Anlage 1:

Bundeszentrale für politische Bildung:

Dossier Gesundheitspolitik, Merkmale des deutschen Gesundheitswesens, http://www.bpb.de/politik/ innenpolitik/gesundheitspolitik/72553/deutsche-besonderheiten [22.07.2017]

Bismarcks Erbe: Besonderheiten und prägende Merkmale des deutschen Gesundheitswesens

Thomas Gerlinger, Wolfram Burkhardt

1.3.2012

Einige für das deutsche Gesundheitswesen besonders charakteristische Merkmale lassen sich bis auf die Sozialpolitik im Deutschen Kaiserreich zurückverfolgen. Selbstverwaltung und Korporatismus wurzeln ebenso in lange zurückliegenden Weichenstellungen wie das Monopol der Kassenärztlichen Vereinigungen und die zersplitterten Strukturen in der gesundheitlichen Versorgung.

Bundesarchiv, Bild 102-14105
Foto: Fahl, Georg | September 1925

Frühgeburtenheim des Kaiserin Augusta-Victoria Krankenhauses in Berlin im September 1925. (© Bundesarchiv, Bild 102-14105)

Gesundheitssysteme sind historisch gewachsen

Die Eigentümlichkeiten des eigenen Landes lassen sich besonders gut erkennen, wenn man betrachtet, wie andere Länder die entsprechenden Aufgaben lösen. Dies gilt für das Gesundheitswesen sogar in besonderem Maße. Die Gesundheitssysteme der europäischen und außereuropäischen Industrieländer unterscheiden sich teilweise stark voneinander, obwohl es letztlich überall um die gleichen Aufgaben der gesundheitlichen Versorgung geht.

Tipp
Gesundheitssysteme in anderen europäischen Ländern

Einen reichhaltigen Fundus an Informationen darüber, wie das Gesundheitswesen in anderen europäischen Ländern organisiert, finanziert und reformiert wird, bietet die Website des "European Observatory on Health Systems and Policies".

Ursache für die Unterschiede ist die stark historische Prägung des Zusammenwirkens der verschiedenen Berufsgruppen und Einrichtungen, der Aufgabenverteilungen und der Finanzierung des Gesundheitswesens in den einzelnen Ländern. Gesundheitssysteme werden nicht von Fachleuten am Reißbrett entworfen, sondern entwickeln sich in längerfristigen und national unterschiedlich verlaufenden historisch-politischen Prozessen.

Gerade am Beispiel des deutschen Gesundheitswesens lässt sich beobachten, wie dauerhaft solche Prägungen und wie zählebig manche jahrzehntealten Strukturen sind, obwohl sie schon seit Langem nicht mehr als zeitgemäße Lösungen gelten können.

Im Folgenden werden einige hervorstechende Merkmale des deutschen Gesundheitssystems in ihrem historischen Entstehungszusammenhang beschrieben. Sie betreffen vor allem die Steuerung und Entscheidungsfindung sowie grundlegende Organisationsfragen der medizinischen Versorgung. Die Kenntnis dieser Besonderheiten ist unerlässlich für das Verständnis vieler aktueller Probleme und politischer Auseinandersetzungen in der deutschen Gesundheitspolitik.

Bismarcks Sozialversicherung

Als Teil der durch Reichskanzler Otto von Bismarck initiierten Sozialgesetzgebung wurde 1883 die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) begründet. Eines der wichtigsten Charakteristika des deutschen Gesundheitswesens ist mit diesem Gründungsakt verknüpft: die Finanzierung der medizinischen Versorgung des größten Teils der Bevölkerung durch eine Sozialversicherung.

Eigene Darstellung.

Infografik als PDF-Download

Ein Kriterium, welches bei internationalen Vergleichen von Gesundheitssystemen gern herangezogen wird, ist der jeweils überwiegende Finanzierungsmodus:

- In staatlich finanzierten Gesundheitssystemen werden die Mittel vor allem über allgemeine Steuern aufgebracht. Beispiele für steuerfinanzierte Gesundheitssysteme sind Großbritannien, Schweden, Dänemark, Irland, Griechenland, Spanien, Italien.
- In Sozialversicherungssystemen – bisweilen werden sie wegen ihres historischen Ursprungs auch international als "bismarckische Systeme" bezeichnet – werden die Gesundheitsleistungen durch Versicherungsbeiträge der Bürgerinnen und Bürger zu staatlich regulierten und beaufsichtigten Versicherungssystemen finanziert. Beispiele neben Deutschland sind Frankreich, Österreich, Niederlande, Belgien, Luxemburg und Japan.
- "In marktwirtschaftlich orientierten Systemen erfolgt die finanzielle Absicherung des Krankheitsrisikos zu einem beträchtlichen Teil über privatwirtschaftliche Versicherungsunternehmen. Wichtigstes Beispiel für diesen Typus sind die USA."

Die Finanzierung der GKV steht gegenwärtig im Mittelpunkt der gesundheitspolitischen Debatte in Deutschland. Die Stichworte lauten hier: "Bürgerversicherung", "pauschale Gesundheits- oder Kopfprämien" oder "Kapitaldeckung". Bei keinem der aktuell diskutierten Reformvorschläge geht es jedoch um einen Systemwechsel in Richtung eines überwiegend steuerfinanzierten oder marktwirtschaftlichen Systems.

Verwandte Lerntour:
"Grundprinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung"

Die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland, ihre historische Entwicklung und die heute wirksamen Grundprinzipien werden in der Lerntour "Grundprinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung" dargestellt. Zur Lerntour

Verwandte Lerntour:
Überblick über den Gesundheitsfonds

Zur Lerntour

Die gesetzliche Krankenversicherung spielt im deutschen Gesundheitswesen eine dominierende Rolle: Etwa 90 Prozent der Bevölkerung sind in der GKV krankenversichert und knapp 60 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben werden von der GKV getragen.

Die Funktionsprinzipien der GKV sowie die Beziehungen zwischen GKV und Leistungserbringern – Ärztinnen und Ärzte, Krankenhäusern, Apotheken usw. – üben daher einen maßgeblichen Einfluss auf das deutsche Gesundheitswesen und seine wichtigsten Akteure aus.

Beitragsfinanzierte Pflichtversicherung für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer

Das deutsche Gesundheitswesen wird bis heute stark durch die bei der Gründung der GKV im 19. Jahrhundert von Bismarck und seinen damaligen politischen Kontrahenten ausgehandelten Merkmale geprägt. Ein Aspekt ist etwa die Konzeption der GKV als eine Arbeitnehmerversicherung.

Daraus leitet sich unter anderem die Finanzierung durch Beiträge auf die Arbeitseinkommen der Mitglieder her. Ein erheblicher Teil der aktuellen Finanzprobleme unseres Gesundheitswesens hat mit dieser Abhängigkeit von der Entwicklung der Löhne und Gehälter (sowie der ihrerseits davon abhängigen Renten) zu tun.

Verwandte Lerntour:
"Finanzierungssystem der GKV heute"

Nähere Informationen zur Finanzierung der GKV durch Beiträge auf die Arbeitseinkommen erhalten Sie im Lernobjekt "Einkommensabhängige Beiträge" in der Lerntour "Finanzierungssystem der GKV heute". Zur Lerntour

Ein weiteres bismarckisches Erbe ist die Konstruktion der GKV als Pflichtversicherung nur für einen Teil der Bevölkerung.

Die seinerzeit weltweit einzigartige Sozialgesetzgebung des Deutschen Kaiserreichs diente einerseits dem Schutz der unter schwierigsten Bedingungen lebenden Industriearbeiterschaft vor elementaren Lebensrisiken. Andererseits verfolgte Bismarck jedoch auch machtpolitische Ziele:

Die Sozialgesetze ergänzten als "Zuckerbrot" die zuvor in Gestalt der Sozialistengesetze geschwungene "Peitsche". Sie sollten revolutionäre Neigungen dämpfen und die Arbeiterschaft mit dem Kaiserreich versöhnen. Die Einführung einer "gut gemeinten" Pflichtversicherung bot gewissermaßen Gelegenheit, die im Zuge der Industrialisierung stetig wachsende, aber politisch unzuverlässige Arbeiterschaft gesellschaftlich einzubinden.

Die Pflichtversicherung nur für einen Teil der Bevölkerung existiert bis heute. Dabei richtet sich die Kritik jedoch inzwischen eher gegen die Tatsache, dass ein Teil der Bürgerinnen und Bürger – Beamtinnen und Beamte, Selbstständige und Beschäftigte mit einem Einkommen über der Versicherungspflichtgrenze (im Jahr 2012: 50.850 Euro im Jahr) – nicht in die GKV einbezogen wird. Der seit 2003 auch in der allgemeinen Öffentlichkeit diskutierte Reformvorschlag einer "Bürgerversicherung" will genau dies ändern und die Versicherungspflicht in der GKV auf alle Bundesbürgerinnen und -bürger ausweiten.

Verwandte Lerntour
Vorschläge zur Reform der GKV-Finanzierung

Das Reformmodell "Bürgerversicherung" enthält den Vorschlag, die gesetzliche Krankenversicherungspflicht auf alle Bürgerinnen und Bürger auszudehnen. Die Pro- und Kontra-Argumente zu diesem Vorschlag werden in den Lernobjekten "Bürgerversicherung", "Bürgerversicherung Pro & Kontra" und "PKV im Gesundheitssystem" in der Lerntour "Vorschläge zur Reform der GKV-Finanzierung" dargestellt. Zur Lerntour

Selbstverwaltung

Sowohl die Krankenkassen als auch die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVs), die eine zentrale Rolle für die ambulante medizinische Versorgung spielen, sind sogenannte selbstverwaltete Körperschaften des öffentlichen Rechts. Das bedeutet, dass sie nicht unmittelbar Teil der staatlichen Verwaltung und daher auch keine Weisungsempfänger sind. Der Staat gibt den Körperschaften nur den Rahmen vor und führt die Aufsicht.

Die Selbstverwaltung der Krankenkassen wird durch deren Organe Vorstand und Verwaltungsrat ausgeübt. Der Vorstand ist das hauptamtliche Management einer gesetzlichen Krankenkasse. Der Verwaltungsrat beschließt über die Satzung und ernennt den Vorstand. Er ist – mit Ausnahme der Ersatzkassen – paritätisch durch Vertreterinnen und Vertreter der Arbeitnehmerinnen und Arbeitgeber besetzt. Bei den Ersatzkassen sitzen nur Vertreter der Arbeitnehmer im Verwaltungsrat

In den kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KVs beziehungsweise KZVs) wird die Selbstverwaltung von der Vertreterversammlung und dem Vorstand ausgeübt.

Ferner gibt es eine gemeinsame Selbstverwaltung im Gesundheitswesen, deren wichtigstes Organ der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist. Der G-BA hat neben zahlreichen anderen Aufgaben das Recht, über den Ein- und Ausschluss von medizinischen Leistungen in den Leistungskatalog der GKV zu entscheiden.

Zitat

Dezentralisierung von Konfliktpotenzial

"Wirksame Selbstverwaltung ist Dezentralisierung von Konfliktpotenzial. Sie ist heute nötiger als je zuvor. Zudem ist die Zusammenarbeit zwischen Arbeitnehmern und Arbeitgebern in der Selbstverwaltung eine Quelle der partnerschaftlichen Kultur."

Dr. Norbert Blüm, Bundesminister a. D. für Arbeit und Soziales, 2004

Korporatismus

In engem Zusammenhang mit dem Selbstverwaltungsprinzip steht die sogenannte korporatistische Steuerung – also die Verlagerung von Entscheidungen auf Verbände –, die bis heute ein prägendes Merkmal nicht nur der GKV, sondern wesentlicher Bereiche des deutschen Gesundheitswesens geblieben ist.

