

Eberhard Wille
Geert Jan Hamilton
J.-Matthias Graf von der Schulenburg
Gregor Thüsing

Privatrechtliche Organisation der gesetzlichen Krankenkassen

Reformperspektiven für Deutschland, Erfahrungen aus den Niederlanden

Gutachten im Auftrag der Techniker Krankenkasse

Hamburg im April 2012

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung Teil 1:

Privatrechtliche Organisation der gesetzlichen Krankenkassen für mehr Wettbewerb, Effizienz der Versorgung und Wahlfreiheit der Bürger
*Eberhard Wille, J.-Matthias Graf von der Schulenburg, Gregor Thüsing
unter Mitarbeit von Christian Waldhoff*

Zusammenfassung Teil 2:

Die privatrechtliche Organisation der Krankenversicherung in
den Niederlanden
Geert Jan Hamilton

Zusammenfassung Teil 1

Privatrechtliche Organisation der gesetzlichen Krankenkassen für mehr Wettbewerb, Effizienz der Versorgung und Wahlfreiheit der Bürger

*Eberhard Wille, J.-Matthias Graf von der Schulenburg, Gregor Thüsing
unter Mitarbeit von Christian Waldhoff*

1. Anlass und Ziele des Gutachtens

Das vorliegende Gutachten untersucht, ob und inwieweit eine privatrechtliche Organisation der gesetzlichen Krankenkassen einen Beitrag für mehr Wettbewerb, Effizienz der Versorgung und Wahlfreiheit der Bürger zu leisten vermag. Dabei bildet die angestrebte Intensivierung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) kein Ziel an sich, sondern ein Instrument zur Realisierung einer effizienten, bedarfsgerechten und qualitativ hochwertigen Versorgung. In ähnlicher Weise stellt auch die derzeitige öffentlich-rechtliche Organisation der Krankenkassen unter ökonomischen Aspekten kein Ziel, sondern ein instrumentales, strukturelles Element der GKV dar. Es erscheint insofern in normativer Hinsicht berechtigt und vor dem Hintergrund der niederländischen Gesundheitsreform sogar naheliegend, die öffentlich-rechtliche Organisation der gesetzlichen Krankenkassen einer zielorientierten Überprüfung zu unterziehen. In diesem Kontext bedarf es allerdings einer Klärung, ob das Grundgesetz die Möglichkeit einer privatrechtlichen Organisation der Krankenkassen bietet oder die derzeitige Rechtsform zwingend vorgibt.

Für die zentralen Fragestellungen dieses Gutachtens interessieren die niederländischen Erfahrungen insofern, als dort eine grundlegende Gesundheitsreform im Jahre 2006 die gesetzliche und die private Krankenversicherung zu einem System auf der Grundlage privater Versicherungsunternehmen zusammengefasst hat. Die Reform zielte auf ein dezentral organisiertes System eines regulierten Wettbewerbs sowie erweiterte Wahlmöglichkeiten für die Versicherten, wobei – wie in diesem Gutachten ebenfalls – die bestehenden sozialen Elemente des Krankenversicherungssystems nicht zur Disposition standen. Bei der Prüfung einer Übernahme von Elementen der niederländischen Gesundheitsreform gilt es unbeschadet zahlreicher Gemeinsamkeiten allerdings, die historisch gewachsenen Unterschiede zwischen den Krankenversicherungssystemen dieser beiden Länder zu berücksichtigen. Gleichwohl enthält die niederländische Reform interessante Ansätze, die aus deutscher Perspektive eine Prüfung auf Übertragbarkeit lohnen.

2. Das Sozialstaats- und Solidarprinzip

Das in diesem Gutachten diskutierte Reformkonzept intendiert nicht, die GKV mit ihrem öffentlich-rechtlichen Ordnungsrahmen und mit ihren bestehenden sozialen Elementen bzw. distributiven Effekten abzubauen oder gar zu beseitigen. Vielmehr stellt es die zentralen Elemente des Sozialstaats- und Solidarprinzips nicht infrage. Es geht nicht um eine ökonomische Privatisierung der GKV, sondern nur um die Prüfung einer privatrechtlichen Organisation der gesetzlichen Krankenkassen. Das Sozialstaatsprinzip findet seine Ausprägung zum einen im Rahmen einer bedarfsgerechten Leistungsgewährung mit einem definierten Leistungskatalog, der allen Versicherten zur Verfügung steht, und zum anderen in einer Finanzierung nach dem Solidarprinzip, die vor allem einkommensschwächere Mitglieder vor einer finanziellen Überforderung schützen soll.

Die solidarische Finanzierung, die im Sinne einer individuellen Ex-ante-Umverteilung mehrere verschiedenartige distributive Elemente beinhaltet, findet noch eine Ergänzung durch

den Arbeitgeberanteil und den bundesweiten Risikostrukturausgleich. Das Solidarprinzip kann sich allerdings nicht auf eine konsistente ökonomische Theorie stützen, sondern stellt ein historisch gewachsenes Mixtum aus Elementen des Äquivalenz- und des Leistungsfähigkeitsprinzips dar. Während sich die Finanzierung der GKV in ihren Anfängen, als das Krankengeld dominierte, stärker am Prinzip der individuellen Äquivalenz orientierte, weist sie heute mehr Elemente des Leistungsfähigkeitsprinzips auf. Obgleich der Beitrag eines Versicherten im Zeitablauf immer weniger eine äquivalente Abgabe für die finanzielle Absicherung des Krankheitsrisikos bildete, entspricht die solidarische Finanzierung heute faktisch nicht dem Leistungsfähigkeitsprinzip, und dies erscheint auch in normativer Hinsicht nicht zielführend. Die solidarische Finanzierung der GKV verlangt, um deren Versicherungscharakter zu bewahren, eine zielorientierte Verknüpfung dieser beiden Fundamentalprinzipien der Abgabenerhebung. Dies schließt eine Dominanz des Leistungsfähigkeitsprinzips nicht aus, zumal es auch als Orientierungshilfe für verteilungspolitische Maßnahmen dienen kann.

Das zentrale Anliegen des Sozialstaats- und Solidarprinzips besteht letztlich darin, dass jeder Bürger bzw. Versicherte im Krankheitsfall unabhängig von seinem Einkommen oder Finanzierungsbeitrag einen Anspruch auf eine bedarfsgerechte Versorgung hat. Um dieses Postulat zu verwirklichen, verfügt der Gesetzgeber über einen weiten Gestaltungsspielraum, der im Prinzip auch die Organisationsform der Krankenkassen einschließt. Die öffentlich-rechtliche Organisationsform der Krankenkassen erscheint auch bei historischer Betrachtung kein konstitutives Element einer sozialen gesetzlichen Krankenversicherung, denn bis 1937 befanden sich die Ersatzkassen in privater Rechtsform, wobei sie die gleichen Aufgaben bzw. Pflichten wie die örtlich zuständigen Pflichtkrankenkassen wahrnahmen. Zudem übernehmen im Rahmen der Gesundheitsversorgung mehrere private Verbände – z. B. die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesärzte- und Bundeszahnärztekammer – teilweise gleichberechtigt mit Körperschaften des öffentlichen Rechts hoheitliche Aufgaben.

