

Hochschule Düsseldorf

Fachbereich Kultur und Sozialwissenschaften

Blockseminar
„Gesundheitspolitik in Deutschland“
Vom
1.10. bis 5.10.2018

Dozent: Dr. Harry Fuchs

Blockseminar
„Gesundheitspolitik in Deutschland“
vom
1.10. bis 5.10.2018

Montag

1.10.2018

Was umfasst die Gesundheitspolitik?

Öffentliches Gesundheitswesen

Gesundheit im Sozialrecht

Leistungsgestaltung

Politische Verantwortung von Bund, Ländern und Gemeinden

Sicherstellungsauftrag

Gemeinsame Selbstverwaltung

Begriffsdefinition

Unter **Gesundheitspolitik** versteht man einerseits den Politikbereich, der sich mit der Planung, Organisation, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitssystems beschäftigt und für dessen Funktionalität verantwortlich ist.

Dazu gehören unter anderem die Gestaltung der Rahmenbedingungen für die Vorhaltung bedarfsgerecht erforderlicher Gesundheitsangebote, wie auch der Finanzierung dieser Angebote als Basis der Verhandlungen zwischen den Verbänden der Krankenkassen, der Krankenhausträger, der Ärzte, der Apotheker und der Pharmaindustrie sowie die Gestaltung der dazu erforderlichen Regelung in entsprechenden Gesetzen und Verordnungen.

Zur Gesundheitspolitik (als Begriff ab 1913 von dem Karlsruher Internisten und Sozialhygieniker Alfons Fischer in die Öffentlichkeit eingeführt) gehört andererseits auch die Beeinflussung anderer gesundheitsrelevanter Politik- und Lebensbereiche wie Bildung, Arbeit, Wohnen, Ernährung, Verkehr, Umwelt, Familie, Freizeit.

Diese „indirekte Gesundheitspolitik“ („Health in All Policies“) kann sich auf die Gesundheit der Bevölkerung stärker auswirken als das eigentliche Gesundheitssystem.

Teil A

Was umfasst die Gesundheitspolitik?

(Rehabilitation und Pflege sind Gegenstand besonderer Seminarangebote)

Teil A

Öffentliches Gesundheitswesen

Behörden des öffentlichen Gesundheitsdienstes

Bundesoberbehörden

- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)
- Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR)
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI)
- Paul-Ehrlich-Institut (PEI)
- Robert-Koch-Institut (RKI)
- Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit (BVL)

Behörden des öffentlichen Gesundheitsdienstes

Landesbehörden z.B.

- [Öffentlicher Gesundheitsdienst in Baden-Württemberg](#)
- [Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit \(LGL\)](#)
- [Landesamt für Gesundheit und Soziales \(LAGeSo\) Berlin](#)
- [Landesamt für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz \(LUGV\) Brandenburg](#)
- [Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg \(BSG\)](#)
- [Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen \(LZG.NRW\)](#)
- [Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung \(LSJV\) Rheinland-Pfalz](#)
und [Landesuntersuchungsamt Rheinland-Pfalz \(LUA\)](#)
- [Landesamt für soziale Dienste Schleswig-Holstein \(LASD\)](#) und [Landesamt für Gesundheit und Arbeitssicherheit Schleswig-Holstein](#)

Untere Gesundheitsbehörden (Kommunale Ebene)

Gesundheitsämter

Gesundheitsämter

Man unterscheidet in Deutschland

- **staatliche** (gibt es z. B. in Baden-Württemberg und Bayern eingegliedert in die Landratsämter und
- **kommunale Gesundheitsämter** oder **Gesundheitsbehörden**.
- Ab 2001 wurden zahlreiche kommunale Gesundheitsämter in „Fachdienst Gesundheit“ umbenannt, andere sind in den Landratsämtern angesiedelt und heißen nicht mehr „Gesundheitsamt“, sondern „Abteilung“ bzw. „Sachgebiet Gesundheitswesen“; auch „untere Gesundheitsbehörde“ findet sich als Bezeichnung. Siehe hierzu die Gesetze der Bundesländer über deren öffentlichen Gesundheitsdienst.
- Die Leitung eines Gesundheitsamtes bzw. eines Fachdienstes Gesundheit wird in der Regel durch einen [Amtsarzt](#) wahrgenommen.

Rechtsgrundlagen des öffentlichen Gesundheitsdienstes

- NRW: Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (ÖGDG NRW) vom 25.11.1997 -

§ 6

1) Aufgaben der unteren Gesundheitsbehörde sind

1. die Mitwirkung an der Gesundheitsförderung, der Prävention und dem Gesundheitsschutz,
2. die Mitwirkung an der Gesundheitshilfe,
3. die Dienste der Qualitätssicherung,
4. die Ausstellung amtsärztlicher Zeugnisse und Gutachtertätigkeit,
5. die Gesundheitsberichterstattung,
6. die ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen Versorgung.

Ist in Gesetzen und Rechtsverordnungen die Zuständigkeit der Amtsärztin oder des Arztes begründet oder sind amtliche Zeugnisse, Bescheinigungen und Gutachten vorgeschrieben, so ist die untere Gesundheitsbehörde zuständig.

Aufgaben der Gesundheitsämter

- Amtsärztlicher Dienst
- Kinder- und Jugendärztlicher Dienst
- Kinder- und Jugendzahnärztlicher Dienst (nicht in jedem Bundesland)
- Gesundheitsberichterstattung, Epidemiologie
- Gesundheitsförderung
- AIDS-Beratung
- Durchführung des Infektionsschutzgesetz
- Hygieneüberwachung
- Umweltmedizin
- Sozialpsychiatrischer Dienst
- Schwangeren- und Schwangerenkonfliktberatung
- Amtsärztliche Überprüfung vor Zulassung zum Heilpraktikerberuf

Weitere Aufgaben

- Medizinalaufsicht (Aufsicht über die Gesundheitsberufe)
- Medizinalstatistik
- Mortalitätsstatistik
- Leichen- und Bestattungswesen

Das 1998 in NRW in Kraft getretene OGD-Gesetz sieht zudem eine Reihe von neuen Ansätzen vor, mit denen die eigenständige Rolle des öffentlichen Gesundheitsdienstes im deutschen Gesundheitswesen ausgebaut werden soll:

In den Kreisen und Städten des Landes wurden **kommunale Gesundheitskonferenzen etabliert, die eine ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen Versorgung erreichen sollen.**

Übergreifende Fragestellungen und Gesundheitsziele werden in einer Landesgesundheitskonferenz geplant und initiiert.

