

NIEDERLANDE



Reform auf Realitätskurs

Vor rund sieben Jahren haben die Niederlande ihr Gesundheitssystem reformiert: Die Trennung von gesetzlicher und privater Krankenversicherung ist aufgehoben, für alle Bürger gelten gleiche Konditionen.

Doch die Finanzierung über Pauschalbeiträge mit Sozialausgleich hat ihre Tücken. Schlussfolgerungen für Deutschland ziehen **Stefan Greß, Stephanie Heinemann** und **Willemijn Schäfer**.

Die Reform des niederländischen Systems der Krankenversicherung aus dem Jahr 2006 hat auch in Deutschland aus mehreren Gründen für Aufsehen gesorgt. Zum einen ist es den Niederlanden gelungen, die soziale Krankenversicherung und die private Krankenvollversicherung in einem gemeinsamen Markt zu integrieren. Zum anderen hat das Land die Finanzierung der Krankenversicherung umgestellt. Es gilt nunmehr der Grundsatz, dass die eine Hälfte der Ausgaben der Krankenversicherer durch einkommensabhängige Beiträge und die andere Hälfte der Ausgaben durch Pauschalbeiträge finanziert werden (siehe Kasten „Eckpunkte der niederländischen Gesundheitsreform von 2006“ auf Seite 35). Da die Pauschalbeiträge einkommensunabhängig für alle in gleicher Höhe anfallen, gibt es einen steuerfinanzierten Sozialausgleich.

Die Reform wurde vergleichsweise geräuschlos und ohne größere Reibungen umgesetzt – dies gilt vor allem für die Zusammenführung von sozialer und privater Krankenvollversicherung. Allerdings erfüllten sich die Erwartungen an einen regulierten Wettbewerb der Krankenversicherer untereinander – vor allem im Hinblick auf Qualität und Wirtschaftlichkeit der gesundheitlichen Versorgung – bisher nicht vollständig.

Mengenausweitungen lassen Ausgaben steigen. Zu wachsender Besorgnis führt jedoch vor allem die jüngste Ausgabenentwicklung. Nach Angaben des niederländischen Statistikamtes (Centraal Bureau voor de Statistiek, CBS) ist der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt von 13,1 Prozent im Jahr 2006 auf 14,9 Prozent im Jahr 2011 gestiegen. Eine ähnliche Entwicklung zeigt sich bei den Gesundheitsausgaben pro Kopf: Sie sind im gleichen Zeitraum von 4.327 Euro auf 5.375 Euro gestiegen. Genauere Analysen zeigen, dass die zentrale Ursache für diesen Ausgabenanstieg eine Mengenausweitung ist – vor allem im Krankenhaus und in der fachärztlichen Versorgung. Dieser Mengenanstieg ist insofern nicht überraschend, als dass der Gesetzgeber in den letzten zehn Jahren den Krankenhäusern und den in den stationären Einrichtungen tätigen Fachärzten finanzielle Anreize zur Kapazitätsausweitung gesetzt hat. Bis dahin gab es für die Versicherten immer wieder Probleme mit Wartelisten.

Selbstbehalt soll Pauschalbeitrag begrenzen. Die Hauptursache für das Ausgabenwachstum in den Niederlanden ist damit ein sehr spezifisches Problem und nicht zentrales Thema dieses Beitrags. Wir haben uns vielmehr mit der Frage beschäftigt, welchen Einfluss der Ausgabenanstieg auf den niederländischen Finanzierungsmix aus einkommensabhängigem Beitrag, Pauschalbeitrag und steuerfinanziertem Sozialausgleich hat. Abschließend leiten wir Schlussfolgerungen für die gesundheitspolitische Diskussion in Deutschland ab.

Die steigenden Gesundheitsausgaben spiegeln sich im Anstieg des einkommensunabhängigen Pauschalbeitrags wider (siehe Tabelle „Pauschalbeitrag zur Krankenversicherung und Sozialausgleich von 2006 bis 2011“ auf Seite 36). Der durchschnittliche jährliche Pauschalbeitrag hat sich von 1.027 Euro im Jahr 2006

auf 1.188 Euro im Jahr 2011 erhöht. Auffällig ist die Absenkung des Pauschalbeitrags im Jahr 2008. Ursache hierfür ist kein Ausgabenrückgang, sondern die Einführung eines obligatorischen Selbstbehalts von 150 Euro pro Jahr. Erhält ein Versicherter Gesundheitsleistungen, muss er sie bis zu dieser Höhe aus eigener Tasche bezahlen – zusätzlich zum Pauschalbeitrag. Ausgenommen vom Selbstbehalt sind allerdings Besuche beim Hausarzt. Bis zum Jahr 2011 ist der Selbstbehalt in kleinen Schritten auf 170 Euro pro Jahr gestiegen. Deutlich spürbarer sind die Anstiege des Selbstbehalts in den Folgejahren. Im Jahr 2012 wurde er auf 220 Euro erhöht, seit 2013 beträgt er sogar 350 Euro jährlich.