Der Korporatismus ist zu unterscheiden einerseits von der unmittelbaren staatlichen Steuerung und andererseits von den marktlichen Steuerungsmechanismen, bei denen die Sachverhalte durch das Zusammenspiel der Teilnehmer des Wirtschaftslebens untereinander geregelt werden.

Am Beispiel der ambulanten Versorgung lässt sich der Korporatismus studieren: Die ambulante ärztliche Versorgung in einer Region wird durch Verträge zwischen der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und den Landesverbänden der Krankenkassen geregelt. Auf Bundesebene werden sogenannte Mantelverträge zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen geschlossen, die den allgemeinen Inhalt der regionalen Verträge festlegen.

Was die Krankenkassen betrifft, so sind sie zwar in unterschiedlichen Verbänden organisiert, müssen aber dessen ungeachtet in vielen Fragen "gemeinsam und einheitlich" handeln, weil der Gesetzgeber es so verlangt.

Die handelnden Akteure im deutschen Gesundheitswesen sind also in der Regel nicht die Krankenkassen oder gar einzelne Ärztinnen und Ärzte, sondern die Verbände beziehungsweise in besonders wichtigen Fragen sogar "die GKV" und "die Vertragsärztinnen und -ärzte" – in Gestalt der gemeinsam und einheitlich handelnden Spitzenverbände beziehungsweise der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

Verwandte Lerntour:
"Grundprinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung"

Weitere Informationen zu Kassenarten und zur verbandlichen Gliederung der GKV finden Sie im Lernobjekt "Gegliederte GKV" in der Lerntour "Grundprinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung". Zur Lerntour

Die Entstehung von Selbstverwaltung und Korporatismus im Kontext der bismarckischen Sozialreformen wird aus historischer Perspektive folgendermaßen gedeutet:

Zitat

Der Staat inkorporierte die gesellschaftlichen Interessen

"Der Staat inkorporierte die gesellschaftlichen Interessen – in der Sozialpolitik zunächst die der Arbeiter und ihrer Arbeitgeber, später auch die der Angestellten – und deren Vertretungen in Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltungsbefugnis und übertrug diesen im Rahmen gesetzlicher Vorgaben und staatlicher Aufsicht Aufgaben der Staatsverwaltung. Das bot Vorteile wie Staatsentlastung, größere Ortsnähe der Verwaltung, aber auch Aufsicht über gesellschaftliche Klassen, denen die Regierung misstraute."

Prof. Dr. Manfred G. Schmidt, 1998

Dabei ist zu betonen, dass das selbstverwaltete und korporatistisch gesteuerte Sozialversicherungssystem gar nicht Bismarcks Vorstellungen entsprach: Der Reichskanzler wollte eigentlich ein unmittelbar staatlich gelenktes und aus Steuern finanziertes Modell der sozialen Sicherung, das sich jedoch im Reichstag nicht durchsetzen ließ. Was er auf keinen Fall wollte, war eine privatwirtschaftlich-marktliche Lösung (Schmidt 1998).

Die selbstverwaltete und beitragsfinanzierte Sozialversicherung stellte insofern eine Kompromisslösung dar, die der Regierung zwar über die Vorgabe der gesetzlichen Rahmenbedingungen sehr weit reichende Eingriffsmöglichkeiten sicherte, der es aber an "politischem Charme" mangelte. Denn Bismarck verfolgte mit seinen Sozialgesetzen auch das Ziel, den Arbeiterinnen und Arbeitern den Staat als Wohltäter vorzuführen. Aus dieser Perspektive war die indirekte Rolle des Staates in den Sozialversicherungen unbefriedigend, weshalb Bismarck von seiner Sozialgesetzgebung persönlich letztlich enttäuscht war (Schmidt 1998).

Aus heutiger Perspektive stellt die korporatistische Steuerung eher wegen ihrer Staatsnähe beziehungsweise der Behinderung von wettbewerblichen Steuerungsmechanismen ein Problem dar. Die gesetzlich festgeschriebene Rolle der Verbände und die Zwänge zum einheitlichen Handeln verhindern wettbewerbliche Suchprozesse nach besseren Lösungen.

Ferner legt die Gesundheitspolitik aller Bundesregierungen beredtes Zeugnis davon ab, dass der Staat die Selbstverwaltung nicht sonderlich ernst nimmt: Die das Gesundheitswesen betreffenden Gesetze und Verordnungen sind weit davon entfernt, Rahmenvorgaben zu sein, sondern regeln die gesundheitliche Versorgung bis in kleinste administrative oder neuerdings gar medizinische Details.

Monopole und Trennung der Versorgungssektoren

In den Anfangsjahren der GKV hatten die Kassen eine starke Position gegenüber der Ärzteschaft. Die Kassen schlossen Einzelverträge mit den Ärztinnen und Ärzten oder betrieben eigene Versorgungseinrichtungen (Ambulatorien), in denen sie Ärztinnen und Ärzte anstellten. Wegen der rasch wachsenden Zahl der gesetzlich Versicherten gewannen die Krankenkassen damit immer größere Bedeutung für die wirtschaftliche Situation der Ärztinnen und Ärzte.

Bereits in den 1890er-Jahren kam es zu immer heftigeren Auseinandersetzungen zwischen Krankenkassen und Ärzteschaft, die sich zunehmend organisierte, um gegenüber den Kassen größere Autonomie und höhere Vergütungen durchzusetzen. Ein wichtiger Streitpunkt war auch die Frage der Zulassung zur kassenärztlichen Versorgung. Die Medizinerinnen und Mediziner forderten damals "freie Arztwahl für Patienten, aber nicht für die Kassen" [Europäisches Observatorium], ein Slogan, der im Prinzip bis heute von den ärztlichen Standesvertreterinnen und -vertretern hochgehalten wird.

Mit Gründung des "Leipziger Verbandes" – dem bis heute existierenden "Hartmannbund" – durch Hermann Hartmann im Jahr 1900 gelang es, die teilweise gegensätzlichen Interessen der Ärztinnen und Ärzte zu bündeln und eine machtvolle Vertretung der Standesinteressen zu organisieren. Dem Hartmannbund gehörten 1913 etwa 75 Prozent aller Ärztinnen und Ärzte in Deutschland an.

Zitat

Verquickung von Standes- und Wirtschaftsinteressen

"Dadurch wurden die Streitigkeiten aber nicht beendet, sondern traten nur in ihr massiv und hochgradig organisiertes Stadium mit heftigem Feldgeschrei, Verquickung von Standes- und Wirtschaftsinteressen, über 700 wirtschaftlichen Kämpfen (Streiks und Boykott) und reichsgerichtlich als sittenwidrig attestiertem Verhalten des Hartmannbundes."

Prof. Dr. Florian Tennstedt, 1976

Bevor es zur Verwirklichung des von den Ärztinnen und Ärzten für das Jahr 1914 angekündigten Generalstreiks kam, wurde 1913 das "Berliner Abkommen" geschlossen. Das Abkommen sah unter anderem die Einführung einer Verhältniszahl vor, die festlegte, wie viele Kassenärztinnen und -ärzte die Krankenkassen entsprechend ihrer Mitgliederzahl unter Vertrag nehmen mussten.

Der Erfolg der Ärzteschaft ging jedoch noch darüber hinaus und führte schließlich zu zwei sehr wesentlichen Besonderheiten der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland:

Im Jahr 1931 wurden Kollektivverträge eingeführt, und die niedergelassenen Kassenärztinnen und -ärzte erhielten das Monopol auf die ambulante Patientenversorgung. Seither müssen die Krankenkassen mit der regional jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Verträge über die ambulante medizinische Versorgung der Versicherten schließen.

Die KVs haben bis heute den gesetzlichen Auftrag zur Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung der Bevölkerung. Sie sind verpflichtet, für ein qualitativ angemessenes, den Bedarf jederzeit deckendes und wirtschaftliches Versorgungsangebot zu sorgen. Die Kassen schließen mit den KVs Gesamtverträge, in denen sie der KV einen festgelegten Gesamtbetrag zur Verfügung stellen. Die Verteilung dieser Gesamtvergütung an die Ärztinnen und Ärzte ist dann Sache der KV.

Eine nennenswerte Auflockerung des Versorgungsmonopols der KV ist erst mit der letzten Gesundheitsreform (GKV-Modernisierungsgesetz) in Kraft getreten, die es den Kassen gestattet, auch ohne Beteiligung der KVs bestimmte Verträge mit einzelnen Ärztinnen und Ärzten oder Arztgruppen zu schließen.

Eine Konsequenz der geschilderten Entwicklung ist die strikte Trennung zwischen dem ambulanten und dem stationären Versorgungssektor, die Deutschland von vielen anderen Ländern unterscheidet:

Krankenhausärztinnen und -ärzte dürfen keine ambulanten Behandlungen durchführen, es sei denn, sie werden von der Kassenärztlichen Vereinigung eigens dazu ermächtigt. Im Normalfall wechselt daher in Deutschland immer die behandelnde Ärztin/der behandelnde Arzt, wenn eine Patientin/ein Patient nach einem Krankenhausaufenthalt ambulant weiter betreut wird. Die Trennung der Versorgungssektoren führt nicht nur zu Unwirtschaftlichkeiten, sondern erweist sich gerade bei schwerwiegenden Erkrankungen oftmals auch als qualitätsmindernd.

Eine unmittelbare Folge der sektoralen Trennung ist ferner die ausgeprägte doppelte Facharztstruktur in Deutschland. In vielen anderen Ländern arbeiten die spezialisierten Fachärzte überwiegend oder ausschließlich an Krankenhäusern und behandeln dort sowohl stationäre als auch ambulante Patienten. Die wohnortnahen ambulanten Versorgungseinrichtungen sind dagegen allgemeinärztlich geprägt.

Wegen des Monopols der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte auf die ambulante Patientenbehandlung gibt es in Deutschland dagegen die medizinischen Spezialdisziplinen nicht nur an Krankenhäusern, sondern auch in Gestalt von Vertragsarztpraxen.

Geringe Integration und kleinbetriebliche Strukturen

Arzt betrachtet Röntgenaufnahme in Berlin Weissensee, 1950. (© Bundesarchiv, Bild 183-A92605)

Von 1949 bis 1990 gab es zwei deutsche Staaten, die auch im Gesundheitswesen getrennte Wege gingen. In der Bundesrepublik wurde nach dem Zweiten Weltkrieg an die seit dem Kaiserreich eingeleitete Entwicklung angeknüpft. In der DDR behielt man das Sozialversicherungsmodell zwar der Form nach bei, etablierte ansonsten aber ein staatlich gelenktes Gesundheitswesen.

Was die ambulante medizinische Versorgung betraf, so dominierten in der DDR die sogenannten Polikliniken, in denen mehrere Allgemein- und Fachärztinnen und -ärzte gemeinsam mit nicht ärztlichen Berufsgruppen unter einem Dach arbeiteten. Ferner gab es interdisziplinäre Einrichtungen (Dispensaires), die auf die umfassende medizinisch-rehabilitative Betreuung von Personen mit bestimmten Krankheitsbildern (zum Beispiel Diabetes mellitus, Krebs, Atemwegserkrankungen usw.) spezialisiert waren.

Das Gesundheitssystem der DDR litt vor allem unter der unzureichenden finanziellen und technischen Ausstattung und blieb daher in seiner Leistungsfähigkeit immer mehr hinter den Gesundheitssystemen der westlichen Industrieländer zurück. Wegen seiner stärker integrierten und auf interdisziplinäre Kooperation zielenden Strukturen gilt es vielen Experten jedoch im Grundsatz als moderner und dem heute dominierenden Krankheitsspektrum angemessener als das System der Bundesrepublik.