3. Stand und Defizite einer wettbewerblichen Orientierung im deutschen Gesundheitswesen

(1) Eine privatrechtliche Organisation der gesetzlichen Krankenkassen kann grundsätzlich bei bestehendem ordnungspolitischem Rahmen oder bei einer zielorientierten Rahmenordnung mit einer wettbewerblichen Orientierung erfolgen, so dass sich neben dem Status quo drei Reformoptionen eröffnen. Wie Abbildung 1 veranschaulicht, ließe sich auch bei einer Organisation der Krankenkassen als Körperschaften des öffentlichen Rechts der Status quo (Feld 1) durch eine zielorientiertere Rahmenordnung wettbewerblicher gestalten (Feld 3). Zudem besteht die Option, bei gegebener Rahmenordnung zu einer privatrechtlichen Organisation der gesetzlichen Krankenkassen überzugehen (Feld 2). Beide Änderungen versprechen gegenüber dem Status quo eine Verbesserung von Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung, bleiben aber hinter den Möglichkeiten zurück, die eine Kombination aus einer privatrechtlichen Organisation der gesetzlichen Krankenkassen und einer modifizierten wettbewerblicheren Rahmenordnung bietet. Das Gutachten greift deshalb beide Reformbestrebungen auf, d. h. im Fokus steht Variante bzw. Feld 4.

Abbildung 1: Gestaltung der Rechtsform der gesetzlichen Krankenkassen und der wettbewerblichen Rahmenordnung

Rechtsform der Krankenkassen \ wettbewerbliche Rahmenordnung	bestehende wettbewerbliche Rahmenordnung	zielorientierte Rahmenordnung
Körperschaften des öffentlichen Rechts	Feld 1	Feld 3
privatrechtliche Organisationen	Feld 2	Feld 4

Quelle: Eigene Darstellung

(2) Ein kursorischer Überblick über die bestehenden wettbewerblichen Optionen der Krankenkassen zeigt ein sehr begrenztes Spektrum von Gestaltungsmöglichkeiten, die zumeist noch bestimmten einschränkenden Regulierungen unterliegen. Neben den Zusatzbeiträgen auf der Finanzierungsseite besitzen im Rahmen der Leistungsgewährung lediglich die besonderen Versorgungsformen sowie die Einzelverträge über Preise oder Rabatte eine gewisse Relevanz. Die bestehende Rahmenordnung setzt den Krankenkassen bei ihrem Bestreben, sich vom reinen »Payer« von Gesundheitsleistungen zum gestaltenden wettbewerblichen »Player« zu entwickeln, enge Grenzen. Ähnlichen Einschränkungen unterliegen mit Ausnahme der – allerdings ebenfalls überregulierten – Wahltarife die Wahlfreiheiten der Versicherten.

(3) Für erfolgreiche selektive Vertragsaktivitäten der Krankenkassen weist die wettbewerbliche Rahmenordnung zahlreiche, teilweise gravierende Schwachstellen auf. Sie beinhalten u. a. den wettbewerblich inadäquaten Zwang der Krankenkassen zum Angebot einer hausarztzentrierten Versorgung, die mangelhaften Anreize zu sektorübergreifenden, populationsorientierten Versorgungskonzepten, fehlende Evaluationen und die wettbewerblichen Beschränkungen im Krankenhausbereich. Besondere Bedeutung kommt in diesem Kontext den wettbewerblichen Verwerfungen an der Schnittstelle zwischen der ambulanten und stationären Versorgung mit ihren unausgeschöpften Substitutionsmöglichkeiten zu. Es bleibt abzuwarten, ob und inwieweit das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG), das diese Probleme mit der Konzeption einer spezialfachärztlichen Versorgung aufgreift, hier Abhilfe zu schaffen vermag. Die Beseitigung all dieser Schwachstellen verspricht, wie bereits angedeutet, bereits im gegebenen System eine Verbesserung von Effizienz und Effektivität der Versorgung, sie gewinnt jedoch bei einer privatrechtlichen Organisation der Krankenkassen noch an Bedeutung.

(4) Hinsichtlich der betrieblichen Gestaltungsmöglichkeiten können die Krankenkassen keine Eigeneinrichtungen und Tochtergesellschaften gründen oder sich an Unternehmen beteiligen, um die Versorgung kosteneffektiver und qualitativ hochwertiger zu machen. Sie besitzen ebenso keinen Zugang zu Kapital-, Rückversicherungs- und Risikomärkten, wie es ansonsten für Versicherungsunternehmen eine Selbstverständlichkeit ist. Unbeschadet des – zwangsläufig niemals vollkommenen – Risikostrukturausgleichs könnte ein Rückversicherungsschutz vor allem das Konkursrisiko kleinerer Krankenkassen vermindern. Zusatzversicherungsverträge der privaten Krankenversicherungen dürfen die Krankenkassen zwar vermitteln, aber nicht durch eigene Tochterunternehmen anbieten. Obgleich sich die Krankenkassen teilweise mit Erfolg bemühen, neue betriebswirtschaftliche Erkenntnisse

umzusetzen, passt ihre derzeitige Organisation als Körperschaften des öffentlichen Rechts nur schlecht zu den heutigen Erfordernissen einer modernen Führung, Steuerung und Kontrolle von betrieblichen Vorhaben und Projekten.

(5) Im Rahmen der kontroll- und aufsichtsrechtlichen Regelungen befinden sich die Krankenkassen ebenfalls in einem engen Korsett bezüglich der Finanzierungsmöglichkeiten, der Rechnungslegung und des Beteiligungsmanagements. Zunächst existiert aufgrund detaillierter gesetzlicher Regelungen eine inhaltlich weitreichende Rechtsaufsicht. Sodann stehen viele strategische Entscheidungen, z. B. der Einsatz neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, unter Erlaubnisvorbehalt, d. h. der Gemeinsame Bundesausschuss muss sie erst genehmigen. Es steht in diesem Kontext für die Gutachter zwar außer Frage, dass der Konsumenten- bzw. Versichertenschutz einer stringenten Solvabilitäts- und Finanzaufsicht bedarf, die derzeitigen Kontrollbefugnisse lassen den Krankenkassen aber kaum Gestaltungsspielräume. Zudem führt die Vielzahl unterschiedlicher Aufsichtsbehörden zu von Bundesland zu Bundesland abweichenden Kontrollmaßnahmen sowie zu Wettbewerbsverzerrungen zwischen bundes- und landesunmittelbaren Krankenkassen. Obwohl der Bundesrechnungshof die Haushalts- und Wirtschaftsführung aller Krankenkassen prüft, verteilt sich die Aufsichtszuständigkeit auf eine Vielzahl von Behörden, die teilweise unterschiedliche Maßstäbe bei der Kontrolle anlegen, so dass auch hieraus Wettbewerbsverzerrungen erwachsen können. Schließlich überschneiden sich vielfach die Prüfungsgegenstände des Bundesrechnungshofes mit der Prüfung der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung durch das Bundesversicherungsamt und die zuständigen Verwaltungsbehörden der Länder. Diese Vielzahl von kontroll- und aufsichtsrechtlichen Regelungen durch unterschiedliche Institutionen nimmt den Krankenkassen die Möglichkeit, sich durch ein flexibles Angebot und innovative Produktgestaltung den Präferenzen der Versicherten anzupassen und auf deren Veränderungen zu reagieren.

