

Risiko
Kodierlinien
Transfer
Morbidity
SGBV
Gesundheitsversorgung
Risiko management
Kassenwettbewerb
Gesundheitsreform
Frühwarnsystem
GKV
Gesundheitswesen
Krankheiten
Aut-idem
Komorbidity
Vergütung
Aut-idem
Morbidity
Grouper
Kosten
OALY
Leitlinie
Nutzen
Arzte
Kodierung
Risiko
ambulante
Beitrag
Private
Arzneimittel
Krankenversicherer
ATC
Frühwarnsystem
Kollektivvertrag
Sozialgesetz
Systemfragen und Wettbewerb
Rabatt
Ausgangspunkt
Integrierte Versorgung
Morbidity orientierter Mikrostruktur
Kodierung
Kosten
Leitlinie
Nutzen

BARMER GEK

Gesundheitswesen aktuell 2010

Beiträge und Analysen

herausgegeben von Uwe Repschläger,
Claudia Schulte und Nicole Osterkamp

Impressum

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist Eigentum der BARMER GEK. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung der BARMER GEK unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Im Sinne der besseren Lesbarkeit wurde überwiegend die grammatikalisch männliche Sprachform gewählt. Wenn im Text die männliche Sprachform genannt ist, ist damit sowohl die männliche als auch die weibliche Sprachform gemeint.

BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2010

© 2010 BARMER GEK

herausgegeben von

Uwe Repschläger, Claudia Schulte und Nicole Osterkamp

ISBN 978-3-9812534-2-9

Realisation und Design: 37 Grad GmbH, Düsseldorf

Redaktion: 37 Grad GmbH, Düsseldorf

produziert und gedruckt in Deutschland

Alle Rechte vorbehalten

Änderungen und Irrtümer vorbehalten

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	8
Editorial.....	10

I. Systemfragen und Wettbewerb

Preisregulierung von patentgeschützten Arzneimitteln. Welchen Beitrag kann die Kosten-Nutzen-Bewertung leisten?	16
Mathias Kifmann	
QALYs in der Kosten-Nutzen-Bewertung. Rechnen in drei Dimensionen.....	32
Klaus Koch, Andreas Gerber	
Die Erstellung der Ambulanten Kodierrichtlinien	50
Ingolf Berger	
Vom Zusatzbeitrag zur Gesundheitspauschale. Das niederländische Gesundheitssystem als Vorbild?	70
Frank Schulze Ehring	
Frühwarnsysteme in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Die Rahmenbedingungen	90
Falk König, Patrick Florath, Uwe Repschläger, Frank Romeike	
Zur Rolle und Funktion der alten Spitzenverbände. Perspektive für eine zukunftsfähige Verbändelandschaft in einem wettbewerbsorientierten GKV-System	106
Uwe Repschläger	

Die Abbildung von Multimorbidität im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich	126
Claudia Schulte	

II. Gestaltung der Versorgung

Kollektivverträge und selektive Vollversorgungsverträge in der ambulanten ärztlichen Versorgung. Die Frage nach dem „Entweder-oder“	148
Andreas Köhler	

Bereinigung der vertragsärztlichen Vergütung. Stand der Verfahrensentwicklung und Relevanz für einen fairen Wettbewerb zwischen kollektiv- und selektivvertraglicher Versorgung	160
Antje Schwinger, Hans-Dieter Nolting	

Achtzehn Arztkontakte im Jahr. Hintergründe und Details.....	176
Boris von Maydell, Thilo Kosack, Uwe Repschläger, Christoph Sievers, Rebecca Zeljar	

Der deutsche Arzneimittelmarkt. Reform- oder neuordnungsbedürftig?	192
Detlef Böhler, Karl-Heinz Neumann	

Das Fibromyalgiesyndrom. Dilemma zwischen Leitlinie und Versorgungsrealität	212
Ursula Marschall, Andreas Wolik	

Adipositaschirurgie – notwendige Therapie oder Lifestyle? Spannungsfeld zwischen Medizin und Krankenkasse	240
Hans Hauner, Ursula Marschall, Michael Lex, Andreas Wolik, Henrik Schwandrau	

Berechnung von Hospitalisierungswahrscheinlichkeiten. Die Methode der Zufallswälder und der Vergleich mit gängigen statistischen Klassifikationsverfahren	266
Thilo Kosack, Andreas Wolik	

III. Anhang

Abkürzungsverzeichnis	290
Autorenverzeichnis	292

Frank Schulze Ehring

Vom Zusatzbeitrag zur Gesundheitspauschale

Das niederländische Gesundheitssystem als Vorbild?

In der politischen Diskussion zur Reform der Finanzierung des Krankenversicherungsschutzes wird die Erhebung einer Kopfpauschale kontrovers diskutiert. Als Vorbild für eine derartige Pauschale gilt das niederländische Gesundheitssystem. Der Beitrag gibt einen Einblick in die Strukturen und Funktionsprinzipien des niederländischen Gesundheitssystems, vergleicht es mit den analogen Entwicklungen im deutschen System und prüft die isolierte Übertragbarkeit derartiger Reformelemente. Dabei werden Gemeinsamkeiten, aber auch Unterschiede deutlich, die vermeintliche Parallelen stark unterschiedlich in ihrer Wirkung erscheinen lassen.

