

Bestimmt kein Käse: Gesundheitsreform in den Niederlanden

Von Kai Menzel

In der Gesundheitsdiskussion in Deutschland wird von allen Seiten gerne auf die jüngste Reform in den Niederlanden verwiesen.

Wichtige Elemente der Reform

Ab dem 1.1. 2006 sind alle Niederländer in der 2. Säule bei einer privaten Versicherung pflichtversichert. Die Finanzierung wird stärker in Richtung Kopfpauschale verschoben. Ein kassenspezifischer einkommensunabhängiger Beitrag von knapp 90€ im Monat soll rund 50% der Kosten in dieser Säule decken. Personen mit geringem Einkommen erhalten Zuschüsse. Darüber hinaus führt der Arbeitgeber bei abhängig Beschäftigten einen festen Anteil von 6,5 % des Einkommens für die Krankenversicherung ab.

Versicherte können zwischen Sachleistung, Kostenersatzung und Mischformen wählen und sich für verschiedene Selbstbehaltmodelle und Rückzahlungen bei nicht in Anspruch genommenen Versicherungsleistungen entscheiden. Auch wurden erweiterte Möglichkeiten für den Abschluss von Gruppenverträgen geschaffen. Die Möglichkeiten zum selektiven Vertragsabschluss zwischen Versicherungen und ausgewählten Leistungserbringern und bei der Vergütung wurden ausgeweitet; Krankenversicherungen dürfen sich an Krankenhäusern und anderen Einrichtungen beteiligen. Allerdings existieren für 90% der Krankenhausleistungen immer noch Festpreise, nur 10% dürfen frei verhandelt werden. Zur Überwachung des durch die Reform verstärkten Wettbewerbs im Gesundheitswesen wurde eine Regulierungsbehörde etabliert, die z.B. bei wettbewerbswidrigem Verhalten Auflagen erteilen und Bußgelder verhängen kann. Die gesamte Reform wurde von einer umfassenden Informationskampagne begleitet. Besonders bemerkenswert ist eine Webseite des Gesundheitsministeriums, auf der umfassende Informationen z.B. über Krankenhäuser und Krankenversicherungen bereitgestellt werden (www.kiesbeter.nl).

Positive Aspekte der Reform

Größere Vertragsfreiheit zwischen Versicherungen und Leistungserbringern erhöht grundsätzlich die Effizienz sowie die Wahlmöglichkeiten für die Versicherten.

Das niederländische Krankenversicherungssystem

Kennzeichnend ist ein 3-Säulen-Modell:

1. Säule: Deckt große Risiken ab, z.B. Pflegebedürftigkeit und lange Krankenhausaufenthalte. Fast ausschließlich aus einkommensabhängigen Versichertenbeiträgen finanzierte Einheitsversicherung.
2. Säule: Sichert die Akutversorgung. Bis 2005: Nebeneinander von sozialer Pflicht- und privater Vollversicherung. Abhängig Beschäftigte waren bis zu einem Einkommen von 33.000€ pflichtversichert, für höhere Einkommen keine Versicherungspflicht, aber fast alle hatten eine dem Leistungspaket der gesetzlichen Versicherung ähnliche Absicherung. Die Gesundheitsreform von 2006 bezog sich insbesondere auf diese 2. Säule.
3. Säule: Private Zusatzversicherungen, die über 90 % der Niederländer abgeschlossen haben.

Mehr Vertragsvarianten für die Versicherten können deren unterschiedlichen Präferenzen besser gerecht werden und eine kostenbewusste Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen fördern. Das schwer begründbare Nebeneinander von ohnehin sehr ähnlichen gesetzlichen und privaten Versicherungen in der 2. Säule und die administrativ aufwändigen Wechsel von einem System ins andere bei Einkommensschwankungen konnten beendet werden. Die stärkere Betonung von einkommensunabhängigen Beiträgen mit steuerfinanziertem Sozialausgleich vermindert fragwürdige Umverteilung und arbeitsplatzfeindliche Effekte der einkommensabhängigen Beiträge.

Die Regulierungsbehörde ist ein innovativer Ansatz, um möglichen Marktfunktionsproblemen in einem stärker wettbewerblich organisierten Gesundheitsmarkt zu begegnen. Die umfassende Patienteninformation bis hin zu Ergebnisqualitätsindikatoren für Krankenhäuser und Vergleichsmöglichkeiten ist eine entscheidende Voraussetzung für souveräne Entscheidungen der Patienten und einen funktionierenden Qualitätswettbewerb.

Probleme

Angesichts der Vorteile von einkommensunabhängigen Beiträgen ist nicht einzusehen, warum ein wesentlicher Teil der 2. Säule immer noch einkommensabhängig finanziert wird. Auch in der 1. Säule bleibt die Einheitsversicherung mit einkommensabhängigen Beiträgen bestehen. Allerdings ist mittelfristig eine Integration in die 2. Säule geplant.

Zudem findet keine Kapitaldeckung statt. Zunehmende Gesundheitsleistungen und eine schrumpfende Bevölkerung bedeuten zwangsläufig eine Verlagerung von Lasten auf zukünftige Generationen. Außerdem bleibt ohne eine entsprechend ausgestaltete Kapitaldeckung (s.u.) ein umfassender Risikostrukturausgleich zwischen den Krankenversicherungen erforderlich, der administrativ aufwändig, stets imperfekt, mit zahlreichen Zielkonflikten belastet und präventionsfeindlich ist.

