

Boss, Alfred

Book Part — Published Version

Zur geplanten Reform des Gesundheitswesens

Provided in Cooperation with:

Kiel Institute for the World Economy – Leibniz Center for Research on Global Economic Challenges

Suggested Citation: Boss, Alfred (2006) : Zur geplanten Reform des Gesundheitswesens, In: Weltkonjunktur und deutsche Konjunktur im Herbst 2006, Institut für Weltwirtschaft (IfW), Kiel, pp. 63-69

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/3895>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

Zur geplanten Reform des Gesundheitswesens

Alfred Boss

Zusammenfassung:

Die Bundesregierung beabsichtigt, die gesetzlichen Regelungen, die die Versicherung des Krankheitsrisikos und das Angebot von und die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen betreffen, zu ändern. Der Reformplan beinhaltet Elemente, die den Wettbewerb zwischen den Anbietern von Versicherungsleistungen stärken würden. Er schließt aber auch Maßnahmen ein, die nicht zu einer marktwirtschaftlich orientierten Reform passen; insbesondere erscheint es kontraproduktiv, einen so genannten Gesundheitsfonds zu errichten. Die Reformabsichten, die sich auf das Angebot von Gesundheitsleistungen beziehen, sind ebenfalls nur teilweise positiv zu bewerten. Der Reformplan insgesamt basiert nicht auf einem konsistenten Gesamtkonzept.

Einleitung

Die Bundesregierung plant, das Gesundheitswesen zu reformieren. „Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006“ sind im Juli 2006 beschlossen worden (BMG 2006a). Als Termin ist der 1. April 2007 vorgesehen, allerdings sollen Teile des Reformpakets erst im Jahr 2008 in Kraft treten.

Im Folgenden werden einige Reformabsichten (vgl. hierzu auch BMG 2006b und BMG 2006c) skizziert und bewertet. Sie betreffen die Art und Weise, in der Versicherungsleistungen bei privaten Versicherungen oder bei der gesetzlichen Krankenversicherung gekauft bzw. von diesen verkauft werden können, also den Wettbewerb der Anbieter von Versicherungen. Sie betreffen auch die Vertragsbeziehungen zwischen Versicherungen einerseits und Krankenhäusern sowie niedergelassenen Ärzten andererseits. Schließlich soll es Änderungen bei der Arbeitsteilung zwischen Krankenhäusern, im Krankenhaus angestellten Ärzten und niedergelassenen Ärzten sowie bei der Festlegung der Preise für Arzneimittel und Gesundheitsleistungen der Krankenhäuser und Ärzte geben.¹

Zuvor soll die Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung skizziert werden. Die Erwartung, dass der Beitragssatz im Jahr 2007 und – bei gegebenen institutionellen Regelungen – auch danach steigen wird, ist ein wichtiger Grund für die Reformpläne.

Zur Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung

In den Jahren 2004 und 2005 hat die gesetzliche Krankenversicherung – auch infolge von Reformen im Jahr 2004 (vgl. hierzu Deutsche Bundesbank 2004) – beträchtliche Überschüsse verzeichnet. Sie wird auch im Jahr 2006 einen

¹ Zu einer Übersicht über die Leistungsbeziehungen zwischen Patient, Versicherung, Arzt und Krankenhaus vgl. Wissenschaftlicher Beirat (2006: 4).

Überschuss erzielen. Er wird aber – trotz eines erhöhten Zuschusses des Bundes – geringer ausfallen als in den Vorjahren (Tabelle 1). Die sozialen Sachleistungen, zu denen z.B. die Ausgaben für ärztliche und zahnärztliche Behandlung, für Arzneimittel und für die Behandlung im Krankenhaus zählen, nehmen nämlich im Jahr 2006 wie im Vorjahr kräftig zu. Die Beiträge, die die Beschäftigten, die Rentner und der Staat für Empfänger bestimmter Sozialleistungen (z.B. des Arbeitslosengeldes) zahlen, steigen dagegen trotz der guten Konjunktur nur wenig.

