

**Die niederländische  
Gesundheitsreform 2006  
aus deutscher Sicht**

## **1. Die niederländische Gesundheitsreform 2006 im Überblick**

Zum 1.1.2006 ist in den Niederlanden eine Gesundheitsreform in Kraft getreten. Für alle, die in den Niederlanden wohnen oder arbeiten, besteht eine Pflicht zum Abschluss einer so genannten Krankenkassenversicherung. Die Basisversicherung wird von allen niederländischen Krankenkassenerstellern, die alle privatrechtlich organisiert sind, angeboten. Folgende zentralen Reformmaßnahmen enthält das neue Krankenversicherungsgesetz:

- *Privatisierung der Krankenkassen:* Die Dualität aus gesetzlicher und privater Krankenversicherung ist zu Gunsten eines einheitlichen Systems mit allein privatrechtlicher Struktur inklusive möglicher Gewinnerzielung aufgegeben worden.
- *Pflicht zur Versicherung:* Für die gesamte Bevölkerung besteht eine Pflicht zur Versicherung. Jeder Bürger ist dafür verantwortlich, entsprechend der Pflicht zur Versicherung eine Basisversicherung abzuschließen. Kommen Personen ihrer Pflicht zur Versicherung nicht nach, werden Nach- und Strafzahlungen fällig.
- *Kontrahierungszwang:* Alle Krankenkassenersteller sind im Umfang der Basisversicherung zur Vertragsannahme gegenüber jedem, der im Tätigkeitsbereich eines Unternehmens wohnt, verpflichtet.
- *Finanzierung:* Die niederländische Krankenversicherung ist umlagefinanziert. Der Versicherungsbeitrag besteht aus einem einkommensabhängigen und einem einkommensunabhängigen Teil. Der einkommensabhängige Beitrag muss vom Arbeitgeber finanziert werden und beträgt einheitlich für alle Versicherten 6,5 Prozent vom Einkommen bis zu einer Bemessungsgrenze von 30.015 € jährlich. Der einkommensunabhängige Beitrag wird von den Versicherten aufgebracht und ist pauschal und unabhängig vom Alter, Geschlecht und Gesundheitszustand kalkuliert. Die Pauschale soll – über die gesamte Bevölkerung gerechnet – etwa 45 % der gesamten Beitragslast abdecken. Je nach Unternehmen liegt diese – das zeigen erste Erfahrungen – zwischen 82 und 95 € im Monat.

- *Steuertransfer*: Einkommensschwache Versicherte erhalten steuerfinanzierte Transferzahlungen, um die durch den Pauschalbeitrag entstandenen finanziellen Belastungen auszugleichen.
- *Beiträge für Kinder*: Die Beiträge für Kinder werden vollständig aus Steuermitteln finanziert.
- *Risikostrukturausgleich*: Der bereits vor 2006 für die soziale Krankenversicherung ausgestaltete morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (RSA) wird auch im neuen System praktiziert.
- *Wahlfreiheit für Versicherte*: Das Tarifangebot ist groß. Versicherte können zwischen Kostenerstattung und Sachleistung einerseits und unterschiedlich hohen Selbstbehalten andererseits wählen.
- *Wettbewerb*: Leistungsanbieter streiten im Wettbewerb um die Gunst von Krankenversicherungen und Versicherten. Im Rahmen des Sachleistungsprinzips haben die Krankenversicherungen die Möglichkeit, innerhalb der verschiedenen Versorgungsbereiche mit Leistungserbringern selektive Verträge abzuschließen.

## 2. Systemstrukturen unterscheiden sich

Im Zuge der Diskussion um eine Reform des Gesundheitssystems in Deutschland beobachten Politik und Presse zunehmend das gesundheitspolitische Geschehen in den Niederlanden. Häufig wird in diesem Zusammenhang von einem idealen Kompromissmodell für die Große Koalition – einer Synthese aus Bürgerversicherung und Gesundheitsprämie – gesprochen. Bei genauerer Betrachtung aber wird schnell deutlich, dass die niederländische Gesundheitsreform aus unterschiedlichsten Gründen kein Reformvorbild für Deutschland sein kann. Schon die Systemstrukturen vor der Reform unterschieden sich deutlich von denen in Deutschland:

- Im Gegensatz zur Situation in Deutschland dominierten im Gesundheitssystem der Niederlande schon vor der Reform 2006 private Strukturen und Rechtsformen. Häufig handelte es sich um Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit oder privatrechtliche Stiftungen, die, je

nachdem ob sie im Bereich der privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung tätig waren, unterschiedlichen Regelungen und aufsichtsrechtlichen Bestimmungen unterworfen waren.

