befürchtet, und um Marktanteile zu behalten oder sogar zu gewinnen, ihre Prämien nicht kostendeckend angeboten. Die Krankenversicherer dürfen auch kollektive Verträge mit Arbeitgebern oder mit Zusammenschlüssen von Versicherten (Patientenorganisationen, Berufsgruppen, aber auch Studenten- und Verbrauchervertreter) abschließen. Diese kollektiven Verträge dürfen für bis zu 10% geringere Prämien als die individuelle Standardprämie angeboten werden. Um in den Verhandlungen über die für die Krankenversicherer sehr wichtigen kollektiven Verträge so viel Spielraum wie möglich zu haben, mussten die individuellen Standardprämien niedrig eingestuft werden. Viele haben den Moment der ersten Prämienveröffentlichung und die Festsetzung der Prämienhöhen mit einem Pokerspiel verglichen. Viele Kritiker befürchteten, dass die ersten Prämien zu niedrig angesetzt wurden, was zum einen die finanziellen Reserven gefährden kann, und zum anderen eine Erhöhung der Prämien im Jahr 2007 erfordert. Angesichts des 1. Quartalsbericht 2006 der Niederländischen Zentralbank, der zeigte, dass für das Jahr 2007 noch genügend finanzielle Reserven vorhanden sind, war dies wahrscheinlich eine voreilige Folgerung (De Nederlandsche Bank, 2006).

Eine Erklärung für das Verhalten der Versicherer gibt eine Untersuchung der Firma Deloitte vom November 2005, die zeigte, dass im Jahr 2006 schätzungsweise 22% aller Versicherten ihren Krankenversicherer wechseln würden (Deloitte, 2005). Mittlerweile haben sich diese Daten bestätigt und es stellte sich heraus, dass ungefähr 25% der Versicherten ihre Krankenversicherung tatsächlich gewechselt haben. Der Grossteil der Wechsler wird Teil von kollektiven Verträgen sein (CPB, 2006), weil viele Personen die vorher in der gesetzlichen Krankenversicherung (ZFW) versichert waren jetzt in kollektiven Verträgen über ihre Arbeitgeber oder in Patientengruppen versichert werden. Es wird erwartet, dass der Anteil der kollektiv Versicherten von 28% im Jahr 2005 auf 50% im Jahr 2006 steigen wird. Ein weiterer Anstieg wird auch noch für das Jahr 2007 erwartet, allerdings in geringerem Ausmaß (siehe Tabelle 3). Dies ist folglich eine kurzfristige Chance, die man als Krankenversicherer nicht verpassen darf. Es wird erwartet, dass die Versichertenmobilität nach 2006 wieder zu einem „normalen" Wechslerniveau von 5-6% aller Versicherten pro Jahr zurückkehrt. Mit den Arbeitgebern hoffen die Krankenversicherer daher langjährige und profitable Vertragsbeziehungen einzugehen, um so ihre eigene Zukunft zu sichern.

Auch hat sich herausgestellt, dass das von Opposition und Kritikern befürchtete Chaos zunächst nicht eingetreten ist. Erstens sind die Prämien niedriger ausgefallen als erwartet. Die durchschnittliche Kopfpauschale liegt mit 1.050 € deutlich unter den 1.300 €, die von vielen erwartet wurden. Zweitens wechselten im Jahr 2006 bereits 25% der Versicherten ihre Krankenversicherung, obwohl die Wechselbereitschaft der einzelnen Versicherten sehr gering eingeschätzt wurde. Dabei wurde ganz klar die Bedeutung der kollektiven Verträge unterschätzt. Drittens hat sich das befürchtete Chaos bei der Auszahlung von Zuschlägen für Versicherte mit niedrigen Einkommen nicht erfüllt. Das Finanzamt hat diese neue Aufgabe ohne große Probleme gelöst. Viertens sind die befürchteten finanziellen Probleme auf der Anbieterseite dank Vorschusszahlungen der Krankenversicherer an Ärzte und Krankenhäuser ausgeblieben.