Das Gesundheitssystem der DDR wurde nach der Wiedervereinigung bis auf geringe Reste beseitigt und durch das bundesrepublikanische Modell ersetzt. Damit griffen auch auf dem Gebiet der ehemaligen DDR die Strukturen, die für das westdeutsche Modell charakteristisch sind:

In der ambulanten Versorgung dominiert heute mit der Einzelarztpraxis ein kleinbetriebliches Modell, das bei komplexen Versorgungsaufgaben schnell an Grenzen stößt. Eine einrichtungs- und sektorenübergreifende Koordination von Versorgungsprozessen – wie sie bei vielen chronischen Erkrankungen erforderlich wäre – findet häufig nicht statt.

Zitat

Totgesagte leben länger

"Im Zusammenhang mit dem neuen Zukunftsmodell der Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) ist man erinnert an das Sprichwort 'Totgesagte leben länger'. Denn 'Urmutter' dieser durch das GMG in die vertragsärztliche Versorgung implementierten organisationsrechtlichen Innovation ist – jedenfalls nach Vorstellung vieler Gesundheitspolitiker – die Poliklinik der ehemaligen DDR."

Erika Behnsen, Referatsleiterin im BMG, 2004

Die strukturellen Vorteile eines stärker integrierten Gesundheitswesens, die in der DDR zumindest ansatzweise realisiert waren, werden in den kommenden Jahren und Jahrzehnten unter der Überschrift "Integrierte Versorgung" voraussichtlich wiederbelebt werden. Das 2004 in Kraft getretene GKV-Modernisierungsgesetz hat dafür zumindest die rechtlichen Voraussetzungen deutlich verbessert.

Wissenscheck

Deutsche Besonderheiten

Frage 1 / 7

Eines der wichtigsten Charakteristika des deutschen Gesundheitswesens ist die Finanzierung der medizinischen Versorgung des größten Teils der Bevölkerung durch ein staatlich finanziertes Gesundheitssystem

- ◯ a) richtig
- ◯ b) falsch

Weiter

Zusammenfassung

Das Gesundheitssystem eines Landes spiegelt in starkem Maße die jeweilige historische Entwicklung wider. Viele Besonderheiten des deutschen Gesundheitswesens wurzeln in der Konzeption der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Zuge der bismarckischen Sozialgesetzgebung beziehungsweise den daran anknüpfenden Entwicklungen.

Die GKV versichert 90 Prozent der Bevölkerung und übt daher einen stark prägenden Einfluss auf das gesamte Gesundheitswesen aus. Sie wurde ursprünglich als eine Pflichtversicherung für die Industriearbeiterschaft gegründet. Ihr Charakter als eine Arbeitnehmerversicherung mit zwangsweiser Mitgliedschaft für Teile der Bevölkerung wirkt bis heute nach:

So finanziert sich die GKV noch immer ganz überwiegend durch Beiträge, die auf die Arbeitseinkommen der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer erhoben werden. Ferner besteht bis heute eine Pflichtversicherung für einen großen Teil der Bürgerinnen und Bürger, wogegen manche Gruppen nicht einbezogen werden oder die Möglichkeit haben, die GKV zu verlassen.

Die Krankenkassen und auch die mit der ambulanten medizinischen Versorgung betrauten ärztlichen Organisationen (Kassenärztliche Vereinigungen) sind selbstverwaltete Körperschaften des öffentlichen Rechts. Die wichtigsten Entscheidungen im deutschen Gesundheitswesen werden von den Verbänden der Krankenkassen beziehungsweise der Leistungserbringer auf Landes- und Bundesebene getroffen.

Dieses Modell der korporatistischen Steuerung durch selbstverwaltete Körperschaften sichert dem Staat einerseits weitgehenden Einfluss auf die Entwicklung des Gesamtsystems, weil er die Rahmenbedingungen vorgibt. Andererseits befreit es ihn von der Aufgabe der direkten Administration und erlaubt es, das Expertenwissen der unmittelbar Beteiligten zu nutzen. Aus heutiger Sicht stellt der fortbestehende Korporatismus eher ein Hindernis für die Entwicklung von effizienteren Strukturen im deutschen Gesundheitswesen dar.

Die GKV gewann rasch nach ihrer Einführung an Mitgliedern und damit auch an Bedeutung für die beruflichen Perspektiven der Ärzteschaft. Vom Ende des 19. Jahrhunderts bis in die Weimarer Republik hinein kam es zu starken Auseinandersetzungen zwischen Kassen und Ärzteschaft. Im Ergebnis ist es den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten gelungen, den Einfluss der Kassen stark zu beschneiden und sich ein Monopol auf die ambulante Versorgung der Bevölkerung zu sichern.

Das Monopol der Kassenärztlichen Vereinigungen sowie die damit verknüpfte strenge Trennung zwischen ambulanter und stationärer medizinischer Versorgung bestehen als charakteristisches Element des deutschen Gesundheitswesens bis heute fort.

In engem Zusammenhang damit ist auch die insgesamt geringe Integration der gesundheitlichen Versorgung zu sehen: Im ambulanten Bereich dominiert die kleinbetriebliche Struktur der Einzelarztpraxis. Größere Einrichtungen, die besser in der Lage sind, komplexe Versorgungsaufgaben zu erfüllen, weil mehrere ärztliche Disziplinen und nicht ärztliche Heilberufe in koordinierter Weise zusammen arbeiten, sind bisher kaum entstanden.

Das Gesundheitswesen der DDR war zumindest in seinen Grundstrukturen (Polikliniken, Dispensaires) stärker an integrierten Versorgungskonzepten ausgerichtet. Nach der Wende wurde jedoch das Gesundheitssystem der Bundesrepublik nahezu unverändert auf die neuen Länder ausgeweitet.

Anlage 2:

Eigene Darstellung, Einordnung der ländlichen Gemeinden in die Mittelbereiche und Darstellung Versorgungsgrad

Gemeinde	Mittelbereich	Landkreis
Aach	Singen	Konstanz
Allmendingen	Ehingen	Alb-Donau-Kreis
Altheim (ADK)	Ehingen	Alb-Donau-Kreis
Altheim (Alb)	Ulm/mit	Alb-Donau-Kreis
Amstetten	Ulm/mit	Alb-Donau-Kreis
Asselfingen	Ulm/mit	Alb-Donau-Kreis
Ballendorf	Ulm/mit	Alb-Donau-Kreis
Balzheim	Ulm/mit	Alb-Donau-Kreis
Beimerstetten	Ulm/mit	Alb-Donau-Kreis
Berghülen	Blaubeuren/Laichingen	Alb-Donau-Kreis
Bernstadt	Ulm/mit	Alb-Donau-Kreis
Blaubeuren	Blaubeuren/Laichingen	Alb-Donau-Kreis
Blaustein	Ulm/mit	Alb-Donau-Kreis
Börslingen	Ulm/mit	Alb-Donau-Kreis
Breitingen	Ulm/mit	Alb-Donau-Kreis
Dietenheim	Ulm/mit	Alb-Donau-Kreis
Dornstadt	Ulm/mit	Alb-Donau-Kreis
Ehingen (Donau)	Ehingen	Alb-Donau-Kreis
Emeringen	Ehingen	Alb-Donau-Kreis
Emerkingen	Ehingen	Alb-Donau-Kreis
Erbach	Ulm/mit	Alb-Donau-Kreis
Griesingen	Ehingen	Alb-Donau-Kreis
Grundsheim	Ehingen	Alb-Donau-Kreis
Hausen am Bussen	Ehingen	Alb-Donau-Kreis
Heroldstatt	Blaubeuren/Laichingen	Alb-Donau-Kreis
Holzkirch	Ulm/mit	Alb-Donau-Kreis
Hüttisheim	Ulm/mit	Alb-Donau-Kreis
Illerkirchberg	Ulm/mit	Alb-Donau-Kreis
Illerrieden	Ulm/mit	Alb-Donau-Kreis
Laichingen	Blaubeuren/Laichingen	Alb-Donau-Kreis
Langenau	Ulm/mit	Alb-Donau-Kreis
Lauterach	Ehingen	Alb-Donau-Kreis
Lonsee	Ulm/mit	Alb-Donau-Kreis
Merklingen	Blaubeuren/Laichingen	Alb-Donau-Kreis
Munderkingen	Ehingen	Alb-Donau-Kreis
Neenstetten	Ulm/mit	Alb-Donau-Kreis
Nellingen	Blaubeuren/Laichingen	Alb-Donau-Kreis
Nerenstetten	Ulm/mit	Alb-Donau-Kreis
Oberdischingen	Ehingen	Alb-Donau-Kreis
Obermarchtal	Ehingen	Alb-Donau-Kreis
Oberstadion	Ehingen	Alb-Donau-Kreis
Öllingen	Ulm/mit	Alb-Donau-Kreis
Öpfingen	Ehingen	Alb-Donau-Kreis
Rammingen	Ulm/mit	Alb-Donau-Kreis
Rechtenstein	Ehingen	Alb-Donau-Kreis
Rottenacker	Ehingen	Alb-Donau-Kreis
Schelklingen	Blaubeuren/Laichingen	Alb-Donau-Kreis
Schnürpflingen	Ulm/mit	Alb-Donau-Kreis
Setzingen	Ulm/mit	Alb-Donau-Kreis
Staig	Ulm/mit	Alb-Donau-Kreis
Untermarchtal	Ehingen	Alb-Donau-Kreis
Unterstadion	Ehingen	Alb-Donau-Kreis
Unterwachingen	Ehingen	Alb-Donau-Kreis
Weidenstetten	Ulm/mit	Alb-Donau-Kreis
Westerheim	Blaubeuren/Laichingen	Alb-Donau-Kreis

Westerstetten	Ulm/mit	Alb-Donau-Kreis
Au am Rhein	Rastatt	Baden-Baden/Rastatt
Baden-Baden	Baden-Baden	Baden-Baden/Rastatt
Bietigheim	Rastatt	Baden-Baden/Rastatt
Bischweier	Rastatt	Baden-Baden/Rastatt
Bühl	Bühl	Baden-Baden/Rastatt
Bühlertal	Bühl	Baden-Baden/Rastatt
Durmersheim	Rastatt	Baden-Baden/Rastatt
Elchesheim-Illingen	Rastatt	Baden-Baden/Rastatt
Forbach	Gaggenau/Gernsbach	Baden-Baden/Rastatt
Gaggenau	Gaggenau/Gernsbach	Baden-Baden/Rastatt
Gernsbach	Gaggenau/Gernsbach	Baden-Baden/Rastatt
Hügelsheim	Baden-Baden	Baden-Baden/Rastatt
Iffezheim	Rastatt	Baden-Baden/Rastatt
Kuppenheim	Rastatt	Baden-Baden/Rastatt
Lichtenau	Bühl	Baden-Baden/Rastatt
Loffenau	Gaggenau/Gernsbach	Baden-Baden/Rastatt
Muggensturm	Rastatt	Baden-Baden/Rastatt
Ötigheim	Rastatt	Baden-Baden/Rastatt
Ottersweier	Bühl	Baden-Baden/Rastatt
Rastatt	Rastatt	Baden-Baden/Rastatt
Rheinmünster	Bühl	Baden-Baden/Rastatt
Sinzheim	Baden-Baden	Baden-Baden/Rastatt
Steinmauern	Rastatt	Baden-Baden/Rastatt
Weisenbach	Gaggenau/Gernsbach	Baden-Baden/Rastatt
Achstetten	Laupheim	Biberach
Alleshausen	Riedlingen	Biberach
Allmannsweiler	Riedlingen	Biberach
Altheim	Riedlingen	Biberach
Attenweiler	Biberach	Biberach
Bad Buchau	Riedlingen	Biberach
Bad Schussenried	Biberach	Biberach
Berkheim	Biberach	Biberach
Betzenweiler	Riedlingen	Biberach
Biberach an der Riß	Biberach	Biberach
Burgrieden	Laupheim	Biberach
Dettingen an der Iller	Biberach	Biberach
Dürmentingen	Riedlingen	Biberach
Dürnau (BC)	Riedlingen	Biberach
Eberhardzell	Biberach	Biberach
Erlenmoos	Biberach	Biberach
Erolzheim	Biberach	Biberach
Ertingen	Riedlingen	Biberach
Gutenzell-Hürbel	Biberach	Biberach
Hochdorf (BC)	Biberach	Biberach
Ingoldingen	Biberach	Biberach
Kanzach	Riedlingen	Biberach
Kirchberg an der Iller	Biberach	Biberach
Kirchdorf an der Iller	Biberach	Biberach
Langenenslingen	Riedlingen	Biberach