- Anders als in Deutschland existierten im niederländischen Krankenversicherungssystem schon seit Ende der 80er Jahre vom Einkommen unabhängige Pauschalbeiträge. Diese wurden von der gesetzlichen Krankenversicherung autonom festgelegt und machten schon vor der Reform 15 % der Gesamtbeiträge aus.
- Das niederländische Krankenversicherungssystem kennt – im Gegensatz zu Deutschland – keine Honorardifferenzierung. Die Tarife für die Vergütung der Leistungserbringer sind und waren einheitlich, unabhängig davon, ob die Leistungen im Rahmen des gesetzlichen Systems oder privat erbracht wurden.
- Anstelle einer Honorardifferenzierung war in den Niederlanden ein Solidarbeitrag zwischen der privaten und gesetzlichen Krankenversicherung implementiert. Dieser sollte den höheren Anteil kostenintensiver Rentner in der gesetzlichen Krankenversicherung pauschal ausgleichen. Durch diesen neben dem kassenübergreifenden Risikostrukturausgleich existierenden Ausgleichsbeitrag waren auch die privaten Krankenversicherungen in die Solidargemeinschaft der Krankenversicherungsträger eingebunden.
- In den Niederlanden sind weder in der privaten noch in der gesetzlichen Krankenversicherung Alterungsrückstellungen gebildet worden. Damit hat die private Krankenversicherung in den Niederlanden im Gegensatz zur PKV in Deutschland schon immer auf die Bildung einer Demographieserve verzichtet.
- Im niederländischen Krankenversicherungssystem ist schon vor 2006 die Versicherungspflichtgrenze zu Gunsten einer so genannten Ausscheidungsgrenze abgeschafft worden. Beschäftigte oberhalb einer jährlichen Einkommensgrenze (2005: 33.000 €) waren zum Abschluss einer Privatversicherung verpflichtet. Anders als in Deutschland bestand damit keine Möglichkeit zur freiwilligen Versicherung in einer gesetzlichen Krankenkasse.

- Für die niederländischen Krankenkassen bestand schon seit Anfang der 90er Jahre die Möglichkeit zur selektiven Steuerung der ambulanten Versorgung. Zu diesem Zweck schließen die Krankenkassen Verträge mit Einrichtungen des Gesundheitswesens und individuell niedergelassenen Ärzten und rechnen die Leistungen direkt mit ihnen ab. Anders als in Deutschland haben damit Institutionen, die von der Aufgabenstellung her denen der Kassenärztlichen Vereinigungen entsprechen würden, mit der finanziellen Abwicklung nichts zu tun.

### **3. Politische Ausgangsbedingungen unterscheiden sich**

Neben den sehr ungleichen Systemstrukturen unterscheiden sich die politischen Ausgangsbedingungen in Deutschland grundlegend von denen in den Niederlanden. Dazu folgende Feststellungen:

- Zwischen Deutschland und den Niederlanden existieren erhebliche Traditions- und Kulturunterschiede. Die Reform- und Politikkultur der Niederlande lässt sich – anders als in Deutschland – weitestgehend als liberal charakterisieren. Eine Gesundheitsreform nach dem Vorbild der Niederlande würde in Deutschland einer Revolution entsprechen, für die Niederlande selbst stellt sie nur einen weiteren Schritt dar, der lange gesundheitspolitisch vorbereitet war.
- Ausdruck der politischen Vorbereitung der Gesundheitsreform 2006 in den Niederlanden ist unter anderem ein gesetzlicher Leistungskatalog, der sich erheblich von dem in Deutschland unterscheidet. Schon seit 1995 wird in den Niederlanden die Diskussion um eine umfassende Reduzierung des Leistungskatalogs geführt. Infolgedessen ist zum Beispiel schon weit vor dem 1.1.2006 der Zahnersatz sowie die gesamte zahnärztliche und kieferorthopädische Versorgung für Personen über 18 aus dem gesetzlichen Leistungskatalog herausgenommen worden. Eine solch umfassende Überführung eines ganzen Leistungsblocks aus der GKV in die private Verantwortung wäre für Deutschland noch undenkbar – wenngleich aus Gründen der langfristigen Finanzierbarkeit der GKV nicht minder notwendig.