4. Die Neuordnung des niederländischen Krankenversicherungsmarktes

Krankenversicherer

Die erste Konsequenz der Gesundheitsreform ist bei den Krankenversicherern deutlich zu sehen: Krankenkassen, die oft bereits Teil von großen Versicherungskonzernen inklusive privaten Krankenversicherungen waren,

Tabelle 3: Versichertenmobilität

Zielgruppe	2005		Kurzfristig (2006-2007)		Langfristig (2006-2010)	
	% Wechsler	% aller Versicherten	% Wechsler	% aller Versicherten	% Wechsler	% aller Versicherten
Kollektiv Versicherte	6	28	40	50	6	50
Alte und chronisch Kranke	2	18	7	18	2	18
Individuell Versicherte (Preisorientiert)	4	28	4	17	7	17
Individuell Versicherte (Serviceorientiert)	2	26	2	15	2	15

Quelle: Deloitte (2005)

https://doi.org/10.5771/1611-5821-2006-7-8-10
Generiert durch IP '3.146.206.149', am 12.10.2024, 10:22:57.
Das Erstellen und Weitergeben von Kopien dieses PDFs ist nicht zulässig.

sind jetzt private Unternehmen geworden, die Gewinne erwirtschaften dürfen. Sie konkurrieren jetzt nicht mehr nur auf der Ebene der Höhe der Versicherungsprämien, sondern auch auf der Ebene von zusätzlichen Versicherungsangeboten und Diensten, bei denen sie mehr Möglichkeiten und Freiheiten zur Differenzierung haben. Sie tragen jetzt mehr Verantwortung für die Kontrolle der Leistungsausgaben, aber sie haben dafür im Gegenzug auch mehr Möglichkeiten zur Steuerung der Versorgung erhalten, z.B. dürfen sie selektive Verträge mit Leistungsanbietern abschließen. Das alles passt in die langjährige Strategie der Regierung, die Krankenversicherer zu den „Regisseuren" des Gesundheitswesens zu machen, wobei sich die Regierung im Hintergrund auf die Regelung des Zugangs zu Leistungen, den Leistungskatalog und die Sicherstellung der Qualität beschränken will. Darüber hinaus sollen Krankenversicherer jetzt auf nationaler Ebene operieren. Nur dann, wenn sie weniger als 850.000 Mitglieder haben, dürfen sie ein kleineres Marktgebiet auswählen, das aber mindestens eine Provinz umfassen muss. Diese Regelung dient dazu, kleinere Krankenversicherer zu schützen und ihnen genügend Zeit zu geben, um Ausbau-Strategien zu entwickeln.

Die Kehrseite für die Krankenversicherer ist aber, dass sich der Wettbewerb zwischen den einzelnen Versicherern deutlich verschärft hat, aber der Markt nicht über die 16 Millionen potenziellen Versicherten ausgedehnt werden kann. Dies impliziert, dass die Übernahme- und Fusionswelle die schon länger sichtbar war (auch im Vorgriff auf 2006), sich vermutlich beschleunigt fortsetzen wird. Diese Übernahmen werden oft kaum wahrgenommen, weil alte Markennamen trotz der Übernahme weiter geführt werden. Es gibt zur Zeit eigentlich nur noch acht große Krankenversicherungskonzerne, die ca. 75% des Marktes kontrollieren. Erwartet wird, dass sich auch hier die Konzentration auf fünf große Konzerne fortsetzt. Es gibt deutliche Gewinner im Wettbewerb um Neukunden. So hat zum Beispiel der Achmea Konzern (u.a. Zilveren Kruis, Groene Land, und Avero) 300.000 (10%) neue Kunden gewonnen und versichert jetzt 3,3 Millionen Bürger (Volkskrant, 2006a), Krankenversicherer CZ hat 100.000 (5%) Neukunden gewonnen und versichert jetzt 2,1 Millionen, VGZ-IZA-Trias mit 120.000 Neukunden (3,7%) versichert nun 3,4 Millionen (ZN, 2006). Aber auch kleinere Krankenversicherer (<500.000 Versicherte) profitierten. De Fiesland – ein im Norden der Niederlande regional orientierter Krankenversicherer – zeigte ein Wachstum um 30% von 378.000 auf 494.000 Versicherte und ONVZ von 335.000 auf 450.000 (34% Wachstum) (ZN, 2006). Der grosse Verlierer ist Agis – eine der wenigen übriggebliebenen reingesetzlichen Krankenkassen, die von 1,6 Millionen Kunden 430.000 Kunden (27%) verlor, die meisten durch Verlust von kollektiven Verträgen. Ein Beispiel ist der kollektive Vertrag für die Polizei mit 130.000 Versicherten. Agis wirft anderen (vorwiegend privaten) Krankenversicherern mit größeren finanziellen Reserven Preisdumping vor, und bereitet sich auf gerichtliche Schritte wegen unfairen Wettbewerbs gegen Gesundheitsminister Hoogervorst vor (Volkskrant, 2006b). Ein gerichtlicher Sieg ist hierbei gut möglich: die privaten Versicherer waren gegenüber den gesetzlichen Versicherern deutlich im Vorteil, da sie von Gesetz wegen verpflichtet waren größere finanzielle Reserven (24% der Schadenslast) vorzuhalten als gesetzliche Krankenkassen (8%).