Aktueller Hintergrund

Bis zum Sommer tagte die Regierungskommission zur Reform der Finanzierung des Krankenversicherungsschutzes. Sie hat den Auftrag, die Beschlüsse des Koalitionsvertrages umzusetzen. Darin heißt es unter anderem, dass „das bestehende Ausgleichssystem [...] in eine Ordnung mit mehr Beitragsautonomie, [...] und einkommensunabhängigen Arbeitnehmerbeiträgen“ überführt werden soll. Mit dieser Formulierung steht die Einführung eines pauschalen Versicherungsbeitrages in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zur Debatte. Dabei kann von „Einführung“ eigentlich keine Rede sein. Denn im Status quo des Gesundheitssystems gibt es eine Beitragspauschale längst. Reichen nämlich die Zuweisungen des Gesundheitsfonds an die Krankenkassen nicht aus, können die einzelnen Krankenkassen von den Versicherten einen zusätzlichen Versicherungsbeitrag (Zusatzbeitrag) fordern.

Nach derzeitiger Rechtslage ist es den gesetzlichen Krankenkassen freigestellt, ob sie einen prozentualen oder einen festen Zusatzbeitrag („kleine Pauschale“) erheben. Um soziale Überforderungen zu vermeiden, darf der Zusatzbeitrag allerdings nicht mehr als ein Prozent des Haushaltseinkommens betragen (Härtefallregelung). Ohne Einkommensüberprüfung

von ihren Versicherten können die Krankenkassen einen Zusatzbeitrag in Höhe von acht Euro im Monat verlangen. Vom letzteren pauschalen Zusatzbeitrag ohne Einkommensüberprüfung – aber auch darüber hinaus – machen mehr und mehr Krankenkassen Gebrauch.

Befürworter der Gesundheitspauschale wollen den heute möglichen (pauschalen) Zusatzbeitrag in Richtung einer Pauschale mit relevanter Höhe von beispielsweise 125 Euro monatlich ausbauen (siehe VBW 2009: 21). Für diesen Ausbau eines pauschalen Versicherungsbeitrages gibt es ein Vorbild in unserem Nachbarland. Im niederländischen Gesundheitssystem sind vom Versicherten Pauschalbeiträge für den Schutz gegen das Krankheitsrisiko zu leisten. Weil das so ist, wird das niederländische Gesundheitssystem häufig von Befürwortern der Beitragspauschale als Entwurf für Deutschland betrachtet.

Politisch ist ein pauschaler Versicherungsbeitrag in Deutschland allerdings höchst umstritten. So bedienen sich nicht nur die Befürworter der Pauschale regelmäßig der vermeintlichen Vorbildfunktion des niederländischen Systems. Weil die dort im Jahr 2006 in Kraft getretene Gesundheitsreform auch die Dualität aus GKV und Privater Krankenversicherung (PKV) zugunsten eines einheitlichen, privatrechtlichen Systems mit einkommensabhängigen Beiträgen und einkommensunabhängigen Pauschalen aufgegeben hat, könnten die Niederlande auch als „Blaupause“ für die sogenannte Bürgerversicherung dienen.

Das niederländische Gesundheitssystem im Jahr 2009

Das niederländische System der Krankenversicherung beruht auf zwei für die gesamte Bevölkerung obligatorischen Leistungssäulen. Die erste Säule stellt die Pflege- und Langzeitversicherung (AWBZ) dar. Die AWBZ geht mit ihren Leistungen über den Versorgungsumfang der deutschen Pflegeversicherung weit hinaus. In der AWBZ werden vor allem „Langzeitrisiken“ versichert. Dabei geht es insbesondere um ambulante und stationäre Pflegeleistungen, psychiatrische Versorgung und stationäre Versorgung von über einem Jahr.

Gegenstand der Gesundheitsreform im Jahr 2006 war vor allem die zweite Säule der Krankenversicherung. Sie wird seit der Gesundheitsreform durch die eigentliche Krankenversicherung gebildet (die neue Krankenversicherung „Zorgverzekeringswet“ (Zvw) ersetzt die „Ziekenfondswet“ (Zfw)). Die Zvw stellt eine Basisversicherung dar, mit der alle wesentlichen ambulanten und stationären Leistungen der Akutversorgung abgesichert sind. Der Leistungskatalog selbst hat sich mit der Gesundheitsreform 2006 nicht verändert. Der Leistungskatalog der Basisversicherung beschränkt sich allerdings auf einen Mindestschutz, liegt unter dem deutschen Leistungsniveau und würde in Deutschland aller Wahrscheinlichkeit nach nur sehr wenig Akzeptanz finden.

Der Umfang des Krankenversicherungsschutzes in den Niederlanden ist das Ergebnis eines langen politischen Prozesses. Schon seit dem Jahr 1995 ist in den Niederlanden die Diskussion um den gesetzlichen Leistungskatalog geführt worden. Infolgedessen sind zum Beispiel schon weit vor dem 1. Januar 2006 der Zahnersatz sowie große Teile der zahnärztlichen und kieferorthopädischen Versorgung für Personen über 22 Jahren (2009) aus dem gesetzlichen Leistungskatalog herausgenommen worden (Greß und Groenewegen 2004). Im Jahr 2009 sind weitere Leistungskürzungen vorgenommen worden. Unter anderem ist die Erstattung von Schlaftabletten, Beruhigungsmitteln und Hilfsmitteln reduziert oder gestrichen worden. Die erwarteten Ersparnisse belaufen sich mit 124 Millionen Euro (siehe Donders und van Riel 2009: 13) auf rund zwei Prozent der Leistungen im Bereich der Arznei- und Hilfsmittel. Ähnliches gilt für das Krankengeld, das in den Niederlanden nicht Bestandteil der gesetzlichen Krankenversicherung ist. Schon in den 1990er-Jahren wurde das Krankengeld von der niederländischen Regierung privatisiert und in der Regel in die Verantwortung der Arbeitgeber gelegt.