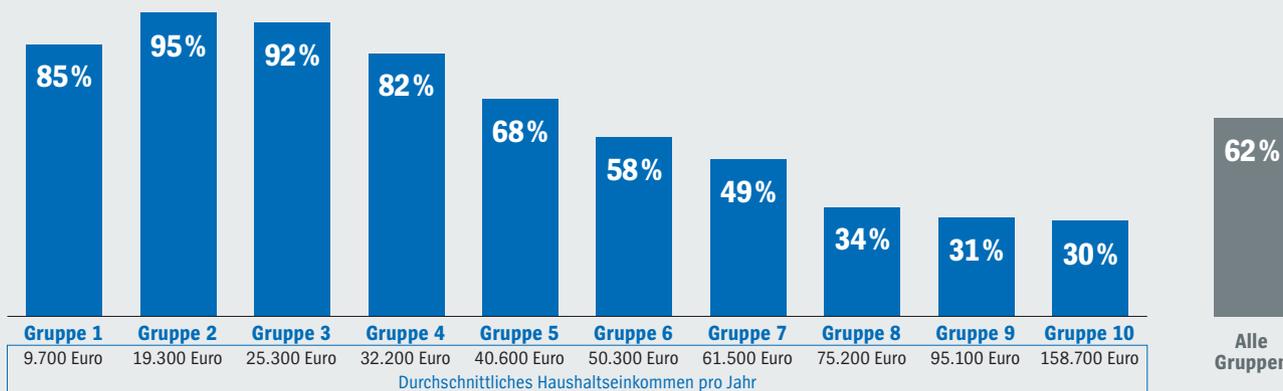
Der Selbstbehalt soll einerseits den Anstieg des Pauschalbeitrags bremsen. Andererseits soll er die Inanspruchnahme von Leistungen begrenzen. Dieses Ziel lässt sich allerdings kaum erreichen, weil der Hausarzt in den Niederlanden eine Gatekeeper-Funktion hat, das heißt, er entscheidet über die Weiterbehandlung bei einem Facharzt. Die Patienten haben daher nur geringen Einfluss auf die Inanspruchnahme der fachärztlichen Versorgung.

Der Beitragssatz für die einkommensabhängige Beitragskomponente betrug bei der Einführung der Reform 6,5 Prozent und ist bis zum Jahr 2011 auf 7,75 Prozent angestiegen. Im Jahr 2012 sank der Beitragssatz auf 7,1 Prozent, ein Jahr später ist der Beitragssatz wieder auf 7,75 Prozent gestiegen. Gleichzeitig wurde die Beitragsbemessungsgrenze von 33.427 Euro auf inzwischen 50.853 Euro jährlich angehoben.

Ausgaben für Sozialausgleich haben sich verdoppelt. Steigende Pauschalbeiträge ziehen wachsende Ausgaben für den steuerfinanzierten Sozialausgleich nach sich. Er wird in den Niederlanden haushaltsbezogen gezahlt. Nach Angaben des Statistik-

Mehr als die Hälfte aller Haushalte bekommen Sozialausgleich

Inanspruchnahme Sozialausgleich in Prozent aller Haushalte nach Einkommensgruppen 2011



Der niederländische Staat pumpt immer mehr Steuern in den Sozialausgleich. Dieser soll Versicherte mit niedrigem Einkommen vor finanzieller Überforderung durch den Pauschalbeitrag zur Krankenversicherung schützen. Teilt man die Gesamtzahl aller niederländischen Haushalte nach ihrem Einkommen in zehn gleich große Gruppen ein, haben im Jahr 2011 in den drei

niedrigsten Einkommensgruppen erwartungsgemäß rund 90 Prozent aller Haushalte entsprechende Mittel bezogen. Gleichzeitig haben jedoch auch in den drei höchsten Einkommensgruppen jeweils rund ein Drittel aller Haushalte Sozialausgleich bezogen.