Bürger/Kunden

Die Versicherten insgesamt haben durch die Reform mehr Macht bekommen und nutzen diese auch – vor allem die Arbeitgeber und Versichertengruppen. Die Bürger – Kunden im Jargon des Gesundheitsministeriums – haben jetzt die freie Wahl des Krankenversicherers, und können von diesen nicht mehr abgelehnt werden. Ein Vorteil entstand dadurch zum Beispiel für reiche Behinderte, reiche chronisch Kranke und reiche ältere Mitbürger, die in der alten Situation verpflicht waren, eine private Versicherung abzuschließen und oft Schwierigkeiten hatten eine bezahlbare Versicherung zu finden. Deutliche Verlierer gibt es aber auch. Selbständige ohne Personal, die vorher privat versichert waren, müssen ab 2006 nicht nur die Kopfpauschale bezahlen, kommen meistens für die Zuschlagszahlungen nicht in Betracht, aber tragen auch die Verantwortung für den Arbeitgeberteil (4,4%), und bezahlen jetzt durchschnittlich das Doppelte im Vergleich zum alten System (MKB, 2006).

Das neue System bietet auch Chancen für Patientenorganisationen, die oft Tausende von Patienten vertreten und in der bisherigen Situation kaum Zugang zu den Krankenversicherern hatten. Jetzt können Patientenorganisationen kollektive Verträge abschließen, wobei sie oft mit mehreren Krankenversicherern verhandeln. Dies war das Resultat eines erfolgreichen Lobbying der Niederländischen Patienten und Verbraucher Vereinigung NPCF (Nederlandse Patienten Consumenten Federatie). Diese Gruppen sind jetzt nicht mehr über die alten Versicherungsformen zersplittert und bilden, dank des funktionierenden Risikoausgleichs, auch interessante und profitable Kunden. Schon stellt sich heraus, dass viele Patientenorganisation spürbar gewachsen sind, weil sich viele verunsicherte Patienten mit spezifischen Ansprüchen – angelockt von einem gut zugeschnittenen und günstigeren kollektiven Vertrag – zu ihnen gewandt haben. Im Moment gibt es ca. 23 kollektive Verträge, die von Patientenvereinigungen abgeschlossen wurden (NPCF, 2006).

Leistungsanbieter

Um ihre Verhandlungsposition zu stärken sieht man bei den Leistungsanbietern auch einen Trend zur Fusion und Übernahme. Auch hier entstehen größere Institutionen, die Krankenversorgung, Pflegeheime, ambulante Pflegedienste, Behinderteneinrichtungen und Altenheime anbieten, die auf nationaler Ebene operieren. Nur für Hausärzte, die früher pro Krankenkassenpatient pro Jahr einen Festbetrag erhielten (Capitation) und für Privatpatienten über Einzelleistungsvergütung bezahlt wurden, tritt eine neue Regelung in Kraft, die eine Mischform aus beiden Vergütungssystemen darstellt. Für alle in einer

https://doi.org/10.5771/1611-5821-2006-7-8-10
Generiert durch IP '3.146.206.149', am 12.10.2024, 10:22:57.
Das Erstellen und Weitergeben von Kopien dieses PDFs ist nicht zulässig.