Zur Unterstützung der Landesregierung sowie der kommunalen Behörden fungiert das **Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (LögD).**

Aufgaben des amtsärztlichen Dienstes

Untersuchungen im Auftrag von Behörden

- Einstellungsuntersuchungen von Arbeitern, Angestellten und Beamten
- Beurteilung der Dienstfähigkeit von Beamten (Verbeamtung auf Lebenszeit, Beurteilung der Dienstfähigkeit bei Versetzung in den vorzeitigen Ruhestand aus Krankheitsgründen)
- Beihilfe für Rehabilitationsmaßnahmen, ambulante Heilkuren und Sanatoriumsbehandlungen
- Adoption (Gesundheitszeugnis zum Ausschluss lebensverkürzender, psychischer oder Suchtkranken von Adoptionsbewerbern)
- Begutachtungen nach dem Sozialgesetzbuch, insbesondere SGB XII bzw. SGB IX, Teil 2
- medizinische Notwendigkeit von Heil- und Hilfsmitteln sowie Heil- und Sanatoriumskuren
- Fahreignungsuntersuchungen
- Beurteilungen des Gesundheitszustandes und der Reisefähigkeit bei Asylbewerbern
- Einschätzungen der Prüfungsfähigkeit
- Blutentnahmen bei Drogendelikten und Vaterschaftsbestimmungen

Aufgaben des amtsärztlichen Dienstes

Untersuchungen im Auftrag von Gerichten (sofern kein Gerichtsärztlicher Dienst verfügbar)

- Verhandlungsfähigkeit
- Haftfähigkeit
- Arbeitsfähigkeit (als Auftrag von Familiengerichten) (Basis: Unterhaltsrecht)
- Betreuungserfordernis im juristischen Sinne (Basis: Betreuungsgesetz)

Untersuchungen auf Antrag von Privatpersonen

- In Ausnahmefällen können Privatpersonen das Gesundheitsamt mit Untersuchungen in Anspruch nehmen:
- Bescheinigung der Notwendigkeit einer Kur zwecks steuerlicher Absetzbarkeit
- Studenten zwecks Erlass der Studiengebühr, bei Prüfungsunfähigkeit oder Verlängerung der Abgabefrist für Diplom- bzw. Abschlussarbeiten
- Bescheinigung der Verlängerung des Kindergeldbezuges für das Arbeitsamt

Erforderliche Qualifikation - Akademien

Für die Aus-, Fort- und Weiterbildung von Beschäftigten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zuständig sind die [Akademie für öffentliches Gesundheitswesen](#) in Düsseldorf sowie die Akademie für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit in München als Teil des Bayerischen Landesamtes für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL).

Diese betätigen sich, neben den Bundesämtern sowie den Landesämtern und -untersuchungsämtern, auch an der [angewandten Forschung](#) auf diesem Sektor.

Facharzt für Öffentliches Gesundheitswesen

Um nach einem absolvierten Medizinstudium als **Facharzt für Öffentliches Gesundheitswesen** tätig zu werden, bedarf es einer **fünfjährigen Weiterbildungszeit**. Die Inhalte sind dabei je nach Bundesland unterschiedlich geregelt, etwa:

- 36 Monate (= 3 Jahre) Tätigkeit in den Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung, davon 6 Monate in der Psychiatrie und Psychotherapie
- 18 Monate (= 1,5 Jahre) Tätigkeit in einer zugelassenen Weiterbildungsstätte des öffentlichen Gesundheitswesens, davon 9 Monate bei einer unteren Gesundheitsbehörde
- 6 Monate (720 Stunden) theoretische Weiterbildung im Kurs öffentliches Gesundheitswesen
- (vgl. Abschnitt B.21 der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Nordrhein vom 20. März 2004 i.d.F.v. 1. Oktober 2008, § 46 HeilBerG NRW, § 1 VO-Weiterbildungs-ÖGW NRW)
- Der Inhalt der Weiterbildung wird *nicht ausschließlich* von der Ärztekammer festgelegt, sondern erfolgt – was eine Besonderheit dieser Weiterbildung darstellt – auch nach staatlichen Verordnungen. Wurde die Weiterbildung nach ebendiesen Richtlinien abgeschlossen, verleiht die Ärztekammer den Facharztstitel; in Bayern geschieht dies direkt durch die oberste Landesgesundheitsbehörde.
- In Deutschland sind über 1.500 Fachärzte für öffentliches Gesundheitswesen registriert, von denen unter 50 niedergelassene Ärzte sind
- Daneben gibt es auch den *Fachzahnarzt für Öffentliches Gesundheitswesen*.

§ 28 ÖGD NRW: Befugnisse und Pflichten

(1) Die mit dem Vollzug dieses Gesetzes beauftragten Personen sind zur Durchführung der Überwachungsaufgaben nach §§ 10, 17 und 18 berechtigt,

1. während der üblichen Betriebs- und Geschäftszeiten die zu überwachenden Grundstücke, Räume, Anlagen und Einrichtungen zu betreten und dort Besichtigungen, Prüfungen und Untersuchungen vorzunehmen,
2. zur Verhütung und Abwehr drohender Gefahren für die Gesundheit der Bevölkerung die in Nummer 1 genannten Grundstücke und Räume, Anlagen und Einrichtungen sowie die damit verbundenen Wohnräume auch außerhalb der dort genannten Zeiten zu betreten und einschließlich der dort befindlichen Gegenstände zu untersuchen,
3. Proben zum Zwecke der Untersuchung zu fordern oder zu entnehmen und, soweit erforderlich, die entsprechenden Bücher oder sonstige Unterlagen einzusehen und daraus Ablichtungen zu fertigen.

(2) Personen, die zur Durchführung der Überwachung Auskünfte geben können, sind verpflichtet, auf Verlangen die erforderlichen Auskünfte zu erteilen und die erforderlichen Unterlagen vorzulegen.

(3) Die Betriebsinhaberinnen/Betriebsinhaber, deren Vertretungen oder Beauftragte oder Personen, die die tatsächliche Gewalt inne haben, sind verpflichtet, die Amtshandlungen nach Absatz 1 zu dulden sowie die in Absatz 1 Nummern 1 und 2 genannten Grundstücke und Räume, Anlagen und Einrichtungen zugänglich zu machen. Das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung nach Artikel 13 des Grundgesetzes wird insoweit eingeschränkt.

(4) Werden bei der Überwachung nach §§ 17 und 18 Tatsachen festgestellt, die ein Eingreifen erforderlich machen, veranlasst die untere Gesundheitsbehörde die notwendigen Maßnahmen, sofern nicht andere Verwaltungsbehörden zuständig sind. Bei Gefahr ist die untere Gesundheitsbehörde verpflichtet, selbst die erforderlichen Maßnahmen zu treffen.

Begriff der Gesundheit und
Ziele von Gesundheitspolitik

von der Antike bis ins 19. Jahrhundert

Im Konzept der Humoralpathologie nach Hippokrates ist Gesundheit Eukrasie (Gleichgewicht wohltemperierter Körpersäfte und Temperamente).

Die Ausgewogenheit der vier Körpersäfte, die Eukrasie, galt als Voraussetzung von Gesundheit, die es durch eine entsprechende Lebensweise zu erhalten galt. Für Krankheit wurde ein naturwidriger Stoff verantwortlich gemacht, die Materia peccans. Diese konnte das Gleichgewicht der Säfte stören oder einen der Säfte schlecht werden lassen und musste deshalb aus dem Körper entfernt werden. Dies führte zum häufigen Einsatz von Aderlass sowie Abführ- und Brechmitteln bis ins 19. Jahrhundert.

Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO)

- „Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“
- („Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.“)

Philosophische und soziologische Definition

- Dem Philosophen Friedrich Nietzsche wird folgende Definition zugeschrieben:
„Gesundheit ist dasjenige Maß an Krankheit, das es mir noch erlaubt, meinen wesentlichen Beschäftigungen nachzugehen.“
- Nach dem Soziologen Talcott Parsons
ist Gesundheit eine funktionale Voraussetzung von Gesellschaft.
Eine andere häufig zitierte Definition von Parsons lautet
„Gesundheit ist ein Zustand optimaler Leistungsfähigkeit eines Individuums, für die wirksame Erfüllung der Rollen und Aufgaben für die es sozialisiert worden ist.“

Unterschiedliche gesundheitswissenschaftliche Definitionen

Die Gesundheitswissenschaften nehmen häufig auf [Antonovsky](#) und dessen Konzept der [Salutogenese](#) Bezug.

Gesundheit wird nicht nur als Abwesenheit von Krankheit, sondern als einer der extremen Pole auf dem Kontinuum von Krankheit und Gesundheit verstanden.

Gesundheit besitzt in den Gesundheitswissenschaften eine körperliche, psychische, soziale und ökologische Dimension und kann deshalb nicht alleine durch naturwissenschaftliche und medizinische, sondern muss zusätzlich auch durch psychologische, soziologische, ökonomische und ökologische Analysen erforscht werden.¹

Von [anderen Gesundheitswissenschaftlern](#) wird Gesundheit in Anlehnung an die Definition der WHO verstanden als „Zustand des objektiven und subjektiven Befindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich in den physischen, psychischen und sozialen Bereichen ihrer Entwicklung im Einklang mit den eigenen Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äußeren Lebensbedingungen befindet.“¹

Im Verständnis von [Hurrelmann](#) ist Gesundheit ein angenehmes und durchaus nicht selbstverständliches Gleichgewichtsstadium von Risiko- und Schutzfaktoren, das zu jedem lebensgeschichtlichen Zeitpunkt immer erneut in Frage gestellt ist. Gelingt das Gleichgewicht, dann kann dem Leben Sinn und Freude abgewonnen werden, es ist eine produktive Entfaltung der eigenen Kompetenzen und Leistungspotentiale möglich, und es steigt die Bereitschaft, sich gesellschaftlich zu integrieren und zu engagieren.

Pflegewissenschaftliche Definition

[Monika Krohwinkel](#) identifiziert Wohlbefinden und Unabhängigkeit als subjektiv empfundene Teile der Gesundheit:

„Krankheit und Gesundheit sind ‚dynamische Prozesse‘, die für die Pflege als Fähigkeiten und Defizite erkennbar sind.“

[Reinhard Lay](#) hat als Teil des Modells der Gesundheitspflege eine neuere pflegewissenschaftliche Definition von Gesundheit vorgelegt:

„Gesundheit bedeutet eine zufriedenstellende Entfaltung von Selbstständigkeit und Wohlbefinden in den Aktivitäten des Lebens.“

Lay versteht Pflege als Gesundheitsförderung.

Definition der Entwicklungspsychologie

- Die [Entwicklungspsychologie](#) beschäftigt sich mit subjektiven Gesundheitsdefinitionen von Kindern und Jugendlichen.
- Deren Begriff von Gesundheit ist abstrakt und wird in negativer Abgrenzung von Krankheit verstanden. Psychische Dimensionen („keine Sorgen haben“) sind jedoch bereits im Jugendalter wichtige Bestandteile des Begriffes von Gesundheit.

Das deutsche Sozialrecht

enthält keine Bestimmungen, die eine Definition von Krankheit oder Gesundheit enthalten.

Das Sozialrecht stellt **notwendigen Maßnahmen zum Schutz, zur Erhaltung, zur Besserung und zur Wiederherstellung der Gesundheit zur Verfügung.**

Die Ausgestaltung dieser Maßnahmen und die Gestaltung der Rahmenbedingungen für die Bereitstellung und Ausführung dieser Maßnahmen ist Aufgabe der Gesundheitspolitik.

Ziele von Gesundheitspolitik sollten sein

- dass Krankheiten und Unfälle durch Vorbeugung ([Prävention](#)) möglichst vermieden werden,
- dass jeder Bürger im Krankheitsfall unabhängig von seinem Einkommen und Vermögen die notwendige Gesundheitsversorgung erhält,
- dass diese Versorgung unter Achtung der menschlichen Würde und des Selbstbestimmungsrechts des Kranken in bestmöglicher Qualität erfolgt,
- dass das Gesundheitssystem so effizient und kostengünstig wie möglich arbeitet,
- dass die Bevölkerung mit der Gesundheitsversorgung zufrieden ist und
- dass das Personal im Gesundheitssektor gute Arbeitsbedingungen hat.

Teil B

Gesundheit im Sozialrecht

Erstes Sozialgesetzbuch (SGB I) - Sozialversicherung

§ 4

- 1) Jeder hat im Rahmen dieses Gesetzbuchs ein **Recht auf Zugang zur Sozialversicherung**.
- (2) Wer in der Sozialversicherung versichert ist, hat im Rahmen der gesetzlichen Kranken-, Pflege-, Unfall- und Rentenversicherung einschließlich der Alterssicherung der Landwirte **ein Recht auf**
 1. die **notwendigen Maßnahmen zum Schutz, zur Erhaltung, zur Besserung und zur Wiederherstellung der Gesundheit** und der Leistungsfähigkeit und
 2. **wirtschaftliche Sicherung bei Krankheit, Mutterschaft, Minderung der Erwerbsfähigkeit und Alter**.Ein Recht auf wirtschaftliche Sicherung haben auch die Hinterbliebenen eines Versicherten.

SGB I – Soziales Entschädigungsrecht

§ 5

Wer einen Gesundheitsschaden erleidet, für dessen Folgen die staatliche Gemeinschaft in Abgeltung eines besonderen Opfers oder aus anderen Gründen nach versorgungsrechtlichen Grundsätzen einsteht, hat ein Recht auf

1. die notwendigen Maßnahmen zur Erhaltung, zur Besserung und zur Wiederherstellung der Gesundheit und der Leistungsfähigkeit und
2. angemessene wirtschaftliche Versorgung.

Ein Recht auf angemessene wirtschaftliche Versorgung haben auch die Hinterbliebenen eines Beschädigten.

Leistungsarten - § 11 SGB I

Gegenstand der sozialen Rechte sind **die in diesem Gesetzbuch vorgesehenen** Dienst-, Sach- und Geldleistungen (Sozialleistungen). Die persönliche und erzieherische Hilfe gehört zu den Dienstleistungen.

Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung - § 21 SGB I

(1) Nach dem [Recht der gesetzlichen Krankenversicherung](#) können in Anspruch genommen werden:

1. Leistungen zur [Förderung der Gesundheit, zur Verhütung und zur Früherkennung von Krankheiten,](#)

2. [bei Krankheit Krankenbehandlung,](#) insbesondere

a) ärztliche und zahnärztliche Behandlung,

b) Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln,

c) häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe,

d) Krankenhausbehandlung,

e) medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation,

f) Betriebshilfe für Landwirte,

g) Krankengeld,

3. bei Schwangerschaft und Mutterschaft ärztliche Betreuung, Hebammenhilfe, stationäre Entbindung, häusliche Pflege, Haushaltshilfe, Betriebshilfe für Landwirte, Mutterschaftsgeld,

4. Hilfe zur Familienplanung und Leistungen bei durch Krankheit erforderlicher Sterilisation und bei nicht rechtswidrigem Schwangerschaftsabbruch.

