

rungskarte benötigten oder den Brief der neuen Versicherung, zu der sie wechseln wollten. Den Krankenkassen fehlte der Überblick über die Zahl der Menschen, die bei ihnen versichert ist, versichert bleibt oder sich noch versichern wird.

Auch die Folgen für die Ärzte sind vielfältig. So können beispielsweise Krankenkassen im Rahmen der Basisversicherung selektiv Verträge mit einzelnen Ärztinnen und Ärzten abschließen; entsprechend müssen sich die Versicherten dort behandeln lassen, wenn die Kasse die Leistung erstatten soll. Manche Ärzte befürchteten, dass künftig mehr auf den Preis als auf die Qualität geachtet wird. Auch würden Verwaltung und Abrechnung sehr viel komplizierter als bisher, gibt die Hausärzte-Vereinigung der Niederlande zu bedenken.

Die Versicherten bleiben skeptisch

„Inhaltlich haben wir mit der Reform kein Problem mehr“, sagt Fulco Seegers, Pressesprecher der Hausärzte-Vereinigung. Noch im Sommer 2005 war heftig über die Auswirkungen des freien Marktes auf die Qualität der medizinischen Versorgung diskutiert worden. Ärzte waren in großer Zahl auf die Straße gegangen, um ihrem Protest Ausdruck zu verleihen. Vor allem die Hausärzte hatten befürchtet, dass die zeitraubenden, wenig lukrativen Tätigkeiten in erster Linie an ihnen hängen bleiben würden. In Nachverhandlungen gelang es, die Ärzte zufrieden zu stellen.

Dennoch verläuft der Wechsel nicht problemlos. „Wir haben enorme Schwierigkeiten mit dem administrativen Chaos bei den Krankenkassen“, erklärt Seegers. Zu Beginn des Jahres lief die neue Abrechnungssoftware der Versicherer nicht richtig. Die Verwaltung sei überfordert gewesen, so Seegers. Noch Anfang Februar warteten Hausärzte auf Honorare aus dem Januar, wobei nicht alle Krankenkassen in gleichem Maß mit Problemen kämpfen. Fest steht: „Es ist noch kein geschmeidiges System.“ Allerdings komme es nicht infrage, Rechnungen an die Patienten zu schicken, weil die Versicherungen so

langsam zahlen, betont Seegers. Auf mittlere Sicht müsse ein effizientes, unabhängiges Kontrollorgan geschaffen werden, das für Beitragsgerechtigkeit und Effizienz bei der Abrechnung sorgt. Nach Ansicht des Hausärzte-Sprechers müssen die bestehenden Kontrollorgane zu einer staatlichen Kontrollinstanz fusionieren, „einem Wachhund des Gesundheitssystems“.

Die Krankenkassen bestritten nicht, dass die Reform „kein Sonntagskind“ ist, so Hans Wiegel vom Zentralverband der Versicherer in den Niederlanden, ZVN. Die Kassen geben zu, dass die elektronischen Abrechnungssysteme noch nicht hundertprozentig funktionieren, aber: „Die Probleme liegen zum Teil an den Versicherungen, zum Teil an den Ärzten.“ Der ZVN habe den Ärzten für die ersten sechs Monate dieses Jahres einen Vorschuss angeboten, was diese aber abgelehnt hätten. „Es ist eine Mega-Operation, bei der alle betrieblichen Prozesse der Krankenversicherungen auf den Kopf gestellt werden.“ Wiegel findet, dass die Versicherungsbranche ein dickes Kompliment verdient: Es sei immerhin gelungen, bis Mitte Dezember 2005 jedem Versicherten ein schriftliches Angebot für die neue Versicherung zu unterbreiten.

„Achten Sie auf das Kleingedruckte“, empfehlen die Verbraucherschützer vom „Consumentenbond“. Ein Versicherer, der eine günstige Basisprämie und eine preiswerte Zusatzversicherung anbiete, erstatte wahrscheinlich viel weniger als die Versicherung, die man vorher hatte: zum Beispiel nur einen Festzuschuss von 400 Euro jährlich für Zahnbehandlungen statt 75 Prozent aller Behandlungskosten. Auch gibt es Versicherungen, die nach dem Sachleistungsprinzip abrechnen, und solche, die Kostenerstattung praktizieren.

