

# MPRA

Munich Personal RePEc Archive

## **Future of Health Services - basic package "Elementar+"**

Kern, Axel Olaf

2016

Online at <https://mpra.ub.uni-muenchen.de/74960/>  
MPRA Paper No. 74960, posted 07 Nov 2016 23:46 UTC

# Zukunft der Gesundheitsversorgung – Leistungskatalog „Elementar+“

Axel Olaf Kern

© COPYRIGHT 2016 KERN, AXEL OLAF

CENTER FOR HEALTH AND SOCIAL POLICY (CHSP)

At Weingarten University



*Wir leben alle unter gleichen Himmel,  
haben aber nicht alle  
denselben Horizont.*

Konrad Adenauer

## Inhaltsverzeichnis

1	Situation.....	1
2	Ausgangslage .....	2
3	Wirtschaftspolitische Bedeutung des Gesundheitssektors.....	5
4	Marktsteuerung im Gesundheitswesen .....	7
5	Beitragsstabilität bei unverändertem Leistungsumfang .....	8
6	Neugestaltung des GKV-Leistungskatalogs .....	9
6.1	Definition eines obligatorischen Leistungskatalogs „Elementar+“ .....	9
6.2	Methodische Aspekte .....	10
7	Zieldefinition Gesundheitswesen .....	11
7.1	Transsektorale Finanzierung.....	12
8	Private Nachfrage nach Gesundheitsleistungen .....	13
9	Private Versicherungslösung.....	15
10	Selbstbeteiligungen .....	16
11	Fazit.....	17
12	Informationen zum Autor .....	18

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Prognostizierte Kohortenstärken bis zum Jahr 2050 .....	3
--	---

## 1 Situation

Zweiklassenmedizin, welch treffender Begriff! Selbstzahler, vulgo Privatpatienten, leiden unter Übertherapie, die mitunter sogar als schädlich bezeichnet wird und mit der Aussage beschrieben wird: „hoffentlich Kassenpatient, weil dann der Chef nicht operiert und der Oberarzt sowieso viel mehr Routine hat“.

In Hinblick auf die Finanzierungsseite in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wird ein für alle GKV-Versicherten gleich hoher Beitrag (Kopfpauschale) als Sinnbild für den Einstieg in die Zweiklassenmedizin bezeichnet. Der Direktor zahlt dann ebensoviel Krankenkassenbeitrag wie sein Fahrer, da auch beide im Krankheitsfalle denselben, gesetzlich garantierten Anspruch auf die Leistungen in der GKV haben. Der Preis für Brot wird auch nicht einkommensabhängig bestimmt. Allerdings können bei Brot die Nachfrager zwischen verschiedenen Sorten wählen und so auch entsprechend ihres Einkommens einkaufen. Gleichwohl muss dies nicht bedeuten, dass jemand mit geringerem Einkommen billiges Brot essen muss. Vielmehr kann jemand auch zugunsten höherwertigen, teureren Brotes auf andere Dinge verzichten. Wenn - wie bei Gesundheit - aus gesellschaftlicher Sicht ein gewisses Versorgungsniveau sichergestellt sein soll, müssen diejenigen Personen, welche auf Grund zu geringer Eigenmittel nicht kaufen könnten, einen Ausgleich erfahren. Und so wird es wie in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) in der Schweiz ein Ausgleich aus Steuermitteln für diejenigen Versicherten geben, deren Belastung durch die Versicherungsbeiträge zu hoch ist. Dabei werden die Steuermittel maßgeblich von den Beziehern höherer Einkommen und auch von Unternehmen erbracht, womit ein Solidarausgleich über das Steuer-Transfer-System sichergestellt wird. Die Ausgestaltung dieses Steuerausgleichs ist deshalb von besonderem Interesse und in der aktuellen Diskussion in Deutschland bei weitem noch nicht klar.

Auf der Leistungsseite der GKV wird stets formuliert: „Alle Krankheiten werden in Deutschland behandelt“ und „alle medizinischen Leistungen stehen allen GKV-Versicherten zur Verfügung“. Nur die Frage, was genau die gesetzlich verankerten Leistungen sind und wie die Versorgung erbracht werden soll, ist nicht eindeutig geklärt. So ist völlig unklar, welche Ziele mit der öffentlich finanzierten GKV-Gesundheitsversorgung erreicht werden sollen. Ohne Zielsetzung ist es jedoch unmöglich zu bestimmen, ob die GKV-Versorgung sinnvoll ist. Und es bedeutet, dass nicht klar ist, in welchem Umfang (Menge und Qualität) Gesundheitsleistungen erforderlich sind, wie die Versorgung gestaltet werden sollte, welche Professionen daran beteiligt sind und damit auch nicht, was die Versorgung kostet und wie hoch die Beiträge der Versicherten sein müssen. Derzeit wird lediglich postuliert, dass die verfügbaren finanziellen Mittel in der GKV ausreichen, um für jeden Bürger eine ausreichende und sich auf dem neuesten Stand des medizinischen Wissens befindende Versorgung sicherzustellen. Der Nachweis ist bislang nicht erbracht. So bleibt offen, wie die Krankenkassen die Versorgung aus den zur Verfügung stehenden Mitteln vergüten, und ebenso, wer die Gesundheitsversorgung wie am sinnvollsten gestalten kann. Sind die Krankenkassen die besten „Versorgungsgestalter“ und damit Einkäufer von Leistungen stellvertretend für die Versicherten?

## Ausgangslage

Unterbleibt die Definition von Zielen, kann nur das Maximalprinzip angewendet werden, wonach aus den (willkürlich) zur Verfügung gestellten Mitteln für die GKV eben das bestmögliche herausgeholt werden soll.