5. (weggefallen)

(2) Zuständig sind die Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen, die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau als landwirtschaftliche Krankenkasse, die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und die Ersatzkassen.

Zum Vergleich: § 27 SGB V - Krankenbehandlung

(1) Versicherte haben **Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern.** Die Krankenbehandlung umfasst

- 1.Ärztliche Behandlung einschließlich Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung,
- 2.zahnärztliche Behandlung,
 - 2a.Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen,
- 3.Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln,
- 4.häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe,
- 5.Krankenhausbehandlung,
- 6.Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen.

Zur Krankenbehandlung gehört auch die **palliative Versorgung der Versicherten.** Bei der Krankenbehandlung ist den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen, insbesondere bei der Versorgung mit Heilmitteln und bei der medizinischen Rehabilitation. Zur Krankenbehandlung gehören auch **Leistungen zur Herstellung der Zeugungs- oder Empfängnisfähigkeit,** wenn diese Fähigkeit nicht vorhanden war oder durch Krankheit oder wegen einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation verlorengegangen war.

Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung - § 22 SGB I

- 1) Nach dem Recht der **gesetzlichen Unfallversicherung** können in Anspruch genommen werden:
 1. Maßnahmen zur Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren und zur Ersten Hilfe sowie Maßnahmen zur **Früherkennung von Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren**,
 2. **Heilbehandlung, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und andere Leistungen zur Erhaltung, Besserung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit sowie zur Erleichterung der Verletzungsfolgen einschließlich wirtschaftlicher Hilfen**
 3. bis 5.....
 6. **Haushaltshilfe**,
 7. **Betriebshilfe für Landwirte**.
- (2) Zuständig sind die gewerblichen Berufsgenossenschaften, die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau als landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft, die Gemeindeunfallversicherungsverbände, die Feuerwehr-Unfallkassen, die Unfallkassen der Länder und Gemeinden, die gemeinsamen Unfallkassen für den Landes- und kommunalen Bereich und die Unfallversicherung Bund und Bahn.

Versorgungsleistungen bei Gesundheitsschäden - § 24 SGB I - Soziales Entschädigungsrecht

(1) Nach dem **Recht der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden** können in Anspruch genommen werden:

1. **Heil- und Krankenbehandlung sowie andere Leistungen zur Erhaltung, Besserung und Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit einschließlich wirtschaftlicher Hilfen,**
2. bis 4.....
5. **Kapitalabfindung, insbesondere zur Wohnraumbeschaffung.**

(2) **Zuständig sind die Versorgungsämter**, die Landesversorgungsämter und die orthopädischen Versorgungsstellen. Für die besonderen Hilfen im Einzelfall sind die Kreise und kreisfreien Städte sowie die Hauptfürsorgestellen zuständig.

Bei der Durchführung der Heil- und Krankenbehandlung **wirken die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung mit**. Für die Leistungen nach den §§ 80, 81a bis 83a des Soldatenversorgungsgesetzes ist die Bundeswehrverwaltung zuständig.

Leistungen der Sozialhilfe - § 28 SGB I -

(1) Nach dem **Recht der Sozialhilfe** können in Anspruch genommen werden:

1. Hilfe zum Lebensunterhalt,

1a. Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung,

2. **Hilfen zur Gesundheit**,

3. (weggefallen)

4. Hilfe zur Pflege,

5. Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten,

6. Hilfe in anderen Lebenslagen

sowie die jeweils gebotene Beratung und Unterstützung.

(2) **Zuständig sind die Kreise und kreisfreien Städte, die überörtlichen Träger der Sozialhilfe und für besondere Aufgaben die Gesundheitsämter; sie arbeiten mit den Trägern der freien Wohlfahrtspflege zusammen.**

Risiko: Krankheit

SGB V: Allgemeine Vorschriften

§ 1 Solidarität und Eigenverantwortung

Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern.

Das umfasst auch die Förderung der gesundheitlichen Eigenkompetenz und Eigenverantwortung der Versicherten. Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich; sie sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden.

Die Krankenkassen haben den Versicherten dabei durch Aufklärung, Beratung und Leistungen zu helfen und auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken

§ 2a Leistungen an behinderte und chronisch kranke Menschen

Den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen ist Rechnung zu tragen.

§ 2b Geschlechtsspezifische Besonderheiten

Bei den Leistungen der Krankenkassen ist geschlechtsspezifischen Besonderheiten Rechnung zu tragen.

Krankenbehandlung - § 27 SGB V -

(2) Versicherte haben **Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern.** Die Krankenbehandlung umfasst

- 1.Ärztliche Behandlung einschließlich Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung,
- 2.zahnärztliche Behandlung,
 - 2a.Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen,
- 3.Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln,
- 4.häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe,
- 5.Krankenhausbehandlung,
- 6.Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen.

Zur Krankenbehandlung gehört auch die palliative Versorgung der Versicherten. Bei der Krankenbehandlung ist den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen, insbesondere bei der Versorgung mit Heilmitteln und bei der medizinischen Rehabilitation. Zur Krankenbehandlung gehören auch Leistungen zur Herstellung der Zeugungs- oder Empfängnisfähigkeit, wenn diese Fähigkeit nicht vorhanden war oder durch Krankheit oder wegen einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation verlorengegangen war.

Prävention

Begriffsbestimmung

- **Prävention** (lateinisch *praevenire* „zuvorkommen“ , „verhüten“) bezeichnet Maßnahmen zur Abwendung von unerwünschten Ereignissen oder Zuständen, die mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit eintreffen könnten, wenn nichts getan würde.
- Es wird unterschieden zwischen Verhaltensprävention, die gezielt auf das Handeln einzelner Personen ausgerichtet ist und Verhältnisprävention, welche auf das Umfeld, die Lebensumstände ausgerichtet wird.
- 1957 führte die Commission on Chronic Illness eine Unterteilung in **Primär- und Sekundärprävention** ein, der bald darauf **Tertiär-, Quartär- und Primordialprävention** folgten.
- Dabei richtet sich **Primärprävention** ungezielt und noch vor Eintritt einer konkreten Gefährdung an alle potentiell betroffenen Personen, **Primordialprävention** insbesondere auf gesellschaftliche Risikofaktoren.
- **Sekundärprävention** bezeichnet speziell auf bereits als gefährdet angesehene Personengruppen ausgerichtete Programme, **Tertiärprävention** bezieht sich auf Intervention nach Eintritt des Ereignisses, die einer weiteren Verschlechterung des jeweiligen Zustandes entgegenwirken sollen.
- **Quartärprävention** bezeichnet Maßnahmen zur Rückfallprophylaxe oder auch Strategien zur Vermeidung unnötiger medizinischer Maßnahmen.