Tabelle 1:

Einnahmen und Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung^a 2003–2007 (Mrd. Euro)

	2003	2004	2005	2006 ^b	2007 ^b
Tatsächliche Sozialbeiträge	138,0	140,1	140,2	141,6	147,7
Unterstellte Sozialbeiträge	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6
Empfangene Transfers vom Staat	2,3	3,2	4,6	6,5	3,8
Sonstige Einnahmen	1,0	1,1	1,0	1,0	1,0
Einnahmen insgesamt	142,0	145,0	146,4	149,7	153,1
Monetäre Sozialleistungen ^c	9,1	8,1	7,6	7,6	7,7
Soziale Sachleistungen	127,4	123,3	127,5	131,5	135,7
Sonstige Ausgaben ^d	8,9	8,7	9,1	9,3	9,5
Ausgaben insgesamt	145,3	140,1	144,2	148,4	152,9
Finanzierungssaldo	-3,3	4,9	2,2	1,3	0,2

^aAbgrenzung der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen. — ^bPrognose. — ^cZ.B. Krankengeld. — ^dZ.B. Löhne der Beschäftigten, Verwaltungsaufwand.

Quelle: Statistisches Bundesamt, interne Arbeitsunterlage; eigene Berechnungen; eigene Prognose.

Im Jahr 2007 wird der Zuschuss des Bundes an die gesetzliche Krankenversicherung von 4,2 Mrd. Euro auf 1,7 Mrd. Euro verringert. Dies trägt dazu bei, dass die Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung bei unveränderten Beitragssätzen – trotz der Zunahme der Beschäftigung sowie des verstärkten Lohnanstiegs (Boss et al. 2006) und trotz einzelner Einsparmaßnahmen (z.B. bei den Arzneimittelkäufen) – nicht zur Finanzierung der Ausgaben ausreichen würden. Der durchschnittliche Beitragssatz wird wohl so stark angehoben werden, dass

er im Jahresdurchschnitt 2007 um 0,4 Prozentpunkte höher sein wird als im Jahr 2006 (14,25 Prozent).

Zu den Reformabsichten

Wettbewerb auf den Versicherungsmärkten

Die weit überwiegende Mehrheit der Bevölkerung Deutschlands (gut 85 Prozent) ist zwangsversichert in der gesetzlichen Krankenversicherung; die Versicherten können aber (seit 1996) eine Kasse frei wählen.

Der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist zu rund 95 Prozent gesetzlich vorgeschrieben. Die Kassen können daher praktisch nur über die Beitragssätze, nicht aber mit unterschiedlichen Leistungsangeboten um die Versicherten konkurrieren (Wissenschaftlicher Beirat 2006). Für die gesetzlichen Kassen besteht Kontrahierungszwang; auch unterliegen sie dem Diskriminierungsverbot, sie dürfen also den Beitrag nicht nach dem Risiko, das ein Versicherter darstellt, differenzieren.

Es gibt (seit 1994) einen so genannten Risikostrukturausgleich (RSA). Er soll die finanziellen Folgen korrigieren, die bei freier Kassenwahl daraus resultieren können, dass sich „gute“ und „schlechte“ Risiken ungleichmäßig auf die einzelnen Kassen verteilen, und den Kassen den Anreiz nehmen, Versicherte im Hinblick auf ihren Gesundheitszustand auszuwählen.² Formal besteht der RSA darin, dass der „Beitragsbedarf“ und die „Finanzkraft“ einer Krankenkasse durch Transfers zwischen den Kassen angeglichen werden; „finanzkräftige“ Kassen zahlen Transfers an die „finanzschwachen“. Allerdings sind nicht alle Ausgabenkategorien in den RSA einbezogen; die Ver-

² Eine Risikoselektion wird auch durch den Kontrahierungszwang zu verhindern versucht.