(6) Die private Krankenversicherung (PKV) könnte wegen ihrer Altersrückstellungen theoretisch als Vorbild für eine demografiefeste Absicherung des Krankheitsrisikos dienen. Da in der Realität die Tarifierung den medizinisch-technischen Fortschritt und den überdurchschnittlichen Anstieg des Preisindex der personalintensiven Gesundheitsleistungen nicht berücksichtigt, vermögen die Altersrückstellungen die Beiträge jedoch nicht stabil zu halten. Zudem darf der durchschnittliche Kapitalanlagezins nicht unter dem gesetzlich vorgeschriebenen Rechnungszins liegen. Die weitgehend fehlende Übertragbarkeit der Altersrückstellungen behindert den Wettbewerb im Bestandsmarkt und reduziert ihn auf das Neugeschäft. Auf der Leistungsseite erlaubt der Gesetzgeber der PKV keine Selektivverträge, und für ein erfolgreiches Vertragsgeschäft besitzen die PKV-Unternehmen einen zu geringen Marktanteil. Schließlich setzen beim Wettbewerb um Neukunden die hohen Provisionen Anreize zu ineffizientem Handeln. Schon eine kursorische Betrachtung der wettbewerblichen Defizite der PKV zeigt, dass eine privatrechtliche Organisation der Versicherungsunternehmen allein, d. h. ohne adäquate Rahmenordnung, weder eine nachhaltige Finanzierung in Verbindung mit Wahlfreiheiten der Versicherten noch eine effektive und effiziente Versorgung zu garantieren vermag.

(7) Deutschland besitzt ein sog. duales Krankenversicherungssystem, bei dem die PKV neben Beamten sowie Unternehmern und Selbstständigen jene Bürger (voll-)versichert, die mit ihren beitragspflichtigen Einnahmen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze von derzeit (2012) 4.237,50 Euro liegen und deshalb ein Wahlrecht zwischen GKV und PKV besitzen. Die Risikoselektion, die an dieser Schnittstelle stattfindet, verstößt zum einen gegen die Verteilungsgerechtigkeit und löst in wettbewerblicher Hinsicht Selektionseffekte zuungunsten der GKV aus. Eine zielorientierte Konzipierung eines Gesundheitssystems würde unabhängig von allen Fragen seiner Ausgestaltung nicht zu zwei substitutiven Vollversicherungen, sondern zu einem einheitlichen Krankenversicherungsmarkt führen. Den in den letzten Jahren zunehmenden Versuchen, hier einen erfolgsversprechenden Konvergenzprozess auf den Weg

zu bringen, stehen die fundamentalen Unterschiede dieser beiden gewachsenen Systeme entgegen.

(8) Bei der Prüfung einer Anwendbarkeit des europäischen Kartellrechts stellt sich die Frage nach der Unternehmenseigenschaft der Krankenkassen. Auf der Grundlage der bisherigen Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) lässt sich diese nicht grundsätzlich verneinen, denn die Krankenkassen können potenziell unter den funktionalen Unternehmensbegriff fallen. Da die Krankenkassen ihr Handeln überwiegend am Solidarprinzip orientieren, erfüllen sie allerdings weiterhin die Kriterien, nach denen sie nicht regelmäßig als Unternehmen handeln. Mit einer zunehmenden Liberalisierung der GKV könnten die Krankenkassen im Sinne dieses funktionalen Konzepts die Unternehmenseigenschaft erlangen.

Die Anwendbarkeit des europäischen Vergaberechts auf die Krankenkassen hängt davon ab, ob es sich bei ihnen um »öffentliche Auftraggeber« handelt. Eine Prüfung des persönlichen und inhaltlichen Anwendungsbereiches zeigt, dass die Träger der GKV öffentliche Auftraggeber im Sinne des Vergaberechts sind. Die meisten im SGB V vorgesehenen Leistungserbringungsverträge sind öffentliche Aufträge, so dass bei Überschreiten der Schwellenwerte ein förmliches Vergabeverfahren ansteht. Unterhalb dieser Schwellenwerte verpflichtet das Grundgesetz im Sinne eines haushaltsrechtlichen Vergabeverfahrens die Krankenkassen zur Vergabe von Leistungen nach den Grundsätzen Gleichbehandlung, Publizität, Nichtdiskriminierung und faire Chance auf Erteilung eines Zuschlags.

4. Das Reformkonzept in kurz- und mittelfristiger Perspektive

(1) Unabhängig von Fragen der Finanzierungsform und des Leistungskataloges besteht das theoretisch optimale Modell eines Krankenversicherungsmarktes aus einem System, in dem alle Bürger die gleichen Wahlmöglichkeiten besitzen und die einzelnen Krankenkassen bzw. -versicherungen unter den gleichen Rahmenbedingungen miteinander konkurrieren. Zu einer solchen Bürgerversicherung sind im Rahmen ihrer großen Gesundheitsreform die Niederlande übergegangen, wobei dort im Unterschied zu Deutschland ein langer Konvergenzprozess zwischen den zuvor separierten Märkten und die Umlagefinanzierung der privaten Krankenversicherungen diese Umstellung begünstigten. In Deutschland bildet neben der voneinander abweichenden Tarifierung der unterschiedlich geregelte Altersausgleich mit der umlagefinanzierten GKV und der kapitalgedeckten PKV ein zentrales Hindernis für die Schaffung eines einheitlichen Krankenversicherungsmarktes. Da für ein solches einheitliches System derzeit und wohl auch auf absehbare Zeit risikoäquivalente Prämien und eine umfassende Kapitaldeckung politisch nicht ernsthaft zur Diskussion stehen, impliziert die Schaffung eines einheitlichen Krankenversicherungsmarktes die Abschaffung bzw. das Auslaufen der PKV als Vollversicherung. Hiergegen spricht neben schwerwiegenden rechtlichen Bedenken ökonomisch vor allem die damit verbundene Vernichtung des vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung intertemporal nützlichen Kapitalstocks.

(2) Das Gutachten stellt deshalb die Versicherungspflichtgrenze und damit die Existenz von zwei separaten Krankenversicherungssystemen mit weiterhin GKV und PKV nicht infrage. Angesichts der dargestellten grundsätzlichen Mängel dieser dualen Vollversicherung erhebt es somit nicht den Anspruch, ein theoretisch optimales Krankenversicherungssystem zu entwerfen bzw. vorzuschlagen. Diese restriktiven Rahmenbedingungen ermöglichen gleichwohl auch innerhalb der getrennten Systeme eine Intensivierung des Wettbewerbs und eine Steigerung der Versorgungseffizienz, indem die Krankenkassen bei einer zielorientierteren Rahmenordnung dank ihrer privaten Rechtsform mehr Handlungsmöglichkeiten erhalten und die PKV eine uneingeschränkte Portabilität der individualisierten Altersrückstellungen bietet. In mittelfristiger Perspektive liegt es dann unter Wettbewerbsaspekten nahe, jeweils unter gleichen gesetzlichen Konditionen den GKV-Markt

auch für die privaten Krankenversicherungen und vice versa den PKV-Markt ebenfalls für die die gesetzlichen Krankenkassen zu öffnen. Diese Öffnung der beiden strikt separierten Teilmärkte verspricht in Verbindung mit den erweiterten Handlungsmöglichkeiten im GKV-Bereich eine erhebliche Intensivierung des Wettbewerbs sowohl im öffentlichen System als auch und insbesondere im privaten (Teil-)Markt. Die Versicherten können dann auch ihre Voll- und Zusatzversicherung »aus einer Hand« erhalten. An der Schnittstelle zwischen dem GKV- und dem PKV-Markt bleiben die eingeschränkten Wahlmöglichkeiten vieler Versicherter und die Selektionsprobleme zwar bestehen, diese Verwerfungen benachteiligen im Wettbewerb nun aber nicht mehr einseitig die gesetzlichen Krankenkassen, denn diese können dann ebenfalls als Anbieter im PKV-Markt auftreten.