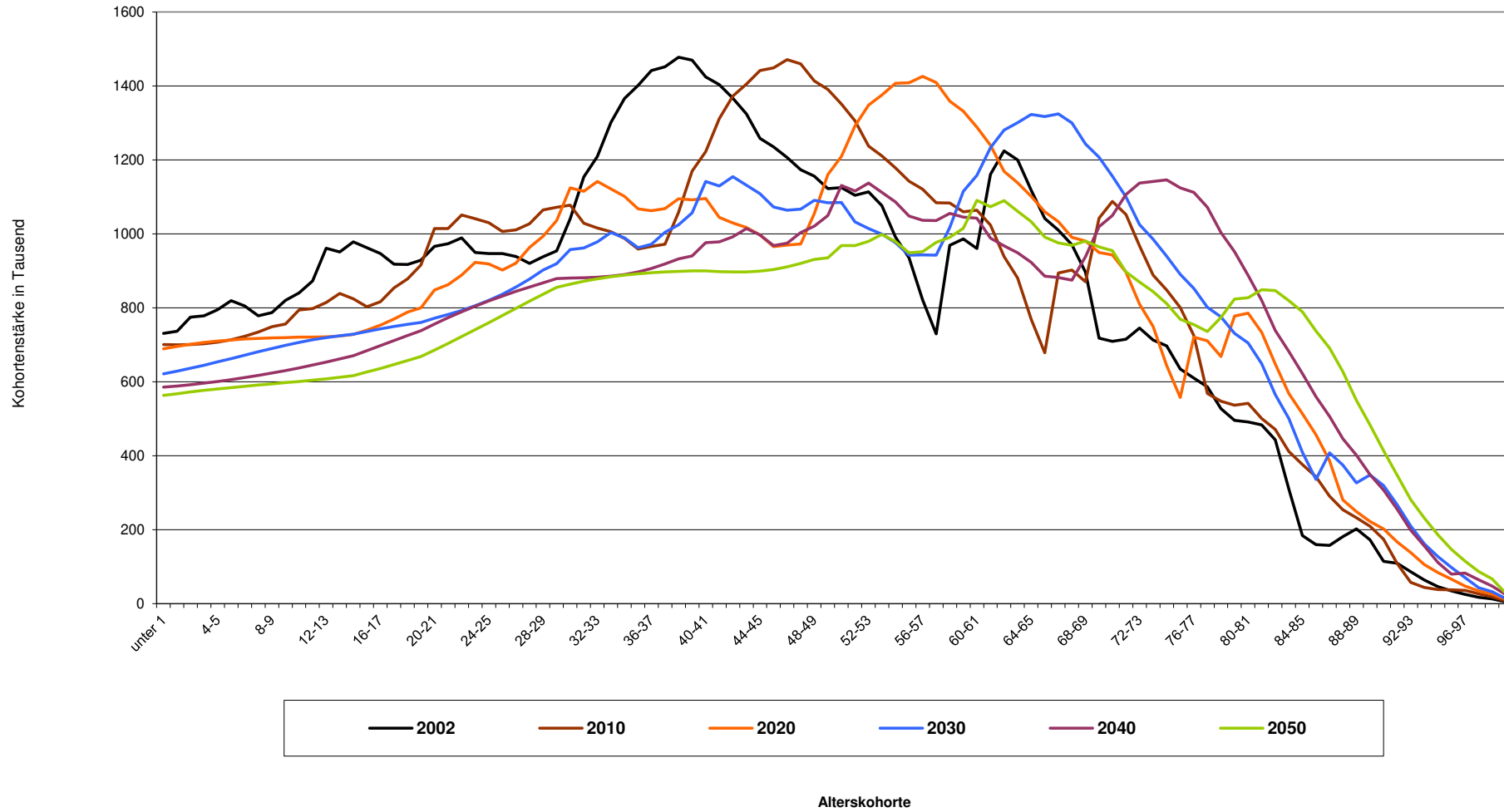
## 2 Ausgangslage

Die beitragspflichtigen Einnahmen und damit im Wesentlichen die Löhne und Gehälter der Mitglieder in der GKV (Grundlohnsumme) stiegen in den vergangenen 20 Jahren in geringerem Maß als die Ausgaben der GKV, was automatisch steigende Beitragssätze der Krankenkassen bedeutete. Weniger Beschäftigte in Vollarbeitsverhältnissen, frühere Verrentung von Versicherten, mehr Teilzeitarbeit und Zeitarbeit und eine Zunahme geringfügiger Beschäftigungsverhältnisse schmälern die Grundlohnsumme. Vor dem Hintergrund der angespannten Wirtschaftslage ist von einem Rückgang der Arbeitslosigkeit in naher Zukunft nicht auszugehen. Trotz der sich verringernenden Einnahmenbasis blieben die versicherungsrechtlichen Ansprüche der Versicherten auf Leistungen im Krankheitsfall bislang weitgehend unverändert.

Neben dieser schon schwierigen Situation auf der Seite der Einnahmen werden sich die Alterung der Bevölkerung in Verbindung mit der Zunahme chronischer Krankheiten sowie die absehbaren Fortschritte in der Medizin, bei Arzneimitteln und Medizinprodukten maßgeblich auf die Ausgabensituation in der GKV und für das gesamte Gesundheitswesen auswirken. Die Entwicklung der Bevölkerung bis zum Jahr 2050 ist in Abbildung 1 dargestellt.

# Ausgangslage

Abbildung 1: Prognostizierte Kohortenstärken bis zum Jahr 2050



Quelle: Eigene Darstellung, Statistisches Bundesamt (2000)

## Ausgangslage

Der „Altersberg“, den im Wesentlichen die geburtenstarken Jahrgänge der heute 35- bis 50-jährigen bilden, wird bis ins Jahr 2050 wirken. Zugleich nimmt die Zahl der Personen in den jüngeren Altersgruppen ab. Da zudem bis zum Jahr 2030 die Zahl der Erwerbsfähigen um rund 15 Prozent sinkt, bedeutet dies auch, dass deren Produktivität erheblich steigen müsste, um ein ähnlich hohes Sozialprodukt und damit Einnahmen für die GKV wie heute realisieren zu können. Die Belastung für die zukünftig Erwerbstätigen durch Sozialversicherungsbeiträge wird sich bei unveränderten GKV-Leistungsansprüchen nicht verringern, solange die Beitragszahlung ausschließlich an das Arbeitseinkommen gekoppelt bleibt. Zudem wird von Arbeitgebervertretern und Gewerkschaften die bislang als paritätisch bezeichnete Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme in Frage gestellt, da davon negative Beschäftigungswirkungen ausgehen.

Inwieweit sich die Komponenten des medizinischen, medizin-technischen sowie pharmazeutischen Fortschritts und deren Folgen auf die medizinischen und pflegerischen Versorgungsstrukturen auswirken werden, ist nur unsicher vorhersagbar. Fortschritte in der Versorgung, bei Innovationen von Diagnose- und Therapieverfahren, wozu auch Entwicklungen der Gentechnik zählen, neue Arzneimittel und medizinische Geräte werden weiter einen wesentlichen Einfluss auf die Versorgung und die Ausgaben der GKV haben, sofern diese neuen Leistungen in die Versorgung der GKV aufgenommen werden. So hängen Entscheidungen über Investitionen für Innovationen in diesen Bereichen auch maßgeblich von den Vergütungs- und Erstattungsregelungen ab, welche die GKV aufstellt. Ältere Leistungen, Verfahren oder Therapiemethoden sind zudem durch moderne Verfahren zu ersetzen.

Steigende Ausgaben in der GKV bedeutet per se nicht, dass dies schlecht ist. Sind nicht Preiserhöhungen oder unwirtschaftliche Versorgung die Ursache, so zeigt sich an steigenden Ausgaben, dass die Versicherten und Patienten mehr Gesundheitsleistungen wünschen oder benötigen. Voraussetzung für „mehr Geld ins System“ ist dann, dass sich ein Mehr an „individueller Gesundheit der Versicherten“ ergibt.