Ähnlich der Situation in Deutschland besteht für die gesamte in den Niederlanden lebende Bevölkerung von etwa 16,5 Millionen Menschen eine Pflicht zur Versicherung. Kinder unter 18 Jahren sind in der Zvw steuerfinanziert beitragsfrei mitversichert. Für alle Krankenversicherer

besteht Kontrahierungszwang. Sie sind im Umfang der Basisversicherung zur Vertragsannahme gegenüber jedem Bürger, der im Tätigkeitsbereich eines Unternehmens wohnt, verpflichtet.

Die Gesundheitspauschale als Element der Beitragsgestaltung

Die Krankenversicherung (Zvw) ist umlagefinanziert. Im Jahr 2008 hat die Zvw etwa 52 Prozent der Leistungsausgaben des Krankenversicherungsschutzes abgedeckt (weitere 42 Prozent entfallen auf die AWBZ und sechs Prozent auf die ergänzenden Zusatzversicherungen (siehe Maarse 2009)). Der Versicherungsbeitrag ist unabhängig vom Geschlecht, Alter und Gesundheitszustand. Der Beitrag besteht aus einem einkommensabhängigen und einem einkommensunabhängigen, pauschalen Teil. Der einkommensabhängige, in der Regel auf Löhne erhobene Beitrag muss vom Arbeitgeber finanziert werden. Der Beitragssatz betrug – bis zu einer Bemessungsgrenze von 32.369 Euro (zum Vergleich in Deutschland 44.100 Euro) – im Jahr 2009 für alle Versicherten 6,9 Prozent vom Lohn- und Gehaltseinkommen. Der pauschale und damit einkommensunabhängige Krankenversicherungsbeitrag wird von den Versicherten ab einem Alter von 18 Jahren aufgebracht. Die Pauschale wird an den Versicherer gezahlt und deckt – über die gesamte Bevölkerung gerechnet – etwa 45 Prozent der gesamten Beitragslast in der Zvw ab (siehe Hamilton 2006: 9). Der Mittelfluss betrug im Jahr 2008 13,13 Milliarden Euro. Je nach Versicherungsunternehmen, je nach Höhe der unternehmensindividuellen Verwaltungskosten oder je nach Art der Leistungsverträge mit den Leistungsanbietern liegt diese Pauschale für Einzelverträge zwischen 79 und 99 Euro im Monat. Die Durchschnittsprämie im Jahr 2010 beträgt rund 90 Euro (siehe Vektis 2009).

Zu jedem pauschalen Versicherungsbeitrag in relevanter Höhe gehört auch ein Sozialausgleich. In den Niederlanden erhalten Einkommensschwache steuerfinanzierte Transferzahlungen, um die durch den einkommensunabhängigen Pauschalbeitrag entstandenen finanziellen (Über-)Belastungen auszugleichen. Die Höhe der beim Finanzamt zu beantragenden Zuschüsse hängt unter anderem vom Haushaltseinkommen

ab. Für Mehrpersonenhaushalte gilt – bezogen auf das Haushaltseinkommen – eine Belastungsgrenze von fünf Prozent. Einen Teil der Prämie zahlen alle Versicherten damit immer selbst. Der Steuertransfer für Einkommensschwache ist im Jahr 2009 von etwa zwei Dritteln der niederländischen Haushalte in Anspruch genommen worden (siehe Leu et al. 2009: 3).

Akzeptanz der Pauschale in der Bevölkerung

Die Akzeptanz des (neuen) Krankenversicherungssystems ist relativ groß. Das gilt auch für die Beitragspauschale. Gelegentlich und aktuell kommt allerdings immer wieder Kritik (insbesondere vom linken Parteienspektrum) auf. Gegenstand der Kritik ist der relativ hohe Anteil der einkommensunabhängigen Prämie. Als Argumente für eine niedrigere Pauschale (30 Euro monatlich und weniger) werden dabei auch der Wegfall eines dann nicht mehr notwendigen steuerfinanzierten Sozialtransfers für einkommensschwache Haushalte genannt (siehe Evaluatie 2009: 139f). Letztendlich aber wird das niederländische System über Parteigrenzen hinweg relativ wohlwollend (mit Kritik in der Regel im Detail) beurteilt. Entsprechend hoch ist auch die Glaubwürdigkeit in der Bevölkerung. Von allen großen, wichtigen gesellschaftlichen Gruppen ist die niederländische Krankenversicherung (Zvw) inklusive des pauschalen Arbeitnehmerbeitrages vollständig und weitestgehend anerkannt. Das lässt sich unter anderem wie folgt begründen:

(1) Zumindest bis zum Jahr 2009 hat sich die Pauschale relativ stabil entwickelt. Sie ist seit 2006 im Durchschnitt lediglich um 2,8 Prozent angestiegen (siehe Vektis 2009: 22, Vektis 2007: 19). Ein Kostenanstieg im Gesundheitssystem hat aus Sicht des größten Teils der Bevölkerung deshalb nicht stattgefunden.

(2) In den Niederlanden existieren schon seit Ende der 1980er-Jahre vom Einkommen unabhängige Pauschalen. Diese sind schon vor dem Jahr 2006 kontinuierlich angestiegen (2005: durchschnittliche Höhe: 32 Euro pro Monat) und machten schon vor der Reform 15 Prozent der

Gesamtbeiträge aus. Die Neugewichtung der Systemfinanzierung zwischen „gleich starken“ einkommensabhängigen Beiträgen und pauschalen Prämien war für die Bevölkerung nur vom Niveau her neu.