Praxis eingetragenen Patienten bekommen sie 54 € pro Jahr, zusätzlich für jede Konsultation 9 €. Von einer Diskriminierung gesetzlicher Krankenkassenpatienten gegenüber Privatpatienten („Zweiklassenmedizin") kann keine Rede mehr sein. Hausärzte befürchten Einkommensverluste, die erst mit Verzögerung merkbar würden, da der Übergang zum neuen Vergütungssystem durch großzügige Vorschüsse der Krankenversicherer abgesichert wurde.

5. Ausblick für die Niederlande

Es ist in diesem frühen Stadium schwierig die mittelfristigen und langfristigen Folgen der Systemumstellung vorherzusagen. Obwohl die ersten Monate des neuen Systems relativ unproblematisch vergangen sind, gibt es noch eine Menge offener Fragen für die Zukunft.

Kurzfristig

Ein finanzielles Chaos ist vorerst ausgeblieben, auch dank Vorschüssen der Krankenversicherer. Was aber passiert in den nächsten Monaten, wenn die Vorschüsse aufgetrocknet sind und das System der Realität angepasst werden muss? Inzwischen gibt es einige Zeitungsberichte über Probleme mit Doppelversicherungen.

Mittelfristig

Mittelfristig stellt sich die wichtige Frage, wie viele Bürger im neuen System ohne Krankenversicherung bleiben werden. Säumige Zahler müssen nach Ausschluss zwar wieder von einem anderen Krankenversicherer akzeptiert werden, aber nehmen sich die säumigen Zahler tatsächlich die Mühe sich zeitig wieder zu versichern? Geschätzt wird, dass 500.000 bis 800.000 Bürger, d.h. 3%–5% der Bevölkerung, ohne Krankenversicherung bleiben werden (Trouw, 2005). Die Liste von potenziellen säumigen Zahlern ist lang: Sozialhilfeberechtigte, Arbeitslose, Analphabeten, Süchtige, psychisch Kranke, aber auch Studenten, junge Arbeitnehmer, Selbständige und ältere Mitbürger. Jeder ist jetzt selbst dafür verantwortlich, dass seine Prämie die Krankenversicherung erreicht. In wie weit wird der in den Niederlande befürchtete Drehtüreffekt, bei dem Patienten von einer zur nächsten Krankenversicherung wechseln, in Erfüllung gehen? Zweitens wird die öffentliche Diskussion über die Kaufkraft noch lange nicht zu Ende sein, und eine Debatte über die Höhe der Zuschläge für Versicherte mit niedrigen Einkommen wird die nächsten Jahre prägen. Drittens ist ungeklärt, wie die Krankenversicherer die teilweise große Zunahme, beziehungsweise Abnahme ihrer Versichertenzahlen verkraften. Eine Zunahme an Neukunden um 25% wird die Administration sicherlich nicht ohne Probleme bewältigen. Schaffen sie es ausreichende Verträge mit Leistungsanbietern für all ihre Versicherten abzuschließen? Selektive Verträge mit Leistungsanbietern haben bekanntlich hohe Transaktionskosten. Die Verlierer unter den Krankenversicherern könnten in finanzielle Schwierigkeiten kommen. Ein konsekutiver Arbeitsplatzabbau gehört zu den Reaktionsmöglichkeiten, der zum Beispiel bei dem Krankenversicherer Agis schon Realität ist. Auch ist ungeklärt wer für die Schulden gegenüber Leistungsanbietern und Versicherten aufkommt, falls ein privat-rechtlicher Krankenversicherer in Konkurs geht. Viertens ist die weitere Entwicklung im Jahr 2007 sehr ungewiß. Müssen die Prämien tatsächlich um 10% angehoben werden oder reichen die vorhandenen Reserven aus? Dazu kommt, dass für private Zusatzversicherungen im Jahr 2006 keine Risikoselektion unternommen wurde, obwohl dies den Krankenversicherern erlaubt ist. Wenn ab 2007 mehr und mehr Krankenversicherer für ihre Zusatzversicherungen nach Alter und Gesundheitsstatus selektieren, könnte das besonders die von Patientenorganisationen ausgehandelten kollektiven Verträge treffen, die ja sehr spezifische Zusatzversicherungen benötigen.