### 3 Wirtschaftspolitische Bedeutung des Gesundheitssektors

Da rund 90 Prozent der Bevölkerung unter dem Dach der GKV versichert sind, resultiert der größte Teil der Umsätze in den meisten Wirtschaftszweigen im Gesundheitssektor aus der Versorgung von GKV-Patienten. Damit beruhen auch das bisherige Honorarvolumen der Ärzteschaft, die Löhne und Gehälter der medizinnahen Berufsgruppen und die Umsätze der „Vorleistungsersteller“ bzw. Industrie wesentlich auf der Nachfrage durch die Versicherten, die zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme unter der „Null-Preis“ Bedingung, dem gleichsam kostenfreien Zugang der gesamten Bevölkerung zur Gesundheitsversorgung erfolgt. Kostenfrei deshalb, da die Versicherten respektive Patienten nur in geringem Umfang Selbstbeteiligungen zu finanzieren haben.

Aufgrund seiner vielfältigen und personalintensiven Dienstleistungen spielt das Gesundheitswesen eine wichtige Rolle für den deutschen Arbeitsmarkt. Der Gesundheitssektor wird vermehrt als Motor künftiger Beschäftigungsentwicklung gesehen. Die Branche spielt eine zunehmend wichtige Rolle für die wirtschaftliche Entwicklung, die alleine schon durch die hohe arbeitsmarktpolitische Relevanz beschrieben wird. Im Jahr 2014 waren 5,22 Millionen Personen im Gesundheitssektor beschäftigt. Dies entspricht auf Grund des hohen Teilzeitbeschäftigtengrades in diesem Sektor einer Beschäftigtenzahl in Vollzeitäquivalenten von 3,79 Millionen. 77,0 Prozent arbeiteten in der ambulanten sowie in der stationären und teilstationären Gesundheitsversorgung. In den nächsten Jahren ist von einem weiteren Beschäftigungszuwachs vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung und der damit verbundenen steigenden Nutzung gesundheits- und pflegeorientierter Dienstleistungen auszugehen, wenn dies auch angesichts bevorstehender Umstrukturierungen nicht kontinuierlich verlaufen wird. Insbesondere sind steigende Ausgaben im Bereich der Pflegeversorgung zu erwarten. Individuelle Rahmenbedingungen wie der Informationsgrad der Angehörigen oder die finanzielle Situation haben ebenso wie gesellschaftliche Entwicklungen - alternative Versorgungsformen, Begutachtung, Qualität des Angebotes - Einfluss auf den Bedarf an bzw. die Nachfrage nach Pflegeleistungen. So müssen zahlreiche Faktoren berücksichtigt werden, die auf den Bedarf Einfluss nehmen und deren Effekte zwar grundsätzlich bekannt sind (bedarfsteigernd oder bedarfsmindernd), deren Entwicklung aber kaum vorherzusagen und zu quantifizieren sind. Zu berücksichtigen ist die Entwicklung allgemeiner Rahmenbedingungen, die mit einem Strukturwandel des Alters einhergehen. Hierzu zählen Aspekte wie die Verjüngung, die Entberuflichung, die Feminisierung und Singularisierung des Alters oder Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung. Verbunden damit sind veränderte Erwartungen an das Leben auch im Alter. Entwicklungen wie der fortschreitende Wertewandel müssen zukünftig stärker berücksichtigt werden. Das Nachfrageverhalten wird zudem durch die gesamtwirtschaftliche Situation stark beeinflusst. Mit Rückgang der Arbeitslosigkeit steigt die Nachfrage nach stationären Pflegeplätzen tendenziell. Gleichwohl ist zu bedenken, dass Angehörige bestrebt sind, solange es möglich ist, schwierige Lebenssituationen zu Hause selbst zu meistern. Auch die Einkommens- und Vermögensentwicklung der älteren Bevölkerung und die Entwicklung der

Regelaltersrenten hat eine Auswirkung auf die Nachfrage nach pflegerischen und sozialen Dienstleistungen.

Durch die Neudefinition der Pflegebedürftigkeit als Folge des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes bleibt abzuwarten, wie sich das Ausmaß an Pflegebedürftigkeit in Folge der Neufassung der Pflegebedürftigkeit entwickelt. Die Änderungen der Pflegestufen und ihrer Kriterien und vor allem die dynamische Anhebung der Geldleistungen der häuslichen Pflege, könnten durchaus Anreize für Angehörige sein, Pflege zu übernehmen. In wirtschaftlich schwächeren Phasen ist erfahrungsgemäß die Bereitschaft höher, Pflege zu übernehmen. So ist abzuwarten, wie sich das Wirtschaftswachstum entwickelt und wie sich die Finanzkrise auf die Beschäftigungsverhältnisse auswirken wird.

Der ethischen Maxime des gleichen Zugangs zu Gesundheitsleistungen ohne Ansehen der wirtschaftlichen Stellung eines Individuums kommt somit eine nicht zu unterschätzende wirtschaftspolitische Bedeutung zu. Vor diesem Hintergrund ist die Forderung nach mehr Eigenverantwortung ebenso zu spiegeln. Zwar kann die wirtschaftliche Bedeutung der Märkte für Gesundheitsleistungen für die Entscheidung über die Definition eines Grundleistungskatalogs „Elementar+“ nicht ausschließlich von Bedeutung sein. Dennoch könnte die Ausgestaltung des Anspruchsniveaus der Versicherten in der GKV nicht unerhebliche Auswirkungen auf die Beschäftigungssituation in Deutschland haben. So sollte wegen des Sozialgradienten von Krankheit, wonach untere Bildungs- und Einkommensgruppen höhere Prävalenzraten bei Krankheiten aufweisen, nicht unbeachtet bleiben, wie sich Nachfrageänderungen durch eine Definition des „Elementar+“-Kataloges in der GKV für verschiedene Sektoren des Gesundheitsmarktes auswirken werden.

So ist abzuwägen, ob finanzielle Mittel, die im Bereich des Gesundheitswesens verausgabt werden, größeren individuellen und gesellschaftlichen Nutzen stiften sowie zu mehr wirtschaftlichem Wachstum beitragen als bei Verwendung desselben Mittelvolumens für andere Konsum- und Investitionsgüter.

## 4 Marktsteuerung im Gesundheitswesen

Marktliche und wettbewerbliche Elemente im Gesundheitswesen sollen dazu beitragen, die Präferenzen der Patienten besser zu berücksichtigen. Zudem, so die ökonomische Theorie, erfolgt auf einem privaten Markt die Allokation der verfügbaren Ressourcen in die verschiedenen Verwendungsbereiche entsprechend der Marktpreise optimal. Dies entspricht auch der Sicht, dass kollektive Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern die individuellen Bedürfnisse und Präferenzen der Patienten nur unzureichend berücksichtigen. Allerdings können Eingriffe in den freien Gesundheitsmarkt zulässig und erforderlich sein, wenn:

- der Aufwand im Krankheitsfall von den Individuen unterschätzt werden (Minderschätzung zukünftiger Bedürfnisse) und/oder
- in Bezug auf Gesundheitsleistungen Informationsmängel bestehen, die keine rationale Nachfrage des Patienten zulassen.