(3) Vor der Reform im Jahr 2006 gab es trotz einer Beitragspauschale keinen Sozialausgleich. Mit der Gesundheitsreform ist der Sozialtransfer eingeführt worden. Durch Steuer- und Transferzahlungen konnten die durch die Gesundheitsreform ausgelösten negativen Belastungswirkungen begrenzt werden. So ging das Centraal Plan Bureau (CPB) für das Reformjahr 2006 für rund 80 Prozent der niederländischen Haushalte von einem reformbedingten Anstieg der Kaufkraft aus. Rund 20 Prozent der Haushalte sind dagegen mit einem begrenzten Kaufkraftverlust von bis zu zwei Prozent konfrontiert worden. Darunter waren vor allem Doppelverdiener ohne Kinder (CPB 2006, Groß, Manouguian und Wasem 2006: 26ff.).

(4) Die als niederländische Variante der Parität zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber zu interpretierende sogenannte „Fifty-fifty-Regel“ garantiert dem Versicherten, dass es bei Anstieg der Gesundheitskosten gegenüber dem einkommensabhängigen Beitrag über einen mehrjährigen Zeitraum nicht einseitig zum Anstieg der Pauschale kommt.

(5) Umfangreiche Wahl- und Wechselrechte haben die Akzeptanz des niederländischen Krankenversicherungssystems gefördert. Jährlich können sich alle Versicherten frei für ein Krankenversicherungsunternehmen entscheiden. Darüber hinaus ist neben dem Abschluss eines Krankenversicherungseinzelvertrags als Wahlalternative – gegen Prämienreduktion von zurzeit rund sieben Prozent – der Beitritt zu einer Gruppenversicherung erlaubt. Mit einem Anteil von über 60 Prozent der Versicherten haben Gruppenverträge inzwischen eine sehr hohe Akzeptanz gefunden (BS Health Consultancy 2010: 3).

Ungelöste Ausgabendynamik

Von der Akzeptanz der Niederländer für ihr Gesundheitssystem beziehungsweise für eine Gesundheitsreform kann das deutsche Gesundheitswesen nur träumen. Umfragen zufolge erwarten zwei Drittel der Menschen nicht, dass die letzte große deutsche Gesundheitsreform – das GKV-Wettbewerbsverstärkungsgesetz (GKV-WSG) – positive Auswirkungen auf das Gesundheitssystem haben wird. Stattdessen zweifeln 95 Prozent der Menschen an der Nachhaltigkeit der Gesundheitsreform. Viele Befragte (92 Prozent) rechnen mit steigenden Beiträgen (Forsa 2008). Folgerichtig wird in der deutschen Gesundheitspolitik die Dynamik der Beitrags- und Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen als große Herausforderung betrachtet. Als Vorbild werden auch hier häufig die Niederlande genannt. Dabei ist die Kosten- und Ausgabendynamik im niederländischen Krankenversicherungssystem keinesfalls vorbildlich, da deutlich größer als in Deutschland. Um das aufzuzeigen, ist es sinnvoll, einen vergleichenden Blick sowohl auf die Ausgabenentwicklung in der Zvw und AWBZ als auch auf den Anstieg des Bruttoinlandsprodukts zu werfen. Das Bruttoinlandsprodukt kann dabei als Spiegel der Wirtschafts- und Leistungskraft eines Landes interpretiert werden (Schulze Ehring und Köster 2010).

In den Niederlanden ist diese Wirtschaftskraft je Einwohner zwischen den Jahren 2000 und 2008 um 38 Prozent gestiegen (siehe Tabelle 1). Die Ausgaben des Versicherungssystems (Nettoschadenslasten) haben sich je Versicherten dagegen mit 53 Prozent deutlich dynamischer entwickelt. Die Zvw und AWBZ leiden damit im Vergleich zur Wirtschaftskraft an einem überproportionalen Leistungsausgabenanstieg. Das Ausgabenproblem im Krankenversicherungssystem der Niederlande ist dementsprechend – auch wegen der letzten „großen“ Gesundheitsreform – offensichtlich.

Tabelle 1: (Bereinigte) Ausgabendynamik je Einwohner in der Zvw/AWBZ und GKV

	Wachstum des BIP (in Prozent)	Wachstum der Ausgaben (in Prozent)
Deutschland		
2000 bis 2008	21,0	22,0
2000 bis 2010*	19,4	31,6
Niederlande		
2000 bis 2008	37,8	53,3
2000 bis 2010*	33,2	55,3

* eigene Berechnungen

Internationale Systemvergleiche sind methodisch immer schwierig. Dennoch wird die Ausgabenproblematik in den Niederlanden klarer, wenn man die Situation in Deutschland zum Vergleich hinzuzieht. In Deutschland sind das Bruttoinlandsprodukt und die Leistungsausgaben je GKV-Versicherten seit dem Jahr 2000 beinahe proportional angestiegen (21 zu 22 Prozent). Das Kostenproblem ist damit in der GKV augenscheinlich besser unter Kontrolle. Zumindest hat sich die Kostendämpfungspolitik der verschiedenen Gesundheitsreformen kurzfristig bewährt (Schulze Ehring und Weber 2009: 9ff.).

Betrachtet man einen längerfristigen Zeitraum unter Berücksichtigung des zu erwartenden aktuellen Randes inklusive des Jahres 2010, ist das gleichwohl auch in Deutschland anders: Während nämlich in Deutschland das Bruttoinlandsprodukt zwischen den Jahren 2000 bis 2010 voraussichtlich um 19,4 Prozent ansteigen wird, werden die Leistungsausgaben mit 31,6 Prozent im gleichen Zeitraum überproportional wachsen. Eine „neue“ Wachstumsschere, die in Deutschland auf der Einnahmenseite auf den starken Einbruch der Wirtschaftskraft in Folge der Wirtschaftskrise und auf der Ausgabenseite auf die zunehmend nachlassende

Wirkung der Kostendämpfung unter anderem über wieder stark ansteigende Arzneimittelausgaben zurückzuführen ist.

