



# Auf dem Holzweg

Das niederländische Gesundheitssystem taugt nicht als Vorbild für Deutschland

Seit Mitte März tagt die Regierungskommission „Gesundheit“ in Berlin. Am 9. Mai 2010 wird in Deutschlands größtem Bundesland Nordrhein-Westfalen ein neuer Landtag gewählt. Westlich davon liegt unser Nachbar die Niederlande, mit dem Nordrhein-Westfalen enge überregionale Beziehungen pflegt. Drei Dinge, die nichts miteinander zu tun haben? Weit gefehlt!

Die Regierungskommission 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 einer Beitragspauschale in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zur Debatte. Genau diesen pauschalen Arbeitnehmerbeitrag gibt es in den Nie-

derlanden schon. Deren Gesundheitssystem wird deshalb häufig von Befürwortern der Beitragspauschale als Vorbild für Deutschland genannt. Doch politisch ist ein einkommensabhängiger Beitrag in Deutschland höchst umstritten. Und weil das so ist, wird die Regierungskommission „Gesundheit“ wohl auf die Wahlen in Nordrhein-Westfalen Rücksicht nehmen und bis Anfang Mai keine wesentlichen Ergebnisse liefern.

Doch nicht nur die Befürworter der Gesundheitspauschale bemühen regelmäßig die Vorbildfunktion der Niederlande. Weil die dort im Jahre 2006 in Kraft getretene Gesundheitsreform die Dualität aus gesetzlicher und privater Krankenversicherung zugunsten eines einheitlichen Systems mit einkommensabhängigen Beiträgen und einkommensunabhängigen Pauschalen aufgegeben hat, könnte sie auch als „Blaupause“ für die sogenannte Bürgerversicherung dienen. Letztlich be-

dienen sich damit Parteien aller Couleur am niederländischen Gesundheitssystem wie in einem Steinbruch.

Eine nähere Betrachtung stellt die Tauglichkeit dieses Modells allerdings in Frage. Das System mag vielleicht in den Niederlanden funktionieren – was Kritiker allerdings auch dort bezweifeln. Als Vorbild für einen Umbau des deutschen Gesundheitssystems taugt es aus zahlreichen Gründen jedenfalls nicht:

## Libérale Reformkultur und hohe Akzeptanz

Zwischen Deutschland und den Niederlanden existieren erhebliche Traditions- und Kulturunterschiede. Die Reform- und Politikkultur des westlichen Nachbarn lässt sich als verhältnismäßig liberal charakterisieren. Wenig emotional werden im niederländischen Krankenversicherungssystem neue Reformschritte aus-

Manche sehen im Gesundheitssystem der Niederlande ein Muster für Deutschland. Aber auch dort sind noch einige Probleme ungelöst. Die Ausgaben steigen stärker und auch die Steuerfinanzierung ist deutlich höher als hierzulande.

probiert – und bei Bedarf auch wieder zurückgenommen. Nicht zuletzt deshalb genießt Gesundheitspolitik eine vergleichsweise hohe Glaubwürdigkeit in der niederländischen Bevölkerung. So wird das Krankenversicherungssystem von allen wichtigen gesellschaftlichen Gruppen weitestgehend anerkannt.

### Ungelöste Ausgabedynamik

Die Kostendynamik im niederländischen Krankenversicherungssystem ist keinesfalls vorbildlich, denn die Ausgaben steigen dort deutlich schneller als in Deutschland. So sind hierzulande zwischen 2000 und 2008 die Leistungsausgaben je GKV-Versicherten um 22 Prozent angestiegen – nahezu im Gleichklang mit der Entwicklung des Bruttoinlandsproduktes (BIP). Damit hat sich die Kostendämpfungspolitik der Gesundheitsreform von 2004 zumindest kurzfristig bewährt. Im gleichen Zeitraum sind die Ausgaben des niederländischen Versicherungssystems je Versicherten um 53 Prozent gestiegen – deutlich stärker als das niederländische BIP mit 38 Prozent (siehe Grafik).