Erfolgt keine oder nur eine unzureichende Absicherung bzw. Vorsorge gegen die Folgen von Krankheit, da ein Individuum diese unterschätzt oder davon ausgeht, dass ihm notwendige Versorgung von der Gesellschaft nicht verweigert werden kann, so wären im Falle von Krankheit die anfallenden Kosten von der Gesellschaft zu tragen. Um dies zu vermeiden und die Individuen zu Eigenvorsorge und eigenverantwortlichem Handeln anzuhalten, kann vom Staat eine Pflicht zur Versicherung verfügt werden. Dies erfordert nicht die Einführung einer Pflichtversicherung wie der GKV. Aus soziologischer Perspektive wird in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass sozial schwächere, bildungsfernere Gesellschaftsgruppen kaum eine Langzeitperspektive im Denken und Handeln entwickeln können, die jedoch für Eigenverantwortung und Eigenvorsorge notwendige Bedingung ist.

Verfügen die Individuen über unzureichendes medizinisches Wissen, so können Informationen über den Gesundheitszustand, Diagnosen und Therapieoptionen nicht optimal beurteilt und somit auch keine souveränen Nachfrageentscheidungen getroffen werden. In einer solchen Situation von Marktunvollkommenheit kann es sinnvoll sein, eine Pflichtversicherung einzuführen, in deren Rahmen die Nachfrageentscheidungen der Individuen wesentlich unterstützt oder korrigiert werden. Diese Situation ist in der GKV vorzufinden, wo Art und Ausführung sowie Preise und Versicherungsschutz für Versorgungsleistungen im Falle von Krankheit auf der Makro-Ebene (Ebene der Politik) und auf der Meso-Ebene (Ebene der Selbstverwaltung und Verbände) stellvertretend für den Patienten festgelegt werden. Allerdings sind alle Eingriffe dem unterworfen, dass der Nutzen des Patienten im Vordergrund stehen muss.

## 5 Beitragsstabilität bei unverändertem Leistungsumfang

Auf Grund der für die Zukunft zu erwartenden steigenden Ausgaben für Gesundheitsversorgung im Vergleich zum Wachstum der Löhne und Gehälter können die Krankenversicherungsbeiträge nur dann stabil gehalten werden, wenn die Ausgaben der GKV schwächer steigen. Um dies zu erreichen, können auf der Leistungs-/Ausgabenseite:

- Wirtschaftlichkeits-/Rationalisierungsreserven in der Versorgung ausgeschöpft werden, so dass Gesundheitsleistungen wirtschaftlich erbracht werden,
- die Anspruchshaltung und das Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten durch Aufklärung und Selbstbeteiligungen moderiert und/oder
- die Anspruchsberechtigung der Versicherten und damit der Leistungsumfang der GKV reduziert werden.

Die einfachste Lösung scheint darin zu bestehen, die Anspruchsrechte der Versicherten an die GKV-Versorgung durch eine systematische und begründete Neudefinition des Elementar+-Leistungsumfangs anzupassen (explizite Rationierung). Damit werden erzwungene implizite Rationierungen auf der Mikroebene gemindert. Um jedoch wesentliche Leistungseinschränkungen in der GKV zu vermeiden, können alternativ:

- die Beiträge zum Gesundheitsfonds erhöht,
- die Krankenkassen Zusatzbeiträge erheben,
- die Beitragsbemessung auf weitere Einkünfte über Lohn und Gehalt hinaus ausgeweitet,
- der Kreis der versicherungspflichtigen Personen in der GKV vergrößert,
- Finanzierungslasten auf andere Sozialversicherungsträger übertragen,
- die Zuzahlungen der Versicherten für Leistungen erhöht und/oder
- weitere Steuermittel aus dem Staatshaushalt zugewiesen werden.

Die beste Möglichkeit, die Einnahmensituation der GKV zu verbessern, besteht allerdings darin, mehr Beschäftigung zu schaffen. Zusätzlich zu diesen Maßnahmen erscheint eine Rücknahme politischer Entscheidungen zu Lasten der Einnahmen der GKV erforderlich. Ferner erscheint es politisch unstrittig und wie im Gesundheitsfonds auch realisiert, Leistungen der GKV, die vorwiegend sozial- und familienpolitischen Charakter haben, aus allgemeinen Steuermitteln und nicht durch Versicherungsbeiträge zu finanzieren. Dies bedeutet, dass Versicherte diese Leistungen erhalten und die Leistungen weiter in der GKV organisatorisch abgewickelt werden, die Finanzierung jedoch nicht aus Beitragsleistungen der Versicherten sondern aus Steuermitteln erfolgt.

## 6 Neugestaltung des GKV-Leistungskatalogs

Werden keine Einnahmenquellen für die GKV zusätzlich zu den Beiträgen der Beschäftigten erschlossen, so können die Beiträge bzw. der Beitragssatz bei einer alternden Bevölkerung und einer verringerten Einnahmenbasis nur stabilisiert werden, wenn die Ausgaben der GKV reduziert werden. Letzteres wird mit dem Begriffspaar von Grund- und Wahlleistungen gefasst. Die Diskussion kam bereits zu Beginn der 1980er Jahre auf. Mit den Überlegungen des Sachverständigenrats (SVRKAiG) im Jahr 1994 zur „Bestimmung eines Leistungskatalogs einer zukünftigen Krankenversicherung“ kam das Thema erneut auf.

Bislang wurden in der GKV Leistungsausgrenzungen weitgehend beschränkt auf Zahnersatzleistungen und Arzneimittel für „Bagatell“-Krankheiten wahrgenommen. Einschränkungen von Leistungen im Mikrobereich der täglichen medizinischen und pflegerischen Versorgung erfolgen zumeist so intransparent, dass sie in der Öffentlichkeit nicht realisiert und diskutiert werden können. Wesentlich mehr kommen Leistungsbeschränkungen in Form von Diagnose- und Therapiestandards, Zuzahlungen sowie Zulassungsbeschränkungen, Budgetierungen der Leistungserbringer und Festbetragsregelungen sowie Wirksamkeitsnachweisen bei Arznei-, Verbands- und Hilfsmitteln daher.