waltungsausgaben und die Ausgaben z.B. für Kuren bleiben unberücksichtigt.³

Der „Beitragsbedarf“ einer Kasse ergibt sich als Summe der mit den kassenspezifischen Besetzungszahlen gewogenen „standardisierten“ Leistungsausgaben je Risikoklasse (vgl. hierzu Deutsche Bundesbank 2004 sowie Sachverständigenrat 2001: Ziffer 261). Dabei wird die „Morbidity“ indirekt im Wesentlichen über die Merkmale Geschlecht und Alter sowie danach bestimmt, ob Invalidität mit einem Anspruch auf eine Erwerbsminderungsrente vorliegt oder nicht. Die „Finanzkraft“ einer Kasse ist definiert als das Produkt aus dem Anteil einer Kasse an den beitragspflichtigen Einnahmen aller Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen und der Beitragsbedarfssumme aller Kassen; sie entspricht dem Produkt aus einem „standardisierten Beitragsatz“ (Beitragsbedarfssumme aller Kassen im Verhältnis zur Summe der beitragspflichtigen Einnahmen aller Versicherten) und der Summe der beitragspflichtigen Einnahmen der betrachteten Kasse.

Ein wichtiges Element des Reformentwurfs ist ein Gesundheitsfonds, der im Jahr 2008 errichtet werden soll. Er soll das gegenwärtige System des Beitragseinzugs ersetzen und den einzelnen Kassen Mittel zuweisen. Der Fonds erhält – in gleicher Weise wie bisher die Krankenkassen – lohnabhängige Beiträge der Beschäftigten und der Unternehmen. Dabei gilt ein einheitlicher, vom Gesetzgeber festgelegter Satz; er wird angesichts der erwarteten Ausgaben der GKV festgesetzt. Der Fonds bezieht darüber hinaus Zuschüsse des Bundes (sowie vermutlich (wie bisher die GKV) Beiträge der Bezieher von Renten (einschließlich Betriebsrenten) und Beiträge des Staates für die Empfänger bestimmter Sozialleistungen). Für die Jahre 2008 und 2009 wurden die Zuschüsse des Bundes auf 1,5 bzw. 3,0 Mrd. Euro festgesetzt. In den Jahren danach soll der Zuschuss weiter steigen. Der Fonds soll für jeden Versicherten einen risikogerechten Festbetrag (Grundpauschale und „alters- und risikoadjust-

ierter Zuschlag“) an die Kassen zahlen. Die unterschiedliche Belastung einzelner Kassen aufgrund einer ungleichmäßigen Verteilung der Risiken auf die einzelnen Kassen soll also kompensiert werden. Für Kinder soll ein einheitlicher (niedriger) Betrag überwiesen werden.

Der Risikostrukturausgleich zwischen den Krankenkassen soll demnach nach der Reform grundsätzlich erhalten bleiben. Er soll aber über den Fonds abgewickelt werden und sich offenbar auf alle Ausgaben erstrecken, so dass die Transfers zwischen den Kassen zunehmen und der Wettbewerb eingeschränkt würde.

Nach den Plänen der Bundesregierung sollen die Kassen zwar mit Beginn des Jahres 2008 den Beitragssatz nicht mehr selbst festsetzen dürfen, sie sollen aber ermächtigt werden, ihren Versicherten kostensparende Tarife (z.B. das „Hausarztmodell“ oder Selbstbehalttarife) anzubieten. Insofern soll es Wettbewerb geben. Wenn die vom Fonds zugewiesenen Mittel zur Finanzierung der Ausgaben einer Kasse nicht ausreichen, soll diese Kasse gezwungen sein, von ihren Mitgliedern einen festen oder einen vom Einkommen abhängigen Zusatzbeitrag (maximal 1 Prozent des Haushaltseinkommens; „Härtefallregelung“) zu erheben; den Zusatzbeitrag sollen offenbar die Unternehmen einziehen. Diese kennen aber das Haushaltseinkommen nicht. Umgekehrt sollen bei guter Finanzlage einer Kasse Beitragserstattungen an die Versicherten möglich sein. Dieses System der Zusatzbeiträge und der Erstattungen soll den Wettbewerb stärken.

Die Finanzierung der Ausgaben der Kassen soll bei Inkrafttreten des Gesetzes zu 100 Prozent über den Fonds erfolgen, danach zu mindestens 95 Prozent.⁴ Diese Regelung begrenzt das Ausmaß, in dem Wettbewerb über den Zusatzbeitrag und die Erstattung möglich ist. Kommt es zu einer starken Differenzierung des Zusatzbeitrags, so wird der Beitragssatz per Gesetz erhöht. Der Wettbewerb bleibt auch deshalb beschränkt, weil der Zusatzbeitrag als

³ In diesen (quantitativ freilich wenig bedeutsamen) Bereichen gibt es demnach unbeschränkten Wettbewerb der Kassen.