Rechtsgrundlage

Das **Präventionsgesetz** (PrävG) ist ein Artikelgesetz, das in Deutschland ab 2016 neue Maßnahmen in den Bereichen

- Vorbeugen gegen Krankheiten (Prävention,
- Gesundheitsförderung und
- Früherkennung von Krankheiten geregelt hat.

Mit einem Artikelgesetz werden Bestimmungen in den Gesetzbüchern (hier insbesondere SGB V, SGB IX) neu gefasst.

Vermeidung von Krankheit und Behinderung

§ 1 Abs. 1 Satz 2 SGB V:

Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich; sie sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden.

§ 20 Abs. 1 Satz 1 SGB V:

(1) Die Krankenkasse sieht in der Satzung Leistungen zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (primäre Prävention) sowie zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten (Gesundheitsförderung) vor.

Nationale Präventionsstrategie

- 1) Die Krankenkassen entwickeln im Interesse einer wirksamen und zielgerichteten Gesundheitsförderung und Prävention mit den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung und den Pflegekassen eine gemeinsame nationale Präventionsstrategie und gewährleisten ihre Umsetzung und Fortschreibung im Rahmen der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20e.
- (2) Die Nationale Präventionsstrategie umfasst insbesondere
 1. die Vereinbarung bundeseinheitlicher, trägerübergreifender Rahmenempfehlungen zur Gesundheitsförderung und Prävention nach Absatz 3,
 2. die Erstellung eines Berichts über die Entwicklung der Gesundheitsförderung und Prävention (Präventionsbericht) nach Absatz 4.
- (3) Zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention sowie der Zusammenarbeit der für die Erbringung von Leistungen zur Prävention in Lebenswelten und in Betrieben zuständigen Träger und Stellen vereinbaren die Träger nach Absatz 1 bundeseinheitliche, trägerübergreifende Rahmenempfehlungen, insbesondere durch Festlegung gemeinsamer Ziele, vorrangiger Handlungsfelder und Zielgruppen, der zu beteiligenden Organisationen und Einrichtungen sowie zu Dokumentations- und Berichtspflichten erstmals zum 31. Dezember 2015. Bei der Festlegung gemeinsamer Ziele werden auch die Ziele der gemeinsamen deutschen Arbeitsschutzstrategie sowie die von der Ständigen Impfkommission gemäß § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes empfohlenen Schutzimpfungen berücksichtigt.

Formen der primären Präventionsleistungen

§ 20 Abs. 4 SGB V

Leistungen nach Absatz 1 werden erbracht als

1. Leistungen zur **verhaltensbezogenen Prävention** nach Absatz 5,
2. Leistungen zur **Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten** für in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte nach § 20a und
3. Leistungen zur **Gesundheitsförderung in Betrieben** (betriebliche Gesundheitsförderung) nach § 20b.

Vorrang der Prävention im Teilhaberecht (SGB IX)

§ 3 SGB IX

1) Die Rehabilitationsträger und die Integrationsämter wirken bei der Aufklärung, Beratung, Auskunft und Ausführung von Leistungen im Sinne des Ersten Buches sowie im Rahmen der Zusammenarbeit mit den Arbeitgebern nach § 167 darauf hin, dass der Eintritt einer Behinderung einschließlich einer chronischen Krankheit vermieden wird.

(2) Die Rehabilitationsträgerwirken bei der Entwicklung und Umsetzung der Nationalen Präventionsstrategie nach den Bestimmungen der §§ 20d bis 20g des Fünften Buches mit, insbesondere mit der Zielsetzung der Vermeidung von Beeinträchtigungen bei der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft.

(3) Bei der Erbringung von Leistungen für Personen, deren berufliche Eingliederung auf Grund gesundheitlicher Einschränkungen besonders erschwert ist, arbeiten die Krankenkassen mit der Bundesagentur für Arbeit und mit den kommunalen Trägern der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach § 20a des Fünften Buches eng zusammen

Teil 2

Verantwortung für die Gestaltung der
Gesundheitsleistungen

Die zahlreichen Akteure im deutschen Gesundheitswesen lassen sich drei grundsätzlichen Ebenen zuordnen:

1. Zur ersten Ebene gehören staatliche Stellen, die sich entsprechend unserer föderalen Struktur ihrerseits nochmals nach Bund, Ländern und Kommunen unterscheiden lassen. Im Zusammenhang mit dieser ersten Ebene lassen sich auch die politischen Willensbildungsprozesse in den Parteien darstellen.
2. Auf der zweiten Ebene sind die für das deutsche Gesundheitswesen besonders wichtigen korporatistischen Akteure angesiedelt, also die Körperschaften und Verbände, denen es obliegt, die gesundheitliche Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung zu organisieren und sicherzustellen.
3. Die dritte Ebene umfasst schließlich die übrigen Akteure, wobei es sich hier vor allem um Unternehmen und einzelne Organisationen beziehungsweise deren Vereinigungen handelt.

Aus den drei Ebenen ergeben sich drei politische Aktionsebenen:

1. Auf Ebene eins finden sich die Subjekte der staatlichen Steuerung im Gesundheitswesen,
2. auf Ebene befindet sich die sogenannte "mittelbare Staatsverwaltung" (Korporatismus)
3. bei den Akteuren auf Ebene drei sind vor Allem marktwirtschaftliche Steuerungsmechanismen bedeutsam.

Verantwortung des Bundes

Der Deutsche Bundestag entscheidet über alle Fragen des deutschen Gesundheitswesens, die durch Bundesgesetze geregelt werden sollen beziehungsweise müssen, um einheitliche Lebensverhältnisse in Deutschland zu gewährleisten. Die Entscheidungen des Parlaments werden in der Regel im Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung vorbereitet.

Der Einfluss des Bundestages auf die Gestaltung des Gesundheitswesens ist prinzipiell sehr weitreichend: Sämtliche Grundsatzfragen der gesetzlichen Krankenversicherung werden in einem Bundesgesetz geregelt (Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – SGB V).

Verantwortung des Bundes

- Das Gleiche gilt für andere Zweige der Sozialversicherung, die ebenfalls bestimmte Leistungen der gesundheitlichen Versorgung finanzieren, wie etwa die gesetzliche Rentenversicherung (SGB VI), die für den Versorgungsbereich der Rehabilitation eine große Rolle spielt, oder die gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII), die der Leistungsträger bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten ist.
- Ferner entscheidet der Bundestag über die Rahmenbedingungen der Krankenhausversorgung und -finanzierung (zum Beispiel Krankenhausentgeltgesetz, Krankenhausfinanzierungsgesetz),
- der Arzneimittelversorgung (Gesetz über das Apothekenwesen; Arzneimittelgesetz) sowie
- von Medizin- und Blutprodukten.
- Es gibt Bundesgesetze zu besonderen medizinischen Behandlungsmöglichkeiten und Technologien (zum Beispiel zur Fortpflanzungsmedizin und zur Gentechnik) sowie zur Regelung bestimmter Gesundheitsberufe (zum Beispiel das Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege).