Dazu kommt: Das niederländische Gesundheitswesen ist unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Altersstrukturen um 15,5 Prozent ausgabenintensiver als das deutsche (zum Einfluss der Altersstruktur auf die Gesundheitsausgaben eines Landes und den hier dargestellten Ergebnissen siehe Niehaus und Finkenstädt 2009). Anders formuliert: Besonders kosteneffizient ist das niederländische Gesundheitssystem per se also keinesfalls. Wenn damit die Gesundheitsversorgung für eine Bevölkerung bereitgestellt werden müsste, die nicht der heutigen relativ jungen Bevölkerung der Niederlande, sondern der Altersstruktur einer relativ alten Bevölkerung wie der Deutschen entspräche, käme es zu einer Kostenexplosion.

Sozialausgleich und Steuerfinanzierung

Das Ausgabenproblem kann nicht der einkommensunabhängigen Pauschale angelastet werden. Als Instrument auf der Finanzierungsseite nimmt die Pauschale nur mittelbaren Einfluss auf die Kostenentwicklung. Unmittelbarer mit einer einkommensabhängigen Beitragspauschale hängt allerdings die Höhe der Steuerfinanzierung des Gesundheitssystems zusammen. Denn zu einem einkommensunabhängigen, pauschalen Versicherungsbeitrag gehört ein steuerfinanzierter Sozialausgleich. Das trifft weniger für den heute nach geltendem Recht möglichen pauschalen Zusatzbeitrag als vielmehr für eine deutsche Gesundheitspauschale nach niederländischem Vorbild zu. Die Folgen eines derartigen steuerfinanzierten Sozialausgleichs sind vorhersehbar. Genauso wie in den Niederlanden würde nämlich im Krankenversicherungssystem die Beitragsfinanzierung systematisch von der Steuerfinanzierung verdrängt.

In den Niederlanden ist der steuerfinanzierte Sozialtransfer im Jahr 2008 von zwei Dritteln der Haushalte in Anspruch genommen worden. Weil – wie in vielen anderen europäischen Industrieländern auch – die

Ausgaben im Gesundheitssystem schneller wachsen als die Einkommen der Haushalte, steigt die Zahl der unterstützungswürdigen Haushalte kontinuierlich an. Der Anteil der Steuerfinanzierung an den Leistungsausgaben im Gesundheitssystem ist entsprechend von 16,4 Prozent im Jahr 2006 auf 18,9 Prozent im Jahr 2010 gestiegen (Müller 2009 und eigene Berechnungen; zum Vergleich dazu in Deutschland: 2,8 Prozent im Jahr 2006 und geschätzt 9,1 Prozent im Jahr 2010 (siehe www.gkv-spitzenverband.de)). Zwischen den Jahren 2006 und 2012 – so die Erwartung – werden sich die steuerlichen Zuschüsse zur nominalen Prämie für Sozialbedürftige nahezu verdoppeln. Das wird genauso wie in Deutschland Probleme mit sich bringen. Die haushaltspolitische Nachhaltigkeit der Steuerfinanzierung ist nämlich in Zweifel zu ziehen. Das gilt insbesondere in Zeiten, in denen aufgrund von Konjunkturerbrüchen die Steuerfinanzierung des Systems notwendiger denn je wird, aber auf der anderen Seite in der Zeit danach Zwänge zur Haushaltskonsolidierung entstehen.

Tabelle 2: Erwartete (2009, 2012) und tatsächliche (2006, 2008) Steuerfinanzierung in der Zvw

	2006	2008	2009*	2012*
Zuschüsse zur Prämie	2,5	3,6	3,8	4,9
Zuschüsse für Kinder	1,9	2,1	2,1	2,3
Summe	4,4	5,7	5,9	7,2
Anteil an Leistungsausgaben**	16,39	21,24	20,7	–

Quelle: Müller (2009: 27), eigene Berechnungen

* eigene Berechnungen

** Leistungsausgaben = Nettoschadenslast der Zvw

Aktuelle Entwicklungen in der niederländischen Gesundheitspolitik bestätigen diese Befürchtungen. Genauso wie in anderen Bereichen, soll zur Haushaltskonsolidierung auch im Gesundheitswesen gespart werden.

Dabei geht es um ein Sparvolumen von 2,4 Milliarden Euro. Mindestens die Hälfte soll dabei auf die Rückführung des steuerfinanzierten Sozialausgleichs entfallen. In Konsequenz ist aus fiskalischen Gründen als Mindestmaßnahme vereinbart worden, dass ab dem Jahr 2011 die Belastungsgrenzen für „unterstützungswürdige“ Haushalte in den nächsten dreißig Jahren für Einkommen bis zum gesetzlichen Mindestlohn jährlich um 0,015 Prozentpunkte und für Einkommen oberhalb des Mindestlohns jährlich um 0,03 Prozentpunkte sukzessive nach oben korrigiert werden (Agasi 2010: 70).

Zweifel an funktionsfähigem Wettbewerb

Befürworter einer großen Gesundheitspauschale sprechen immer wieder von der Intensivierung des Wettbewerbs. Gerade die Pauschalprämie könne, so die Mutmaßung, die Funktionsfähigkeit des Wettbewerbs in der GKV verbessern. Denn eine direkt an die Krankenkasse zu zahlende Pauschale, die sich von Kasse zu Kasse unterscheidet, wird vom Versicherten eher als Wettbewerbsparameter wahrgenommen als ein einkommensabhängiger Beitrag, der durch (fast) unbemerkten Lohnabzug beim Arbeitgeber entrichtet wird.