⁴ Die Schulden, die einzelne Kassen angehäuft haben, sollen bis zum Zeitpunkt der Errichtung des Fonds getilgt werden.

Wettbewerbsparameter kaum eine Rolle spielen dürfte.⁵

Neben den gesetzlichen Kassen sind private Versicherungen wichtige Anbieter von Versicherungsleistungen. Der Wettbewerb zwischen den privaten Versicherungen soll dadurch gestärkt werden, dass geschäftsplanmäßige Altersrückstellungen portabel gemacht werden. Gegenwärtig ist ein Wechsel von einer privaten zu einer anderen privaten Krankenversicherung praktisch nicht möglich, weil die Prämie drastisch steigen würde, und zwar deshalb, weil die Rückstellungen bei der bisherigen Versicherung verbleiben.

Die Vertragsfreiheit der privaten Versicherungsgesellschaften soll eingeschränkt werden. Private Versicherungen sollen verpflichtet werden, einen Basistarif, der den Leistungskatalog der GKV beinhaltet, anzubieten. Für diesen Tarif soll es einen Kontrahierungszwang geben; die Versicherer dürfen also – im Widerspruch zu einem grundlegenden Versicherungsprinzip und anders als im geltenden System – „das Risiko“ eines potentiellen Kunden nicht berücksichtigen. Den Basistarif sollen nicht nur Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung, sondern auch privat Versicherte wählen dürfen.

Um die skizzierten Reformabsichten beurteilen zu können, bedarf es einer Norm. Nach Einschätzung des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie funktioniert der Wettbewerb am besten, wenn die Prämien für Versicherungsverträge unabhängig vom Einkommen sind und in voller Höhe vom Versicherten getragen werden (Wissenschaftlicher Beirat 2006). Auch spreche vieles dafür, die Umverteilung aus den Krankenversicherungssystemen herauszunehmen und sie im System der Steuern und der steuerfinanzierten Transferleistungen anzusiedeln.⁶ Das Steuer-Transfer-System lässt sich so

anpassen, dass die gewünschte Umverteilung erreicht wird, ohne dass über die gesetzliche Krankenversicherung umverteilt wird. Konkret lässt sich der Übergang von einkommensabhängigen Beiträgen zu einkommensunabhängigen Beiträgen durch eine Anpassung des Einkommensteuertarifs und durch eine Heraufsetzung des Regelsatzes der Sozialhilfe (sowie vergleichbarer Sozialleistungen wie z.B. des Arbeitslosengeldes II (ohne die vom Bund geleisteten Beiträge)) und des Kindergeldes um einen durchschnittlichen Beitrag erreichen.

Der Beirat hält zudem einen Risikostrukturgleich oder die Mitgabe risikoäquivalenter Rückstellungen für nötig, um den Wettbewerb funktionsfähig zu machen (Wissenschaftlicher Beirat 2006). Die privaten Krankenversicherungen sollten individuelle Rückstellungen ausweisen müssen, die bei Versicherungswechsel an die neue Versicherung übertragen werden. Bei der gesetzlichen Krankenversicherung sollten entsprechende Rückstellungen im Laufe der Zeit aufgebaut werden.

Misst man die Reformabsichten an diesen Leitlinien, so sind sie nur teilweise ein Schritt in die richtige Richtung.⁷ Der Wettbewerb zwischen den privaten Anbietern von Versicherungsleistungen würde bei Verwirklichung der Reformabsichten gestärkt, wenn eine adäquate Regelung für die Portabilität der Altersrückstellungen gefunden wird. Der Wettbewerb zwischen den Kassen würde infolge der zusätzlichen Optionen zwar intensiviert, die Wettbewerbsintensität im Bereich der gesetzlichen Kassen würde infolge der Reform aber per saldo wohl abnehmen. Dies resultierte aus der Einrichtung des Fonds und der damit einhergehenden Beseitigung der Beitragssatzautonomie. Die Schaffung des Fonds hätte zudem vermutlich hohe Mehrkosten zur Folge. Zwar müssten Unternehmen Beiträge nur noch an eine Insti-

⁵ Nach Berechnungen der Allgemeinen Ortskrankenkassen würde schon bei einem sehr geringen Zusatzbeitrag für viele Versicherte die Härtefallregelung greifen (FAZ 2006). Der Zusatzbeitrag wäre daher für den Durchschnitt der Versicherten vieler Kassen gering.