(3) Als mögliche Unternehmensformen für die gesetzlichen Krankenkassen kommt nur eine privatrechtliche Körperschaft in Betracht und hier bieten sich die Aktiengesellschaft (AG) und der Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit (VVG) an. Den VVG kennzeichnet im Vergleich zur AG eine stärkere Verbundenheit der Mitglieder mit der Versicherung, was dem solidarischen Gedanken der »sozialen privaten Krankenkasse« mehr entspricht. Obwohl der VVG einen erschwerten Zugang zum Kapitalmarkt besitzt, erscheint er für die Umwandlung der Rechtsform von gesetzlichen Krankenkassen insofern praktikabler, als er eine ähnliche Struktur aufweist wie eine Körperschaft des öffentlichen Rechts und auch keine Gewinne an Aktionäre ausschütten muss. Die Entscheidung bleibt hier aber letztlich der einzelnen Krankenkasse überlassen, die z. B. auch diese beiden Unternehmensformen mischen kann, indem ein VVG als Mutter von AGs agiert, die bestimmte Aufgaben im Konzern übernehmen.

(4) Die Umwandlung der gesetzlichen Krankenkassen in eine private Rechtsform eröffnet ihnen im Vergleich zum Status quo zahlreiche Handlungsoptionen zur Steigerung ihrer Effizienz, wobei jede einzelne Krankenkasse von diesen Möglichkeiten nach eigenem Ermessen Gebrauch machen kann. So stünden den Krankenkassen die Kapital-, Rückversicherungs- sowie Risikomärkte offen und sie könnten dann ihr Risikomanagement, ihren Cashflow und ihre Kapitalanlagen im Rahmen der aufsichtsrechtlichen Solvabilitätsrichtlinien optimal gestalten. Eine große Krankenkasse mag dabei auf einen Rückversicherungsvertrag verzichten, weil sie den Risikoausgleich alleine kostengünstiger bewältigen kann, für eine kleinere Krankenkasse bietet er sich dagegen als überlebenswichtige Absicherung im Wettbewerb an. Die Gründung von Eigeneinrichtungen und Tochtergesellschaften befähigt die Krankenkassen, Teilfunktionen des Betriebs auszulagern, neue Produkte und Prozesse zu entwickeln und Kooperationen mit anderen Krankenkassen einzugehen – z. B. in Bereichen der Datenverarbeitung, des Personal- und Beschaffungsmanagements, der Kapitalanlage, des Vertriebs oder des Marketings.

(5) Obgleich auch heute schon gesetzliche Krankenkassen modernste Management-Methoden effizienzsteigernd einsetzen, würde ihre Umwandlung in eine private Rechtsform u. a. folgende positive Effekte hinsichtlich der Transparenz der Rechnungslegung, des Verbraucherschutzes und der Harmonisierung der Besteuerung von gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen ermöglichen:

- Die Rechnungslegung nach dem Handelsgesetz bietet eine größere Transparenz als das kameralistische Verfahren, was auch die Erfassung und Bewertung von Unternehmensrisiken betrifft.
- Das dann anzuwendende Versicherungsvertragsgesetz beinhaltet einen hohen Standard an Verbraucherschutz und konveniert mit den in den EU-Ländern implementierten Regulierungen.
- Es fände eine – wenn auch unter Umständen spartengetrennte – Harmonisierung der Besteuerung von gesetzlichen Krankenkassen und privaten Krankenversicherungen statt.

(6) Bei einer privatrechtlichen Organisation der gesetzlichen Krankenkassen fiele die Zuständigkeit für die Solvabilitäts- und Finanzaufsicht in die Zuständigkeit der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin). Diese Harmonisierung der Aufsicht, die sich auch an den Koordinierungsrichtlinien der EU zur Schaffung eines einheitlichen Versicherungsbinnenmarktes orientiert, vermag zum einen die derzeitigen Wettbewerbsverzerrungen durch die diversen Aufsichten im GKV-Bereich zu beseitigen und stellt zum anderen einen Schritt in Richtung eines einheitlichen Krankenversicherungsmarktes dar. Während dann die Aufsicht über die Solvabilität der Krankenkassen in den Aufgabenbereich des BaFin fiele, könnte das Bundesversicherungsamt (BVA) weiterhin den öffentlich-rechtlichen Teil der GKV regeln, d. h. die Erhebung der Beiträge, die Verwaltung des Gesundheitsfonds und die Zuweisung der Mittel an die Krankenkassen auf der Grundlage des Risikostrukturausgleichs.

(7) Wie bereits angedeutet, erhielten die Krankenkassen in privatrechtlicher Organisation auch die Befugnis, selbstständig Zusatzversicherungen anzubieten, die Leistungen jenseits des Grundleistungskataloges beinhalten. Dies sollte jedoch unter strikter Spartenentrennung zum öffentlich-rechtlich fixierten Kern des Krankenversicherungsschutzes geschehen. Die Kontrolle einer solchen Spartenentrennung durch die BaFin bildet ein wesentlich effektiveres und zielorientierteres Instrument als die derzeitigen komplexen sozialversicherungsrechtlichen Regelungen, wie sie z. B. für die Wahltarife gelten. Zudem sehen sich die Versicherungsunternehmen in privater Rechtsform gezwungen, regelmäßig anhand von Unterlagen und Modellrechnungen ihre Solvenz nachzuweisen. Schließlich führt die Unterwerfung unter den Solvency-II-Prozess zu einer wesentlich wirkungsvolleren vorbeugenden Aufsicht als die für die Krankenkassen derzeit bestehenden Regelungen.

(8) Hinsichtlich einer Umwandlung der gesetzlichen Krankenkassen in eine private Rechtsform gilt es vor allem die Vorgaben des Grundgesetzes zu beachten. Das Recht zur Sozialversicherung unterliegt gemäß Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG der konkurrierenden Gesetzgebung. Danach besitzt der Bund das Recht zur Gesetzgebung, solange und soweit es die Sozialversicherung im Sinne des Grundgesetzes betrifft. Zu den Wesensmerkmalen der Sozialversicherung zählt nach verschiedenen Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts die staatliche Organisation. Eine Auslagerung der Aufgabe Krankenversicherung auf die private Wirtschaft könnte sich daher nicht auf das Grundgesetz stützen. Es entstünde auch ein Konflikt mit Art. 87 Abs. 2 GG, der von den Sozialversicherungsträgern als »Körperschaften des öffentlichen Rechts« spricht, was eine materielle Privatisierung der Aufgabe Krankenversicherung nicht zulässt. Zudem ergeben sich Mindestanforderungen an eine soziale Krankenversicherung aus dem Sozialstaatsprinzip und der staatlichen Schutzpflicht für das Leben und die körperliche Unversehrtheit der Bürger nach Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG. Bei der Wahrnehmung dieser Zielbestimmung kommt dem Staat zwar ein weiterer Gestaltungsspielraum zu, er darf sich hier jedoch nicht völlig zurückziehen und diese Aufgabe privaten Akteuren überlassen. Eine materielle Privatisierung der GKV erscheint daher als nur schwer mit dem Grundgesetz in Einklang zu bringen. Hierzu würde es umfangreicher flankierender gesetzlicher Regelungen bedürfen, die in diesem Segment die privaten Aktivitäten steuern und lenken.