Quelle: Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS)

amtes CBS haben sich diese Ausgaben von 2,5 Milliarden Euro im Jahr 2006 auf 4,7 Milliarden Euro im Jahr 2011 fast verdoppelt. Eine ähnliche Entwicklung gilt für die Transfers pro Haushalt. Im Jahr 2006 haben die Haushalte mit Sozialausgleich im Durchschnitt etwa 550 Euro pro Jahr erhalten – im Jahr 2011 ist dieser Betrag auf rund 1.000 Euro gestiegen.

Befürworter eines steuerfinanzierten Sozialausgleichs argumentieren, dass sich mit diesem Verfahren Umverteilungsprozesse zielgenauer organisieren lassen als das im Beitragssystem erfolgen kann. In den Niederlanden kann der Sozialausgleich diesen Anspruch bisher nicht erfüllen (siehe Abbildung „Mehr als die Hälfte aller Haushalte bekommen Sozialausgleich“ auf Seite 34). Nach CBS-Angaben bezogen im Jahr 2011 rund 62 Prozent aller Haushalte Zahlungen aus dem Sozialausgleich. In den drei niedrigsten Einkommensgruppen in der niederländischen Gesellschaft liegt dieser Anteil erwartungsgemäß bei rund 90 Prozent – danach geht er deutlich zurück. Beachtlich ist allerdings, dass auch in den drei höchsten Einkommensgruppen etwa jeder dritte Haushalt einen Sozialausgleich bezieht.

Pläne zur Abschaffung der Pauschalbeiträge scheitern. Für kontroverse Diskussion haben die Pläne der im Herbst 2012 neu gewählten sozial-liberalen Koalition unter Ministerpräsident Mark Rutte gesorgt, die Finanzierung der Krankenversicherung vollständig auf einkommensabhängige Beiträge umzustellen. Dieses Vorhaben war Bestandteil eines im Koalitionsvertrag von Rechtsliberalen und Sozialdemokraten ausgehandelten Sparpakets. Es sollte dazu beitragen, dass die Verschuldungsquote der öffentlichen Haushalte in den Niederlanden im Jahr 2013 wieder unter drei Prozent sinkt. Allein durch die Abschaffung der Pauschalbeiträge und damit des Sozialausgleichs sollten knapp fünf Milliarden öffentliche Ausgaben eingespart werden.

Eckpunkte der niederländischen Reform von 2006

Mit der Gesundheitsreform von 2006 haben die Niederlande gesetzliche und private Krankenvollversicherung zusammengelegt – für die gesamte Wohnbevölkerung gibt es nun nur noch eine Bürgerversicherung. Die damals schon bestehende Bürgerversicherung für Pflege und Langzeitversorgung (inklusive Klinikaufenthalte, Psychiatrie) und die private Zusatzversicherung sind erhalten geblieben.

Die Beiträge zur Krankenversicherung werden wie folgt kalkuliert: 50 Prozent sind einkommensunabhängig und vom Versicherten zu finanzieren (Pauschalbeitrag). Um die Versicherten mit niedrigen Einkommen vor finanzieller Überforderung zu schützen, ist ein steuerfinanzierter Sozialausgleich eingeführt worden. Seit 2008 gibt es einen obligatorischen Selbstbehalt: Versicherte, die Leistungen beanspruchen, werden an den Kosten mit einem Betrag von aktuell jährlich 350 Euro selbst beteiligt. Die andere Hälfte des Krankenversicherungsbeitrags wird einkommensabhängig kalkuliert.

Zugleich haben die Versicherten mehr Wahlrechte erhalten: Sie können sich für Sachleistung oder Kostenerstattung entscheiden. Zudem sind unterschiedliche Tarife möglich (freiwilliger Selbstbehalt, Zugang zu einem Kreis von ausgewählten Leistungsanbietern).

Quelle: Greß, Groenewegen, Hoepfner (G+G 2/2005)



In den Niederlanden sollen künftig weniger Versicherte Anspruch auf einen Sozialausgleich haben.