Doch die Versicherten sind immer besser informiert – und bleiben skeptisch: Einer Umfrage des „Consumentenbond“ zufolge haben rund 60 Prozent der Befragten wenig Vertrauen in die neue Rolle der Versicherer. 76 Prozent erwarten, langfristig mehr bezahlen zu müssen als vorher. Der Verbraucherverband fordert daher, genau wie die Ärzte, ein mächtiges Kontrollorgan, das über Preise und Qualität wacht.

Claudia Diers-Lienke

Risikostrukturausgleich

Blaupause Holland

Die Niederlande haben das, was Deutschland will: den Morbi-Finanzausgleich.

Nicht nur bei den Einnahmen könnten das holländische Modell als Bauanleitung für eine Reform dienen. Auch bei der Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleiches (RSA) lohnt sich ein Blick ins Nachbarland.

Anders als hierzulande wird der Ausgleichsfonds in den Niederlanden nicht von den Kassen, sondern über einkommensabhängige Prämien der Versicherten an einen zentralen Fonds finanziert. „Dadurch gibt es keine Nettozahler oder Nettoempfängerkassen“, sagt der Gesundheitsökonom Prof. Dr. Jürgen Wasem. Alle Krankenkassen bekommen Ausgleichszahlungen – „die einen mehr, die anderen weniger“. Um die Morbidität der Versicherten dabei mit einzubeziehen, werden die anfallenden Kosten für Krankenhausdiagnosen und Arzneimittelverordnungen der Versicherten berücksichtigt. „Im Vergleich mit dem für Deutschland gehandelten RSA-Modell ist die holländische Version gröber gestrickt und hat weniger Gruppen“, sagt Wasem. Während etwa bei der deutschen Variante 155 Klassen für Arzneimittel bei der Morbiditätsberechnung vorgesehen seien, existierten in Holland nur zwölf. Zwar würden bei mehr Gruppen die Ausgleichszahlungen gerechter ausfallen. Doch Kritiker weisen darauf, dass das deutsche System dadurch auch manipulationsanfälliger werde. Dann nämlich könnte sich bereits der Umstieg auf ein anderes Medikament bei den RSA-Zahlungen für die Kassen rentieren. Das aber könnte die Kassen verleiten, etwa im Rahmen von Integrierten Versorgungsmodellen darauf zu drängen, „RSA-günstige“ Medikamente zu verordnen. In der Politik wird darum gefordert, die Berechnungsgrundlagen des RSA zu vereinfachen.

Timo Blöß

Beindruckt dürften Bundeskanzlerin Angela Merkel (CDU), Gesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) und die Fraktionsspitzen der Regierungsparteien sein, wenn sie – derzeit noch heimlich – in Richtung Niederlande schielen. Denn dort hat man mit der Anfang des Jahres in Kraft getretenen Reform den großen Wurf in der Gesundheitspolitik unternommen (siehe Beitrag in diesem Heft). Ein wenig neidisch dürften Merkel, Schmidt & Co. sogar sein, wenn sie die Umstände beim Zustandekommen des niederländischen Reformgesetzes betrachten. Denn „große Aufmerksamkeit hat es weder in den Medien noch bei Ärzten oder Patienten im Vorfeld gegeben“, weiß Dr. Pieter Hasekamp vom niederländischen „Ministerie van Volksgezondheid“ bei einer Veranstaltung des Bundesverbands Managed Care (BMC) zu berichten. Das habe es leichter gemacht, unpopuläre, aber wirksame Entscheidungen zu treffen.