Laupheim	Laupheim	Biberach
Maselheim	Biberach	Biberach
Mietingen	Laupheim	Biberach
Mittelbiberach	Biberach	Biberach
Moosburg	Riedlingen	Biberach
Ochsenhausen	Biberach	Biberach
Oggelshausen	Riedlingen	Biberach
Riedlingen	Riedlingen	Biberach
Rot an der Rot	Biberach	Biberach
Schemmerhofen	Biberach	Biberach
Schwendi	Laupheim	Biberach
Seekirch	Riedlingen	Biberach
Steinhausen an der Rottum	Biberach	Biberach
Tannheim	Biberach	Biberach
Tiefenbach	Riedlingen	Biberach
Ummendorf	Biberach	Biberach
Unlingen	Riedlingen	Biberach
Uttenweiler	Riedlingen	Biberach
Wain	Laupheim	Biberach
Warthausen	Biberach	Biberach
Aidlingen	Böblingen/Sindelfingen	Böblingen
Altdorf	Böblingen/Sindelfingen	Böblingen
Böblingen	Böblingen/Sindelfingen	Böblingen
Bondorf	Herrenberg	Böblingen
Deckenpfronn	Herrenberg	Böblingen
Ehningen	Böblingen/Sindelfingen	Böblingen
Gärtringen	Böblingen/Sindelfingen	Böblingen
Gäufelden	Herrenberg	Böblingen
Grafenau	Böblingen/Sindelfingen	Böblingen
Herrenberg	Herrenberg	Böblingen
Hildrizhausen	Böblingen/Sindelfingen	Böblingen
Holzgerlingen	Böblingen/Sindelfingen	Böblingen
Jettingen	Herrenberg	Böblingen
Leonberg	Leonberg	Böblingen
Magstadt	Böblingen/Sindelfingen	Böblingen
Mötzingen	Herrenberg	Böblingen
Nufringen	Herrenberg	Böblingen
Renningen	Leonberg	Böblingen
Rutesheim	Leonberg	Böblingen
Schönaich	Böblingen/Sindelfingen	Böblingen
Sindelfingen	Böblingen/Sindelfingen	Böblingen
Steinenbronn	Böblingen/Sindelfingen	Böblingen
Waldenbuch	Böblingen/Sindelfingen	Böblingen
Weil der Stadt	Leonberg	Böblingen
Weil im Schönbuch	Böblingen/Sindelfingen	Böblingen
Weissach	Leonberg	Böblingen
Bermatingen	Friedrichshafen	Bodenseekreis
Daisendorf	Überlingen	Bodenseekreis
Deggenhausertal	Friedrichshafen	Bodenseekreis
Eriskirch	Friedrichshafen	Bodenseekreis

Frickingen	Überlingen	Bodenseekreis
Friedrichshafen	Friedrichshafen	Bodenseekreis
Hagnau am Bodensee	Überlingen	Bodenseekreis
Heiligenberg	Überlingen	Bodenseekreis
Immenstaad am Bodensee	Friedrichshafen	Bodenseekreis
Kressbronn am Bodensee	Friedrichshafen	Bodenseekreis
Langenargen	Friedrichshafen	Bodenseekreis
Markdorf	Friedrichshafen	Bodenseekreis
Meckenbeuren	Friedrichshafen	Bodenseekreis
Meersburg	Überlingen	Bodenseekreis
Neukirch	Friedrichshafen	Bodenseekreis
Oberteuringen	Friedrichshafen	Bodenseekreis
Owingen	Überlingen	Bodenseekreis
Salem	Überlingen	Bodenseekreis
Sipplingen	Überlingen	Bodenseekreis
Stetten	Überlingen	Bodenseekreis
Tettnang	Friedrichshafen	Bodenseekreis
Überlingen	Überlingen	Bodenseekreis
Uhldingen-Mühlhofen	Überlingen	Bodenseekreis
Au	Freiburg/mit	Breisgau-Hochschwarzwald
Auggen	Müllheim	Breisgau-Hochschwarzwald
Bad Krozingen	Bad Krozingen/Staufen	Breisgau-Hochschwarzwald
Badenweiler	Müllheim	Breisgau-Hochschwarzwald
Ballrechten-Dottingen	Müllheim	Breisgau-Hochschwarzwald
Bollschweil	Bad Krozingen/Staufen	Breisgau-Hochschwarzwald
Bötzingen	Freiburg/mit	Breisgau-Hochschwarzwald
Breisach am Rhein	Breisach	Breisgau-Hochschwarzwald
Breitnau	Titisee-Neustadt	Breisgau-Hochschwarzwald
Buchenbach	Freiburg/mit	Breisgau-Hochschwarzwald
Buggingen	Müllheim	Breisgau-Hochschwarzwald
Ebringen	Freiburg/mit	Breisgau-Hochschwarzwald
Ehrenkirchen	Bad Krozingen/Staufen	Breisgau-Hochschwarzwald
Eichstetten am Kaiserstuhl	Freiburg/mit	Breisgau-Hochschwarzwald
Eisenbach (Hochschwarzwald)	Titisee-Neustadt	Breisgau-Hochschwarzwald
Eschbach	Müllheim	Breisgau-Hochschwarzwald
Feldberg (Schwarzwald)	Titisee-Neustadt	Breisgau-Hochschwarzwald
Friedenweiler	Titisee-Neustadt	Breisgau-Hochschwarzwald
Glottertal	Freiburg/mit	Breisgau-Hochschwarzwald
Gottenheim	Freiburg/mit	Breisgau-Hochschwarzwald
Gundelfingen	Freiburg/mit	Breisgau-Hochschwarzwald
Hartheim	Bad Krozingen/Staufen	Breisgau-Hochschwarzwald
Heitersheim	Müllheim	Breisgau-Hochschwarzwald
Heuweiler	Freiburg/mit	Breisgau-Hochschwarzwald
Hinterzarten	Titisee-Neustadt	Breisgau-Hochschwarzwald
Horben	Freiburg/mit	Breisgau-Hochschwarzwald
Ihringen	Breisach	Breisgau-Hochschwarzwald
Kirchzarten	Freiburg/mit	Breisgau-Hochschwarzwald
Lenzkirch	Titisee-Neustadt	Breisgau-Hochschwarzwald
Löffingen	Titisee-Neustadt	Breisgau-Hochschwarzwald
March	Freiburg/mit	Breisgau-Hochschwarzwald

Merdingen	Breisach	Breisgau-Hochschwarzwald
Merzhausen	Freiburg/mit	Breisgau-Hochschwarzwald
Müllheim	Müllheim	Breisgau-Hochschwarzwald
Münstertal/Schwarzwald	Bad Krozingen/Staufen	Breisgau-Hochschwarzwald
Neuenburg am Rhein	Müllheim	Breisgau-Hochschwarzwald
Oberried	Freiburg/mit	Breisgau-Hochschwarzwald
Pfaffenweiler	Bad Krozingen/Staufen	Breisgau-Hochschwarzwald
Schallstadt	Freiburg/mit	Breisgau-Hochschwarzwald
Schluchsee	Titisee-Neustadt	Breisgau-Hochschwarzwald
Sölden	Freiburg/mit	Breisgau-Hochschwarzwald
St. Märgen	Freiburg/mit	Breisgau-Hochschwarzwald
St. Peter	Freiburg/mit	Breisgau-Hochschwarzwald
Staufen im Breisgau	Bad Krozingen/Staufen	Breisgau-Hochschwarzwald
Stegen	Freiburg/mit	Breisgau-Hochschwarzwald
Sulzburg	Müllheim	Breisgau-Hochschwarzwald
Titisee-Neustadt	Titisee-Neustadt	Breisgau-Hochschwarzwald
Umkirch	Freiburg/mit	Breisgau-Hochschwarzwald
Vogtsburg im Kaiserstuhl	Breisach	Breisgau-Hochschwarzwald
Wittnau	Freiburg/mit	Breisgau-Hochschwarzwald
Altensteig	Nagold	Calw
Althengstett	Calw	Calw
Bad Herrenalb	Bad Wildbad	Calw
Bad Liebenzell	Calw	Calw
Bad Teinach-Zavelstein	Calw	Calw
Bad Wildbad	Bad Wildbad	Calw
Calw	Calw	Calw
Dobel	Bad Wildbad	Calw
Ebhausen	Nagold	Calw
Egenhausen	Nagold	Calw
Enzklösterle	Bad Wildbad	Calw
Gechingen	Calw	Calw
Haiterbach	Nagold	Calw
Höfen an der Enz	Bad Wildbad	Calw
Nagold	Nagold	Calw
Neubulach	Calw	Calw
Neuweiler	Calw	Calw
Oberreichenbach	Calw	Calw
Ostelsheim	Calw	Calw
Rohrdorf	Nagold	Calw
Schömberg	Bad Wildbad	Calw
Simmersfeld	Nagold	Calw
Simmozheim	Calw	Calw
Unterreichenbach	Calw	Calw
Wildberg	Nagold	Calw
Bahlingen am Kaiserstuhl	Emmendingen	Emmendingen
Biederbach	Waldkirch	Emmendingen
Denzlingen	Emmendingen	Emmendingen
Elzach	Waldkirch	Emmendingen
Emmendingen	Emmendingen	Emmendingen
Endingen am Kaiserstuhl	Emmendingen	Emmendingen

Forchheim	Emmendingen	Emmendingen
Freiamt	Emmendingen	Emmendingen
Gutach im Breisgau	Waldkirch	Emmendingen
Herbolzheim	Emmendingen	Emmendingen
Kenzingen	Emmendingen	Emmendingen
Malterdingen	Emmendingen	Emmendingen
Reute	Emmendingen	Emmendingen
Rheinhausen	Emmendingen	Emmendingen
Riegel am Kaiserstuhl	Emmendingen	Emmendingen
Sasbach am Kaiserstuhl	Emmendingen	Emmendingen
Sexau	Emmendingen	Emmendingen
Simonswald	Waldkirch	Emmendingen
Teningen	Emmendingen	Emmendingen
Vörstetten	Emmendingen	Emmendingen
Waldkirch	Waldkirch	Emmendingen
Weisweil	Emmendingen	Emmendingen
Winden im Elztal	Waldkirch	Emmendingen
Wyhl am Kaiserstuhl	Emmendingen	Emmendingen
Birkenfeld	Pforzheim/mit	Enzkreis
Eisingen	Pforzheim/mit	Enzkreis
Engelsbrand	Pforzheim/mit	Enzkreis
Friolzheim	Pforzheim/mit	Enzkreis
Heimsheim	Pforzheim/mit	Enzkreis
Illingen	Mühlacker	Enzkreis
Ispringen	Pforzheim/mit	Enzkreis
Kämpfelbach	Pforzheim/mit	Enzkreis
Keltern	Pforzheim/mit	Enzkreis
Kieselbronn	Pforzheim/mit	Enzkreis
Knittlingen	Mühlacker	Enzkreis
Königsbach-Stein	Pforzheim/mit	Enzkreis
Maulbronn	Mühlacker	Enzkreis
Mönsheim	Pforzheim/mit	Enzkreis
Mühlacker	Mühlacker	Enzkreis
Neuenbürg	Pforzheim/mit	Enzkreis
Neuhausen	Pforzheim/mit	Enzkreis
Neulingen	Pforzheim/mit	Enzkreis
Niefern-Öschelbronn	Pforzheim/mit	Enzkreis
Ölbronn-Dürrn	Pforzheim/mit	Enzkreis
Ötisheim	Mühlacker	Enzkreis
Remchingen	Pforzheim/mit	Enzkreis
Sternenfels	Mühlacker	Enzkreis
Straubenhardt	Pforzheim/mit	Enzkreis
Tiefenbronn	Pforzheim/mit	Enzkreis
Wiernsheim	Pforzheim/mit	Enzkreis
Wimsheim	Pforzheim/mit	Enzkreis
Wurmberg	Pforzheim/mit	Enzkreis
Aichtal	Nürtingen	Esslingen
Aichwald	Esslingen	Esslingen
Altbach	Esslingen	Esslingen
Altdorf (ES)	Nürtingen	Esslingen