(9) Es erscheint daher aus Sicht der Gutachter aussichtsreicher, die privatrechtliche Organisationsform der Krankenkassen mit Hilfe des Instruments der Beleihung zu implementieren. Der Belehene bleibt von seinem Status her Privater, erhält aber die Kompetenz zur selbstständigen Wahrnehmung bestimmter hoheitlicher Aufgaben übertragen und wird in diesem Umfang selbst zum Verwaltungsträger. Der Staat kann sich durch die Beleihung die Mittel und Möglichkeiten privater Wirtschaftsunternehmen nutzbar machen, ohne die Aufgabe vollständig auf Private zu übertragen. Die staatliche Organisation der GKV bleibt bestehen, der Staat setzt lediglich zur Aufgabenwahrnehmung Private ein, die in diesem Bereich zur mittelbaren Staatsverwaltung gehören. Die Organisationsform der Beleihung Privater unterscheidet sich insofern nur unwesentlich von einer Körperschaft des öffentlichen

Rechts, als auch hier das Versicherungsvermögen gegenüber den Staatsfinanzen verselbstständigt ist und je nach Rechtsform ein ebenso hohes Maß an Mitbestimmung der Versicherten und Selbstverwaltung des Trägers besteht. Nach dem hier vertretenen weiten Körperschaftsbegriff ist auch ein Beliehener als Körperschaft im Sinne des § 87 Abs. 2 GG anzusehen. Eine derartige Beleihung privater Versicherungsunternehmen steht daher mit den Vorgaben des Grundgesetzes zur Sozialversicherung in Einklang.

(10) Neben den Vorgaben des Grundgesetzes gilt es auch die Folgen zu berücksichtigen, die eine derartige Umwandlung der Krankenkassen im Hinblick auf andere Rechtsbereiche mit sich bringt. So stellt sich u. a. die Frage nach einer Absicherung gegenüber Insolvenz sowie nach einer Optimierung und gegebenenfalls Ausweitung der Finanzaufsicht. In diesem Kontext erscheint es geboten, die Vorschriften zur Insolvenz und zur Aufsicht stärker zu verzahnen, um eine drohende Insolvenz früher zu erkennen und zu verhindern. Im Blick bleiben muss ebenfalls die Rechtsprechung des EuGH zur Unternehmenseigenschaft der Krankenkassen im Sinne des europäischen Kartellrechts. Das Gericht hat einige typologische Merkmale aufgestellt, bei deren Vorliegen eine Körperschaft nicht als Unternehmen agiert und damit nicht dem Kartellrecht unterliegt, sofern sie rein soziale Aufgaben wahrnimmt. Derzeit erfüllen aus Sicht des EuGH die gesetzlichen Krankenkassen diese Kriterien. Es bleibt zu prüfen, ob sich hieran durch eine stärkere Akzentuierung privatversicherungsrechtlicher Elemente etwas ändert. Allein die Organisationsform, öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich, ist hierfür aber nicht ausschlaggebend, da der EuGH den Unternehmensbegriff nicht institutionell, sondern funktional versteht.

(11) Gesetzliche Krankenkassen nehmen als Körperschaften des öffentlichen Rechts und Träger der Sozialversicherung in ihrem Kernbereich hoheitliche Aufgaben wahr und stellen insofern keine Steuersubjekte dar. Sie bleiben daher derzeit sowohl von den Ertragsteuern, d. h. der Körperschaft- und Gewerbesteuer, als auch von den indirekten Steuern, d. h. der Umsatz- und Versicherungssteuer, befreit. Lediglich ihre Betriebe gewerblicher Art (BgA) unterliegen uneingeschränkt der Körperschaftsteuer, was u. a. wegen deren Wettbewerbsrelevanz für die Vermittlung privater Zusatzversicherungen gilt. Sofern BgA zusätzlich noch Gewinnerzielungsabsichten aufweisen, gelten sie auch als gewerbesteuerpflichtiger Betrieb. In ähnlicher Weise sind Krankenkassen nur im Rahmen ihrer BgA umsatzsteuerpflichtig. Es kommt hier entscheidend darauf an, ob die Krankenkassen im speziellen Fall unter den gleichen Bedingungen wie private Wirtschaftsteilnehmer agieren und/oder ob aus einer Umsatzsteuerbefreiung Wettbewerbsverzerrungen drohen. Versicherungssteuer müssen weder Krankenkassen noch private Krankenversicherungen entrichten.

(12) Die Untersuchung der steuerlichen Folgen eines Wechsels der gesetzlichen Krankenkassen in eine privatrechtliche Organisationsform geht von der Zielsetzung des Gutachtens aus, dass das öffentliche GKV-System einer umlagefinanzierten Grundsicherung weiterhin erhalten und vom kapitalgedeckten System der Voll- und Zusatzversicherung organisatorisch und ökonomisch getrennt bleibt. Da Krankenversicherungsunternehmen in privater Rechtsform grundsätzlich der Körperschaftsteuer unterliegen, setzt eine allgemeine Steuerbefreiung voraus, dass sie gemeinnützigen Zwecken dienen. Ob die notwendigen Bedingungen hierzu vorliegen, erscheint je nach Auslegung der Tatbestandsmerkmale des Gemeinnützigkeitsrechts unsicher, so dass die steuerliche Behandlung hier risikobehaftet bliebe. Die Lösung bestünde in der Aufnahme einer expliziten Steuerbefreiung der Tätigkeit von Krankenkassen in den Katalog des § 5 KStG. Einer ähnlichen gesetzlichen Modifikation bedarf es auch bei der Gewerbesteuer. Umsatzsteuerrechtlich führt der Wechsel der Rechtsform zwar zur Unternehmenseigenschaft der Krankenkassen, die Umsätze untereinander sowie an Versicherte bleiben jedoch steuerfrei. Die ertragsteuerliche Behandlung von Umwandlungen, z. B. die Aufdeckung etwaiger stiller Reserven, würde ebenso keine relevanten Probleme aufwerfen.

5. Fazit und Ausblick

Das vorgestellte Reformkonzept einer privatrechtlichen Organisation der gesetzlichen Krankenkassen stellt die bestehenden Elemente des Sozialstaats- und Solidarprinzips sowie die derzeitigen distributiven Effekte auf der Einnahmen- und Leistungsseite der GKV nicht infrage. Es führt vielmehr auf den beiden separierten Teilmärkten zu einer eindeutigen Abgrenzung zwischen einem definierten Grundleistungskatalog nach bedarfsgerechten Kriterien im GKV-Bereich und Zusatzversicherungen mit Wahlleistungen im privaten (Teil-) Markt. Da die gesetzlichen Krankenkassen auch auf diesem Markt unter den gleichen Rahmenbedingungen wie die privaten Krankenversicherungen als Anbieter auftreten können, erübrigen sich z. B. Wahltarife.