Ministerpräsident Mark Rutte musste allerdings nur wenige Wochen nach Vorstellung des Koalitionsvertrags einen Rückzieher machen – vor allem wegen massiven Widerstands in seiner eigenen Partei. Die Gegner des Plans befürchteten insbesondere eine überproportionale Belastung von Versicherten mit höheren Einkommen – und damit einer wichtigen Wählerklientel. Für große Aufmerksamkeit in der Diskussion sorgte etwa die Tageszeitung „De Telegraaf“, indem sie den Ministerpräsidenten als „Marx“ Rutte betitelte.

Stattdessen hat die Regierung eine Reihe anderer Regelungen beschlossen, um den steigenden Finanzierungsbedarf durch den Sozialausgleich zu begrenzen. Erstens plant sie, die Anforderungen an die Anspruchsberechtigung zu verschärfen. Die Einkommensgrenze für den Bezug des Sozialausgleichs soll voraussichtlich in vier Schritten bis 2015 nach und nach gesenkt werden. Außerdem sollen bei der Anspruchsprüfung zukünftig Vermögen berücksichtigt werden. Dies war bisher nicht der Fall. Auch die oben erwähnte massive Erhöhung des jährlichen Selbstbehalts auf 350 Euro im Jahr 2013 dämpft den Anstieg des Pauschalbeitrags und damit den Finanzbedarf für den Sozialausgleich.

Deutschland weist Ähnlichkeiten und Unterschiede auf. Die Beobachtungen in den Niederlanden lassen einige interessante Schlussfolgerungen für die weitere Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Deutschland zu. Dabei ist zu berücksichtigen, dass es neben Ähnlichkeiten im Finanzierungssystem auch eine Reihe von wichtigen Unterschieden gibt.

Die erste Gemeinsamkeit besteht darin, dass die GKV im Grundsatz auf die gleichen Finanzierungsinstrumente angewiesen ist wie die Krankenversicherung in den Niederlanden – nämlich auf eine einkommensabhängige und eine einkommensunabhängige Komponente sowie Steuermittel. Die Steuermittel dienen in Deutschland wie in den Niederlanden sowohl zur

Finanzierung des Sozialausgleichs als auch zur Teilfinanzierung der Ausgaben. Der wichtigste Unterschied besteht gleichzeitig darin, dass in Deutschland zumindest im Status quo Zusatzbeiträge noch nicht in nennenswertem Umfang erhoben werden. Damit ist der Finanzierungsanteil durch einkommensunabhängige Beiträge verschwindend gering, und die Finanzierung des Sozialausgleichs stellt aktuell kein Problem dar. Dies wird sich erst ändern, wenn die finanziellen Reserven im Gesundheitsfonds und bei den einzelnen Krankenkassen abgeschmolzen sind.

Ein weiterer wichtiger Unterschied besteht in der Zweckbindung der Steuermittel, die zur Teilfinanzierung von Ausgaben dienen. In den Niederlanden müssen diese Steuermittel in die Gesundheitsausgaben für Kinder und Jugendliche fließen. In Deutschland dagegen ist der Bundeszuschuss aus Steuermitteln nur lose an die Aufwendungen der Krankenkassen für sogenannte versicherungsfremde Leistungen gebunden.

Europäische Schuldenbremse engt Steuerfinanzierung ein. Eine zweite Gemeinsamkeit zwischen den beiden Ländern besteht darin, dass der Spardruck in den Staatshaushalten die Spielräume für die Steuerfinanzierung in der Krankenversicherung zunehmend einengt – in den Niederlanden noch mehr als in Deutschland. Der europäische Fiskalpakt mit Regelungen zur Schulden-Senkung in den Mitgliedsstaaten lässt ab 2014 ein „strukturelles Defizit“ von nur noch 0,5 Prozent des Bruttoinlandsprodukts zu. Unter strukturellem Defizit wird der Teil des Staatsdefizits verstanden, der nicht auf konjunkturelle Schwankungen zurückzuführen ist, sondern etwa auf zusätzliche Aufgaben. In den Niederlanden ist der Konsolidierungsbedarf noch höher als in Deutschland. Doch gibt es in beiden Ländern erste Versuche, die Haushaltskonsolidierung zulasten der Krankenversicherung zu betreiben. Wie oben dargestellt, ist die neue niederländische Regierung zunächst mit dem Versuch gescheitert, die Pauschalfinanzierung und damit den steuerfinanzierten Sozialausgleich abzuschaffen. Auch in Deutschland

muss Gesundheitsminister Daniel Bahr einen Konsolidierungsbeitrag für die Jahre 2013 und 2014 leisten. Im Jahr 2013 soll der Bundeszuschuss von 14 Milliarden Euro auf 11,5 Milliarden Euro sinken, im Jahr darauf von geplanten 14 Milliarden Euro auf 10,5 Milliarden Euro.