Altenriet	Nürtingen	Esslingen
Baltmannsweiler	Esslingen	Esslingen
Bempflingen	Nürtingen	Esslingen
Beuren	Nürtingen	Esslingen
Bissingen an der Teck	Kirchheim	Esslingen
Deizisau	Esslingen	Esslingen
Denkendorf	Esslingen	Esslingen
Dettingen unter Teck	Kirchheim	Esslingen
Erkenbrechtsweiler	Kirchheim	Esslingen
Esslingen am Neckar	Esslingen	Esslingen
Filderstadt	Stuttgart/mit	Esslingen
Frickenhausen	Nürtingen	Esslingen
Großbettlingen	Nürtingen	Esslingen
Hochdorf	Esslingen	Esslingen
Holzmaden	Kirchheim	Esslingen
Kirchheim unter Teck	Kirchheim	Esslingen
Kohlberg	Nürtingen	Esslingen
Köngen	Kirchheim	Esslingen
Leinfelden-Echterdingen	Stuttgart/mit	Esslingen
Lenningen	Kirchheim	Esslingen
Lichtenwald	Esslingen	Esslingen
Neckartailfingen	Nürtingen	Esslingen
Neckartenzlingen	Nürtingen	Esslingen
Neidlingen	Kirchheim	Esslingen
Neuffen	Nürtingen	Esslingen
Neuhausen auf den Fildern	Esslingen	Esslingen
Notzingen	Kirchheim	Esslingen
Nürtingen	Nürtingen	Esslingen
Oberboihingen	Nürtingen	Esslingen
Ohmden	Kirchheim	Esslingen
Ostfildern	Esslingen	Esslingen
Owen	Kirchheim	Esslingen
Plochingen	Esslingen	Esslingen
Reichenbach an der Fils	Esslingen	Esslingen
Schlaitdorf	Nürtingen	Esslingen
Unterensingen	Nürtingen	Esslingen
Weilheim an der Teck	Kirchheim	Esslingen
Wendlingen am Neckar	Kirchheim	Esslingen
Wernau (Neckar)	Esslingen	Esslingen
Wolfschlugen	Nürtingen	Esslingen
Freiburg im Breisgau	Freiburg/mit	Freiburg
Alpirsbach	Freudenstadt	Freudenstadt
Bad Rippoldsau-Schapbach	Freudenstadt	Freudenstadt
Baiersbronn	Freudenstadt	Freudenstadt
Dornstetten	Freudenstadt	Freudenstadt
Empfingen	Horb	Freudenstadt
Eutingen im Gäu	Horb	Freudenstadt
Freudenstadt	Freudenstadt	Freudenstadt
Glatten	Freudenstadt	Freudenstadt
Grömbach	Freudenstadt	Freudenstadt

Horb am Neckar	Horb	Freudenstadt
Loßburg	Freudenstadt	Freudenstadt
Pfalzgrafenweiler	Freudenstadt	Freudenstadt
Schopfloch	Freudenstadt	Freudenstadt
Seewald	Freudenstadt	Freudenstadt
Waldachtal	Freudenstadt	Freudenstadt
Wörnersberg	Freudenstadt	Freudenstadt
Adelberg	Göppingen	Göppingen
Aichelberg	Göppingen	Göppingen
Albershausen	Göppingen	Göppingen
Bad Boll	Göppingen	Göppingen
Bad Ditzenbach	Geislingen	Göppingen
Bad Überkingen	Geislingen	Göppingen
Birenbach	Göppingen	Göppingen
Böhmenkirch	Geislingen	Göppingen
Börtlingen	Göppingen	Göppingen
Deggingen	Geislingen	Göppingen
Donzdorf	Göppingen	Göppingen
Drackenstein	Geislingen	Göppingen
Dürnau	Göppingen	Göppingen
Ebersbach an der Fils	Göppingen	Göppingen
Eislingen/Fils	Göppingen	Göppingen
Eschenbach	Göppingen	Göppingen
Gammelshausen	Göppingen	Göppingen
Geislingen an der Steige	Geislingen	Göppingen
Gingen an der Fils	Göppingen	Göppingen
Göppingen	Göppingen	Göppingen
Gruibingen	Geislingen	Göppingen
Hattenhofen	Göppingen	Göppingen
Heiningen	Göppingen	Göppingen
Hohenstadt	Geislingen	Göppingen
Kuchen	Geislingen	Göppingen
Lauterstein	Göppingen	Göppingen
Mühlhausen im Täle	Geislingen	Göppingen
Ottenbach	Göppingen	Göppingen
Rechberghausen	Göppingen	Göppingen
Salach	Göppingen	Göppingen
Schlat	Göppingen	Göppingen
Schlierbach	Göppingen	Göppingen
Süßen	Göppingen	Göppingen
Uhingen	Göppingen	Göppingen
Wangen	Göppingen	Göppingen
Wäschenbeuren	Göppingen	Göppingen
Wiesensteig	Geislingen	Göppingen
Zell unter Aichelberg	Göppingen	Göppingen
Heidelberg	Heidelberg/mit	Heidelberg
Dischingen	Heidenheim LK	Heidenheim
Gerstetten	Heidenheim LK	Heidenheim
Giengen an der Brenz	Heidenheim LK	Heidenheim
Heidenheim an der Brenz	Heidenheim LK	Heidenheim

Herbrechtingen	Heidenheim LK	Heidenheim
Hermaringen	Heidenheim LK	Heidenheim
Königsbronn	Heidenheim LK	Heidenheim
Nattheim	Heidenheim LK	Heidenheim
Niederstotzingen	Heidenheim LK	Heidenheim
Sontheim an der Brenz	Heidenheim LK	Heidenheim
Steinheim am Albuch	Heidenheim LK	Heidenheim
Abstatt	Heilbronn/mit	Heilbronn, Land
Bad Friedrichshall	Neckarsulm	Heilbronn, Land
Bad Rappenau	Heilbronn/mit	Heilbronn, Land
Bad Wimpfen	Heilbronn/mit	Heilbronn, Land
Beilstein	Heilbronn/mit	Heilbronn, Land
Brackenheim	Heilbronn/mit	Heilbronn, Land
Cleebronn	Heilbronn/mit	Heilbronn, Land
Eberstadt	Heilbronn/mit	Heilbronn, Land
Ellhofen	Heilbronn/mit	Heilbronn, Land
Eppingen	Heilbronn/mit	Heilbronn, Land
Erlenbach	Neckarsulm	Heilbronn, Land
Flein	Heilbronn/mit	Heilbronn, Land
Gemmingen	Heilbronn/mit	Heilbronn, Land
Güglingen	Heilbronn/mit	Heilbronn, Land
Gundelsheim	Neckarsulm	Heilbronn, Land
Hardthausen am Kocher	Neckarsulm	Heilbronn, Land
Ilsfeld	Heilbronn/mit	Heilbronn, Land
Ittlingen	Heilbronn/mit	Heilbronn, Land
Jagsthausen	Neckarsulm	Heilbronn, Land
Kirchardt	Heilbronn/mit	Heilbronn, Land
Langenbrettach	Neckarsulm	Heilbronn, Land
Lauffen am Neckar	Heilbronn/mit	Heilbronn, Land
Lehrensteinsfeld	Heilbronn/mit	Heilbronn, Land
Leingarten	Heilbronn/mit	Heilbronn, Land
Löwenstein	Heilbronn/mit	Heilbronn, Land
Massenbachhausen	Heilbronn/mit	Heilbronn, Land
Möckmühl	Neckarsulm	Heilbronn, Land
Neckarsulm	Neckarsulm	Heilbronn, Land
Neckarwestheim	Heilbronn/mit	Heilbronn, Land
Neudenau	Neckarsulm	Heilbronn, Land
Neuenstadt am Kocher	Neckarsulm	Heilbronn, Land
Nordheim	Heilbronn/mit	Heilbronn, Land
Obersulm	Heilbronn/mit	Heilbronn, Land
Oedheim	Neckarsulm	Heilbronn, Land
Offenau	Neckarsulm	Heilbronn, Land
Pfaffenhofen	Heilbronn/mit	Heilbronn, Land
Roigheim	Neckarsulm	Heilbronn, Land
Schwaigern	Heilbronn/mit	Heilbronn, Land
Siegelsbach	Heilbronn/mit	Heilbronn, Land
Talheim	Heilbronn/mit	Heilbronn, Land
Untereisesheim	Neckarsulm	Heilbronn, Land
Untergruppenbach	Heilbronn/mit	Heilbronn, Land
Weinsberg	Heilbronn/mit	Heilbronn, Land

Widdern	Neckarsulm	Heilbronn, Land
Wüstenrot	Heilbronn/mit	Heilbronn, Land
Zaberfeld	Heilbronn/mit	Heilbronn, Land
Heilbronn	Heilbronn/mit	Heilbronn, Stadt
Bretzfeld	Öhringen	Hohenlohekreis
Dörzbach	Künzelsau	Hohenlohekreis
Forchtenberg	Künzelsau	Hohenlohekreis
Ingelfingen	Künzelsau	Hohenlohekreis
Krautheim	Künzelsau	Hohenlohekreis
Künzelsau	Künzelsau	Hohenlohekreis
Kupferzell	Künzelsau	Hohenlohekreis
Mulfingen	Künzelsau	Hohenlohekreis
Neuenstein	Öhringen	Hohenlohekreis
Niedernhall	Künzelsau	Hohenlohekreis
Öhringen	Öhringen	Hohenlohekreis
Pfedelbach	Öhringen	Hohenlohekreis
Schöntal	Künzelsau	Hohenlohekreis
Waldenburg	Öhringen	Hohenlohekreis
Weißbach	Künzelsau	Hohenlohekreis
Zweiflingen	Öhringen	Hohenlohekreis
Bad Schönborn	Bruchsal	Karlsruhe, Land
Bretten	Bretten	Karlsruhe, Land
Bruchsal	Bruchsal	Karlsruhe, Land
Dettenheim	Karlsruhe/mit	Karlsruhe, Land
Eggenstein-Leopoldshafen	Karlsruhe/mit	Karlsruhe, Land
Ettlingen	Ettlingen	Karlsruhe, Land
Forst	Bruchsal	Karlsruhe, Land
Gondelsheim	Bretten	Karlsruhe, Land
Graben-Neudorf	Karlsruhe/mit	Karlsruhe, Land
Hambrücken	Bruchsal	Karlsruhe, Land
Karlsbad	Ettlingen	Karlsruhe, Land
Karlsdorf-Neuthard	Bruchsal	Karlsruhe, Land
Kraichtal	Bruchsal	Karlsruhe, Land
Kronau	Bruchsal	Karlsruhe, Land
Kürnbach	Bretten	Karlsruhe, Land
Linkenheim-Hochstetten	Karlsruhe/mit	Karlsruhe, Land
Malsch	Ettlingen	Karlsruhe, Land
Marxzell	Ettlingen	Karlsruhe, Land
Oberderdingen	Bretten	Karlsruhe, Land
Oberhausen-Rheinhausen	Bruchsal	Karlsruhe, Land
Östringen	Bruchsal	Karlsruhe, Land
Pfinztal	Karlsruhe/mit	Karlsruhe, Land
Philippsburg	Bruchsal	Karlsruhe, Land
Rheinstetten	Karlsruhe/mit	Karlsruhe, Land
Stutensee	Karlsruhe/mit	Karlsruhe, Land
Sulzfeld	Bretten	Karlsruhe, Land
Ubstadt-Weiher	Bruchsal	Karlsruhe, Land
Waghäusel	Bruchsal	Karlsruhe, Land
Waldbronn	Ettlingen	Karlsruhe, Land
Walzbachtal	Karlsruhe/mit	Karlsruhe, Land