Damit leidet das niederländische System unter einem Ausgabenproblem – auch wenn dies nicht unmittelbar der einkommensunabhängigen Pauschale angelastet

werden kann. Dazu kommt: Das niederländische Gesundheitswesen ist unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Altersstrukturen um 15,5 Prozent teurer als das deutsche (ausführlich dazu: PKV Publik 8/2009). Anders formuliert: Besonders preiswert oder kosteneffizient ist es per se also keinesfalls. Wenn mit dem niederländischen Pauschalmodell die Gesundheitsversorgung für eine Bevölkerung bereitgestellt werden müsste, die nicht der heutigen, relativ jungen Bevölkerung der Niederlande entspräche, sondern der Altersstruktur einer relativ betagten Bevölkerung wie Deutsch-

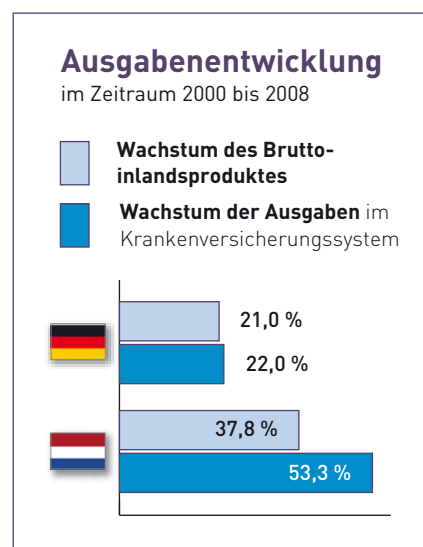
land, käme es dort zu einer regelrechten Kostenexplosion.

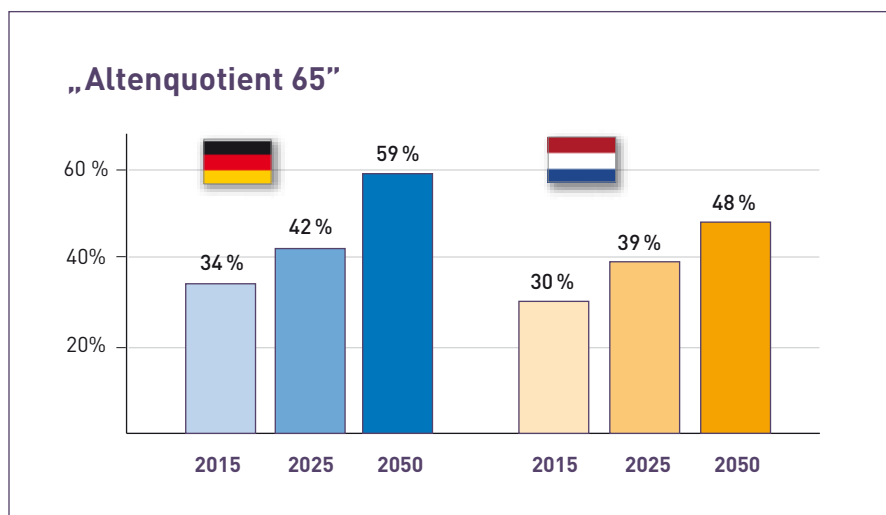
### Ungelöste Probleme des demografischen Wandels

Das umlagefinanzierte Gesundheitssystem der Niederlande ist zudem nicht auf den demografischen Wandel vorbereitet. Es existieren keine kapitalgedeckten Elemente, die bei sinkender Zahl von Beitragszahlern und steigender Zahl von Beitragsempfängern dafür Sorge tragen, die Versicherungsbeiträge zu stabilisieren. Allerdings wiegt dieser Tatbestand in den Niederlanden nicht ganz so schwer, wie das in Deutschland der Fall ist. Während nämlich die Niederlande aktuell eine überproportionale Geburtenrate (11,2 Geburten je 1.000 Einwohner im Vergleich zu 8,2 Geburten je 1.000 Einwohner in Deutschland) und bis weit in die Zukunft eine relativ junge Altersstruktur haben, ist der demografische Wandel in Deutschland schon wesentlich weiter vorangeschritten (siehe Grafik auf Seite 6).

### Marktkonzentration statt funktionsfähigem Wettbewerb

Überdies lässt sich die Funktionsfähigkeit des Wettbewerbs auf dem Krankenversi-





Ein wichtiges Merkmal für das demografische Problem einer Gesellschaft: Der „Altenquotient 65“ beziffert, wie groß der Anteil der über 65-Jährigen im Vergleich zum Anteil der jeweils aktiven Generation der 20- bis 65-Jährigen ist.

cherungsmarkt in den Niederlanden bezweifeln. So hat vor allem die Marktkonzentration auf der Unternehmens- und Konzernebene besorgniserregend zugenommen. Vier große Konzerne vereinen allein über 90 Prozent der Versicherten auf sich. Das ist unter anderem auch das Resultat eines verlustbringenden Beitragswettbewerbs der Unternehmen, die häufig keine kostendeckenden Beiträge kalkuliert haben – zu Lasten von Eigenmitteln, also ihrer eigenen wirtschaftlichen Basis.