Verantwortung der Länder

Bundesländer, Länderministerien

Die Bundesländer beziehungsweise die zuständigen Länderministerien spielen vor allem in zwei Bereichen des deutschen Gesundheitswesens eine zentrale Rolle:

- a) in der stationären Versorgung und
- b) im öffentlichen Gesundheitsdienst.

Ein wichtiger Schwerpunkt der Länderaktivitäten liegt auf der Prävention, also den Maßnahmen und Initiativen zum Erhalt und zur Förderung der Gesundheit der Bevölkerung beziehungsweise spezifischer Zielgruppen (Kinder, Jugendliche, Migrantinnen und Migranten usw.).

Die Zuständigkeiten für die genannten Bereiche sind in der Regel in einem Landesministerium gebündelt, wobei neben dem Themenfeld Gesundheit zumeist noch weitere Politikfelder (zum Beispiel Familie, Frauen, Soziales, Umwelt) zum gleichen Ministerium gehören. Eine Sonderrolle nehmen ferner zumeist die Universitätskliniken ein, die den jeweiligen Wissenschaftsministerien zugeordnet sind.

Verantwortung der Länder

Die Bundesländer sind für die Gewährleistung einer leistungsfähigen und bedarfsgerechten Krankenhausversorgung zuständig. Zu diesem Zweck stellen sie Krankenhauspläne und Investitionsprogramme auf (§ 6 Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG). Einzelheiten der Krankenhausplanung und -finanzierung sind in Landesgesetzen geregelt.

Für die akutstationäre Versorgung in Deutschland gilt eine duale Finanzierung: Investitionsmaßnahmen – zum Beispiel bauliche Maßnahmen oder die Anschaffung von medizinischen Geräten – werden von den Bundesländern finanziert, wogegen der laufende Betrieb – also die Behandlung von Patientinnen und Patienten – von den Krankenkassen bezahlt wird.

In den Krankenhausplänen wird der Bedarf an stationären Behandlungsleistungen für das jeweilige Bundesland für einen festgelegten Zeitraum prognostiziert und darauf aufbauend die erforderliche Zahl an Häusern, Abteilungen und Betten ermittelt. Die Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan des Landes ist – von Ausnahmen abgesehen – zum einen Voraussetzung dafür, dass die Behandlungskosten der Patientinnen und Patienten von der GKV übernommen werden können. Zum anderen kommen die "Plankrankenhäuser" in den Genuss der Investitionsförderung durch das Land.

Verantwortung der Länder

Ein zweiter wichtiger Zuständigkeitsbereich der Länder beziehungsweise der nachgeordneten kommunalen Verwaltungen ist **der öffentliche Gesundheitsdienst**.

Zu den traditionellen Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes gehören Vorsorge und Gesundheitsfürsorge (wie beispielsweise Einschulungsuntersuchungen, Schwangeren- und Mütterberatung), gemeindenaher psychiatrische und sozialpsychiatrische Versorgung, Überwachungs- und Beratungsaufgaben in den Bereichen Hygiene, Infektionskrankheiten, Arzneimittelverkehr und Umweltmedizin.

Eine in den letzten Jahren verstärkt ausgebaute Aufgabe ist ferner die **Gesundheitsberichterstattung, die auf Landes- und teilweise auch auf kommunaler Ebene stattfindet**.

Die Gesundheitsberichterstattung **liefert Daten und Fakten zur gesundheitlichen Situation der Bevölkerung beziehungsweise zu Strukturen und Leistungen des Gesundheitswesens**. Auf Bundesebene wird die Gesundheitsberichterstattung vom Robert Koch-Institut wahrgenommen.

Verantwortung der Länder

Neben den Schwerpunkten Krankenhausversorgung und öffentlicher Gesundheitsdienst üben die Länder Aufsichtsfunktionen über Beschäftigte in Gesundheitseinrichtungen und im Land ansässige Einrichtungen wie Krankenkassen, Ärzte- und Zahnärztekammern sowie Kassenärztliche Vereinigungen aus.

Verantwortung der Kommunen

Die Gewährleistung von hinreichenden Krankenhauskapazitäten liegt grundsätzlich in der Pflicht der Kreise und kreisfreien Städte, die Krankenhäuser aber nicht in eigener Trägerschaft bereitstellen müssen.

Zweite Ebene

Gemeinsame Selbstverwaltung

Bedeutung der korporatistischen Steuerung

Besonders charakteristisch für das deutsche Gesundheitssystem ist die besondere Rolle, die den Verbänden und Körperschaften im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) beziehungsweise der von der GKV finanzierten Gesundheitsversorgung zukommt:

Der Staat hat die unmittelbare Gestaltung und administrative Steuerung an selbstverwaltete Körperschaften und deren Verbände delegiert.

Man spricht in diesem Zusammenhang von einem korporatistischen Steuerungsmodell.

Der Korporatismus im Gesundheitswesen ist historisch entstanden und lässt sich bis in die Anfänge der GKV im Kaiserreich beziehungsweise den anschließenden Auseinandersetzungen zwischen Krankenkassen und Ärztinnen und Ärzten zurückverfolgen

Gemeinsame Selbstverwaltung

Eine Hauptrolle spielen die Verbände und Körperschaften, die in der gemeinsamen Selbstverwaltung – verkörpert durch den Gemeinsamen Bundesausschuss der Ärztinnen, Ärzte und Krankenkassen – mitwirken und die im Folgenden vorgestellt werden.

Gemeinsame Selbstverwaltung

Bis Ende 2003 waren mehrere Einzelgremien mit Fragen der Gestaltung und Weiterentwicklung der gesundheitlichen Versorgung unter dem Dach der GKV befasst.

Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz hat der Gesetzgeber die gemeinsame Selbstverwaltung der Ärztinnen, Ärzte und Krankenkassen neu strukturiert. Seit dem 1. Januar 2004 sind die Aufgaben der gemeinsamen Selbstverwaltung in einem einzigen Gremium, dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zusammengefasst (§ 91 Absatz 2 SGB V).

Akteure der gemeinsamen Selbstverwaltung

Krankenkassen

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) unterscheidet mehrere sogenannte Kassenarten:

- Ortskrankenkassen (AOK),
 - Betriebskrankenkassen (BKK),
 - Innungskrankenkassen (IKK),
 - Landwirtschaftliche Krankenkassen sowie
 - See-Krankenkasse und die Bundesknappschaft,
- die auch als "Primärkassen" bezeichnet werden, weil bis 1996 bestimmte Berufsgruppen obligatorisch in einer dieser Kassen versichert sein mussten.

Die siebte Kassenart sind die **Ersatzkassen**, die bis 1996 noch in Ersatzkassen für Arbeiterinnen und Arbeiter und für Angestellte getrennt waren (u.a)

- Barmer Ersatzkasse
- Deutsche Angestelltenkrankenkasse
- Techniker Krankenkasse

Landesverbände der Krankenkassen

Die einzelnen Krankenkassen gehören jeweils automatisch den Verbänden ihrer Kassenart auf Landes- und Bundesebene an.

Die Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen gehören dem Landesverband des Bundeslandes an, in dem sie ihren Sitz haben (§ 207 SGB V).