Weingarten (Baden)	Karlsruhe/mit	Karlsruhe, Land
Zaisenhausen	Bretten	Karlsruhe, Land
Karlsruhe	Karlsruhe/mit	Karlsruhe,Stadt
Allensbach	Konstanz	Konstanz
Bodman-Ludwigshafen	Stockach	Konstanz
Büsingen am Hochrhein	Singen	Konstanz
Eigeltingen	Stockach	Konstanz
Engen	Singen	Konstanz
Gaienhofen	Radolfzell	Konstanz
Gailingen am Hochrhein	Singen	Konstanz
Gottmadingen	Singen	Konstanz
Hilzingen	Singen	Konstanz
Hohenfels	Stockach	Konstanz
Konstanz	Konstanz	Konstanz
Moos	Radolfzell	Konstanz
Mühlhausen-Ehingen	Singen	Konstanz
Mühlingen	Stockach	Konstanz
Öhningen	Radolfzell	Konstanz
Orsingen-Nenzingen	Stockach	Konstanz
Radolfzell am Bodensee	Radolfzell	Konstanz
Reichenau	Konstanz	Konstanz
Rielasingen-Worblingen	Singen	Konstanz
Singen (Hohentwiel)	Singen	Konstanz
Steißlingen	Singen	Konstanz
Stockach	Stockach	Konstanz
Tengen	Singen	Konstanz
Volkertshausen	Singen	Konstanz
Aitern	Schopfheim	Lörrach
Bad Bellingen	Lörrach/Weil	Lörrach
Binzen	Lörrach/Weil	Lörrach
Böllen	Schopfheim	Lörrach
Efringen-Kirchen	Lörrach/Weil	Lörrach
Eimeldingen	Lörrach/Weil	Lörrach
Fischingen	Lörrach/Weil	Lörrach
Fröhnd	Schopfheim	Lörrach
Grenzach-Wyhlen	Rheinfelden	Lörrach
Häg-Ehrsberg	Schopfheim	Lörrach
Hasel	Schopfheim	Lörrach
Hausen im Wiesental	Schopfheim	Lörrach
Inzlingen	Lörrach/Weil	Lörrach
Kandern	Lörrach/Weil	Lörrach
Kleines Wiesental	Schopfheim	Lörrach
Lörrach	Lörrach/Weil	Lörrach
Malsburg-Marzell	Lörrach/Weil	Lörrach
Maulburg	Schopfheim	Lörrach
Rheinfelden (Baden)	Rheinfelden	Lörrach
Rümmingen	Lörrach/Weil	Lörrach
Schallbach	Lörrach/Weil	Lörrach
Schliengen	Lörrach/Weil	Lörrach
Schönau im Schwarzwald	Schopfheim	Lörrach

Schönenberg	Schopfheim	Lörrach
Schopfheim	Schopfheim	Lörrach
Schwörstadt	Rheinfelden	Lörrach
Steinen	Lörrach/Weil	Lörrach
Todtnau	Schopfheim	Lörrach
Tunau	Schopfheim	Lörrach
Utzenfeld	Schopfheim	Lörrach
Weil am Rhein	Lörrach/Weil	Lörrach
Wembach	Schopfheim	Lörrach
Wieden	Schopfheim	Lörrach
Wittlingen	Lörrach/Weil	Lörrach
Zell im Wiesental	Schopfheim	Lörrach
Affalterbach	Ludwigsburg/Kornwestheim	Ludwigsburg
Asperg	Ludwigsburg/Kornwestheim	Ludwigsburg
Benningen am Neckar	Ludwigsburg/Kornwestheim	Ludwigsburg
Besigheim	Bietigheim-Bissingen/Besigheim	Ludwigsburg
Bietigheim-Bissingen	Bietigheim-Bissingen/Besigheim	Ludwigsburg
Bönnigheim	Bietigheim-Bissingen/Besigheim	Ludwigsburg
Ditzingen	Stuttgart/mit	Ludwigsburg
Eberdingen	Vaihingen	Ludwigsburg
Erdmannhausen	Ludwigsburg/Kornwestheim	Ludwigsburg
Erligheim	Bietigheim-Bissingen/Besigheim	Ludwigsburg
Freiberg am Neckar	Ludwigsburg/Kornwestheim	Ludwigsburg
Freudental	Bietigheim-Bissingen/Besigheim	Ludwigsburg
Gemmrigheim	Bietigheim-Bissingen/Besigheim	Ludwigsburg
Gerlingen	Stuttgart/mit	Ludwigsburg
Großbottwar	Ludwigsburg/Kornwestheim	Ludwigsburg
Hemmingen	Ludwigsburg/Kornwestheim	Ludwigsburg
Hessigheim	Bietigheim-Bissingen/Besigheim	Ludwigsburg
Ingersheim	Bietigheim-Bissingen/Besigheim	Ludwigsburg
Kirchheim am Neckar	Bietigheim-Bissingen/Besigheim	Ludwigsburg
Korntal-Münchingen	Stuttgart/mit	Ludwigsburg
Kornwestheim	Ludwigsburg/Kornwestheim	Ludwigsburg
Löchgau	Bietigheim-Bissingen/Besigheim	Ludwigsburg
Ludwigsburg	Ludwigsburg/Kornwestheim	Ludwigsburg
Marbach am Neckar	Ludwigsburg/Kornwestheim	Ludwigsburg
Markgröningen	Ludwigsburg/Kornwestheim	Ludwigsburg
Möglingen	Ludwigsburg/Kornwestheim	Ludwigsburg
Mundelsheim	Bietigheim-Bissingen/Besigheim	Ludwigsburg
Murr	Ludwigsburg/Kornwestheim	Ludwigsburg
Oberriexingen	Vaihingen	Ludwigsburg
Oberstenfeld	Ludwigsburg/Kornwestheim	Ludwigsburg
Pleidelsheim	Ludwigsburg/Kornwestheim	Ludwigsburg
Remseck am Neckar	Ludwigsburg/Kornwestheim	Ludwigsburg
Sachsenheim	Bietigheim-Bissingen/Besigheim	Ludwigsburg
Schwieberdingen	Ludwigsburg/Kornwestheim	Ludwigsburg
Sersheim	Vaihingen	Ludwigsburg
Steinheim an der Murr	Ludwigsburg/Kornwestheim	Ludwigsburg
Tamm	Bietigheim-Bissingen/Besigheim	Ludwigsburg
Vaihingen an der Enz	Vaihingen	Ludwigsburg

Walheim	Bietigheim-Bissingen/Besigheim	Ludwigsburg
Ahorn	Bad Mergentheim	Main-Tauber-Kreis
Assamstadt	Bad Mergentheim	Main-Tauber-Kreis
Bad Mergentheim	Bad Mergentheim	Main-Tauber-Kreis
Boxberg	Bad Mergentheim	Main-Tauber-Kreis
Creglingen	Bad Mergentheim	Main-Tauber-Kreis
Freudenberg	Wertheim	Main-Tauber-Kreis
Großrinderfeld	Tauberbischofsheim	Main-Tauber-Kreis
Grünsfeld	Tauberbischofsheim	Main-Tauber-Kreis
Igersheim	Bad Mergentheim	Main-Tauber-Kreis
Königheim	Tauberbischofsheim	Main-Tauber-Kreis
Külsheim	Tauberbischofsheim	Main-Tauber-Kreis
Lauda-Königshofen	Tauberbischofsheim	Main-Tauber-Kreis
Niederstetten	Bad Mergentheim	Main-Tauber-Kreis
Tauberbischofsheim	Tauberbischofsheim	Main-Tauber-Kreis
Weikersheim	Bad Mergentheim	Main-Tauber-Kreis
Werbach	Tauberbischofsheim	Main-Tauber-Kreis
Wertheim	Wertheim	Main-Tauber-Kreis
Wittighausen	Tauberbischofsheim	Main-Tauber-Kreis
Mannheim	Mannheim/mit	Mannheim
Adelsheim	Buchen	Neckar-Odenwald-Kreis
Aglasterhausen	Mosbach	Neckar-Odenwald-Kreis
Billigheim	Mosbach	Neckar-Odenwald-Kreis
Binau	Eberbach	Neckar-Odenwald-Kreis
Buchen (Odenwald)	Buchen	Neckar-Odenwald-Kreis
Elztal	Mosbach	Neckar-Odenwald-Kreis
Fahrenbach	Mosbach	Neckar-Odenwald-Kreis
Hardheim	Buchen	Neckar-Odenwald-Kreis
Haßmersheim	Mosbach	Neckar-Odenwald-Kreis
Höpfingen	Buchen	Neckar-Odenwald-Kreis
Hüffenhardt	Mosbach	Neckar-Odenwald-Kreis
Limbach	Mosbach	Neckar-Odenwald-Kreis
Mosbach	Mosbach	Neckar-Odenwald-Kreis
Mudau	Buchen	Neckar-Odenwald-Kreis
Neckargerach	Eberbach	Neckar-Odenwald-Kreis
Neckarzimmern	Mosbach	Neckar-Odenwald-Kreis
Neunkirchen	Mosbach	Neckar-Odenwald-Kreis
Obrigheim	Mosbach	Neckar-Odenwald-Kreis
Osterburken	Buchen	Neckar-Odenwald-Kreis
Ravenstein	Buchen	Neckar-Odenwald-Kreis
Rosenberg (NOK)	Buchen	Neckar-Odenwald-Kreis
Schefflenz	Mosbach	Neckar-Odenwald-Kreis
Schwarzach	Mosbach	Neckar-Odenwald-Kreis
Seckach	Buchen	Neckar-Odenwald-Kreis
Waldbrunn	Eberbach	Neckar-Odenwald-Kreis
Walldürn	Buchen	Neckar-Odenwald-Kreis
Zwingenberg	Eberbach	Neckar-Odenwald-Kreis
Achern	Achern	Ortenaukreis
Appenweier	Offenburg	Ortenaukreis
Bad Peterstal-Griesbach	Offenburg	Ortenaukreis