Ein Zustand, von dem die Verantwortlichen hierzulande nur träumen können, wo doch Medien, Ärzte- und Patientenverbände den Politikern genau auf die Finger schauen. Dabei wächst der Druck, die Konzepte der Regierungsparteien von Gesundheitsprämie und Bürgerversicherung zu vereinen. Mit einem Mix aus beiden Konzepten scheint die niederländische Variante das bisher Unmögliche möglich zu machen. So wird das „Modell Niederlande“ bereits von vielen auch zum „Modell Deutschland“ erklärt. Im Nachbarland wurden alle gesetzlichen Kassen privatisiert. Jeder Versicherte zahlt nun eine Prämie für einen Basisschutz. Hinzu kommen noch einmal 6,25 Prozent des Gehalts, die vom Arbeitgeber abgeführt werden. Über Zusatzversicherungen kann das persönliche Leistungspaket aufgestockt werden.

Staat soll nur die Spielregeln bestimmen

Für Deutschland gehen Beobachter davon aus, dass sich Ministerin Schmidt bei den anstehenden Eckpunkten an der holländischen Variante orientieren wird – auch wenn dies von offizieller Seite noch dementiert wird. Nach Meinung von Prof. Dr. Klaus-Dirk Henke

Reformvorbild Niederlande

Nur bedingt geeignet

Wie sich Gesundheitsprämie und Bürgerversicherung in Deutschland vereinen ließen, kann man in Holland beobachten. Doch die Ausgangslage in beiden Ländern ist verschieden.

von der Technischen Universität Berlin lässt sich das niederländische System jedoch nicht eins zu eins übernehmen. Dafür seien die Ausgangspositionen in beiden Ländern zu verschieden.

Tatsächlich gab es in Holland vor der Reform keine freiwillig gesetzlich Krankenversicherten, die zwischen privaten und gesetzlichen Anbietern hätten wählen können. Wer die Einkommensgrenze von rund 30 000 Euro überschritt, schied automatisch aus seiner gesetzlichen Kasse aus und konnte sich entweder privat versichern oder auf einen Versicherungsschutz verzichten. Zudem ist die PKV in den Niederlanden anders organisiert als in Deutschland. Die privaten Anbieter arbeiten dort nicht nach dem Kapitaldeckungsprinzip, sondern praktizieren (wie die GKV in Deutschland) das Umlageverfahren. Die Versicherten sparen also mit ihren Beiträgen keine Altersrückstellungen an. Damit waren die Unterschiede zwischen den gesetzlichen Kassen und privaten Anbietern geringer als in Deutschland, was die Umsetzung der Reform vereinfachte.

Trotz der zu erwartenden Schwierigkeiten bei einer möglichen Zusammenführung von GKV und PKV hält Henke einen einheitlichen Krankenversicherungsmarkt für dringend notwendig. Ähnlich wie in den Niederlanden sei auch in Deutschland eine „Entstaatlichung der herkömmlichen Gesetzlichen Krankenversicherung nötig“, so der Gesundheitsökonom bei der Tagung des BMC in Berlin. Ein Basisschutz für alle mit Sozialausgleich wäre die geeignete Lösung. „Denn der Staat sollte im Krankenversicherungsschutz nur die Spielregeln setzen und nicht selbst in die Spielzüge eingreifen“, meint Henke.

In den Niederlanden selbst stößt das deutsche Reformvorbild derzeit jedoch auf wenig Gegenliebe. Rund 85 Prozent der Bevölkerung seien mit dem neuen System unzufrieden, sagt Hasekamp. Die Zustimmung, ist er überzeugt, werde aber zunehmen, wenn alle Geringverdiener und Großfamilien die staatliche Prämienunterstützung bean-



Dr. Pieter Hasekamp vom niederländischen Gesundheitsministerium hält sich mit Ratschlägen für Deutschland zurück.

tragt und ausbezahlt bekommen. Wohl auch deswegen hält sich Hasekamp mit Ratschlägen für Deutschland zurück. Nur eines gibt er bei der BMC-Veranstaltung den zahlreich versammelten Gesundheitspolitikern mit auf den Weg: Wenn der Moment gekommen ist, „einfach laufen lassen und nicht versuchen, einen Beliebtheitswettbewerb zu gewinnen“. Dass man in Deutschland mit Gesundheitspolitik einen solchen Preis gewinnen könne, daran glaubt hierzulande ohnehin niemand.

Samir Rabbata, Timo Blöß