Wegen der vielen Kassenzusammenschlüsse seit Einführung der Kassenwahlfreiheit (1996) gibt es jedoch bei den Orts- und Innungskrankenkassen zumeist nur noch eine Kasse pro Bundesland, die dann gleichzeitig die Funktionen eines Landesverbandes ausübt.

Die Verbände der Krankenkassen nehmen einerseits Dienstleistungsfunktionen für ihre Mitgliedskassen wahr, andererseits fallen ihnen gesetzlich festgelegte Aufgaben zu.

Bundes- und Spitzenverbände der GKV

- Die Landesverbände einer Kassenart bilden ihrerseits einen Bundesverband (§ 212 SGB V). Bei den Ersatzkassen sowie den übrigen Kassenarten existieren keine Landesverbände.
- Die Landesverbände sind Mitglied des sogen. „Spitzenverband“es, der sie auf Bundesebene vertritt. Die Landwirtschaftlichen Krankenkassen bilden insgesamt einen Bundesverband und die Bundesknappschaft fungiert gleichermaßen als Landes- und Bundesverband.
- Die auf Bundesebene zuständigen Verbände werden im Sozialgesetzbuch als "Spitzenverbände der Krankenkassen" bezeichnet. Speziell die Spitzenverbände nehmen eine Schlüsselstellung für die Entwicklung der GKV ein.
- Zu den gesetzlichen Aufgaben gehören u.a. der Abschluss von Verträgen mit den Leistungserbringern (Ärztinnen und Ärzte, Krankenhäuser usw.) sowie die Mitarbeit im Gemeinsamen Bundesausschuss.

Aufgaben des GKV-Spitzenverbandes

- Dem GKV-Spitzenverband der Krankenkassen fällt die Aufgabe zu, sich in allen Angelegenheiten untereinander zu einigen, die nach dem Willen des Gesetzgebers in der gesamten GKV "gemeinsam und einheitlich" geregelt sein sollen (vgl. § 213 SGB V). Gelingt ihm dies nicht oder nicht innerhalb der erforderlichen Frist, dann entscheidet das Bundesgesundheitsministerium selbst.
- Das SGB V sieht vor, dass die Krankenkassen die meisten wichtigen Fragen "gemeinsam und einheitlich" regeln müssen, weshalb dem Spitzenverband eine entsprechend große Rolle für die Entwicklung des Gesamtsystems zufällt. Zu den wichtigsten Handlungsfeldern gehören unter anderem:
 - die Mitarbeit in der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärztinnen, Ärzte und Krankenkassen (Gemeinsamer Bundesausschuss – G-BA);
 - der Abschluss der Bundesmantelverträge mit den Kassen(zahn)ärztlichen Bundesvereinigungen, in denen GKV-weit die finanziellen und inhaltlichen Rahmenbedingungen für die ambulante ärztliche Versorgung der GKV-Versicherten vereinbart werden.

Aufgaben außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung

- Auch in den übrigen Leistungsbereichen außerhalb der auf der Ebene des GbA zu regelnden vertragsärztlichen ambulanten Versorgung haben die Landes- und Bundesverbände der Krankenkassen gemeinsamen und einheitlichen verbindlichen Vorgaben zu setzen bzw. die Rahmenbedingungen in Mantelverträgen zu regeln z.B. in Bezug auf Heilmittel (wie Krankengymnastik) oder Hilfsmittel (wie Prothesen, Rollstühle usw.).
- Als Partner des GKV-Spitzenverbandes der Krankenkassen sieht das Gesetz dabei jeweils als Verband organisierte Pendanten aufseiten der Leistungserbringer vor. Bei den Heilmitteln ist beispielsweise von den "für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene" die Rede (§ 125 SGB V), sonst von den "Verbänden der Leistungserbringer".
- Die Verbände bleiben auch auf der nächsten Ebene die wesentlichen Akteure: Die Landesverbände der Krankenkassen beziehungsweise die Verbände der Ersatzkassen schließen in jedem Bundesland die Verträge mit den Kassenärztlichen Vereinigungen sowie den Krankenhäusern in der Region. Dazu kommen weitere Funktionen in Bezug auf andere Leistungsbereiche.

Aufgaben im Einzelnen

Der GKV-Spitzenverband die Krankenkassen nimmt auf Bundesebene für die gesamte GKV u.a. folgende Aufgaben wahr:

- die Vereinbarung von Grundsätzen für die Vergütung in der vertragsärztlichen beziehungsweise vertragszahnärztlichen Versorgung,
- den Abschluss von Vergütungsvereinbarungen für den stationären Sektor (Weiterentwicklung des Systems der diagnoseorientierten Fallpauschalen),
- die Bedarfsplanung für Vertragsärztinnen und -ärzte,
- die Festsetzung der Festbeträge für Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel,
- die Vereinbarungen von Rahmenvorgaben für Verträge auf Landesebene,
- die Definition von Grundsätzen der Prävention und Rehabilitation,
- die Vertretung der Krankenkassen im Gemeinsamen Bundesausschuss,
- die Ausgestaltung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs.

Vertragsärzte

Kassenärztliche Vereinigungen

Vertragsärzte der ambulanten Versorgung

Die Verantwortung für die ambulante ärztliche Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung – der sogenannte Sicherstellungsauftrag – wurde vom Gesetzgeber auf die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVs) delegiert (§ 72 Abs. 2 SGB V).

Ärztinnen und Ärzte, die zur Behandlung von Patientinnen und Patienten der GKV zugelassen sind, müssen Mitglied ihrer regionalen KV sein.

Sie werden als Vertragsärztinnen und -ärzte bezeichnet

Die regionalen KVs sind Mitglied der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV).

Aufgabe der KVs

Die KVs sind Körperschaften des öffentlichen Rechts und schließen mit den Verbänden der Krankenkassen Verträge, in denen die Einzelheiten der ambulanten ärztlichen Versorgung geregelt werden.

Die Kassen entrichten an die KVs eine Gesamtvergütung, mit der alle Leistungen der Vertragsärztinnen und -ärzte für ein Jahr abgegolten sind.

Die Honorierung der Vertragsärztinnen und -ärzte ist dann Sache der KV.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)

- Die KBV (beziehungsweise analog die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, KZBV) ist die **Vertretung der Vertragsärztinnen und -ärzte auf Bundesebene**. Mitglieder der KBV sind jedoch nicht einzelne Ärztinnen oder Ärzte sondern die einzelnen KVs.

Auch die KBV ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts und wird durch eine 60 Mitglieder umfassende Vertreterversammlung sowie (ab 2005) durch einen hauptamtlichen Vorstand geleitet. Der KBV-Vorstand besteht aus zwei Personen, nämlich jeweils einer Vertreterin oder einem Vertreter der Hausärztinnen und -ärzte sowie der Fachärztinnen und -ärzte. Die Rechtsaufsicht über die KBV führt das Bundesministerium für Gesundheit.

Die KBV nimmt für die Vertragsärztinnen und -ärzte analoge Aufgaben wahr wie der GKV-Spitzenverband der Krankenkassen für die Landesverbände und Einzelkassen.