### 6.1 Definition eines obligatorischen Leistungskatalogs

#### „Elementar+“

Im internationalen Vergleich wird deutlich, dass die weitaus meisten industrialisierten Länder eine Grundversorgung für den weitaus größten Teil der Bevölkerung definieren. Der Umfang der Versorgung ist allerdings in keinem der Länder explizit und detailliert formuliert. So übernimmt die obligatorische Krankenversicherung auch in der Schweiz „die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen“. Ähnlich der Formulierung in der GKV (§ 12 Abs. 1 SGB V) müssen die Leistungen somit „wirksam“, „zweckmäßig“ und „wirtschaftlich“ sein. Was dies konkret bedeutet, ist nicht definiert und wird fallweise in gesonderten Zulassungsausschüssen bestimmt. Daraus folgt, dass sich in allen Ländern die Grundversorgung stärker durch das Verhalten und Zusammenspiel von Ärzten, Pflegekräften und Patient im Versorgungsalltag (Mikroebene) definiert. Durch die Philosophie der transprofessionellen Versorgung und transsektoralen Finanzierung der Gesundheitsleistungen werden Versorgungsbrüche vermieden, wodurch eine höhere Wirksamkeit in der Therapie und durch die Steuerung der Pflege- und Krankheitsverläufe eine bestmögliche Wirksamkeit erreicht werden kann.

Hier zeigt zudem ein Vergleich medizinischer Einzelleistungen in europäischen Ländern, dass sich trotz eines einheitlichen Wissensstands in der Medizin die Ausgestaltung des Leistungsangebots in den Ländern wesentlich unterscheidet. So ist z. B. im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge sehr unterschiedlich geregelt, wie viele persönliche Konsultationen und Ultraschalluntersuchungen erfolgen sollen und wer diese erbringt. In den Niederlanden und in Dänemark werden für eine normale Schwangerschaft keine Ultraschalluntersuchungen

empfohlen, in Ungarn dagegen vier. Länder mit einer stärkeren Beteiligung von Fachärzten an der Erbringung von Gesundheitsleistungen empfehlen mehr technische Untersuchungen, z. B. Ultraschall bei Nicht-Risikoschwangerschaften, als Länder, in denen überwiegend Hebammen sowie Gesundheits- und Krankenpfleger Vorsorgeuntersuchungen durchführen.

Dass von der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit eines Landes nicht generell auf den Umfang des Leistungsangebots geschlossen werden kann, zeigt sich auch daran, dass Wartezeiten auf Bypassoperationen in der Slowakei, Tschechien und Ungarn kürzer sind als in Ländern wie Schweden oder dem Vereinigten Königreich. Diese und andere Variationen können als Beleg für einen starken Einfluss kultureller Faktoren und historischer Entwicklungen bei der Definition des Leistungsanspruchs der Versicherten und der Erbringung medizinischer Leistungen gelten. Zudem spiegeln die länderspezifischen Leistungskataloge die umstrittene Evidenz der Wirksamkeit und Nutzenbewertung vieler Gesundheitsleistungen wider. Deshalb ist für die GKV-finanzierte Gesundheitsversorgung im Sinne der Sicherheit periodisch und systematisch überprüfter Katalog obligatorischer Versorgungsleistungen zu erarbeiten.

### 6.2 Methodische Aspekte

Eine allgemeingültige Definition von „Elementar+“-Leistungen zu treffen, wird erschwert, dass die Medizin „überwiegend nicht in der Lage ist, Wirksamkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit nachzuweisen oder einen Konsens darüber herzustellen“ (BAUR ET AL., 2000). Hierfür sind auch methodische Probleme wissenschaftlicher Studien mitverantwortlich, da hinsichtlich strenger Kausalität zwischen Ursachen und Krankheiten infolge überabzählbar endlich vieler Einflussfaktoren kaum zuverlässig Zusammenhänge identifiziert werden können. Dies trägt dazu bei, dass sich kaum Handlungsempfehlungen für Individuen zu gesundheitsförderlichem Verhalten eindeutig formulieren lassen und sich ebenso nur schwer Standards für Diagnose und Therapie herausbilden können. So überrascht es auch nicht, dass rund 80 Prozent der Therapien symptomatisch und nur 20 Prozent kausal erfolgen. Für ärztliche Entscheidungen und Therapieplanungen bedeutet dies eine beträchtliche Variationsbreite, wozu bereits auch die Unsicherheit in der Diagnosestellung von Krankheiten zählt. So werden lediglich rund 20 Prozent der ärztlichen Entscheidungen auf Grund harter Evidenz getroffen und davon ist wiederum nur in 20 Prozent der Fälle eine eindeutige Behandlungslösung vorhanden (PORSZOLT, 2002). Mithin entscheiden deshalb bei großer Unsicherheit häufig stärker die persönlichen Fähigkeiten des Arztes über die Wahl der Versorgung als objektive Faktoren wie Ursache und Schwere der Krankheit.

## 7 Zieldefinition Gesundheitswesen

Da es trotz nationaler Expertenstandards (Disease-Management Programme, Clinical Pathways oder Behandlungsleitlinien) für die individuelle Patientenversorgung keine eindeutige Behandlungslösung gibt, die - einem Produktionsplan gleich - ein festes Verhältnis der Einsatzfaktoren wie medizinischer und pflegerischer Leistungen sowie Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln vorsehen, kann in der Regel das Behandlungsziel auf unterschiedliche Art und Weise und mit verschiedenen Kombinationen von Einsatzfaktoren erreicht werden. Dem Arzt und Pflegepersonal stehen somit immer mindestens zwei Therapie-/Versorgungsalternativen zur Verfügung. Führen die möglichen Therapien zum Behandlungsziel, so sind sie effektiv. Die Therapiealternative, welche die geringsten Kosten verursacht, ist wirtschaftlich, das heißt effizient. Diese müsste als Standard für die Versorgung aus allen Therapiealternativen gewählt werden. Somit sind interne Evidenz (Erfahrungswissen) und externe Evidenz (wissenschaftliche Studienlage) systematisch zusammen zu führen, um die bestmögliche Behandlungsqualität für den Patienten sicherstellen zu können.

Das Dilemma im Gesundheitswesen und insbesondere für den Arzt oder das Krankenhaus besteht darin, jene Therapie zu identifizieren, welche das beste Kosten-Nutzen Verhältnis aufweist und damit effizient ist. Entsprechend dem ökonomischen Prinzip ist es dafür allerdings notwendige Bedingung, dass das Behandlungsziel zu Beginn der Behandlung eindeutig definiert ist. Wenn kein Ziel definiert ist, welches erreicht werden soll und messbar gemacht werden kann, wird es nicht möglich zu bestimmen, ob eine Therapie/Versorgung effektiv ist und schon gar nicht, ob diese effizient ist. In Bezug auf den Nutzen der Versorgung muss immer der Nutzen des Patienten und damit dessen individuelle Definition von Lebensqualität und Behandlungsergebnis handlungsleitend sein.

Damit ein einheitlicher „Elementar+“-Leistungskatalog in der GKV definiert werden kann, ist auf der Makro-Ebene, der Ebene der Gesellschaft und damit der Politik explizit zu formulieren, welche Ziele für den Gesundheitszustand der Bevölkerung mit der Versorgung im Rahmen der GKV erreicht werden sollen. Erst dann kann bestimmt werden, in welchem Umfang finanzielle Mittel und Ressourcen von der Gesellschaft für die Gesundheitsversorgung der Bürger bereitzustellen sind.