Auch die in der gesundheitspolitischen Diskussion häufig gelobte Wechselquote der Versicherten zwischen den Unternehmen ist in den Niederlanden drastisch zurückgegangen: von 18 Prozent im Reformjahr 2005/2006 auf 3,5 Prozent (2008/2009). Damit liegt die Wechseldynamik aller Voraussicht nach unterhalb des deutschen Niveaus. Hier beträgt der Anteil der Kassenwechsel innerhalb der GKV verschiedenen Studien zufolge zwischen 3 und 5 Prozent der Versicherten.

### Einschränkungen im Leistungskatalog

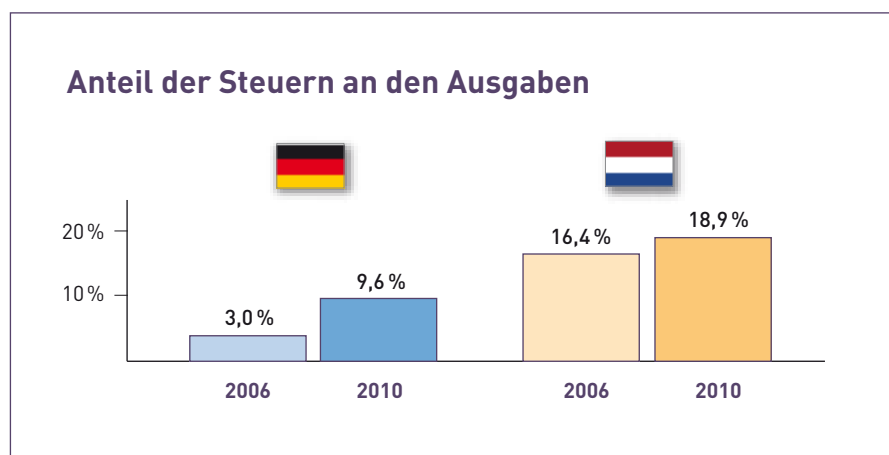
Das Versorgungsspektrum des niederländischen Versicherungssystems würde in Deutschland aller Wahrscheinlichkeit nach von den Bürgern nur schwerlich akzeptiert werden. So sind der Zahnersatz

sowie große Teile der zahnärztlichen und kieferorthopädischen Versorgung für Erwachsene über 22 Jahre aus dem gesetzlichen Leistungskatalog gestrichen worden. Ähnliches gilt für die Arztwahl: Das in den Niederlanden praktizierte Hausarztprinzip mit Einschreibung der Patienten im jeweiligen Postleitzahlgebiet würde von den Deutschen, die nachweislich großen Wert auf die freie Arzt- und Krankenhauswahl legen, wohl als bevormundende Leistungseinschränkung empfunden.

Zudem gibt es in den Niederlanden große Probleme mit langen Wartezeiten, wie mehrere unabhängige Studien feststellen. Demnach sind die Wartezeiten – trotz gewisser Verbesserungen – sowohl bei Krankenhäusern als auch bei ambulanter Facharztbehandlung deutlich spürbar.

### Einstieg in die Steuerfinanzierung

Genauso wie in Deutschland wird in den Niederlanden im Krankenversicherungssystem die Beitragsfinanzierung von der Steuerfinanzierung verdrängt. Denn der Anteil der Steuerfinanzierung an den Leistungsausgaben ist deutlich gestiegen: von 16,4 Prozent im Jahr 2006 auf erwartete 18,9 Prozent im Jahr 2010. Zwischen 2006 und 2012 – so die Annahme – werden sich die steuerlichen Zuschüsse zur nominalen Prämie für Sozialbedürftige in den Niederlanden nahezu verdoppeln. Das wird genauso wie in Deutschland Probleme mit sich bringen. Es sind große Zweifel angebracht, wie nachhaltig eine solche Steuerfinanzierung des Gesundheitswesens funktionieren kann. Das gilt insbesondere in Zeiten, in denen



aufgrund von Konjunkturerinbrüchen die Steuerfinanzierung des Gesundheitssystems notwendiger denn je wird, aber auf der anderen Seite in der Zeit danach Zwänge zur Haushaltskonsolidierung entstehen. So wollen die Niederlande nun den Staatsanteil senken, indem sie beim steuerfinanzierten Sozialausgleich schlicht die Bedürftigkeitsgrenzen schrittweise Jahr für Jahr anheben.