Wenn man allerdings verschiedene Entwicklungen auf dem Krankenversicherungsmarkt in den Niederlanden beobachtet, lässt sich die Funktionsfähigkeit des Wettbewerbs – trotz Pauschale – durchaus bezweifeln. In den Niederlanden hat vor allem die Marktkonzentration auf der Unternehmens- und Konzernebene besorgniserregend zugenommen. Schon vor der Gesundheitsreform im Jahr 2006 hat eine erhebliche Marktkonzentration stattgefunden. Zwischen den Jahren 1985 und 2005 ist die Zahl der Krankenversicherer um 58 Prozent gesunken. Die Gesundheitsreform hat mit der Systemumstellung im Jahr 2006 dann einen zusätzlichen, einmaligen Konzentrationsschub mit sich gebracht. Die Zahl der Versicherungen als unabhängige Risikoträger ist zum Jahreswechsel 2005/2006 von 57 auf 33 gesunken (Maarse 2009: 272). Inzwischen vereinen vier Konzerne allein über 90 Prozent der Versicherten (Vektis 2008). Das ist unter anderem auch das Resultat eines verlustbringenden

Preis- und Beitragswettbewerbs der Unternehmen, die zulasten von Eigenmitteln – also ihrer eigenen wirtschaftlichen Basis – fast vier Jahre nach Inkrafttreten der Reform immer noch häufig nicht mit kostendeckenden Beiträgen kalkulieren.

Ausdruck dieses Preiskampfes ist unter anderem, dass der einkommensunabhängige Beitrag im Durchschnitt seit 2006 (85,6 Euro monatlich) lediglich um 2,8 Prozent (2009: 88 Euro) angestiegen ist (Vektis 2009: 22, Vektis 2007: 19). Im Jahr 2010 beträgt die Durchschnittsprämie 90,42 Euro. Das entspricht gegenüber dem Jahr 2006 einer Steigerung von 5,6 Prozent (siehe Vektis 2009: 22). Gleichzeitig ist die niedrigste auf dem Versicherungsmarkt beobachtete Prämie von 82,50 Euro monatlich (2006) auf 79,20 Euro im Jahr 2009 gesunken (Müller 2009: 26). Dabei lagen die tatsächlichen Prämien immer unterhalb der von der Regierung prognostizierten pauschalen Beitragshöhe.

Mit der nicht kostendeckenden Beitragsentwicklung verliert der Wettbewerb seinen originären Sinn. Sie ist dabei nicht zuletzt der Angst in den Versicherungsunternehmen vor Abwanderung der Versicherten geschuldet. Die war insbesondere zum Jahreswechsel 2005/2006 mit einer Wechselrate bei den Versicherten von 18 Prozent berechtigt (NZa 2006: 16). Danach allerdings ist die in der gesundheitspolitischen Diskussion häufig viel gelobte Wechseldynamik der Versicherten zwischen den Unternehmen auf eine Wechselquote von 3,5 Prozent (2008/2009) zurückgegangen (siehe Tabelle 3). Zum Jahreswechsel 2009/2010 ist das Wechselverhalten nur leicht auf vier Prozent angestiegen (BS Health Consultancy 2009: 7). Dabei zeigt die Empirie, dass in den Niederlanden insbesondere die relativ jungen und gesunden Versicherten von der Möglichkeit des Wechsels zwischen den Versicherungsunternehmen Gebrauch gemacht haben (Vektis 2009: 7f., Vektis 2008: 7f.).

Tabelle 3: Wechseldynamik im niederländischen Krankenversicherungssystem (in Prozent)

	2005	2005/ 2006	2006/ 2007	2007/ 2008	2008/ 2009	2009/ 2010
	privat Versicherte	8,7	18,0	4,5	3,5	3,5
	gesetzlich Versicherte	4,2	4,5	3,5	3,5	4,0
Wechsler zwischen den Unternehmen						

Quelle: BS Health Consultancy (2009: 7), NZa (2006: 16)

Nach einem „Strohfeuer“ durch die Popularität von Gruppenverträgen ist damit das Wechselverhalten sogar weit hinter das Niveau vor der Gesundheitsreform 2006 gefallen. Und es liegt voraussichtlich unterhalb des Wechselniveaus in Deutschland, das je nach Erhebung und Zeitraum für einen Krankenkassenwechsel innerhalb der GKV mit einem Wechsleranteil an den Versicherten zwischen drei bis fünf Prozent angegeben wird.

Niederlande: Vorbild für Deutschland?

Ausgabendynamik, (unsichere) Steuerfinanzierung und Zweifel an der Funktionsfähigkeit des Wettbewerbs legen die Erkenntnis nahe, dass das niederländische Gesundheitssystem keineswegs so gut abschneidet, wie es in der politischen Diskussion in Deutschland in der Regel vermittelt wird. Letztendlich sollte man also genau hinschauen, wenn man nach Vorbildern für eine Entwicklung vom deutschen Zusatzbeitrag zur höheren Gesundheitspauschale sucht.

Die Sympathie für die Entwicklung des niederländischen Gesundheitssystems dürfte vor allem politisch zu begründen sein. In mancher Hinsicht fühlt man sich an eine inzwischen einige Jahre zurückliegende Diskussion erinnert, in der das im Jahr 1996 reformierte und neu strukturierte schweizerische Gesundheitssystem als das Vorbildmodell schlechthin galt. Eine von Anfang an anhaltende und ungelöste

Kostenproblematik hat das schweizerische Modell allerdings inzwischen politisch an Attraktivität verlieren lassen (Schulze Ehring und Köster 2010). Die gesundheitspolitische Diskussion in Deutschland hat sich – trotz Zweifel an der Problemlösungskompetenz – entsprechend in Richtung des niederländischen Modells verlagert.