Für den Bereich der GKV ist deshalb sicherzustellen, dass die verfügbaren Mittel in der GKV wirtschaftlich eingesetzt werden und zwar sowohl im Einzelfall als auch bezogen auf das Gesamtsystem. Deshalb werden inzwischen zumindest neue Behandlungsverfahren und Gesundheitsgüter neben der Wirksamkeit in kontrollierten Studien (efficacy), Wirksamkeit in der Anwendung (effectiveness) und Unbedenklichkeit auch auf das Kriterium der Wirtschaftlichkeit (efficiency) überprüft („fourth hurdle“), um im Rahmen der GKV erstattet werden zu können. Da viele Wirkungen von Produkten erst in der Anwendung im Versorgungsalltag erkannt werden können, bedarf es verstärkt Untersuchungen zur Versorgungsforschung und somit schneller „Zulassungen zur Probe“.

In Bezug auf die Effizienz des Gesamtsystems der GKV dürfte es allerdings fraglich sein, ob alle möglichen Kombinationen von Gesundheitsdienstleistungen und -gütern sowie Pflegeleistungen evaluiert werden können.

### 7.1 Transsektorale Finanzierung

Da ein besonderes Augenmerk darauf zu richten ist, wie öffentliche Mittel verwendet werden, sind nicht nur in der GKV Kosten-Nutzen-Analysen anzustellen, sondern die Ergebnisse der Kosten-Nutzen-Verhältnisse aller Maßnahmen im öffentlichen Sektor zu vergleichen. So ist im Sinne optimaler Ressourcenallokation für alle Sektoren festzustellen, in welchem Sektor die öffentlichen Mittel den größten Nutzen für die Gesellschaft und die Individuen erbringen. So ist zum Beispiel zu prüfen, ob Steuermittel, die im Straßenbau, als Subventionen in der Landwirtschaft oder für ICE-Trassen verwendet werden, einen höheren gesellschaftlichen Nutzen stiften als die Verwendung derselben „Menge Geld“ in der Gesundheitsversorgung. Nur so kann beurteilt werden, ob die in der GKV eingesetzten Finanzmittel in anderen Bereichen mehr Nutzen stiften würden oder umgekehrt in anderen Bereichen verwendete Mittel in der GKV mehr Nutzen stiften könnten. Aus dieser Betrachtung kann es sich ergeben, dass sogar ein Mehr an Mitteln in der GKV sinnvoll ist und damit ein steigender Beitragssatz für die GKV gerechtfertigt werden kann. Eine solche Vorgehensweise hätte zwei Vorteile:

1. Die Gesamtbelastung mit Steuern und Sozialabgaben würde nicht steigen, da sich zugleich ergibt, in welchen Bereichen Mittel eingespart werden können und damit die Steuern oder Sozialabgaben in diesen Bereichen zurückgehen. Die maximale Belastung der Bürger mit Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen ist gesellschaftlich zu bestimmen. Dieser bestimmt sich am Nutzen, den die Gesellschaft aus den öffentlich bereitgestellten Gütern und Dienstleistungen im Vergleich zum rein privaten Marktergebnis zieht.
2. Die Kosten-Nutzen-Überlegungen bleiben nicht auf den Bereich der Gesundheitsversorgung beschränkt. Somit kommt es zu keinen zwanghaften Einsparbemühungen in der GKV, die sich an willkürlichen Vorgaben von Beitragssatzstabilität und der Senkung der Lohn(neben)kosten orientieren. Die Perspektive des Nutzens von Gesundheitsleistungen für die Gesellschaft würde berücksichtigt.

Allerdings ist zu beachten, dass Leistungen der Krankenkassen die Nachfrage am Markt für Gesundheitsleistungen stützen. Dies trägt dazu bei, dass in der Volkswirtschaft Humankapital von hoher Qualität gebildet und erhalten sowie die Wirtschafts- und Sozialordnung stabilisiert werden.

Für Evaluationen, die Bestimmung des Kosten-Ergebnis-Verhältnisses innerhalb des Gesundheitswesens ist zudem darauf zu achten, dass alle Dimensionen und somit Kosten und Nutzen berücksichtigt werden. So kann sich z.B. die Entscheidung, welches Dialyseverfahren von den Krankenkassen in welchem Umfang finanziert werden soll, nicht alleine an den Kosten orientieren, welche die Krankenkassen tragen. Vielmehr sind gerade für Verfahren der Hemodialyse im Vergleich zur Zentrumsdialyse neben dem medizinischen Outcome und den



direkten Kosten für ärztliche und pflegerische Leistungen, Transport und Arzneimittel auch die Kosten und Aufwendungen der Patienten zu berücksichtigen, die nicht von der Krankenkasse erstattet werden und dennoch den Patienten finanziell belasten. Hierzu zählen u. a. Mithilfe von Familienangehörigen sowie kalkulatorische Lagerkosten für Dialysematerial im häuslichen Bereich. Erst bei einer solch transsektoralen Betrachtung kann hinreichend sicher bestimmt werden, welcher Finanzierungsträger mit welchem Anteil die Gesundheitsversorgung zu finanzieren hat.

## 8 Private Nachfrage nach Gesundheitsleistungen

Eine explizite Formulierung des Leistungsanspruchs der GKV-Versicherten auf einen Leistungskatalog „Elementar+“ führt auf Grund geringerer Ausgaben der GKV für Gesundheitsleistungen zunächst zu geringeren Beiträgen und somit zu einem höheren verfügbaren Einkommen der Versicherten. Unternehmen haben auf Grund geringerer Beiträge an die GKV geringere Lohn(neben)kosten zu tragen und können so frei gewordene finanzielle Mittel investiv einsetzen oder zu geringeren Preisen ihre Güter auf den Märkten anbieten.

Für die GKV-Versicherten führt die Definition eines Leistungskatalogs „Elementar+“ dazu, dass die nicht mehr enthaltenen Leistungen eigenfinanziert und am privaten Gesundheitsmarkt zu kaufen sind. Jedoch ist es für alle Versicherten möglich das Krankheitskostenrisiko am privaten Versicherungsmarkt abzusichern.

Gesundheitsleistungen unterscheiden sich aus der Perspektive des Individuums im Grundsatz nicht von Nahrungsmitteln, Kleidung, Wohnen oder anderen Gütern und Dienstleistungen. Die Menschen müssen ihre Wünsche und Bedürfnisse, wozu auch Gesundheit zählt, durch den Kauf von Gütern und Dienstleistungen befriedigen. Sie verfügen jedoch nur über begrenzte finanzielle Mittel. Deshalb müssen sie entscheiden, was und wie viel davon gekauft werden soll. Wesentliches Kriterium für die Entscheidung ist dabei der Preis der Güter und Dienstleistungen. Der Preis für ambulante Gesundheitsleistungen setzt sich aus dem ärztlichen Honorar und den Kosten für Pflegeleistungen sowie für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel zusammen. Natürlich entscheidet nicht alleine der Preis ärztlicher Behandlung darüber, ob ein Arztbesuch erfolgt und in welchem Umfang Versorgung und damit Gesundheitsleistungen nachgefragt werden. Vielmehr beeinflussen auch Dringlichkeit (Schmerz), Wege- und Wartezeiten sowie Qualitätsaspekte die Entscheidung des Patienten. Dennoch kommt (zumindest aus ökonomischer Perspektive) dem Preis eine zentrale Bedeutung zu.