Definition beitragspflichtiger Einnahmen erweitern. Gemeinsam sind beiden Ländern die Möglichkeiten, auf steigende Gesundheitsausgaben mit Änderungen bei der Finanzierung der Krankenversicherung zu reagieren. Dies machen die jüngsten Entwicklungen in den Niederlanden besonders deutlich. Zum einen hat der Gesetzgeber in den Niederlanden auf die steigenden Pauschalbeiträge durch die Einführung und sukzessive Erhöhung eines obligatorischen Selbstbehalts reagiert. Das entlastet die Krankenversicherungen und die Versicherten, belastet aber die Patienten, also diejenigen, die tatsächlich Gesundheitsleistungen beziehen. In Deutschland ist der Gesetzgeber mit der Abschaffung der Praxisgebühr jüngst den umgekehrten Weg gegangen. Insofern wäre den GKV-Versicherten hier ein Strategiewechsel schwer zu vermitteln.

Eine weitere Option wäre eine Verschärfung der Anspruchsberechtigung für den Sozialausgleich, wie sie der Gesetzgeber in den Niederlanden jetzt beschlossen hat. Bei steigenden Zusatzbeiträgen und entsprechenden Anforderungen an den Sozialausgleich wäre dies eine Möglichkeit, die auch der Gesetzgeber in Deutschland – zumindest in der gegenwärtigen politischen Konstellation – in Erwägung ziehen könnte.

In den Niederlanden hat der Gesetzgeber darüber hinaus das Aufkommen aus der einkommensabhängigen Beitragskomponente erhöht. Dazu hat er die Beitragsbemessungsgrenze angehoben und damit die Definition der beitragspflichtigen Einnahmen erweitert.

Diese Möglichkeiten stehen dem Gesetzgeber grundsätzlich auch in Deutschland zur Verfügung. Im GKV-Finanzierungsgesetz, das Anfang 2011 in Kraft getreten ist, hat die schwarz-

Pauschalbeitrag zur Krankenversicherung und Sozialausgleich von 2006 bis 2011

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Durchschnittlicher Pauschalbeitrag pro Jahr in Euro	1.027	1.091	1.040	1.056	1.082	1.188
Obligatorischer Selbstbehalt in Euro pro Jahr	–	–	150	155	165	170
Ausgaben Sozialausgleich in Millionen Euro	2.503	2.706	3.357	3.570	3.835	4.714
Sozialausgleich pro Haushalt in Euro (Durchschnitt)	552	588	737	797	854	1.008

In den Niederlanden ist der Pauschalbeitrag zur Krankenversicherung seit seiner Einführung (2006) stetig gestiegen. 2011 hatten die Versicherten zusätzlich zum einkommensabhängigen Beitrag (7,75 Prozent) im Durchschnitt 1.188 Euro einkommensunabhängigen Beitrag zu zahlen. Immer mehr

Haushalte haben daher Anspruch auf den steuerfinanzierten Sozialausgleich. Die Ausgaben dafür verdoppelten sich nahezu: Von insgesamt 2,5 Milliarden Euro im Jahr 2006 auf 4,7 Milliarden Euro im Jahr 2011.

Quelle: *Quelle: Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), Vektis*

gelbe Bundestagsmehrheit jedoch den einkommensabhängigen Beitragssatz festgeschrieben. Dieser Systematik nach müssen Ausgabensteigerungen zukünftig ausschließlich von den Versicherten über Zusatzbeiträge getragen werden. Eine Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze, die die Definition der beitragspflichtigen Einnahmen erweitert, hat die derzeitige Bundesregierung überhaupt noch nicht ernsthaft erwogen.

Konsolidierung als Argument für eine Bürgerversicherung. Vor dem Hintergrund des akuten und sich zukünftig weiter verschärfenden Konsolidierungsbedarfs der Staatshaushalte sprechen viele Argumente dafür, die Finanzierung der Krankenversicherung von steuerlichen Zuschüssen weitgehend unabhängig zu machen. In den Niederlanden ist dies einerseits gelungen, weil die Teilfinanzierung der Krankenversicherung an eine klare Zweckbindung der entsprechenden Mittel gekoppelt ist. Dies wäre in Deutschland schwieriger, weil eine solche Bindung die Begehrlichkeiten der privaten Krankenversicherer wecken würde. Dagegen ist die völlige Umstellung auf einkommensabhängige Beiträge in den Niederlanden vorerst gescheitert.