Die Problemlösungskompetenz ist das eine, die Problemlage ist ein anderes Kriterium, das in der politischen Diskussion rund um das niederländische Modell berücksichtigt werden muss. Bei allen Gemeinsamkeiten, die Problemlage kann sich nämlich zwischen den Ländern durchaus unterscheiden. Ein Beispiel dafür mag der demografische Wandel sein. Im Vergleich zu Deutschland verfügen die Niederlande über eine relativ hohe Geburtenrate (Niederlande 1,77 Kinder pro Frau; Deutschland 1,37) und eine Altersstruktur, die mit einem aktuellen Altersquotienten von 23 Prozent (Anteil der über 65-Jährigen an der Gesamtbevölkerung) bis weit in die Zukunft als relativ jung zu betrachten ist gerade im Vergleich zu Deutschland (30,8 Prozent) (siehe SVR 2009: 96).

In Deutschland dagegen ist der demografische Wandel weit vorangeschritten. Das heißt, es wäre alles andere als eine rationale Gesundheitspolitik, in Deutschland mit einer Krankenversicherung nach niederländischem Vorbild – die ohne Kapitaldeckung auskommen kann, ja auskommen muss – das demografische Ausgabenproblem zu verschärfen. Deutschland ist hier besser aufgestellt. Mit der PKV existiert ein Versicherungszweig, der mit dem Prinzip der Kapitaldeckung Lösungen für die Probleme des demografischen Wandels im Gesundheitswesen anbieten kann.

Andere politische Ausgangsbedingungen

Zur unterschiedlichen Problemlage kommen unterschiedliche politische Ausgangsbedingungen, wenn man das Ziel verfolgt, Elemente des niederländischen Gesundheitssystems auf eine deutsche Gesundheitsreform zu übertragen. Zum einen sollten sich alle Befürworter einer Reform

nach niederländischem Vorbild vergegenwärtigen, dass eine Pauschale, die der in den Niederlanden entspricht, in Deutschland politisch nicht implementierbar ist. Um sich davon zu überzeugen, sei noch einmal daran erinnert, dass im niederländischen Krankenversicherungssystem die vom Einkommen unabhängigen Pauschalbeiträge über die gesamte Bevölkerung gerechnet etwa 45 Prozent der gesamten Beitragslast ausmachen.

In Deutschland könnte eine experimentelle Situation hergestellt werden, die der in den Niederlanden gleicht. Dann hätten von den 155,6 Milliarden Euro Beiträgen an die GKV im Jahr 2008 70 Milliarden Euro im Rahmen von Pauschalbeiträgen aufgebracht werden müssen. Das wiederum hätte theoretisch zur Folge, dass der Beitragssatz auf etwa 8,3 Prozent sinken würde und jährlich von jedem Mitglied der GKV eine Pauschale von rund 115 Euro monatlich zu zahlen wäre (eigene Berechnung). Eine Pauschale, die von der Höhe her in Deutschland – insbesondere mit steuerfinanziertem Sozialausgleich – angesichts der Diskussionen rund um die von den Krankenkassen erhobenen Zusatzbeiträge nicht denkbar erscheint.

Darüber hinaus sollten sich gerade liberale Sympathisanten der niederländischen Gesundheitsreform vergegenwärtigen, dass die in den Niederlanden geltenden Grundbedingungen für Krankenversicherungen in Deutschland politisch nicht mehrheitsfähig sind. Auch wenn die Tatsachen, dass seit der niederländischen Gesundheitsreform alle Krankenversicherungen privatrechtlich organisiert sind, die Krankenversicherung durch Vertrag geschlossen und der Rechtsschutz durch die Zivilgerichte gewährt wird, für sich genommen bemerkenswert sind, wären all diese Rahmenbedingungen in Deutschland politisch nicht durchsetzbar.

In Deutschland ist der Status der bundesunmittelbaren und landesunmittelbaren Krankenkassen als öffentlich-rechtliche Körperschaft im Grundgesetz verankert (Artikel 87, Absatz 2 des Grundgesetzes).

Folglich bedarf es für eine privatrechtliche Umstrukturierung der Krankenkassen als öffentlich-rechtliche Körperschaft einer Grundgesetzänderung mit einer Zweidrittelmehrheit. Eine Mehrheit, die unter anderem auch angesichts der Beteiligung des Bundesrates politisch illusionär ist. Folge: Im Rahmen einer Gesundheitsreform nach niederländischem Vorbild würde in Deutschland eine Rechts- und Organisationsstrukturanpassung entsprechend den Ausgangsbedingungen nicht zugunsten privater, sondern zugunsten öffentlich-rechtlicher Rechtsstrukturen ausfallen. Es fände eine sogenannte Mehrheitsanpassung statt. Diese Mehrheitsanpassung würde vom Ergebnis her die PKV in Deutschland beseitigen und einer Bürgerversicherung nach dem Verständnis der SPD, der Linken und der Grünen gleichen.

Der für die Bürgerversicherung zu zahlende Preis wäre in Deutschland allerdings hoch. Die Wahlfreiheit der Versicherten zwischen verschiedenen Versicherungsprodukten bliebe ebenso wie der Systemwettbewerb zwischen PKV und GKV auf der Strecke. Auch wenn die Dualität aus GKV und PKV Schnittstellenprobleme auslöst, sind überzeugende Argumente für eine Vereinheitlichung des Versicherungsmarktes weder für die Patienten noch für die Versicherten oder Beitragszahler erkennbar. In einer offenen, liberalen Gesellschaft ist Vielfalt nichts Schlechtes, sondern in ihr steckt immer die Kraft für Veränderungen entsprechend der sich wandelnden Bedürfnisse. Letztendlich bieten Wahlfreiheit, Ideen- und Leistungswettbewerb sowie der Wettbewerb zwischen Kapitaldeckung und Umlagefinanzierung wenig Nachteile, dafür aber viele Chancen.