Neben der gesundheitspolitischen Vertretung der Ärzteschaft sind dies vor allem:

- die Mitarbeit in der **gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärztinnen, Ärzte und Krankenkassen (Gemeinsamer Bundesausschuss – G-BA)**;
- der Abschluss der **Bundesmantelverträge mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen, in denen GKV-weit die finanziellen und inhaltlichen Rahmenbedingungen für die ambulante ärztliche Versorgung der GKV-Versicherten vereinbart werden**;
- der Erlass **bundeseinheitlicher Richtlinien zur ärztlichen Qualitätssicherung**.
- KBV und KVs sind über eine gemeinsame Stiftung Träger des **Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (ZI)**, das die Vertragsärzteschaft durch wissenschaftliche, technische und organisatorische Forschung und Konzeptentwicklung unterstützt.

Krankenhäuser
und -gesellschaften

Die deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)

- Die Krankenhäuser sind – neben Krankenkassen und Vertragsärztinnen und -ärzten – der dritte wichtige Mitspieler im System der korporatistischen Steuerung des deutschen Gesundheitswesens. Im Gegensatz zu den beiden anderen Akteuren sind sie jedoch nicht als selbstverwaltete Körperschaften des öffentlichen Rechts organisiert.
- Bei den Krankenhäusern in Deutschland unterscheidet man zwischen öffentlichen (Kommunen, Länder), freigemeinnützigen (Kirchen, Wohlfahrtsverbände) und privaten Trägern.
- Die Krankenhausträger schließen sich auf freiwilliger Basis zu Landeskrankenhausgesellschaften (§ 108a SGB V) zusammen, deren Aufgabe es ist, die Interessen der Träger beziehungsweise Häuser gegenüber den Kostenträgern, dem Staat und der Öffentlichkeit zu vertreten.

Die deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) ist der Zusammenschluss der 16 Landeskrankenhausgesellschaften sowie von zwölf Spitzenverbänden der Krankenhausträger (zum Beispiel Deutscher Caritasverband e. V., Diakonisches Werk der EKD e. V., Deutsches Rotes Kreuz e. V., Bundesverband Deutscher Privatkrankenanstalten e. V. usw.).

Den Landeskrankenhausgesellschaften sind in den Landeskrankenhausgesetzen eine Reihe von Aufgaben übertragen, vor allem im Zusammenhang mit den Vertragsabschlüssen zwischen Krankenhäusern und Kassen beziehungsweise den Verhandlungen über die Pflegesätze. Ferner wirken sie an der Krankenhausplanung des Landes mit.

Darüber hinaus sind die Landeskrankenhausgesellschaften auch Dienstleister und Berater für ihre Mitglieder in rechtlichen und betriebswirtschaftlichen Fragen.

Die DKG vertritt die Interessen der Krankenhausträger auf Bundesebene und nimmt gesetzlich zugewiesene Aufgaben im Rahmen der gemeinsamen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen wahr. Dazu gehört vor allem die Mitarbeit in der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärztinnen, Ärzte und Krankenkassen.

Der
Gemeinsame Bundesausschuss (GBA)

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) der Ärztinnen, Ärzte und Krankenkassen

Der Gemeinsame Bundesausschuss (§ 91 SGB V) ist quasi die institutionelle Verkörperung zweier prägender Merkmale des deutschen Gesundheitswesens, nämlich der Selbstverwaltung und des Korporatismus:

Die Steuerung und Weiterentwicklung des Gesundheitswesens hat der Gesetzgeber in wesentlichen Teilen in die Zuständigkeit der unmittelbar Beteiligten – Krankenkassen und Leistungserbringer – gelegt, die sich – vertreten durch ihre Spitzenverbände – auf für alle verbindliche Lösungen einigen sollen.

Aufgabe des GbA

Der G-BA hat die Aufgabe zu konkretisieren, **welche ambulanten oder stationären Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind.**

Die drei letztgenannten Qualitäten werden in § 12 SGB V als die wesentlichen Kriterien für Leistungen der GKV genannt.

Der G-BA soll diese Aufgabe erfüllen, indem er Richtlinien beschließt, die für einzelne Leistungsbereiche (zum Beispiel ärztliche Behandlung, Früherkennung von Krankheiten, Beurteilung der Arbeitsfähigkeit usw.) konkretisieren, wie eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung aussieht (vgl. § 92 SGB V). Die vom G-BA beschlossenen Richtlinien haben in der GKV eine hohe rechtliche Verbindlichkeit ("untergesetzliche Normen").

-

Aufgabe: Weiterentwicklung der Versorgung

- Der GbA nimmt eine Schlüsselstellung bei der Gestaltung und Weiterentwicklung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung ein (vgl. §§ 135 und 137c SGBV):
:
Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden dürfen nur zulasten der GKV erbracht werden, wenn der G-BA zuvor eine positive Empfehlung zum diagnostischen und therapeutischen Nutzen sowie deren medizinischer Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit abgegeben hat. Der G-BA entscheidet somit über die Zulassung von neuen Verfahren zur GKV-Versorgung.
- Ferner soll der G-BA auch die bereits eingeführten Untersuchungs- und Behandlungsverfahren nach den genannten Kriterien überprüfen. Das bedeutet, dass in Zukunft möglicherweise auch seit Langem eingeführte Behandlungsmethoden aus der GKV-Versorgung herausfallen könnten, wenn sie sich nach Prüfung durch den G-BA als nicht hinreichend wirksam, notwendig oder wirtschaftlich erweisen sollten.
- Zur Unterstützung der Aufgaben des G-BA wurde 2004 das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) gegründet.

Weitere Aufgaben des GbA

Weitere wichtige Aufgabenbereiche des G-BA sind

- -Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in Einrichtungen des Gesundheitswesens und die
- Abgabe von Empfehlungen zu Strukturierten Behandlungsprogrammen bei chronischen Krankheiten (Disease-Management-Programme, DMP).

Die Mitglieder des GbA

Dem G-BA gehören Vertreterinnen und Vertreter der Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigungen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, des GKV-Spitzenverbandes der Krankenkassen sowie drei Unparteiische an, darunter die/der Vorsitzende. Ferner nehmen an den Sitzungen des G-BA bis zu fünf Vertreterinnen und Vertreter von Patientenorganisationen mit lediglich beratender Stimme teil.

Der G-BA hat die Nachfolge von fünf Gremien angetreten, die jeweils bestimmte Leistungsbereiche bearbeitet haben (Bundesausschuss der Ärztinnen, Ärzte und Krankenkassen, Ausschuss Krankenhaus, Bundesausschuss für Fragen der Psychotherapie usw.).

Zusammensetzung des GbA

Der G-BA führt diese fachliche Gliederung fort, indem er in unterschiedlichen Besetzungen tagt.

Neben dem Plenum gibt es die Besetzungen

"Ärztliche Angelegenheiten",

"Vertragsärztliche Versorgung",

"Vertragspsychotherapeutische Versorgung",

"Vertragszahnärztliche Versorgung" und

"Krankenhausbehandlung".

Für jede dieser Besetzungen sind im Gesetz etwas abweichende Zusammensetzungen des G-BA im Hinblick auf die Anzahl der Vertreterinnen und Vertreter der beteiligten Institutionen vorgesehen (vgl. § 91 SGB V).