- Ähnliches gilt für das Krankengeld, das in den Niederlanden nicht Bestandteil der gesetzlichen Krankenversicherung ist. Schon in den 90er Jahren wurde das Krankengeld von der niederländischen Regierung privatisiert und in die Verantwortung der Arbeitgeber gelegt.
- Ausdruck einer von Deutschland erheblich abweichenden Reform- und Politikkultur auf der einen und den Vorbedingungen vor der Gesundheitsreform auf der anderen Seite ist auch die Verbandsorganisation der niederländischen Krankenversicherer. Seit Anfang der 90er Jahre haben sich die privaten und gesetzlichen Krankenversicherer durch sehr enge Kooperationen bis hin zur Gründung eines gemeinsamen Verbandes stark angenähert. Ein Tatbestand, der in Deutschland auch im Hinblick auf die bestehende Heterogenität der gesetzlichen Kassen undenkbar wäre.

#### **4. Umsetzung in Deutschland unmöglich oder nicht denkbar**

Eine Gesundheitsreform nach niederländischem Vorbild würde in Deutschland nicht in niederländische, sondern in deutsche Systemstrukturen implementiert. Die Umsetzung im deutschen Gesundheitssystem ist demzufolge nicht denkbar oder würde sich von der in den Niederlanden wesentlich unterscheiden. Dazu im Einzelnen:

- *Mehrheitsanpassung:* Seit der niederländischen Gesundheitsreform sind alle Krankenversicherungen privatrechtlich organisiert. Der Staat verliert infolgedessen die Versicherungsaufsicht. Den Unternehmen ist die Gewinnerzielung erlaubt. Im Gegenzug sind Solvabilitätsbestimmungen verpflichtend einzuhalten. Die Krankenversicherung wird durch Vertrag geschlossen und der Rechtsschutz durch die Zivilgerichte gewährt. Anders das Szenario in Deutschland: Im Rahmen einer Gesundheitsreform würde in Deutschland eine Rechts- und Organisationsstrukturanpassung entsprechend den Ausgangsbedingungen nicht zu Gunsten privater, sondern zu Gunsten öffentlich-rechtlicher Rechtsstrukturen ausfallen (Mehrheitsanpassung). Eine Anpassung, die vom Ergebnis her die private Krankenversicherung beseitigt und damit einer Bürgerversicherung nach deutschem Verständnis gleicht.

- *Steuer- und Sozialtransfer:* Einkommensschwache erhalten einen staatlichen Zuschuss aus Steuermitteln. Dieser Steuertransfer wird im Jahr 2006 rund 2,6 Mrd. € betragen und wird nach ersten Berechnungen von etwa einem Drittel der Niederländer in Anspruch genommen werden können. Die niederländische Gesundheitsreform organisiert den Sozialausgleich damit nicht innerhalb, sondern außerhalb des Krankenversicherungssystems. Ein Steuer- und Sozialtransfer, der zur direkten Finanzierungsbeteiligung des Staates am Gesundheitssystem führt und in Deutschland rein quantitativ nicht denkbar wäre, weil allein das notwendige Finanzierungsvolumen für das CDU/CSU-Konsensmodell, das hinsichtlich der zweigeteilten Prämie aus einkommensabhängigen und einkommensunabhängigen Anteilen dem Vorbild der Niederlande am ehesten entspräche, bei über 15 Mrd. € liegen würde. Steuermittel, die im Bundeshaushalt angesichts der anhaltend angespannten Haushaltslage nicht zur Verfügung stehen.
- *Steuerfinanzierung:* Alle Krankenversicherungsbeiträge für Kinder werden in den Niederlanden aus Steuermitteln finanziert. Diese Beiträge werden etwa 5 % der gesamten Beitragslast abdecken. Das dafür notwendige Finanzierungsvolumen wird für die Niederlande auf 1,9 Mrd. € geschätzt. In Deutschland dagegen wären mindestens 14 Mrd. € notwendig. Haushaltsmittel in dieser Höhe stehen in Deutschland nicht zur Verfügung. Denn auch wenn die Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen – zu denen der beitragsfreie Versicherungsschutz für Kinder gehört – als kleinster gemeinsamer Nenner aller Gesundheitspolitiker zu bezeichnen ist, bleibt doch Fakt, dass gerade erst im Zuge der Koalitionsverhandlungen die Rückführung aller Steuerzuschüsse auf Null ab 2007 beschlossen worden ist.
- *Pflicht zur Versicherung:* In den Niederlanden besteht eine Pflicht zur Versicherung für die gesamte Bevölkerung. Durchgesetzt oder überwacht – etwa mittels direkter Anmeldung des Arbeitnehmers bei einer Krankenversicherung durch den Arbeitgeber und Vorhaltung eines großen administrativen Apparates – wird die Einhaltung der Pflicht nicht. Wer seine Prämien nicht bezahlt, kann von seiner Versicherung gekündigt werden. Der Versicherungsschutz geht entsprechend verloren. Wer längere Zeit keinen Versicherungsschutz unterhält und zu einem späteren Zeitpunkt eine neue Krankenversicherung abschließen will, der wird gegebenenfalls mit einem Bußgeld belegt, das in der Höhe einer