Eine privatrechtliche Organisation der Krankenkassen erweitert ihr heute begrenztes Spektrum von Gestaltungsmöglichkeiten und eröffnet ihnen u. a. die Option, die Kapital-, Rückversicherungs- und Risikomärkte in Anspruch zu nehmen sowie Eigeneinrichtungen und Tochtergesellschaften zu gründen. Diese Umwandlung ginge auch mit einer Verbesserung der Transparenz der Rechnungslegung, des Verbraucherschutzes sowie einer Vereinheitlichung der Besteuerung von gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen einher. Die Harmonisierung der Aufsicht würde die derzeitigen Wettbewerbsverzerrungen durch die diversen Kontrollorgane im GKV-Bereich beseitigen und die Solvabilität der Krankenkassen wirkungsvoller sichern. Diese Veränderungen befähigen die Krankenkassen, eine effizientere und effektivere Gesundheitsversorgung zu bewerkstelligen. Dies gilt umso mehr, wenn zur privatrechtlichen Organisation der Krankenkassen noch eine modifizierte, wettbewerbslichere Rahmenordnung im Verhältnis zu den Leistungserbringern tritt.

Die Öffnung der beiden separierten Teilmärkte für gesetzliche und private Krankenversicherungen verspricht eine Intensivierung des Wettbewerbs – insbesondere im privaten (Teil-)Markt – und ermöglicht ein Angebot von Voll- und Zusatzversicherungen »aus einer Hand«. Da das Gutachten weiterhin von der Existenz zweier separierter Krankenversicherungssysteme ausgeht, bleiben die eingeschränkten Wahlmöglichkeiten vieler Versicherten und die Selektionsprobleme an der Schnittstelle der beiden Krankenversicherungsmärkte zwar bestehen, diese Einschränkungen verzerren nun aber nicht mehr den Wettbewerb zwischen gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen, denn diese können den entsprechenden Versicherungsschutz unter gleichen Rahmenbedingungen auf beiden Teilmärkten anbieten. Unbeschadet der immer noch verbleibenden beiden Teilmärkte stellt das Reformkonzept über eine Harmonisierung der Rechtsform, der Aufsicht und der Besteuerung von gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen einen Schritt in Richtung eines einheitlichen Krankenversicherungsmarktes dar. Darüber hinaus besitzt es den Vorzug, alle darüber hinausgehenden Modelle, z. B. hinsichtlich des Versichertenkreises und/oder der Finanzierungsmodalitäten, als weitere Schritte zu ermöglichen.

Zusammenfassung Teil 2

Die privatrechtliche Organisation der Krankenversicherung in den Niederlanden

Geert Jan Hamilton

1. Anlass und Ziel

Zu Beginn des 21. Jahrhunderts reformierten die Niederländer ihr Gesundheitssystem. Öffentliche Vorgaben zum Erhalt sozialpolitischer Ziele, insbesondere der Solidarität, wurden mit einem privaten Wettbewerbsmodell vereint. Auch in Deutschland fand diese Reform viel Beachtung, denn beide Länder wiesen historisch bedingt starke Parallelen auf, unter anderem ein duales System von gesetzlicher und privater Krankenversicherung.

Zum 1. Januar 2006 trat – nach einem langwierigen Reformprozess, der ein Jahrhundert umfasst hatte – das *Zorgverzekeringswet* (Zvw – Krankenversicherungsgesetz) in Kraft, das den Unterschied zwischen den beiden Krankenversicherungssegmenten aufhob. Rückblickend mündete der lange Weg aus kontinuierlichen kleinen Reformen im Laufe der letzten Jahrzehnte und aus wichtigen Erfahrungen, die mit der Regulierung eines Teils des privaten Krankenversicherungsmarktes gemacht worden waren, in einer neuen Krankenversicherung, in der das Verhältnis Versicherter – Krankenversicherer auf eine privatrechtliche Basis gestellt wurde. Der neu entstandene einheitliche Krankenversicherungsmarkt wird mittlerweile von allen Beteiligten wertgeschätzt; die gesetzlichen Säulen, auf denen die niederländische Krankenversicherung ruht, sind seit 2006 nicht mehr umstritten.

In diesem Beitrag wird deshalb zuerst die Entwicklung des Systems der Krankenversicherungen in den Niederlanden vor der Reform von 2006 erläutert. Besonderes Augenmerk wird hierbei auf die Bestimmungen gelenkt, die in der Startphase nach Zustandekommen des Krankenversicherungssystems 1941 von besonderer Bedeutung waren. Anschließend werden die Hauptinhalte und Zielsetzungen des neuen Systems erklärt, wobei auch der Lösung europarechtlicher Fragen Aufmerksamkeit geschenkt wird. Abschließend wird ein Bild von der Einführung der neuen Krankenversicherung gezeichnet: Es werden die Erfahrungen der ersten fünf Jahre mit dem neuen System dargestellt, vor allem im Hinblick auf die Fragestellung, ob sich die Erwartungen erfüllt haben.

2. Die Krankenversicherung in den Niederlanden vor der Reform von 2006

(1) Die Absicherung des Krankheitsrisikos war in den Niederlanden bis 1941 eine rein private Angelegenheit und die Krankenkassen waren (meistens) privatrechtliche Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit. Gegen eine feste Prämie boten die Krankenkassen Sachleistungen an, die sich primär auf hausärztliche Hilfe beschränkten. Die starke Position des Hausarztes nahe am Patienten ist bis heute ein Kennzeichen des niederländischen Gesundheitswesens.

Die Krankenversicherung galt als soziale Einrichtung, vor allem für Menschen mit geringem Einkommen. Krankenkassen durften niemanden aufnehmen, der in der Lage war, die »privaten« Honorare zu bezahlen. Darüber hinaus bestand ein Kontrahierungszwang mit allen zugelassenen medizinischen Leistungserbringern.

(2) 1940 waren über 50 Prozent der Bevölkerung freiwillig krankenversichert. Während des Zweiten Weltkrieges wurde im Rahmen des *Ziekenfondsenbesluit* (Krankenversicherungsbeschlusses) von 1941 die niederländische Krankenversicherung zu einer Pflichtversicherung umgestaltet, und zwar für Arbeitnehmer mit einem Lohn unterhalb der Einkommensbemessungsgrenze. Die Krankenkassen behielten ihren privatrechtlichen

Charakter, mussten aber, um die Pflichtversicherung anbieten zu können, durch die Regierung zugelassen werden. Personen, die nicht zum Kreis der Pflichtversicherten zählten, durften freiwillig versichert werden. Neben der Pflicht- und der freiwilligen Krankenversicherung entstand in den 50er Jahren zusätzlich die Krankenversicherung der Rentner. Erst unter dem *Ziekenfondswet* (Krankenkassengesetz) in den 60er Jahren bekam das Versicherungsverhältnis den Charakter einer Versicherung von Rechts wegen. Aber anders als in Deutschland erlangten die Krankenkassen niemals die Rechtsform einer öffentlich-rechtlichen Institution. Sie blieben private Rechtspersonen (Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit).

Steigende Gesundheitskosten führten dazu, dass sich auch immer mehr Besserverdienende gegen Krankheitskosten in privaten Krankenversicherungsgesellschaften versicherten, die in den 50er Jahren von gesetzlichen Krankenkassen gegründet wurden, aber bald eigenständig agierten. So entstand neben dem öffentlichen ein privates Krankenversicherungssegment. Auch für Beamte galt eine besondere öffentlich-rechtliche Regelung.

1968 trat das Allgemeine Gesetz zu besonderen Krankheitskosten (*Algemene Wet Bijzonder Ziektekostenverzekering – AWBZ*) in Kraft. Dieses Gesetz umfasste eine allgemeine Pflichtversicherung für alle Einwohner der Niederlande gegen schwerwiegende medizinische Risiken, die für den Einzelnen als nicht versicherbar galten (»Pflegeversicherung«).

