



Flatrate im Flachland

Neue Krankenversicherung der Niederlande

Ein Phänomen gilt für die meisten Industrieländer: Die sozialen Sicherungssysteme, finanziert durch Beiträge der Arbeitnehmer, sind Not leidend. Steigende Arbeitslosenquoten und die steigende Anzahl der Rentner bei sinkender Geburtenrate führen in immer kürzerer Zeit zu Finanzierungsgpässen. Im Bereich der Krankenversicherung verstärkt sich der Effekt durch den medizinischen Fortschritt. Die Niederlande waren trotz einer oft als Vorbild dargestellten einschneidenden Reform in den achtziger Jahren gezwungen, ihr Krankenversicherungssystem zum 1. Januar 2006 weitreichend zu reformieren. Der Reformansatz erscheint aus deutscher Sicht hoch interessant, da er mit Sicherheit auf die angekündigte deutsche Gesundheitsreform Einfluss haben wird.

In Deutschland werden Gesundheitsprämie und Bürgerversicherung heftig diskutiert. In welche Richtung die Große Koalition entscheidet, steht noch in den Sternen. Die Niederländer haben es bereits geschafft. Im Januar 2006 trat das neue Krankenversicherungsgesetz in Kraft. Die markanteste Änderung ist die Einführung einer einheitlichen Krankenversicherung. Das Nebeneinander von Sozialversicherung

und privaten Krankenkassen wurde beendet. Die Grundversorgung übernehmen private Versicherungsunternehmen.

Die Beiträge werden teils als „Flatrate“, eine Art Kopfpauschale abgeführt und teils einkommensabhängig ausgestaltet. Zur Stabilisierung der Beiträge setzt man auf wettbewerbliche Elemente. Die Versicherungsunternehmen dürfen Gewinne erwirtschaften, sie können verschiedene Beiträge mit Selbstbehalten und Rückerstattungsmöglichkeiten anbieten und mit den Leistungserbringern Verträge schließen. Zur Sicherung des sozialen Charakters der neuen Krankenversicherung setzt der niederländische Staat auf strenge Rahmenbedingungen. Es besteht ein stringenter Kontrahierungszwang: Jeder Bürger muss unabhängig vom Alter, vom Geschlecht und unabhängig von eventuellen Vorerkrankungen in die von ihr gewählte Versicherung aufgenommen werden. Allen Versicherten muss ein Standardleistungspaket angeboten werden. Es gibt einen Risikostrukturausgleich.

Struktur der neuen Krankenversicherung

Die Reform hat die beiden Pfeiler der niederländischen Krankenversicherung zusammengefasst und die Organisation privaten Versicherungsunternehmen überlassen. Die Geschichte der Krankenversicherung der Niederlande erklärt diese Entscheidung. Bis zum zweiten Weltkrieg bestand die Krankenversicherung aus Versicherungsvereinen auf Gegenseitigkeit mit freiwilliger Mitgliedschaft.

Wettbewerbselemente

Durch Einführung von Wettbewerbselementen erhofft sich die niederländische Regierung mehr Effizienz. Eine zwingende Voraussetzung sind unterschiedliche Prämien- und Leistungsmodelle. Eine Einschränkung gilt hierbei: Allen Versicherten muss ein Standardleistungspaket angeboten werden, das





Quelle: www.antje.de



nach Art und Umfang dem alten Krankenkassengesetz entspricht. Der Versicherte kann sich für das Sachleistungs- oder Kostenerstattungssystem oder Mischformen aus beiden entscheiden. Er kann jährlich die Versicherung wechseln. Selbstbehalte in Höhe von 100, 200, 300, 400 und 500 Euro sind möglich. Als Gegenleistung verringert sich die monatliche Prämie entsprechend.

Basisversicherung mit zwei Säulen

Jeder Bürger über 18 Jahre muss eine Versicherung abschließen, die sogenannte „Flatrate-Prämie“ für das Standardpaket. Dies ist durch Gesetz geregelt. Die Höhe dieser Prämie hängt vom Versicherer und der gewählten Versicherung ab. Die Durchschnittsprämie wird auf rund 1.100 Euro pro Jahr geschätzt. Sie ist unabhängig von Alter, Geschlecht, Gesundheitszustand und Einkommen. Hinzu kommt für Angestellte eine einkommensabhängige Prämie in Höhe von 6,5 Prozent des Einkommens bis zur Bemessungsgrenze von 30.000 Euro im Jahr. Diesen Teil trägt der Arbeitgeber. Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren müssen ebenfalls versichert werden, sind aber von der Prämienzahlung ausgenommen. Ihre Prämien werden aus Steuermitteln finanziert.

Zusatzversicherungen

Als weiteres Element wird die Möglichkeit eröffnet, Zusatzversicherungen abzuschließen. Die Zusatzversicherungen sind ebenfalls frei wählbar und unabhängig vom Standardversicherer.

Freie Arztwahl

Die Wahl des Arztes ist grundsätzlich nicht eingeschränkt. Der Versicherte kann zu je-

dem Arzt gehen, der einen Vertrag mit der entsprechenden Versicherung hat. Wählt er einen nicht unter Vertrag stehenden Arzt, erhält er nicht die Erstattung aller angefallenen Kosten.

Kostenerstattung

Wählt der Versicherte einen Versicherungsvertrag mit Kostenerstattung, kann er den Behandler frei wählen. Er muss in der Regel die Rechnung zuerst bezahlen und bekommt sie dann vom Versicherer erstattet. Der Versicherer und der Behandler können aber auch zustimmen, dass der Versicherer die Rechnung direkt bezahlt.

Leistungskatalog

Im Prinzip wird eine medizinische Grundversorgung garantiert. Sie muss

- „evidence-based“
- kosteneffektiv
- auf Notwendigkeit einer solidarischen Finanzierung geprüft sein.

Den Niederländern ist es gelungen, eine grundlegende Reform zu verabschieden, die mutige Schritte in die Zukunft erkennen lässt. Allen Beteiligten wird verdeutlicht, dass ein effizienter Umgang mit den Leistungen und Kosten erforderlich ist, um ein soziales Versicherungssystem aufrechterhalten zu können.

Wie sich die Wettbewerbselemente in der täglichen Praxis bewähren, muss abgewartet werden. Auf jeden Fall soll diese erste Bestandsaufnahme dazu anregen, sich angesichts der anstehenden Reform im eigenen Lande mit diesem innovativen Ansatz noch intensiver zu beschäftigen.

Do you have compulsory or private health insurance?

A single new-style health insurance for everybody as of 1 January 2006

Dr. Martin Reißig
Stv. Vorsitzender des Vorstandes der KZVB