bis zu 5-jährigen Beitragsnachzahlung zu 130 % entsprechen kann. Anders das Szenario in Deutschland: Im Rahmen einer Gesundheitsreform würde in Deutschland entsprechend der aktuellen Ausgangsbedingungen nicht eine Pflicht zur Versicherung, sondern eine Versicherungspflicht mit allen damit einhergehenden administrativen Strukturen bevorzugt.

- *Alterungsrückstellungen:* Die niederländischen Krankenversicherungen kennen keine Alterungsrückstellungen. In der deutschen PKV gibt es dagegen Alterungsrückstellungen. Sie haben bis 2004 einen Gesamtbetrag von fast 94 Mrd. € erreicht. Bei einer Übertragung des niederländischen Modells auf Deutschland müssten alle Alterungsrückstellungen individuell auf alle Privatversicherten zurückübertragen werden. Alterungsrückstellungen haben aber einen kollektiven Charakter. Sie sind kollektiv für eine Versichertengemeinschaft kalkuliert worden. Eine individuelle Zurechnung – das haben zahlreiche Expertengruppen bestätigt – ist nicht möglich.
- *Honorardifferenzierung:* Die in Deutschland vorherrschende Honorardifferenzierung generiert einen Mehrumsatz, der – ohne dass es eines bürokratischen Aufwandes wie eines Risikostrukturausgleichs bedarf – einem Finanzausgleich entspricht. Der Mehrumsatz der Privatversicherten betrug allein im Jahr 2004 über 9,5 Mrd. €. Eine Reform nach niederländischem Vorbild würde diesen überproportionalen Beitrag zum deutschen Gesundheitswesen beseitigen.
- *Beitragsvolumen:* Der Leistungskatalog des niederländischen Gesundheitssystems hat sich mit der Reform 2006 fast nicht verändert. Im Vergleich zur GKV in Deutschland fällt er aber dennoch weit rigider aus. Gerade im Bereich des Zahnersatzes muss in der Regel der volle Betrag zugezahlt werden. Das für Deutschland pro Kopf notwendige Beitragsvolumen, das bei einer Gesundheitsreform nach niederländischem Vorbild aufzubringen wäre, würde demnach – wenn eine Überprüfung des Leistungskatalogs mit entsprechender Überführung in die private Vorsorge politisch weiter ausgeschlossen bleibt – weit über dem der Niederlande liegen. Entsprechend höher wird – wenn auch in Deutschland ein nennenswerter Anteil der Leistungsausgaben über eine Pauschale finanziert werden soll – das Beitragsvolumen sein, das über eine einkommensunabhängige Pauschale abgebildet werden muss.

## 5. Gesundheitsreform ohne Problemlösung

Auch wenn in Deutschland eine Gesundheitsreform nach niederländischem Vorbild 1:1 gelänge, blieben die eigentlichen Probleme des Gesundheitswesens erhalten:

- *Ausgabenproblem:* Eine privatrechtlich organisierte Krankenversicherung ohne Kapitaldeckung würde in Deutschland das demographiebedingte Kosten- und Ausgabenproblem verschärfen. Diesem Problem muss nicht ohne, sondern mit Alterungsrückstellungen begegnet werden. In der deutschen PKV haben die Alterungsrückstellungen bis 2004 einen Gesamtbetrag von fast 94 Mrd. € erreicht. Eine Vorsorge, die insbesondere in Deutschland notwendig ist. Während nämlich die Niederlande im Vergleich zu Deutschland über eine überproportionale Geburtenrate (NL: 12,2 Geburten je 1000 Einwohner; D: 8,7 je 1000 Einwohner) und über eine relativ junge Altersstruktur (NL: 13,6 % über 65 Jahre; D: 17,1 % über 65 Jahre) verfügt, ist der demographische Wandel in Deutschland schon weit vorangeschritten.