Berghaupten	Offenburg	Ortenaukreis
Biberach	Offenburg	Ortenaukreis
Durbach	Offenburg	Ortenaukreis
Ettenheim	Lahr	Ortenaukreis
Fischerbach	Haslach/Hausach/Wolfach	Ortenaukreis
Friesenheim	Lahr	Ortenaukreis
Gengenbach	Offenburg	Ortenaukreis
Gutach (Schwarzwaldbahn)	Haslach/Hausach/Wolfach	Ortenaukreis
Haslach im Kinzigtal	Haslach/Hausach/Wolfach	Ortenaukreis
Hausach	Haslach/Hausach/Wolfach	Ortenaukreis
Hofstetten	Haslach/Hausach/Wolfach	Ortenaukreis
Hohberg	Offenburg	Ortenaukreis
Hornberg	Haslach/Hausach/Wolfach	Ortenaukreis
Kappel-Grafenhausen	Lahr	Ortenaukreis
Kappelrodeck	Achern	Ortenaukreis
Kehl	Kehl	Ortenaukreis
Kippenheim	Lahr	Ortenaukreis
Lahr/Schwarzwald	Lahr	Ortenaukreis
Lauf	Achern	Ortenaukreis
Lautenbach	Offenburg	Ortenaukreis
Mahlberg	Lahr	Ortenaukreis
Meißenheim	Lahr	Ortenaukreis
Mühlenbach	Haslach/Hausach/Wolfach	Ortenaukreis
Neuried	Offenburg	Ortenaukreis
Nordrach	Offenburg	Ortenaukreis
Oberharmersbach	Offenburg	Ortenaukreis
Oberkirch	Offenburg	Ortenaukreis
Oberwolfach	Haslach/Hausach/Wolfach	Ortenaukreis
Offenburg	Offenburg	Ortenaukreis
Ohlsbach	Offenburg	Ortenaukreis
Oppenau	Offenburg	Ortenaukreis
Ortenberg	Offenburg	Ortenaukreis
Ottenhöfen im Schwarzwald	Achern	Ortenaukreis
Renchen	Achern	Ortenaukreis
Rheinau	Kehl	Ortenaukreis
Ringsheim	Lahr	Ortenaukreis
Rust	Lahr	Ortenaukreis
Sasbach	Achern	Ortenaukreis
Sasbachwalden	Achern	Ortenaukreis
Schuttertal	Lahr	Ortenaukreis
Schutterwald	Offenburg	Ortenaukreis
Schwanau	Lahr	Ortenaukreis
Seebach	Achern	Ortenaukreis
Seelbach	Lahr	Ortenaukreis
Steinach	Haslach/Hausach/Wolfach	Ortenaukreis
Willstätt	Kehl	Ortenaukreis
Wolfach	Haslach/Hausach/Wolfach	Ortenaukreis
Zell am Harmersbach	Offenburg	Ortenaukreis
Aalen	Ostalb 1 Aalen	Ostalbkreis
Abtsgmünd	Ostalb 3 Schwäbischer Wald	Ostalbkreis

Adelmannsfelden	Ostalb 4 Ellwangen	Ostalbkreis
Bartholomä	Ostalb 2 Schwäbisch Gmünd	Ostalbkreis
Böbingen an der Rems	Ostalb 2 Schwäbisch Gmünd	Ostalbkreis
Bopfingen	Ostalb 5 Härtsfeld	Ostalbkreis
Durlangen	Ostalb 3 Schwäbischer Wald	Ostalbkreis
Ellenberg	Ostalb 4 Ellwangen	Ostalbkreis
Ellwangen (Jagst)	Ostalb 4 Ellwangen	Ostalbkreis
Eschach	Ostalb 3 Schwäbischer Wald	Ostalbkreis
Essingen	Ostalb 1 Aalen	Ostalbkreis
Göggingen	Ostalb 3 Schwäbischer Wald	Ostalbkreis
Gschwend	Ostalb 3 Schwäbischer Wald	Ostalbkreis
Heubach	Ostalb 2 Schwäbisch Gmünd	Ostalbkreis
Heuchlingen	Ostalb 3 Schwäbischer Wald	Ostalbkreis
Hüttlingen	Ostalb 1 Aalen	Ostalbkreis
Iggingen	Ostalb 3 Schwäbischer Wald	Ostalbkreis
Jagstzell	Ostalb 4 Ellwangen	Ostalbkreis
Kirchheim am Ries	Ostalb 5 Härtsfeld	Ostalbkreis
Lauchheim	Ostalb 5 Härtsfeld	Ostalbkreis
Leinzell	Ostalb 3 Schwäbischer Wald	Ostalbkreis
Lorch	Ostalb 2 Schwäbisch Gmünd	Ostalbkreis
Mögglingen	Ostalb 2 Schwäbisch Gmünd	Ostalbkreis
Mutlangen	Ostalb 2 Schwäbisch Gmünd	Ostalbkreis
Neresheim	Ostalb 5 Härtsfeld	Ostalbkreis
Neuler	Ostalb 4 Ellwangen	Ostalbkreis
Obergröningen	Ostalb 3 Schwäbischer Wald	Ostalbkreis
Oberkochen	Ostalb 1 Aalen	Ostalbkreis
Rainau	Ostalb 4 Ellwangen	Ostalbkreis
Riesbürg	Ostalb 5 Härtsfeld	Ostalbkreis
Rosenberg	Ostalb 4 Ellwangen	Ostalbkreis
Ruppertshofen	Ostalb 3 Schwäbischer Wald	Ostalbkreis
Schechingen	Ostalb 3 Schwäbischer Wald	Ostalbkreis
Schwäbisch Gmünd	Ostalb 2 Schwäbisch Gmünd	Ostalbkreis
Spraitbach	Ostalb 3 Schwäbischer Wald	Ostalbkreis
Stödtlen	Ostalb 4 Ellwangen	Ostalbkreis
Täferrot	Ostalb 3 Schwäbischer Wald	Ostalbkreis
Tannhausen	Ostalb 4 Ellwangen	Ostalbkreis
Unterschneidheim	Ostalb 5 Härtsfeld	Ostalbkreis
Waldstetten	Ostalb 2 Schwäbisch Gmünd	Ostalbkreis
Westhausen	Ostalb 5 Härtsfeld	Ostalbkreis
Wört	Ostalb 4 Ellwangen	Ostalbkreis
Pforzheim	Pforzheim/mit	Pforzheim
Achberg	Wangen	Ravensburg
Aichstetten	Leutkirch	Ravensburg
Aitrach	Leutkirch	Ravensburg
Altshausen	Bad Saulgau	Ravensburg
Amtzell	Wangen	Ravensburg
Argenbühl	Wangen	Ravensburg
Aulendorf	Bad Waldsee	Ravensburg
Bad Waldsee	Bad Waldsee	Ravensburg
Bad Wurzach	Leutkirch	Ravensburg

Baienfurt	Ravensburg/Weingarten	Ravensburg
Baindt	Ravensburg/Weingarten	Ravensburg
Berg	Ravensburg/Weingarten	Ravensburg
Bergatreute	Bad Waldsee	Ravensburg
Bodnegg	Ravensburg/Weingarten	Ravensburg
Boms	Bad Saulgau	Ravensburg
Ebenweiler	Bad Saulgau	Ravensburg
Ebersbach-Musbach	Bad Saulgau	Ravensburg
Eichstegen	Bad Saulgau	Ravensburg
Fleischwangen	Bad Saulgau	Ravensburg
Fronreute	Ravensburg/Weingarten	Ravensburg
Grünkraut	Ravensburg/Weingarten	Ravensburg
Guggenhausen	Bad Saulgau	Ravensburg
Horgenzell	Ravensburg/Weingarten	Ravensburg
Hoßkirch	Bad Saulgau	Ravensburg
Isny im Allgäu	Leutkirch	Ravensburg
Kißlegg	Wangen	Ravensburg
Königseggwald	Bad Saulgau	Ravensburg
Leutkirch im Allgäu	Leutkirch	Ravensburg
Ravensburg	Ravensburg/Weingarten	Ravensburg
Riedhausen	Bad Saulgau	Ravensburg
Schlier	Ravensburg/Weingarten	Ravensburg
Unterwaldhausen	Bad Saulgau	Ravensburg
Vogt	Ravensburg/Weingarten	Ravensburg
Waldburg	Ravensburg/Weingarten	Ravensburg
Wangen im Allgäu	Wangen	Ravensburg
Weingarten	Ravensburg/Weingarten	Ravensburg
Wilhelmsdorf	Ravensburg/Weingarten	Ravensburg
Wolfegg	Ravensburg/Weingarten	Ravensburg
Wolpertswende	Ravensburg/Weingarten	Ravensburg
Alfdorf	Schorndorf	Rems-Murr-Kreis
Allmersbach im Tal	Backnang	Rems-Murr-Kreis
Althütte	Backnang	Rems-Murr-Kreis
Aspach	Backnang	Rems-Murr-Kreis
Auenwald	Backnang	Rems-Murr-Kreis
Backnang	Backnang	Rems-Murr-Kreis
Berglen	Waiblingen/Fellbach	Rems-Murr-Kreis
Burgstetten	Backnang	Rems-Murr-Kreis
Fellbach	Waiblingen/Fellbach	Rems-Murr-Kreis
Großerlach	Backnang	Rems-Murr-Kreis
Kaisersbach	Schorndorf	Rems-Murr-Kreis
Kernen im Remstal	Waiblingen/Fellbach	Rems-Murr-Kreis
Kirchberg an der Murr	Backnang	Rems-Murr-Kreis
Korb	Waiblingen/Fellbach	Rems-Murr-Kreis
Leutenbach	Waiblingen/Fellbach	Rems-Murr-Kreis
Murrhardt	Backnang	Rems-Murr-Kreis
Oppenweiler	Backnang	Rems-Murr-Kreis
Plüderhausen	Schorndorf	Rems-Murr-Kreis
Remshalden	Schorndorf	Rems-Murr-Kreis
Rudersberg	Schorndorf	Rems-Murr-Kreis

Schorndorf	Schorndorf	Rems-Murr-Kreis
Schwaikheim	Waiblingen/Fellbach	Rems-Murr-Kreis
Spiegelberg	Backnang	Rems-Murr-Kreis
Sulzbach an der Murr	Backnang	Rems-Murr-Kreis
Urbach	Schorndorf	Rems-Murr-Kreis
Waiblingen	Waiblingen/Fellbach	Rems-Murr-Kreis
Weinstadt	Waiblingen/Fellbach	Rems-Murr-Kreis
Weissach im Tal	Backnang	Rems-Murr-Kreis
Welzheim	Schorndorf	Rems-Murr-Kreis
Winnenden	Waiblingen/Fellbach	Rems-Murr-Kreis
Winterbach	Schorndorf	Rems-Murr-Kreis
Bad Urach	Metzingen	Reutlingen
Dettingen an der Erms	Metzingen	Reutlingen
Engstingen	Münsingen	Reutlingen
Eningen unter Achalm	Reutlingen	Reutlingen
Gomadingen	Münsingen	Reutlingen
Grabenstetten	Metzingen	Reutlingen
Grafenberg	Metzingen	Reutlingen
Hayingen	Münsingen	Reutlingen
Hohenstein	Münsingen	Reutlingen
Hülben	Metzingen	Reutlingen
Lichtenstein	Reutlingen	Reutlingen
Mehrstetten	Münsingen	Reutlingen
Metzingen	Metzingen	Reutlingen
Münsingen	Münsingen	Reutlingen
Pfronstetten	Münsingen	Reutlingen
Pfullingen	Reutlingen	Reutlingen
Pliezhausen	Reutlingen	Reutlingen
Reutlingen	Reutlingen	Reutlingen
Riederich	Metzingen	Reutlingen
Römerstein	Metzingen	Reutlingen
Sonnenbühl	Reutlingen	Reutlingen
St. Johann	Münsingen	Reutlingen
Trochtelfingen	Münsingen	Reutlingen
Walddorfhäslach	Reutlingen	Reutlingen
Wannweil	Reutlingen	Reutlingen
Zwiefalten	Münsingen	Reutlingen
Altlußheim	Schwetzingen	Rhein-Neckar-Kreis
Angelbachtal	Sinsheim	Rhein-Neckar-Kreis
Bammental	Heidelberg/mit	Rhein-Neckar-Kreis
Brühl	Schwetzingen	Rhein-Neckar-Kreis
Dielheim	Wiesloch/Walldorf	Rhein-Neckar-Kreis
Dossenheim	Heidelberg/mit	Rhein-Neckar-Kreis
Eberbach	Eberbach	Rhein-Neckar-Kreis
Edingen-Neckarhausen	Mannheim/mit	Rhein-Neckar-Kreis
Epfenbach	Sinsheim	Rhein-Neckar-Kreis
Eppelheim	Heidelberg/mit	Rhein-Neckar-Kreis
Eschelbronn	Sinsheim	Rhein-Neckar-Kreis
Gaiberg	Heidelberg/mit	Rhein-Neckar-Kreis
Heddesbach	Heidelberg/mit	Rhein-Neckar-Kreis