Aus gesundheitspolitischer Sicht ist es ein Vorteil, dass es in der GKV noch keinen Finanzierungsbedarf für den steuerfinanzierten Sozialausgleich gibt. Was bisher nur auf dem Papier steht, kann leichter abgeschafft werden. Eine (Wieder-)Einführung eines ausschließlich auf einkommensabhängigen Beiträgen beruhenden Finanzierungsmodells würde die Abhängigkeit von der Steuerfinanzierung des Sozialausgleichs vermeiden. Die Erfahrungen in den Niederlanden widerlegen zudem das Argument von der höheren Zielgenauigkeit und Gerechtigkeit eines steuerfinanzierten Sozialausgleichs.

In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass eine Rückkehr zum Beitragssatz-Wettbewerb zwingend mit einem vollständigen Finanzkraftausgleich einhergehen muss. Andernfalls würden nicht wünschenswerte Anreize zur Risikoselektion auf der Basis des Einkommens der Versicherten gesetzt.

Durch eine nachhaltige Finanzierung des einkommensabhängigen Beitrags kann darüber hinaus nach und nach die Abhängigkeit vom steuerfinanzierten Bundeszuschuss entfallen. Mit einer Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze, der Einbezug von Vermögenseinkommen bei der Beitragsbemessung und mit der Zusammenführung von GKV und privater Krankenvollversicherung zu einer Bürgerversicherung sinkt die Notwendigkeit zur Steuerfinanzierung. Auf diese Art und Weise wird der steigende Konsolidierungsbedarf des Staatshaushalts unter Umständen zum entscheidenden politischen Argument für die Einführung einer Krankenversicherung, in die alle Bürger des Landes einzahlen – auch die mit den höheren Einkommen.

Schwächen des Beitragssystems beseitigen. Zusammenfassend lassen sich aus den aktuellen Entwicklungen in den Niederlanden drei zentrale Schlussfolgerungen für die Weiterentwicklung der Finanzierung in der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland ziehen. Erstens zeigen die Erfahrungen in den Niederlanden sehr deutlich, dass der Spielraum für die Steuerfinanzierung von Gesundheitsausgaben beziehungsweise eines Sozialausgleichs nicht nur in Deutschland zurückgeht. Verant-



In den Niederlanden ist der Spardruck weitaus größer als in Deutschland.

wortlich für diese Parallelentwicklung sind nicht zuletzt die Konsolidierungsanforderungen im Rahmen des europäischen Fiskalpacts. Zweitens zeigen die Erfahrungen mit dem Sozialausgleich in den Niederlanden, dass dieser eine Umverteilung von Einkommen nicht zwingend zielgenauer organisiert als dies in einem System mit einkommensabhängigen Beiträgen möglich ist. Drittens plädieren die Autoren abschließend auch vor dem Hintergrund der aktuellen Erfahrungen in den Niederlanden dafür, die Schwächen des Beitragssystems in der GKV durch die Einführung einer Bürgerversicherung zu beseitigen, statt sich auf das unsichere Finanzierungsinstrument Steuerfinanzierung zu verlassen. ■

Prof. Dr. Stefan Greß ist Professor für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie und Dekan des Fachbereichs Pflege und Gesundheit an der Hochschule Fulda.

Stephanie Heinemann, M. Sc., ist Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Fachbereich Pflege und Gesundheit an der Hochschule Fulda.

Willemijn Schäfer, M. Sc., ist Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Netherlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) in Utrecht.

Kontakt: Stefan.Gress@pg.hs-fulda.de

Web- und Lesetipps

- Stefan Greß, Peter Groenewegen, Karin Hoepfner: **Die Reform-Mühle dreht sich wieder.** G+G 2/2005, S. 20–25.
- Stephanie Heinemann, Stefan Greß: **Managed Competition in den Niederlanden – Was sagen die Stakeholder?** pg papers 1/2013, Fachbereich Pflege und Gesundheit der Hochschule Fulda.
- W. Schäfer et al.: **The Netherlands: Health system review.** Health Systems in Transition 1/2010, S. 1–229.
- **www.cbs.nl** Homepage des niederländischen Statistikamtes Centraal Bureau voor de Statistiek