⁶ Tatsächlich gibt es keinen Grund, die Umverteilung von Gesunden zu Kranken und die politisch be-

gründbare Umverteilung von Reichen zu Armen miteinander zu vermischen.

⁷ Wollte man die gesetzliche Krankenversicherung entsprechend den Prinzipien, denen eine private Versicherung folgt, umbauen, so wären eine Vielzahl von Änderungen nötig. Sie betreffen Optionen bezüglich des Leistungsangebots und vieles mehr. Vgl. hierzu Boss (1993).

tution überweisen, es kämen aber neue Inkassokosten hinzu.⁸

Die Reformkonzeption enthält zudem keine Maßnahmen, mit denen die Umverteilung im System der gesetzlichen Krankenversicherung reduziert wird. Es soll bei lohnabhängigen Beiträgen, bei der beitragsfreien Mitversicherung und bei anderen Regelungen bleiben, die u.a. eine Umverteilung von Alleinstehenden zu Familien, von Männern zu Frauen und von Beziehern hoher Löhne (bis zur Beitragsbemessungsgrenze) zu Beziehern niedriger Löhne bewirken.⁹

Nach dem Reformplan sollen kassenartenübergreifende Fusionen erlaubt werden. Dies dürfte den Wettbewerb stärken. Erwähnt sei noch, dass einzelne Leistungen gestrichen werden sollen (z.B. der Anspruch auf ärztliche Behandlung, die infolge von Schönheitsoperationen erforderlich wird). Es sollen aber auch neue Ansprüche geschaffen werden. Sie betreffen insbesondere die geriatrische Rehabilitation, die Palliativversorgung sowie die „Mutter/Vater-Kind-Kuren“.

Vertragsbeziehungen zwischen Krankenversicherungen einerseits und Ärzten sowie Krankenhäusern andererseits

Im geltenden System gibt es ein Vertragsmonopol der Kassenärztlichen Vereinigungen. Sie schließen mit den Verbänden der gesetzlichen Krankenversicherung die Verträge über die vertragsärztliche Versorgung und die Höhe der Gesamtvergütung (Wissenschaftlicher Beirat 2006). Die Vereinigungen zahlen die von den Krankenkassen gezahlte Gesamtvergütung an die Vertragsärzte aus. Eine einzelne Kasse darf weder mit einem einzelnen Krankenhaus noch mit einzelnen Ärzten einen Sondervertrag schließen. Dies verhindert den Wettbewerb über den Preis.

⁸ Es wird befürchtet, dass „eine neue zentrale Beitragseinzugsbürokratie geschaffen [wird], die den bisherigen Risikostrukturausgleich neu organisiert“ (Breyer u.a. 2006).

⁹ Zum Ausmaß der Umverteilung über die GKV vgl. Sachverständigenrat (2005: Ziffern 482–502).

Aus ökonomischer Sicht sollte das Vertragsmonopol der Kassenärztlichen Vereinigungen in der ambulanten ärztlichen Versorgung abgeschafft werden (Wissenschaftlicher Beirat 2006). Der Sicherstellungsauftrag sollte auf die jeweilige Kasse übergehen. Den Kassen bzw. Versicherungen sollte erlaubt werden, Einzelverträge mit allen Anbietern abzuschließen. Es sollte generell Vertragsfreiheit für Kassen und Leistungsanbieter (Ärzte und Krankenhäuser) geschaffen werden.

Die geplanten Änderungen beinhalten mehr Gestaltungsspielraum für die Kassen; diese sollen Verträge mit einzelnen Ärzten oder mit Ärztegruppen schließen können. Die Reformabsichten bleiben aber hinter den skizzierten Leitlinien zurück. Es wird unterlassen, „die Vertragsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern in allen Versorgungssektoren konsequent wettbewerblich zu öffnen und durchgängig tragfähige Optionen für Selektivverträge zu schaffen“ (Breyer u.a. 2006: 516).