In der GKV hat der Patient bis auf Selbstbeteiligungsregelungen weitgehend keine Kosten für Gesundheitsleistungen zu tragen. Diese „Null-Preis-Politik“ der GKV soll es den Versicherten ermöglichen, Leistungen, die erforderlich sind, ohne Ansehen der wirtschaftlichen Situation Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen zu können. Neben Therapiefreiheit für den Arzt bedeutet eine Ausgliederung von Leistungen, dass die Krankenkassen von einer Zahlungsverpflichtung für ärztliche und medizinische Leistungen frei sind. Die Preise für Gesundheitsleistungen werden bei privatärztlicher Abrechnung und bei Marktpreisen deutlich von Null verschieden sein. Der Patient wird dann für alle Leistungen einen Preis bezahlen und

seine Nachfrage daran ausrichten. Und nach allem was die ökonomische Theorie lehrt und empirische Untersuchungen belegen, wird eine Erhöhung der Preise für Gesundheitsleistungen zu einer verringerten Inanspruchnahme und zu einem Rückgang der Nachfrage führen.

Wie aus der Sozialepidemiologie eindrücklich bekannt ist, weisen Angehörige unterer Einkommens- und Bildungsschichten ein höheres Krankheitsrisiko auf und benötigen somit tendenziell mehr Gesundheitsleistungen und dies auch insbesondere auf Grund der absoluten Zahl dieser Personen. Durch die Umverteilung in der GKV, die aus der einkommensabhängigen und risikounabhängigen Beitragsbemessung resultiert, werden Angehörige unterer (Einkommens-) Schichten mit vergleichsweise überproportional schlechter Risikostruktur in die Lage versetzt, Gesundheitsleistungen in Anspruch zu nehmen, die sie bei Eigenfinanzierung auf Grund Ihres geringen Einkommens nicht nachfragen könnten.

Bei einer Privatisierung ist deshalb davon auszugehen, dass Gesundheitsleistungen weniger nachgefragt werden, die als nicht unbedingt notwendig betrachtet werden. Zudem wird auch die Nachfrage nach den Gesundheitsleistungen zurückgehen, die vorwiegend von einkommensschwachen Bevölkerungsgruppen genutzt wurden. Dies wird tendenziell auch dann erfolgen, wenn nach „objektivem“ Ermessen eine Behandlung oder Inanspruchnahme erforderlich und Eigenvorsorge sinnvoll wäre. So sind neben Einnahmeausfällen für die Leistungserbringer auch für die GKV Kosten zu erwarten, die entstehen, wenn sich aus der Nichtinanspruchnahme Krankheiten ergeben oder Schweregrade erreicht werden, bei denen die Leistungspflicht der GKV gegeben ist.

Es wird jedoch sicherlich auch eine große Zahl von Patienten geben, die selbst bei höheren Behandlungskosten in unverändertem Umfang Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen. Viele Individuen werden vermehrt vorbeugen, um Behandlungen nicht in Anspruch nehmen zu müssen. Andere werden die höheren Preise nicht zahlen können oder dazu nicht bereit sein, da sie an Stelle von Gesundheitsleistungen andere Dinge kaufen, von denen sie sich mehr Nutzen versprechen. Die Versicherten und Patienten werden jedoch versuchen, eine Versorgung für so wenig Geld als möglich zu erhalten. Neben dem Preis sind Dringlichkeit und Verzichtbarkeit der Versorgung wesentliche Faktoren, die über eine Inanspruchnahme entscheiden. Leistungen, die der Schmerzbehandlung dienen, werden trotz eines „höheren“ Preises sicher unverändert nachgefragt werden müssen. Eine extreme Reaktion könnte sein, dass teure Leistungen aus Kostengründen „im Hobbykeller“ durchgeführt werden.

Vor diesem Hintergrund ist eine exakte Bestimmung des Leistungskatalogs der GKV „Elementar+“ nicht nur aus der Perspektive des Umfangs der gesundheitlichen Versorgung der GKV-Versicherten zu betrachten, sondern auch unter der wirtschaftspolitischen Bedeutung der Nachfrage einkommensschwacher Bevölkerungsgruppen auf dem Gesundheitsmarkt sowie möglicher Folgekosten für das System der GKV.

## 9 Private Versicherungslösung

Versicherungsschutz für Wahlleistungen befreit den Patienten von der Last, Behandlungskosten vollständig oder zumindest teilweise selbst zu tragen. Festzuschüsse von Krankenkassen wirken ähnlich. Der „gefühlte“ Preis für die Versorgung oder eine Leistung wird für den Patienten geringer. Der Patient wird sich dann weniger zurückhalten, Leistungen in Anspruch zu nehmen. Der zu erwartende Nachfragerückgang würde dann auch bei höheren Preisen geringer ausfallen, da zumindest ein Teil der Behandlungskosten von der Krankenversicherung erstattet wird und somit die Entscheidung des Patienten nicht unter der vollen Kostenlast erfolgt.

Sollten Leistungen vollständig ausgegliedert werden oder statt Ausgliederungen für alle Leistungen hohe, spürbare Selbstbeteiligungen eingeführt werden, so wäre es insbesondere für schlechtere Risiken erforderlich, Versicherungsschutz zu erlangen. Dies wirft unmittelbar die Frage auf, ob und wie sowie durch welche Versicherung die Wahlleistungen versichert werden können. So ist zu klären, ob die Wahlleistungen von den Krankenkassen nach dem Umlageverfahren angeboten werden und ob die Wahlleistungen als einzelne Leistungen oder in Kombinationen - „Versorgungspaketen“ - von den Versicherten zu wählen sind. Letzteres wäre allerdings eine Einschränkung der Präferenzen der Versicherten und Patienten. Und es betrifft die Frage der Kalkulierbarkeit von Versicherungstarifen vor dem Hintergrund der Risikoselektion.