Langfristig

Langfristig ist ungeklärt, ob der verstärkte Wettbewerb nicht zu Lasten der Versorgungsqualität geht. Knallhart verhandelnde, privatwirtschaftliche Krankenversicherer mit der Möglichkeit, Gewinne für ihre Gesellschafter zu erwirtschaften, sind vermutlich eher preisorientiert, statt die Belange der Patienten zu vertreten – wie von der Regierung gehofft. Es gibt jetzt Wettbewerb auf den Ebenen der Prämien und Zusatzversicherungen, also zwischen Versicherer und Kunde. Haben aber die Krankenversicherer für die Zukunft ausreichend Möglichkeiten bei der Steuerung der Versorgung und haben sie ausreichende Möglichkeiten selektive Verträge abzuschließen? Sind selektive Verträge überhaupt ein effektives und effizientes Wettbewerbsinstrument? Schließlich verursachen diese enorme Transaktionskosten. Der Markt von Leistungsanbietern ist sehr knapp und oft von regionalen Monopolen gekennzeichnet, vor allem im Krankenhaussektor. Von Kunden darf man nicht erwarten, dass sie ein weit weg gelegenes Krankenhaus oder Pflegeheim besuchen möchten. Für Hausärzte gilt, dass sie pro Versicherten und pro Konsultation eine feste Erstattung bekommen – also kein starker Wettbewerb. Darüber hinaus ist vielen Patienten eine wohnortnahe Versorgung wichtig, vor allem bei der hausärztlichen Versorgung. Dass zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht auch noch ein Wettbewerb zwischen den einzelnen Leistungsanbietern angeregt wurde, ist ein klarer Pluspunkt dieser Reform.

Schließlich ist europäisches Recht eine noch nicht einzuschätzende Variable. Obwohl die Europäische Kommission zugesagt hat, dass das niederländische privatrechtliche Gesundheitssystem nicht im Widerspruch mit geltendem EU-Recht steht, hat der Europäische Gerichtshof immer noch das letzte Wort.

6. Schlussfolgerungen für Deutschland

Die Mischung aus einkommensabhängigen Krankenversicherungsbeiträgen, Kopfpauschalen, einem zentralen Fonds zur Finanzierung der Krankenversicherungen und die Zunahme privatwirtschaftlichen Einflusses im niederländischen Gesundheitsmarkt beinhaltet alle der-

https://doi.org/10.5771/1611-5821-2006-7-8-10
Generiert durch IP '3.146.206.149', am 12.10.2024, 10:22:57.
Das Erstellen und Weitergeben von Kopien dieses PDFs ist nicht zulässig.

zeitigen Elemente der Diskussion um die nächste Gesundheitsreform in Deutschland, die ja noch im Laufe des Jahres 2006 auf den Weg gebracht werden soll. Bisher zeigt das niederländische Beispiel vor allem, dass eine solche Mischlösung machbar ist. Wer von einer solchen Reform wirklich profitiert – außer den privatwirtschaftlichen Betrieben und Gesellschaftern – ist jedoch weniger klar. Zumindest zum jetzigen Zeitpunkt scheint es aber positive Auswirkungen auf die Wahlmöglichkeiten und ein gewisses Empowerment der Versicherten und der Patienten gegeben zu haben. Fragwürdig ist allerdings, ob diese Neuerungen auch zu einer Verbesserung der Gesundheitsversorgung und zur Verbesserung der Effizienz beitragen können. Vielleicht werden die in den Niederlanden geplanten Evaluationen hierzu in einigen Jahren Aussagen zulassen. Für die Diskussion um die anstehende Reform in Deutschland wird dies aber wohl zu spät sein. Eines aber wird klar deutlich: in den Niederlanden werden wie auch in Deutschland die eigentlichen Strukturprobleme im Gesundheitswesen nicht angegangen. Auch sollte noch einmal betont werden, dass die aktuelle Reform in den Niederlanden eine 30-jährige Vorgeschichte hat, in der in kleinen Schritten die Unterschiede zwischen gesetzlichen und privaten Krankenversicherern kontinuierlich verringert wurden. Ohne diese graduelle Annäherung der zwei Systeme wäre diese Reform wahrscheinlich nicht möglich gewesen.