Arbeitsteilung zwischen Krankenhäusern und Ärzten

Niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser sind bislang größtenteils getrennt voneinander tätig. Es ist beabsichtigt, die Möglichkeiten für Krankenhäuser, Leistungen ambulant zu erbringen, zu erweitern. Eine solche Integration soll die Effizienz steigern.

Eine verstärkte Integration wäre wohl vorteilhaft. Dazu bedarf es aber nicht spezifischer gesetzgeberischer Maßnahmen. Bei Vertragsfreiheit für Kassen und Leistungsanbieter kommt es zur Integration der Versorgungsbereiche, wenn sie im Interesse der Betroffenen liegt (Wissenschaftlicher Beirat 2006).

Preise für Arzneimittel und Gesundheitsleistungen

Bei der Preissetzung für Arzneimittel, Arztleistungen und Krankenhausdienste gibt es viele Regulierungen. Die Reformpläne zielen auf deutliche Änderungen.

In der Arzneimittelpreisverordnung sollen nur noch Höchstpreise festgelegt werden. Apotheker sollen mit den Pharmaherstellern Preise unterhalb der Höchstpreise aushandeln dürfen. Auf diese Weise sollen die Arzneimittelausgaben der Kassen reduziert werden; im Jahr 2007 sollen 0,5 Mrd. Euro „eingespart“ werden. Die geplanten Reformen zielen teilweise in die richtige Richtung, beinhalten aber auch neue Eingriffe in die Preisbildung. Die Preise für pharmazeutische Produkte sollten sich grundsätzlich frei bilden können. Einzelverträge zwischen den Kassen bzw. Versicherungen und den Anbietern pharmazeutischer Produkte sollten erlaubt sein (Wissenschaftlicher Beirat 2006).

Das System der Preise für ärztliche Leistungen soll grundlegend geändert werden. Insbesondere soll es nicht mehr so sein, dass ein Arzt zur Zeit der Behandlung eines Patienten nicht weiß, welchen Lohn die Kassenärztliche Vereinigung überweisen wird. Auch soll das Morbiditätsrisiko, das gegenwärtig weitgehend die Ärzte tragen, auf die Krankenkassen übertragen werden. Diese Maßnahmen sind grundsätzlich positiv zu werten. Vermutlich wird es aber bei vielfältigen Regulierungen bleiben; Detailvorschläge liegen noch nicht vor.

Fazit

Der Reformentwurf der Bundesregierung enthält etliche Maßnahmen, die den Wettbewerb zwischen den Versicherern und den Leistungsanbietern stärken und insofern die Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung entschärfen würden. Er beinhaltet aber auch wenig sinnvolle Vorhaben. So ist nicht ersichtlich, dass die Einrichtung eines Gesundheitsfonds Verwaltungskosten einsparen würde. Vor allem aber fehlt ein konsistentes Reformkonzept.

Solche Konzepte liegen aber vor. Einen Reformentwurf, der auf marktwirtschaftlichen Prinzipien beruht, haben nach intensiver Diskussion alternativer Regelungen Breyer et al. (2004) vorgelegt. Auch der Sachverständigenrat (2004) hat einen Reformvorschlag gemacht und

alternative Modelle (z.B. den Vorschlag des „Kronberger Kreises“) beschrieben und bewertet. Reformoptionen hat auch die Deutsche Bundesbank (2004) skizziert.¹⁰ Es gibt darüber hinaus andere Ideen zur Neugestaltung des Gesundheitswesens. Insbesondere wird vorgeschlagen, so genannte Gesundheitskonten einzuführen (Fölster et al. 2003). Sie sollen dazu dienen, mindestens Teile der bei Krankheit anfallenden Ausgaben aus Guthaben auf Individualkonten zu finanzieren und gleichzeitig die Anreize zu stärken, die Ressourcen effizient zu nutzen.¹¹

Bedenkt man dies, so haben die in der Regierungskoalition vertretenen Parteien, die im Bundestagswahlkampf 2005 sehr verschiedene Reformkonzepte propagiert haben, wohl die Entscheidung über die Grundkonzeption einer Krankenversicherung offen halten wollen. Möglicherweise hoffen sie, ihre Reformvorstellung nach der nächsten Bundestagswahl durchsetzen zu können.