Die Risikopolitik privater Krankenversicherungsunternehmen lässt derzeit nicht erwarten, dass „schlechte“ Risiken Versicherungsschutz für Wahlleistungen erhalten, da eine Beurteilung des individuellen Risikos erfolgt und schlechte Risiken Beitragszuschläge zu leisten haben. Auf Grund des positiven Zusammenhangs zwischen gutem Gesundheitszustand sowie höherer Lebenserwartung und Zugehörigkeit zu einer höheren sozialen Gruppe - gemessen an Einkommen und Sterblichkeit sowie Erkrankungshäufigkeit - ist davon auszugehen, dass gesundheitliche und damit versicherungstechnisch gute Risiken höheren Einkommensgruppen angehören. Dies kann damit begründet werden, dass diese Personen ein größeres Interesse haben, eine bestehende Vermögensposition auch im Schadenfall gesichert zu wissen. Zudem ist die Beitragsbelastung selbst bei höherem Deckungsvolumen und bei einem höheren verfügbaren Einkommen relativ geringer. Risikozuschläge kommen so infolge des relativ besseren Gesundheitszustands in geringerem Umfang als bei schlechteren Risiken zum Tragen. Zudem werden bei privaten Krankenversicherungsverträgen auf Grund der Risikoprüfung vor Vertragsabschluss gerade schlechte Risiken kaum Versicherungsschutz erhalten. Dadurch ergibt sich in der privaten Krankenversicherung bei risikoäquivalenter Prämienfestlegung für schlechtere Risiken eine höhere Beitragsbelastung, welche diese nicht in der Lage oder nicht willens sind zu bezahlen. Beides führt tendenziell zu einer geringeren Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, da die Kostenbelastung nicht durch Versicherungsschutz gemildert wird. Dieser Nachfragerückgang wäre sowohl aus sozialpolitischer als auch aus wirtschaftspolitischer Perspektive nicht wünschenswert. Gute Risiken werden zwar versichert sein, jedoch seltener Versicherungsleistungen infolge epidemiologisch „objektiven Bedarfs“ nachfragen. Es ist allerdings unklar, ob die Umsätze und Honorar bei „zahlungskräftigen“ Patienten

Mindereinnahmen auf Grund verringerter Nachfrage „schlechter“ Risiken überkompensieren können. So könnten gute Risiken stärker Nachfrage im Bereich der Komfort- oder Wohlfühlmedizin entfalten oder im Falle von Krankheit eine hohe Zahlungsbereitschaft haben, die zu einer Nachfrage nach teuren Leistungen beiträgt. Mitunter könnte auch die objektiv betrachtete geringere Krankheitsrate der Personen in den höheren Einkommens- und Bildungsschichten durch eine größere Risikoaversion und daraus resultierend vermehrter Inanspruchnahme von Präventionsleistungen zu einer Kompensation des Nachfrageausfalls unterer Einkommensschichten führen.

## 10 Selbstbeteiligungen

Neben dem Ausschluss von Leistungssegmenten ist die Höhe von Selbstbeteiligungen bedeutsam, da so der Gedanke einer obligatorischen Grundversorgung „Elementar+“ beeinträchtigt werden kann. In fast allen europäischen Gesundheitssystemen wurden in den vergangenen Jahren Selbstbeteiligungen eingeführt. In Begründungen zu Selbstbeteiligungen überwiegen Argumente für eine Lenkungswirkung. Arztbesuche bei geringfügigen Gesundheitsstörungen sollen vermieden und ein sorgsamer Umgang z.B. mit Arzneimitteln gefördert werden. Tatsächlich ist die Lenkungswirkung äußerst umstritten und häufiger erscheint mehr die Erschließung von zusätzlichen Finanzmitteln beabsichtigt. Aus Untersuchungen geht hervor, dass Kosteneinsparungen infolge veränderten Konsums nur bei einer sehr hohen jährlichen Selbstbeteiligung von gegenwärtig rund US\$ 2000 zu erwarten sind. Für die Schweiz wird ein ähnlicher hoher Betrag von Sfr. 1500 genannt. Es ist zu erwarten, dass die zwangsweise Einführung einer solchen jährlichen Selbstbeteiligung in Deutschland und anderen europäischen Ländern politisch kaum durchsetzbar sein dürfte. Die Wirkungen der Selbstbeteiligungen sind allein deshalb schon sehr beschränkt, da die Gesamthöhe der Zuzahlungen pro Jahr in allen Ländern fast immer begrenzt ist und Befreiungen für chronisch Kranke oder Arme regelhaft existieren.

Damit die Bedeutung und auch die Belastungen durch Kostenbeteiligungen zwischen den Systemen überhaupt verglichen werden können, sind die Kaufkraft, die Höhe der Versicherungsbeiträge, die individuelle Steuerbelastung ebenso wie ergänzende private Krankenzusatzversicherungen zu berücksichtigen. Eine solche umfassende Analyse ist allerdings nicht bekannt.

Die Wirksamkeit einer Selbstbeteiligung hängt auch von der Arzt-Patienten-Beziehung ab. Inwieweit Patienten Behandlungsauswahl und -verlauf beeinflussen können, ist vor dem Hintergrund der Informationsasymmetrie zwischen Arzt und Patient bislang unklar. Ebenso ist unklar, inwieweit Patienten dies möglich ist, wenn Ärzte verstärkt leistungs- und ergebnisorientiert vergütet werden sollen. So ist zu prüfen, welchen Einfluss der Patient als Koproduzenten der Behandlung auf die Ergebnisqualität der Versorgung ausübt.

## 11 Fazit

Da die Gesellschaft Gesundheit als besonders wichtig für jeden Menschen erachtet, sollen alle Bürger weitgehend unabhängig von ihrem Einkommen und der jeweiligen individuellen Einschätzung der Menschen, ob eine medizinische Leistung sinnvoll ist, freien Zugang zu Gesundheitsleistungen haben und die „medizinisch notwendigen“ Leistungen auch erhalten. So soll der „objektive“ Bedarf an Gesundheitsleistungen durch den Arzt oder die Pflegekraft festgelegt werden. Nicht der Preis entscheidet darüber, welche Gesundheitsleistungen jemand erhält, sondern der Experte. Damit dies gelingen kann bei begrenzten Ressourcen bedarf es neben einer klaren Zieldefinition der Gesundheitsversorgung, die aus gesellschaftlichen Mitteln finanziert werden soll, eines expliziten obligatorischen Leistungskatalogs „Elementar+“, welcher die medizinisch sinnvolle Versorgung bestimmt, die jedem Bürger zuteilen werden soll im Krankheitsfall. Alle weiteren Gesundheitsleistungen wählen die Bürger individuell und können diese am privaten Krankenversicherungsmarkt in Rückdeckung geben. Somit kann ein stabiles Gesundheitswesen mit angemessenen Freiheitsgraden gestaltet werden, die den individuellen Wünschen und Bedürfnissen der Bürger Raum geben.

## 12 Informationen zum Autor



Axel Olaf Kern ist Inhaber der Professur für Gesundheitsökonomie und Sozialmanagement an der Hochschule Ravensburg-Weingarten. Seine Forschungsschwerpunkte sind Gesundheitsökonomie, Versicherungsökonomie, Sozialmarketing, Betriebliches Gesundheitsmanagement, Innovationsmanagement im Sozial- und Gesundheitswesen sowie Internationaler Sozial- und Gesundheitssystemvergleich.

Mail: [Axel.Kern@hs-weingarten.de](mailto:Axel.Kern@hs-weingarten.de)