(3) In seiner *Strukturnota* aus dem Jahr 1974 befürwortete Staatssekretär Hendriks zum ersten Mal eine allgemeine Volksversicherung für alle notwendigen Versorgungskosten. Ein entsprechender Gesetzesentwurf für die Volksversicherung kam aber niemals zustande. 1984 entstand ein Planungsgesetz, das Gesetz über Einrichtungen im Gesundheitswesen. Dieses hatte aber nur sehr begrenzte Wirkung und wurde später aufgehoben. Ein Planungsgesetz für Krankenhäuser aus dem Jahr 1971 blieb bis 2006 in Kraft. Ein Vergütungsgesetz kam hinzu. Dieses Gesetz über die Gebührensätze im Gesundheitswesen wurde 1982 aktiviert und blieb bis 2006 in Kraft.

Rückblickend kann die Bedeutung dieses Vergütungsgesetzes für die Konvergenz der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherungen nicht hoch genug eingeschätzt werden.

Bis 1982 verhandelten die Organisationen der gesetzlichen Krankenkassen mit den Organisationen der Leistungserbringer die Vergütung für vereinbarte Leistungen auf nationale Ebene. Für private Leistungen konnten Leistungserbringer, sofern die Regierung auf Basis der allgemeinen Preisregelungen nicht einschritt, ihre Preise durchgängig selbst festsetzen. Die Vergütung für Privatversicherte war wesentlich höher als die der gesetzlichen Krankenkassen. Dadurch entstand der Eindruck, dass Privatpatienten besser behandelt würden als Krankenkassenpatienten und dass es qualitativ zwei Klassen in der gesundheitlichen Versorgung gäbe. Leistungserbringer hatten ein großes Interesse daran, so viele private Patienten wie möglich in ihrer Praxis zu behandeln. Das Vergütungsgesetz im Gesundheitswesen schuf nun für private Krankenversicherungsunternehmen die Möglichkeit, mit den Organisationen der Leistungserbringer Preise zu verhandeln. Ein öffentlich-rechtliches Organ, nämlich das *Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg* (COTG), musste alle Absprachen genehmigen und konnte, falls gesetzliche und private Krankenversicherer sich nicht mit den Leistungserbringern einigten, selbst Preise festlegen. Dieses COTG nutzte in Übereinstimmung mit der Zielsetzung des Gesetzgebers seine Befugnisse, um die gesetzlichen und privaten Vergütungen nach und nach zu harmonisieren. Und auch die Hausarztversorgung unterlag dem Einfluss des Vergütungsgesetzes.

(4) 1986 beschloss der Gesetzgeber, die freiwillige gesetzliche Krankenversicherung abzuschaffen, um die zunehmende Risikoselektion von jungen und gesunden Versicherten zu verhindern. Seitdem sind alle gesetzlichen Krankenkassen reine Pflichtversicherungen. Versicherte der Krankenversicherung der Rentner und ein Teil der freiwillig Krankenversicherten wurden kraft Gesetzes pflichtversichert, der andere Teil der freiwillig Krankenversicherten musste sich privat versichern. Die Privatversicherer erhielten zwar mehr

potenzielle Kunden, unterlagen jetzt aber auch neuen gesetzlichen Regulierungen. Das Gesetz über den Zugang zur Krankenversicherung (*Wet op Toegang Ziektekostenverzekeringen – WTZ*) verpflichtete private Krankenversicherer, neben den eigenen Tarifen auch einen sogenannten Standardtarif anzubieten.

(5) In den 80er Jahren wuchs in der niederländischen Bevölkerung der Widerstand gegen eine Überregulierung des gesellschaftlichen Lebens durch die Regierung. Die Wirtschaftskrise zu Beginn der 80er Jahre führte dazu, dass Eigeninitiative und freie unternehmerische Entscheidungen mit möglichst wenig staatlicher Restriktion als Werte wieder eine größere Bedeutung gewannen. Auch im Gesundheitswesen wuchs der Widerstand gegen die zunehmend zentrale Steuerung durch die Regierung in Form der zentralen Planung des Leistungsangebots und der staatlichen Festlegung der Vergütung. Auf Grundlage des Berichts der Dekker Kommission wurden von den Staatssekretären Dees und Simons in den Jahren 1987 bis 1993 Gesetzesentwürfe ausgearbeitet, die zu einer neuen Krankenversicherung führen sollten. Doch die letztendlich vorgelegten Pläne wurden nicht umgesetzt: Der Widerstand aller Beteiligten war zu groß. 1993 wurden die Reformbemühungen gestoppt. Trotzdem finden sich Kernelemente der vorgeschlagenen neuen Krankenversicherung später in den Vorschlägen für die Krankenversicherung von 2006 wieder.

3. Die Reform von 2006

(1) Mit der Vorlage eines Entwurfs für ein neues Krankenversicherungsgesetz (*Zvw*) verfolgte die Regierung Balkenende das Ziel, das bestehende zersplitterte Versicherungssystem durch eine einheitliche, gerechtere Versicherungslösung für alle Einwohner der Niederlande zu ersetzen. Krankenversicherer sollten unter gleichen Bedingungen arbeiten können und die Versicherten mehr Eigenverantwortung übernehmen. Das alte System sollte einem dezentral organisierten System des regulierten Wettbewerbs weichen.

(2) Nach seinem Amtsantritt 2003 beschloss Minister Hoogervorst, die Europäische Kommission zurate zu ziehen, bevor die endgültige Wahl über die juristische Form des neuen Systems getroffen wurde. Die Regierung musste sich mit der Frage auseinandersetzen, ob die Durchführung der neuen Krankenversicherung durch private (Versicherungs-)Unternehmen, die miteinander im Wettbewerb stehen und Gewinnabsichten verfolgen dürfen, dazu führen würde, dass die Europäischen Richtlinien bezüglich Schadenversicherungsunternehmen auf die Krankenversicherungen anzuwenden wären, und wenn ja, ob diese Richtlinien mit dem neuen System vereinbar wären.

Nach Abschluss der Beratungen, die als »grünes Licht« für die privatrechtliche Variante verstanden wurden, entschied sich das Kabinett für eine privatrechtliche gesetzliche Krankenversicherung in einem staatlich vorgegebenen Ordnungsrahmen. Es war der Ansicht, dass die gewünschte Balance der Verantwortung von Regierung, Bürgern, Leistungserbringern und Krankenversicherern auf diesem Weg am besten erreicht werden könne. Das Kabinett sah eine derartige Formgebung auch deshalb als sinnvoll an, weil eine Sozialversicherung entstehen würde, in der die gewünschte Freiheit für Unternehmertum in einen festen gesetzlichen Ordnungsrahmen zur Wahrung der sozialen Ziele eingebettet wäre. Auf diese Weise könnten die soziale Tradition der Krankenkassen und die Markttradition der privaten Versicherung zusammengeführt werden.