Die größere Vertragsfreiheit zwischen Leistungserbringern und Versicherungen kann aufgrund der geringen Preisfreiheit im Krankenhaussektor, einem Ärztemangel aufgrund von Fehlplanungen bei den Studienplätzen in der Vergangenheit und historisch gewachsener erheblicher regionaler Marktmacht sowohl auf Seiten der Versicherungen als auch der Leistungserbringer nicht ihre volle Wirkung entfalten. Viele Probleme sollten allerdings durch die Eingriffsmöglichkeiten der Regulierungsbehörde zu verhindern sein.

Lehren für Deutschland

Mehr Vertragsfreiheit zwischen Leistungserbringern und Versicherungen dürfte in Deutschland deutlich effektiver sein als in den Niederlanden und rechtfertigt weitaus weniger Sorge vor dem Missbrauch von Marktmacht, da hierzulande grundsätzlich kein Ärztemangel oder regionale Marktmacht herrschen. Bei zusätzlicher Errichtung einer Regulierungsbehörde dürfte Marktmacht keine substantiellen Bedenken mehr rechtfertigen. Selektives Kontrahieren der Versicherungen ermöglicht eine Auswahl von Leistungserbringern, die sich durch besonders gute Qualität und niedrige Kosten auszeichnen und erlaubt einen Einstieg der Krankenversicherungen in das aktive Versorgungsmanagement. Freilich müsste man für diesen wichtigen Reformschritt als Politiker zahlreichen Lobbygruppen und einflussreichen Akteuren auf die Füße treten, z.B. durch Beschneidung der Kompetenzen der Kassenärztlichen Vereinigung oder auch der Länder im Krankenhausbereich.

Mehr Wahlmöglichkeiten für die Versicherten bei Selbstbehalten, Rückerstattungen, Kostenerstattung etc. wären auch für Deutschland zu begrüßen, sind aber in einem System mit ausschließlich einkommensabhängigen Beiträgen kaum zu realisieren.

Die Patienteninformation in den Niederlanden ist vorbildlich und sollte in Deutschland nachgeahmt werden. Hierfür könnten z.B. auch die von der Bundesge-

schaftsstelle Qualitätssicherung (BQS) erhobenen Daten (wie Infektionsraten in Krankenhäusern) mit leicht verständlicher Aufbereitung veröffentlicht werden.

So fragwürdig das Nebeneinander von GKV und PKV in Deutschland auch sein mag: Eine Zusammenlegung nach niederländischem Vorbild ist nicht realisierbar, da anders als in den Niederlanden die deutsche PKV Altersrückstellungen für ihre Versicherten aufgebaut hat. Dieses Kapital einfach in eine Bürgerversicherung zu überführen wäre eine rechtswidrige Enteignung und eine massive Verletzung von Vertrauensschutz. Genauso gut könnte der Kapitalstock von privaten Lebensversicherungen in die gesetzliche Rentenversicherung überführt werden. Überdies wäre eine Auflösung der PKV, in der Menschen selbst für ihre zu erwartenden hohen Kosten im Alter vorsorgen, angesichts der demographischen Entwicklung unverantwortlich.

Bei der Finanzierung der Gesundheitskosten sollte in Deutschland das mittelfristige Ziel die Kapitaldeckung sein, und zwar noch viel eher als in den Niederlanden, da wegen der deutlich geringeren Geburtenrate die demographischen Probleme hierzulande gravierender sein werden. Dabei sollte allerdings nicht das gegenwärtige PKV-Modell, in dem Bestandsversicherte kaum Wechselmöglichkeiten haben, Vorbild sein, sondern vielmehr ein System mit übertragbaren Altersrückstellungen, wie es der Kronberger Kreis ausgearbeitet hat (Vgl. z.B. <http://www.stiftung-marktwirtschaft.de/module/Argument92.pdf>). Dass dieses System, mit dem es noch keine praktischen Erfahrungen gibt, nicht sofort umgesetzt wird, ist politisch verständlich. Die deutsche PKV bietet hierfür aber eine ideale Ausgangssituation, die sich für die Gesamtheit der PKV-Versicherten nur verbessern kann, wenn Altersrückstellungen übertragen werden können statt sie wie heute bei einem Wechsel komplett bei der alten Versicherung zu belassen. Für die GKV sollten im ersten Schritt Kopfprämien mit sozialem Ausgleich eingeführt werden, notfalls auch zunächst wie in den Niederlanden nur für einen Teil der Kosten.

Fazit

Bei der Modernisierung des Gesundheitswesens sind uns die Niederlande um einige Schritte voraus. Bleibt zu hoffen, dass dies wenigstens bei der Fußball-WM anders wird.

7.961 Zeichen (Textbox: 792 Zeichen)

Dieser Ordnungspolitische Kommentar reflektiert die Meinung des Autors, nicht notwendigerweise die des Instituts für Wirtschaftspolitik. Der Inhalt kann vollständig oder auszugsweise bei Erwähnung des Autors zu Publikationszwecken verwendet werden. Für weitere Informationen und Rückfragen zum Inhalt wenden Sie sich bitte direkt an den Autor.

Dipl.-Volksw. Kai Menzel ist wissenschaftlicher Mitarbeiter von Prof. Dr. Johann Eekhoff am Seminar für Wirtschaftspolitik - **Kontakt:** Tel. 0221-470 6610 oder email: menzel@wiso.uni-koeln.de