Der demographische Wandel wird in Deutschland unweigerlich zu einer Beitragsdynamik führen. Das gilt für den Status Quo genauso wie für eine Gesundheitsreform nach niederländischem Modell. Berechnungen für das CDU/CSU-Modell, das hinsichtlich der zweigeteilten Prämie aus einkommensabhängigen und einkommensunabhängigen Anteilen dem Vorbild der Niederlande am ehesten entspräche, haben gezeigt, dass im Jahr 2050 die persönliche Gesundheitsprämie nicht mehr 109 €, sondern 947 € betragen würde. Das entspricht einem jährlichen, weit über der zu erwartenden Inflationsrate liegenden, Anstieg von 4,8 %. Weit über 3/4 aller deutschen Haushalte hätten dann Anspruch auf einen Steuerzuschuss. Eine Prognose, die aufzeigt, dass die eingeplanten staatlichen Zuschüsse für sozial schlechter gestellte Versicherte sehr schnell an die Grenzen der Finanzierbarkeit stoßen würden.

- *Arbeitgeberbelastung:* Die niederländische Gesundheitsreform schreibt mit einer Erhöhung der einkommensunabhängigen Pauschale die Entwicklung zur Entkopplung der Krankenversicherungsbeiträge vom Faktor Arbeit fort. Nach wie vor allerdings müssen die Arbeitgeber einen einkommensabhängigen Versicherungsbeitrag in Höhe von 6,5 % finanzieren. Bei nahezu identischer Beitragsbemessungsgrenze ein

prozentualer Beitragssatz, der unter dem vor der Gesundheitsreform (2005: 6,75 %) liegt. Dennoch wächst die Belastung der Arbeitgeber nicht unerheblich. Warum?

Die Arbeitgeber müssen den einkommensabhängigen Versicherungsbeitrag finanzieren. Diese Beiträge werden – über die gesamte Bevölkerung gerechnet – etwa 50 % der gesamten Beitragslast abdecken. Im Vergleich zum Vorjahr eine Mehrbelastung, weil die Arbeitgeber ab 2006 nicht nur für die vormals sozial Krankenversicherten, sondern von nun an auch für alle schon 2005 privat Versicherten einen Arbeitgeberbeitrag leisten müssen. Eben dieser war für Privatversicherte vor 2006 als Prämienzuschuss in der Praxis zwar üblich, für den Arbeitgeber aber nicht verpflichtend. Insgesamt ergeben sich aus dieser neuen Gesetzeslage für die Arbeitgeber – laut Auskunft des Niederländischen Ministeriums für Gesundheit und Sport – Zusatzbelastungen von über 1 Mrd. €. Ähnliches gilt für die Selbständigen. Auch wenn diese neben der einkommensunabhängigen Versicherungspauschale nur eine ermäßigte einkommensabhängige Prämie (4,4 %) zahlen müssen, fällt deren Belastung im Vergleich zum Vorjahr höher aus.

Für Deutschland würde das heißen: Mit einer Reform nach niederländischem Vorbild würden sowohl die Arbeitgeber als auch die Selbständigen absolut höher belastet. Das politische Ziel, die Arbeitgeberbelastung zu senken, die Wettbewerbsfähigkeit zu stärken und den Mittelstand zu fördern, würde von Anfang an aus den Augen verloren.

- *Solidarität und Gerechtigkeit:* Ziel einer Gesundheitsreform ist die Verbesserung von Solidarität und Gerechtigkeit. Eben dieses Ziel würde bei einer Reform nach dem niederländischen Modell verletzt. Denn trotz eines einheitlichen Versicherungsschutzes implementiert die niederländische Gesundheitsreform die Möglichkeit zur Tariffdifferenzierung. Insgesamt sind 58 Tarife denkbar. Neben wählbaren Selbstbehalten bis zu 500 € haben Versicherte ab 18 Jahren, die in einem Kalenderjahr keine oder nur wenige medizinische Leistungen in Anspruch nehmen, einen Anspruch auf Beitragsrückerstattungen, die einen festgesetzten Höchstbeitrag (2006: 255 €) nicht übersteigen. Diese originär privatrechtlichen Elemente führen bei nicht risikoäquivalenten Beiträgen zur Risikoselektion. Ausschließlich relativ gesunde und junge Menschen