## Das Problem der Lohnzusatzkosten

Eine Entkopplung der Krankenversicherungsbeiträge vom Faktor Arbeit ist in den Niederlanden durch die Gesundheitsreform 2006 nicht erreicht worden. Auch das Absenken der Arbeitskosten ist nicht gelungen. Im Gegenteil: Seit 2006 haben sich die Belastungen der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer weit auseinander entwickelt – und zwar zu Lasten der Arbeitgeber, also der Lohnzusatzkosten. Dazu kommt, dass die Arbeitgeberbelastung nicht nur bei steigenden Gesundheitsausgaben wächst, sondern auch – jedenfalls unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze – mit zunehmenden Einkommen der Beschäftigten. Für die Arbeitgeber bedeutet dies eine „Doppel-Belastung“, wogegen der Versicherungsbeitrag der Arbeitnehmer einkommensunabhängig ist und damit beim Einkommensanstieg unberührt bleibt.

## Die deutsche Erfolgsstory von GKV und PKV

Die Dualität aus gesetzlicher (GKV) und privater Krankenversicherung (PKV) löst in Deutschland Schnittstellenprobleme aus, auf die ihre Kritiker immer wieder hinweisen. Auch deshalb sei im Zuge der niederländischen Gesundheitsreform das „künstliche“ Nebeneinander zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung zugunsten eines einheitlichen Versicherungsmarktes aufgegeben worden. Genau diese Vereinheitlichung des Marktes wird als Erfolgsstory der Niederlande betrachtet.

Der für eine Vereinheitlichung des Versicherungsmarktes zu zahlende Preis wäre in Deutschland allerdings sehr hoch. Die Wahlfreiheit der Versicherten zwischen verschiedenen Versicherungsprodukten bliebe ebenso auf der Strecke wie der Systemwettbewerb zwischen privater und gesetzlicher Krankenversi-

Die liberale und experimentierfreudige Gesundheitspolitik in den Niederlanden hat aufgezeigt, wie es gelingen kann, eine nennenswerte Pauschalprämie in ein Gesundheitswesen einzubauen. Das könnte tatsächlich beispielhaft sein. Allerdings ist die Pauschalprämie kein Selbstzweck. Sie kann, und das sollte



cherung. Dabei bieten die Wahlfreiheit, der Ideen- und Leistungswettbewerb sowie der Wettbewerb zwischen Kapitaldeckung und Umlagefinanzierung für das Gesundheitssystem und die Versicherten in Deutschland viele Chancen. Ein gesunder Wettbewerb erfordert allerdings mehr als eine Dominanz von vier großen Konzernen wie in den Niederlanden.

## Schlussfolgerung

Ob das niederländische Modell tatsächlich als Vorbild für die deutsche Gesundheitspolitik taugt, erscheint zweifelhaft. In einer differenzierten Analyse schneidet das System unserer westlichen Nachbarn keineswegs so gut ab, wie in der deutschen Diskussion oft behauptet. Letztlich sind die Sympathien hierzulande vor allem politisch begründet – von Anhängern der Gesundheitsprämie wie der Bürgerversicherung gleichermaßen. Doch was kann Deutschland wirklich davon lernen?

ihre eigentliche Aufgabe sein, die Funktionsfähigkeit des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung verbessern. Denn eine direkt an die Krankenkasse zu zahlende Pauschale, die sich von Kasse zu Kasse unterscheidet, wird vom Versicherten vermutlich eher als Wettbewerbsmerkmal wahrgenommen als ein einkommensabhängiger Beitrag, der eher unbemerkt durch Lohnabzug beim Arbeitgeber entrichtet wird.

Allerdings sollte das niederländische Modell lehren, dass es noch anderer flankierender Maßnahmen bedarf, um zwischen den gesetzlichen Krankenkassen einen neuen, substanziellen Beitragswettbewerb zu fairen Bedingungen herzustellen. Die Regierungskommission „Gesundheit“ sollte daher mit einem detaillierten Blick auf das Gesundheitssystem unseres Nachbarlandes schauen. Sie wird dann erkennen müssen, dass das niederländische Modell der Problemlage in Deutschland nicht entspricht.