Fazit und Schlussfolgerung

Was kann Deutschland also von den Niederlanden lernen? Die Gesundheitspolitik in den Niederlanden hat aufgezeigt, wie es gelingen kann, eine von der Höhe her relevante Pauschalprämie in ein Gesundheitswesen zu implementieren. Das könnte tatsächlich beispielhaft sein. Und das ist wahrlich keine kleine Aufgabe. Allerdings sollte man sich vergegenwärtigen, dass die Pauschalprämie nicht als Selbstzweck oder Ziel an sich zu betrachten ist. Die Pauschalprämie kann, und das sollte ihre

eigentliche Absicht sein, die Funktionsfähigkeit des Wettbewerbs in der GKV verbessern. Die Pauschale ist damit ein Teilschritt zu mehr Wettbewerb in einem neuen Versicherungssystem, das unter anderem mit neuer Beitragsautonomie der Sogwirkung des vereinheitlichenden, zentralisierenden und standardisierenden Gesundheitsfonds etwas entgegengesetzt und den Versicherten mehr Wahlfreiheit zwischen präferenzgerechten Leistungen bieten soll.

Der unterschriebene Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP lässt genau diese Absicht erkennen. Der Weg dorthin ist und bleibt freilich schwierig, unter anderem auch weil das niederländische Nachbarmodell lehrt, dass es wohl noch andere flankierende Maßnahmen als eine von der Höhe ausgebaute Gesundheitsprämie bedarf, um zwischen den gesetzlichen Krankenkassen einen neuen, substanziellen Beitragswettbewerb zu fairen Bedingungen herzustellen. Der Bundesregierung gilt es in diesem Sinne zu wünschen, dass sie mit einem detaillierten Blick auf das Gesundheitssystem unseres Nachbarlandes schaut. Sie wird dann erkennen müssen, dass das niederländische Modell der Problemlage in Deutschland nicht entspricht.

Literatur

- Agasi, S. (2010): Die Krankenversicherung in den Niederlanden: Von der kleinen Prämie zur großen Prämie. In: Die Krankenversicherung. Nummer 3. S. 67-71.
- BS Health Consultancy (2009): Volop concurrentie weinig mobiliteit, Onderzoek naar de dynamiek in de zorgverzekeringmarkt 2009.
- BS Health Consultancy (2010): Toename mobiliteit om prijs, onderzoek naar de dynamiek in de zorgverzekeringmarkt 2010.
- Centraal Planbureau – CPB (2006): Koopkrachtontwikkeling 2006: plussen en minnen. CPB Notitie.
- Donders, P., und S. van Riel (2009): Annual National Report 2009: Pensions, Health and Long-Term Care. The Netherlands. asisp.

- Evaluatie (2009): Zorgverzekeringwet en Wet op de zorgtoeslag. www.zonmw.nl/uploads/tx_vipublicaties/zvw-wzt_webversie_a4.pdf (Download 3. Mai 2010).
- Forsa (2008): TK – Meinungspuls Gesundheit.
- Greß, S., und P. Groenewegen (2004): Die Plombe ist Privatsache. In: Gesundheit und Gesellschaft. Ausgabe 1/04. 7. Jahrgang. S. 36-41.
- Greß, S., M. Manouguian und J. Wasem (2006): Krankenversicherungsreform in den Niederlanden: Vorbild für einen Kompromiss zwischen Bürgerversicherung und Pauschalprämie in Deutschland? Diskussionsbeitrag der Universität Duisburg-Essen.
- Hamilton, G. J. (2006): Fragen der Finanzierung in der niederländischen Reform des Krankenversicherungssystems. Vortrag am Max-Planck-Institut München (17. Februar 2006).
- Leu, R. E., F. F. H. Rutten, W. Brouwer, P. Matter und C. Rütschi (2009): The Swiss and Dutch Health Insurance Systems: Universal Coverage and Regulated Competitive Insurance Markets. In: The Commonwealth Fund. Januar 2009.
- Maarse, H. (2009): The Netherlands. In: Private health insurance in the European Union, London School of Economics. Studie im Auftrag der Europäischen Union. London.
- Müller, J. (2009): Reform der niederländischen Krankenversicherung – Bilanz nach drei Jahren. In: G+S. Nummer 2. S. 25.
- Niehaus, F., und V. Finkenstädt (2009): Deutschland – ein im internationalen Vergleich teures Gesundheitswesen? WIP-Diskussionspapier Nummer 12.
- NZa (2006): Monitor Zorgverzekeringmarkt 2006.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen – SVR (2009): Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens (Sondergutachten).
- Schulze Ehring, F., und A.-D. Köster (2010): Gesundheitssysteme im Vergleich: Die Gesundheitsreformen in den Niederlanden und in der Schweiz als Vorbild für Deutschland? PKV-Dokumentation 29. Köln.

Schulze Ehring, F., und C. Weber (2009): Niederländisches Gesundheitssystem: Ein Vorbild für Deutschland? In: Gesellschaftspolitische Kommentare. Ausgabe 11. S. 8-12.

Vektis (2007): Verzekerenmobiliteit en Keuzegedrag 2007.

Vektis (2008): Zorgmonitor, Jaarboek 2008.

Vektis (2009): Zorgthermometer, Vooruitblik 2010.

Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft – VBW (2009): Der Regionale Gesundheits-Kombi: Mehr Gesundheit durch eine alternative Finanzierung der Krankenversicherung. www.vbw-bayern.de/agv/vbw-Themen-Sozialpolitik-Gesundheit-Publikationen-Der_Regionale_GesundheitsKombi_Mehr_Gesundheit_durch_eine_alternative_Finanzierung_der_Krankenversicherung--14680,ArticleID__10081.htm (Download 26. Mai 2010).