(3) Kernelemente des *Zorgverzekeringswets* von 2006 sind

- die allgemeine Versicherungspflicht,
- ein Standardpaket notwendiger Leistungen,
- die Ausführung durch national tätige private Versicherungsunternehmen, Kontrahierungszwang und Sicherstellungsauftrag,

- eine nominale Prämie (2006: 1.050 Euro p. a.), ein einkommensabhängiger Beitrag (2006: 6,5 Prozent bis 30.000 Euro) und ein Steuerzuschuss für Kinder,
- ein Risikostrukturausgleich,
- ein Schadenfreiheitsrabatt zur Stärkung der Eigenverantwortung (2006: 255 Euro),
- ein Prämienzuschuss bei finanzieller Überforderung sowie
- eine einheitliche Aufsicht und Wettbewerbskontrolle für alle Krankenversicherer.

4. Die Einführung der neuen Krankenversicherung und Entwicklungen seit 2006

(1) Der wichtigste Gewinn durch das Krankenversicherungssystem ist, dass die Unterscheidung zwischen einer Versicherungspflicht für einen Teil der Bevölkerung und Versicherungsfreiheit für einen anderen Teil aufgehoben ist. Für alle Einwohner gilt dieselbe Pflicht, sich gegen Krankheitskosten zu versichern. Dabei haben die Versicherungspflichtigen beträchtliche Wahlmöglichkeiten zwischen Versicherungsgesellschaften und Versicherungstarifen auf Basis eines gesetzlichen vorgeschriebenen Basisleistungspakets. Das Prämiensystem besitzt ein höheres Niveau an »Solidarität« als jemals zuvor in der Geschichte der niederländischen Krankenversicherung. Während es früher beachtliche Prämienunterschiede zwischen Personen mit einem vergleichbaren Einkommen geben konnte, wird jetzt für alle Bürger die Gesamtprämienlast durch eine einkommensabhängige Komponente, eine nominale Komponente und einen eventuellen einkommensabhängigen Prämienzuschuss bestimmt, der einen Ausgleich bei finanzieller Überforderung schafft.

(2) Die Einführung des neuen Krankenversicherungssystems verlief trotz des hohen logistischen Aufwandes einer »Wiederversicherung« aller Niederländer relativ problemlos. Keiner Krankenkasse wurde der Antrag auf Ausführung des Schadenversicherungsbetriebs verweigert. Aufklärungskampagnen begleiteten die Reform des Versicherungssystems. Drei Millionen Menschen, also rund 20 Prozent aller Niederländer, wechselten den Versicherer. Viele Menschen, die bei ihrem Versicherer geblieben waren, änderten ihre Tarife. Im Juli 2006 waren trotzdem 99 Prozent aller Niederländer nach neuem Recht versichert, gleichzeitig sank die Zahl der Unversicherten merklich von 242.000 auf 182.000 (2011: 136.000). In den nachfolgenden Jahren wechselten jährlich 3,5 bis 5 Prozent der Menschen ihre Versicherung (2011: 5,5 Prozent). 2011 sind mehr als zwei Drittel aller Versicherten in Gruppentarifen kollektiv versichert, in der Mehrheit in Arbeitgeberkollektiven.

Zum Start der Krankenversicherung war der Prämienwettbewerb so intensiv, dass verschiedene Krankenversicherer die nominale Prämie unterhalb des kostendeckenden Niveaus anboten. Dabei wurde auf Reserven zurückgegriffen. Die Solvabilitätspflichten zwangen die Versicherer in den folgenden Jahren zu einer Korrektur der Prämien (Steigerung im Jahr 2011 um 10 Prozent gegenüber 2010). Durch diese Solvabilitätspflichten ist die Finanzierungsbasis der niederländischen Krankenversicherung wesentlich gesünder als in den Ländern mit einer gesetzlichen sozialen Krankenversicherung, in der sich regelmäßig finanzielle Fehlbeträge ergeben.

(3) Nach den Wahlen trat 2007 ein neues Kabinett an, das aus den christdemokratischen Parteien CDA und CU und der sozialdemokratischen Partei PvdA bestand. Minister wurde der Christdemokrat Ab Klink. Unter seiner Verantwortung wurden in den folgenden Jahren einige Änderungen des *Zorgverzekeringswets* vorgenommen. Zum 1. Januar 2008 wurde der Schadenfreiheitsrabatt durch einen generellen Selbstbehalt von 150 Euro pro Kalenderjahr (2012: 220 Euro) ersetzt. Die Krankenversicherer stellen die Kosten des generellen Selbstbehalts den Versicherten in Rechnung. Neben dem generellen Selbstbehalt gibt es weiterhin die Wahlmöglichkeit eines freiwilligen Selbstbehalts.

2008 reichte der Minister einen Gesetzesentwurf ein, der Krankenversicherern und ihren Versicherungsnehmern die Möglichkeit bietet, das Zahlungsverhalten in Fällen, in denen die Begleichung der nominalen Krankenversicherungsprämie durch den Versicherungsnehmer nicht oder nicht mehr regelmäßig erfolgt, wieder zu verstetigen. Dieser Vorschlag wurde 2009 vom Parlament akzeptiert.

(4) Seit 2006 kam es zu beträchtlichen Fusionsaktionen unter den Krankenversicherern. 2011 sind 27 individuelle Krankenversicherer aktiv und über 10 Konzerne verteilt. Die Aktivitäten der Versicherungen werden jetzt mit wesentlich weniger Mitarbeitern ausgeführt als 2005. Der Wettbewerb beim Einkauf von Versorgungsleistungen entwickelt sich bisher allerdings noch in einem geringen Tempo.

5. Fazit und Ausblick

In den Niederlanden war das Gesundheitswesen immer eine Angelegenheit privater Parteien, wobei die Regierung einen staatlichen Rahmen setzte, um Qualität, Zugang und Finanzierbarkeit der Versorgungsleistungen zu garantieren. Es besteht jetzt wieder Konsens darüber, dass die Regierung private Parteien nicht unnötig regulieren und Innovationen nicht unnötig erschweren sollte. Die Regierung greift nicht ein, solange die Marktparteien die soziale Zielsetzung ausreichend im Blick behalten. Die Systemänderung von 2006 legt die Verantwortung für das Gesundheitswesens in die Hände der Bürger, die selbst die Regie über ihr Leben behalten möchten, in die Hände von privaten Leistungserbringern, die in direkter Verbindung mit ihren Patienten eine optimale Versorgung liefern möchten, und in die Hände von privaten Versicherungsgesellschaften, die in Bezug auf Service, Qualität und Preis im Wettbewerb stehen, aber einigen strikten sozialen Rahmenbedingungen unterliegen, die Gewinne aufgrund von Risikoselektion ausschließen.

Das niederländische Modell bietet allen europäischen Schadenversicherern, die sich in diesem Ordnungsrahmen bewegen möchten, die Möglichkeit, Krankenversicherungen laut *Zorgverzekeringswet* anzubieten und dafür Zuweisungen aus dem Krankenversicherungsfonds zu erhalten. Es können auch Krankenversicherungen den Markt betreten, die nicht dem *Zorgverzekeringswet* unterliegen. Bislang wurde diese Möglichkeiten von ausländischen Versicherern seit 2006 noch nicht genutzt. Für niederländische Krankenversicherer sollte es trotzdem vorteilhaft sein, wenn sie unter vergleichbaren sozialen Bedingungen auch die Märkte anderer EU-Mitgliedsstaaten betreten können. Wenn andere europäische Länder dem niederländischen Modell sozialer Marktregulierung folgen sollten, könnte in diesem Jahrhundert innerhalb der Europäischen Union ein interner Markt sozialer Krankenversicherungen entstehen.