werden von diesem Angebot Gebrauch machen. Sie können in nicht unerheblicher Höhe profitieren. Über die prämienreduzierende Wirkung eines jährlichen Selbstbehalts hinaus wäre – ausgehend von einem Tarif mit einem Selbstbehalt von 500 € – ohne Inanspruchnahme von Leistungen gegenüber einer monatlichen Ausgangspauschale in Höhe von 90 € eine Ersparnis von fast 70 % möglich. Die Differenz zahlen dann Alte und Kranke.

## **6. Zusammenfassung und Schlussfolgerung**

Die niederländische Gesundheitsreform kann kein Vorbild für Deutschland sein. Sie reformiert ausschließlich die Finanzierung der Krankenversicherung und löst – unter anderem weil die demographische Entwicklung nicht berücksichtigt ist – keine Probleme auf der Ausgabenseite. Analoges gilt für die in Deutschland diskutierte Bürgerversicherung, wenngleich diese von der niederländischen Reform deutlich abweicht. Denn beim neuen niederländischen System handelt es sich der Reformtradition und Politikkultur folgend um eine weitgehend liberalisierte Gesundheitsversorgung mit starken privatrechtlichen Elementen, die in hohem Maß die Eigenverantwortlichkeit stärkt und in hohem Umfang Wettbewerbselemente – insbesondere auf dem Leistungsmarkt – nutzen will.

Als Ausdruck der liberalen Reformlinie in den Niederlanden ist auch die vollständige Öffnung des Krankenversicherungsmarktes zu bewerten. Das niederländische System eröffnet damit interessante Perspektiven. Die Niederlande ist das erste europäische Land, das allen ausländischen Versicherern den freien Zugang auch zum Krankengrundversorgungsmarkt erlaubt. Eine Gewährleistung, die in Deutschland – gerade in Anbetracht der schon für alle deutschen Kassen geltenden Öffnungs-, Errichtungs- und Schließungsrestriktionen – nicht denkbar wäre.

Als Fazit bleibt damit festzustellen: Der Vergleich zum deutschen Gesundheitssystem einerseits und zur deutschen Reformdiskussion zwischen Bürgerversicherung und Gesundheitsprämie andererseits verbietet sich. Auf den ersten Blick vermag zwar der Tatbestand, dass in den Niederlanden die Dualität aus gesetzlicher und privater Krankenversicherung aufgegeben worden ist und eine zweigeteilte Prämie existiert, an ein Kompromissmodell für die Große Koalition erinnern, letztendlich aber besteht

am ehesten eine Nähe zu den Vorstellungen der FDP. Diese hat eine *Private Krankenversicherung mit sozialer Absicherung für alle* vorgeschlagen. Analog zum niederländischen Gesundheitssystem sieht dieser Vorschlag neben der Privatisierung aller Krankenkassen vor, dass jedes Unternehmen mit Kontrahierungszwang einen nicht risikoäquivalent kalkulierten Basispauschaltarif, der sich auf einen um Zahnleistungen und Krankengeld reduzierten Leistungskatalog bezieht, anbieten muss. Sozialtransfers stellen dabei sicher, dass jeder Bürger seiner Pflicht zur Versicherung nachkommen kann. Deutlichster Unterschied ist das Fehlen von Altersrückstellungen. Die niederländische Gesundheitsreform verzichtet ihrer Tradition folgend auf Kapitaldeckung. Ein Tatbestand, der in den Niederlanden nicht schwer wiegt. Angesichts der relativ hohen Geburtenrate in den Niederlanden ist auch hier die Bedarfssituation beider Länder nicht miteinander zu vergleichen.

**Ansprechpartner:**

Dr. Frank Schulze Ehring  
Verband der privaten Krankenversicherung  
Gesundheits- und Sozialpolitik  
Tel.: 0221/37662-58  
Email: Frank.Schulze-Ehring@pkv.de



Bayenthalgürtel 26  
50968 Köln

Telefon (0221) 3 76 62-16  
Telefax (0221) 3 76 62-46  
E-Mail: presse@pkv.de

Geschäftsstelle Berlin  
Leipziger Straße 104  
10117 Berlin

Telefon (030) 20 45 89-23  
Telefax (030) 20 45 89-31