¹⁰ Ansatzpunkte einer Reform hat Soltwedel (1997) aufgezeigt.

¹¹ Zu den Systemen anderer Länder vgl. Siadat und Stolpe (2005).

Literatur

- Boss, A. (1993). Soziale Sicherungssysteme – Reformen überfällig! In N. Walter (Hrsg.), *Weniger Staat – Mehr Markt: Wege aus der Krise*. München.
- Boss, A., J. Dovern, C.-P. Meier, F. Oskamp und J. Scheide (2006). Konjunktureller Höhepunkt in Deutschland wird überschritten. Institut für Weltwirtschaft (Hrsg.), *Weltkonjunktur und deutsche Konjunktur im Herbst 2006*. Kieler Diskussionsbeiträge, 430/431. IfW, Kiel.
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2006a). Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006, 4. Juli. Via Internet (14. Juli 2006) <http://www.die-gesundheitsreform.de/gesundheitspolitik/pdf/eckpunkte_gesundheitsreform_2006.pdf>.
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2006b). Die wesentlichen Veränderungen durch die Gesundheitsreform 2006. Via Internet (14. Juli 2006) <http://www.die-gesundheitsreform.de/gesundheitspolitik/pdf/eckpunkte_gesundheitsreform_2006_tabelle.pdf>.
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2006c). Die neue Gesundheitsversicherung – das Herz der sozialen Sicherung. Via Internet (14. Juli 2006) <http://www.die-gesundheitsreform.de/gesundheitspolitik/pdf/eckpunkte_gesundheitsreform_2006_gesundheitsversicherung.pdf>.
- Breyer, F., W. Franz, S. Homburg, R. Schnabel und E. Wille (2004). *Reform der sozialen Sicherung*. Berlin: Springer.
- Breyer, F., u.a. (2006). Gesundheitspolitik in der Kompromissfalle: Kein Problem gelöst, aber neue geschaffen. *Wirtschaftsdienst* (8): 515–516.
- Deutsche Bundesbank (2004). Finanzielle Entwicklung und Perspektiven der gesetzlichen Krankenversicherung. *Monatsbericht* (Juli): 15–32.
- FAZ (*Frankfurter Allgemeine Zeitung*) (2006). Kassen sehen ihre Existenz durch Prämie bedroht. 26. August: 9.
- Fölster, S., R. Gidehag, M. Orszag und D.J. Snower (2003). Health Accounts and Other Welfare Accounts. *Dice Report* 1 (3): 9–15.
- Sachverständigenrat (Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung) (2001). *Für Stetigkeit – Gegen Aktionismus. Jahresgutachten 2001/02*. Wiesbaden.
- Sachverständigenrat (Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung) (2004). *Erfolge im Ausland – Herausforderungen im Inland. Jahresgutachten 2004/05*. Wiesbaden.
- Sachverständigenrat (Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung) (2005). *Die Chancen nutzen – Reformen mutig voranbringen. Jahresgutachten 2005/06*. Wiesbaden.
- Siadat, B., und M. Stolpe (2005). Reforming Health Care Finance: What Can Germany Learn from Other Countries? Kiel Economic Policy Papers, 5. Institut für Weltwirtschaft, Kiel.
- Soltwedel, R. (1997). Dynamik der Märkte – Solidität des Sozialen. Leitlinien für eine Reform der Institutionen. Kieler Diskussionsbeiträge, 297/298. Institut für Weltwirtschaft, Kiel.
- Statistisches Bundesamt (2006). Interne Arbeitsunterlage zum Staatssektor. Wiesbaden.
- Wissenschaftlicher Beirat (Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie) (2006). Mehr Wettbewerb im System der Gesetzlichen Krankenversicherung. Via Internet (17. Juli 2006) <<http://www.bmwi.de/BMWi/Redaktion/PDF/G/gutachten-mehr-wettbewerb-im-system-der-gesetzlichen-krankenversicherung,property=pdf,bereich=bmwi,sprache=de,rwb=true.pdf>>.