Referenzen

CPB (2006): Centraal Planbureau (Hrsg.): Discussion paper 61 – Health plan pricing behaviour and managed competition, http://www.cpb.nl/nl/pub/cpbreeksen/discussie/61/disc61.pdf

Deloitte (2005): Mobiliteit van zorgverzekerden neemt toe. www.deloitte.com/dtt/cda/doc/content/nl_nl_rapport_mobiliteit_zorgverzekerden_161105x.pdf

MKB 2006 www.mkb.nl

DNB (2006): De Nederlandsche Bank (Hrsg.): Kwartaalbericht juni 2006. www.dnb.nl/dnb/bin/doc/KWBjuni06_tcm12-75994.pdf

Den Exter A, Hermans H, Dosljak M and Busse R (2004): Busse R, van Ginneken E, Schreyögg J and Wiesbaum W (eds), Health Care Systems in Transition: The Netherlands. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Care Systems and Policies

NPCF (2006): Nederlandse Patienten en Consumenten Federatien (Hrsg.): Collectieve Verzekering http://www.npcf.nl/?id=762

Staatsblad (2006): Tekst van de Zorgverzekeringswet (Stb. 2005, 358, i.wtr. 1 jan. 2006, Stb. 2005, 649) www.denieuwezorgverzekering.nl/NR/rdonlyres/EF389A9E-E2F9-41C4-A84A-1D4EEA5A9A2D/0/geconsolideerdetekstZvwjan2006.pdf

Staatsblad (2006b): Regels inzake de aanspraak op een financiële tegemoetkoming in de premie van een zorgverzekering vanwege een laag inkomen (Wet op de zorgtoeslag)

www.denieuwezorgverzekering.nl/NR/rdonlyres/C70FC0A0-58A9-4519-8B3C-A9C913A105CD/0/KST83123.pdf

Trouw (2005): Iedereen is straks particulier, Zeitungsartikel 19-12-2005

Volkskrant (2006a): Achmea en CZ winnen verzekerden, Zeitungsartikel 28-2-2006.

Volkskrant (2006b): Agis krijgt grote klap in zorgstrijd, Zeitungsartikel, 3-3-2006.

Volkskrant (2006c): Hoogte van zorgtoeslag blijft op peil, Zeitungsartikel, 21-3-2006.

Die Beiträge zur gesetzlichen Unfallversicherung

Solidarität und Äquivalenz im Finanzierungssystem der gewerblichen Berufsgenossenschaften

Von David Heldmann

2006, 249 S., brosch., 46,– €, ISBN 3-8329-2184-2

(Nomos Universitätsschriften – Recht, Bd. 492)

Das Werk leistet eine umfassende systematische Darstellung des Beitragsrechts der gesetzlichen Unfallversicherung, also der arbeitgeberfinanzierten Absicherung gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten. Den Schwerpunkt bilden dabei die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Abstufung der Beiträge nach Gefährdungsrisiken.

Bitte bestellen Sie bei
Ihrer Buchhandlung oder bei:
Nomos Verlagsgesellschaft
76520 Baden-Baden | www.nomos.de

Nomos

https://doi.org/10.5771/1611-5821-2006-7-8-10
Generiert durch IP '3.146.206.149', am 12.10.2024, 10:22:57.
Das Erstellen und Weitergeben von Kopien dieses PDFs ist nicht zulässig.