Heddesheim	Mannheim/mit	Rhein-Neckar-Kreis
Heiligkreuzsteinach	Heidelberg/mit	Rhein-Neckar-Kreis
Helmstadt-Bargen	Sinsheim	Rhein-Neckar-Kreis
Hemsbach	Weinheim	Rhein-Neckar-Kreis
Hirschberg an der Bergstraße	Weinheim	Rhein-Neckar-Kreis
Hockenheim	Schwetzingen	Rhein-Neckar-Kreis
Ilvesheim	Mannheim/mit	Rhein-Neckar-Kreis
Ketsch	Schwetzingen	Rhein-Neckar-Kreis
Ladenburg	Mannheim/mit	Rhein-Neckar-Kreis
Laudenbach	Weinheim	Rhein-Neckar-Kreis
Leimen	Heidelberg/mit	Rhein-Neckar-Kreis
Lobbach	Sinsheim	Rhein-Neckar-Kreis
Malsch (RNK)	Wiesloch/Walldorf	Rhein-Neckar-Kreis
Mauer	Sinsheim	Rhein-Neckar-Kreis
Meckesheim	Sinsheim	Rhein-Neckar-Kreis
Mühlhausen	Wiesloch/Walldorf	Rhein-Neckar-Kreis
Neckarbischofsheim	Sinsheim	Rhein-Neckar-Kreis
Neckargemünd	Heidelberg/mit	Rhein-Neckar-Kreis
Neidenstein	Sinsheim	Rhein-Neckar-Kreis
Neulußheim	Schwetzingen	Rhein-Neckar-Kreis
Nußloch	Heidelberg/mit	Rhein-Neckar-Kreis
Oftersheim	Schwetzingen	Rhein-Neckar-Kreis
Plankstadt	Schwetzingen	Rhein-Neckar-Kreis
Rauenberg	Wiesloch/Walldorf	Rhein-Neckar-Kreis
Reichartshausen	Sinsheim	Rhein-Neckar-Kreis
Reilingen	Schwetzingen	Rhein-Neckar-Kreis
Sandhausen	Heidelberg/mit	Rhein-Neckar-Kreis
Schönau	Heidelberg/mit	Rhein-Neckar-Kreis
Schönbrunn	Eberbach	Rhein-Neckar-Kreis
Schriesheim	Heidelberg/mit	Rhein-Neckar-Kreis
Schwetzingen	Schwetzingen	Rhein-Neckar-Kreis
Sinsheim	Sinsheim	Rhein-Neckar-Kreis
Spechbach	Sinsheim	Rhein-Neckar-Kreis
St. Leon-Rot	Wiesloch/Walldorf	Rhein-Neckar-Kreis
Waibstadt	Sinsheim	Rhein-Neckar-Kreis
Walldorf	Wiesloch/Walldorf	Rhein-Neckar-Kreis
Weinheim	Weinheim	Rhein-Neckar-Kreis
Wiesenbach	Heidelberg/mit	Rhein-Neckar-Kreis
Wiesloch	Wiesloch/Walldorf	Rhein-Neckar-Kreis
Wilhelmsfeld	Heidelberg/mit	Rhein-Neckar-Kreis
Zuzenhausen	Sinsheim	Rhein-Neckar-Kreis
Aichhalden	Schramberg	Rottweil
Bösingen	Rottweil	Rottweil
Deißlingen	Rottweil	Rottweil
Dietingen	Rottweil	Rottweil
Dornhan	Rottweil	Rottweil
Dunningen	Schramberg	Rottweil
Epfendorf	Rottweil	Rottweil
Eschbronn	Schramberg	Rottweil
Fluorn-Winzeln	Rottweil	Rottweil

Hardt	Schramberg	Rottweil
Lauterbach	Schramberg	Rottweil
Oberndorf am Neckar	Rottweil	Rottweil
Rottweil	Rottweil	Rottweil
Schenkenzell	Schramberg	Rottweil
Schiltach	Schramberg	Rottweil
Schramberg	Schramberg	Rottweil
Sulz am Neckar	Rottweil	Rottweil
Villingendorf	Rottweil	Rottweil
Vöhringen	Rottweil	Rottweil
Wellendingen	Rottweil	Rottweil
Zimmern ob Rottweil	Rottweil	Rottweil
Blaufelden	Crailsheim	Schwäbisch Hall
Braunsbach	Schwäbisch Hall	Schwäbisch Hall
Bühlertann	Schwäbisch Hall	Schwäbisch Hall
Bühlerzell	Schwäbisch Hall	Schwäbisch Hall
Crailsheim	Crailsheim	Schwäbisch Hall
Fichtenau	Crailsheim	Schwäbisch Hall
Fichtenberg	Schwäbisch Hall	Schwäbisch Hall
Frankenhardt	Crailsheim	Schwäbisch Hall
Gaildorf	Schwäbisch Hall	Schwäbisch Hall
Gerabronn	Crailsheim	Schwäbisch Hall
Ilshofen	Schwäbisch Hall	Schwäbisch Hall
Kirchberg an der Jagst	Crailsheim	Schwäbisch Hall
Kreßberg	Crailsheim	Schwäbisch Hall
Langenburg	Crailsheim	Schwäbisch Hall
Mainhardt	Schwäbisch Hall	Schwäbisch Hall
Michelbach an der Bilz	Schwäbisch Hall	Schwäbisch Hall
Michelfeld	Schwäbisch Hall	Schwäbisch Hall
Oberrot	Schwäbisch Hall	Schwäbisch Hall
Obersontheim	Schwäbisch Hall	Schwäbisch Hall
Rosengarten	Schwäbisch Hall	Schwäbisch Hall
Rot am See	Crailsheim	Schwäbisch Hall
Satteldorf	Crailsheim	Schwäbisch Hall
Schrozberg	Crailsheim	Schwäbisch Hall
Schwäbisch Hall	Schwäbisch Hall	Schwäbisch Hall
Stimpfach	Crailsheim	Schwäbisch Hall
Sulzbach-Laufen	Schwäbisch Hall	Schwäbisch Hall
Untermünkheim	Schwäbisch Hall	Schwäbisch Hall
Vellberg	Schwäbisch Hall	Schwäbisch Hall
Wallhausen	Crailsheim	Schwäbisch Hall
Wolpertshausen	Schwäbisch Hall	Schwäbisch Hall
Bad Dürrheim	Villingen-Schwenningen	Schwarzwald-Baar-Kreis
Blumberg	Donaueschingen	Schwarzwald-Baar-Kreis
Bräunlingen	Donaueschingen	Schwarzwald-Baar-Kreis
Brigachtal	Villingen-Schwenningen	Schwarzwald-Baar-Kreis
Dauchingen	Villingen-Schwenningen	Schwarzwald-Baar-Kreis
Donaueschingen	Donaueschingen	Schwarzwald-Baar-Kreis
Furtwangen im Schwarzwald	Villingen-Schwenningen	Schwarzwald-Baar-Kreis
Gütenbach	Villingen-Schwenningen	Schwarzwald-Baar-Kreis

Hüfingen	Donaueschingen	Schwarzwald-Baar-Kreis
Königsfeld im Schwarzwald	Villingen-Schwenningen	Schwarzwald-Baar-Kreis
Mönchweiler	Villingen-Schwenningen	Schwarzwald-Baar-Kreis
Niedereschach	Villingen-Schwenningen	Schwarzwald-Baar-Kreis
Schonach im Schwarzwald	Villingen-Schwenningen	Schwarzwald-Baar-Kreis
Schönwald im Schwarzwald	Villingen-Schwenningen	Schwarzwald-Baar-Kreis
St. Georgen im Schwarzwald	Villingen-Schwenningen	Schwarzwald-Baar-Kreis
Triberg im Schwarzwald	Villingen-Schwenningen	Schwarzwald-Baar-Kreis
Tuningen	Villingen-Schwenningen	Schwarzwald-Baar-Kreis
Unterkirnach	Villingen-Schwenningen	Schwarzwald-Baar-Kreis
Villingen-Schwenningen	Villingen-Schwenningen	Schwarzwald-Baar-Kreis
Vöhrenbach	Villingen-Schwenningen	Schwarzwald-Baar-Kreis
Bad Saulgau	Bad Saulgau	Sigmaringen
Beuron	Sigmaringen	Sigmaringen
Bingen	Sigmaringen	Sigmaringen
Gammertingen	Sigmaringen	Sigmaringen
Herbertingen	Bad Saulgau	Sigmaringen
Herdwangen-Schönach	Pfullendorf	Sigmaringen
Hettingen	Sigmaringen	Sigmaringen
Hohentengen	Sigmaringen	Sigmaringen
Illmensee	Pfullendorf	Sigmaringen
Inzigkofen	Sigmaringen	Sigmaringen
Krauchenwies	Sigmaringen	Sigmaringen
Leibertingen	Pfullendorf	Sigmaringen
Mengen	Sigmaringen	Sigmaringen
Meßkirch	Pfullendorf	Sigmaringen
Neufra	Sigmaringen	Sigmaringen
Ostrach	Bad Saulgau	Sigmaringen
Pfullendorf	Pfullendorf	Sigmaringen
Sauldorf	Pfullendorf	Sigmaringen
Scheer	Sigmaringen	Sigmaringen
Schwenningen	Sigmaringen	Sigmaringen
Sigmaringen	Sigmaringen	Sigmaringen
Sigmaringendorf	Sigmaringen	Sigmaringen
Stetten am kalten Markt	Sigmaringen	Sigmaringen
Veringenstadt	Sigmaringen	Sigmaringen
Wald	Pfullendorf	Sigmaringen
Stuttgart	Stuttgart/mit	Stuttgart
Ammerbuch	Tübingen	Tübingen
Bodelshausen	Tübingen	Tübingen
Dettenhausen	Tübingen	Tübingen
Dußlingen	Tübingen	Tübingen
Gomaringen	Tübingen	Tübingen
Hirrlingen	Rottenburg	Tübingen
Kirchentellinsfurt	Tübingen	Tübingen
Kusterdingen	Tübingen	Tübingen
Mössingen	Tübingen	Tübingen
Nehren	Tübingen	Tübingen
Neustetten	Rottenburg	Tübingen
Ofterdingen	Tübingen	Tübingen

Rottenburg am Neckar	Rottenburg	Tübingen
Starzach	Rottenburg	Tübingen
Tübingen	Tübingen	Tübingen
Aldingen	Tuttlingen LK	Tuttlingen
Balgheim	Tuttlingen LK	Tuttlingen
Bärenthal	Tuttlingen LK	Tuttlingen
Böttingen	Tuttlingen LK	Tuttlingen
Bubsheim	Tuttlingen LK	Tuttlingen
Buchheim	Tuttlingen LK	Tuttlingen
Deilingen	Tuttlingen LK	Tuttlingen
Denkingen	Tuttlingen LK	Tuttlingen
Dürbheim	Tuttlingen LK	Tuttlingen
Durchhausen	Tuttlingen LK	Tuttlingen
Egesheim	Tuttlingen LK	Tuttlingen
Emmingen-Liptingen	Tuttlingen LK	Tuttlingen
Fridingen an der Donau	Tuttlingen LK	Tuttlingen
Frittlingen	Tuttlingen LK	Tuttlingen
Geisingen	Tuttlingen LK	Tuttlingen
Gosheim	Tuttlingen LK	Tuttlingen
Gunningen	Tuttlingen LK	Tuttlingen
Hausen ob Verena	Tuttlingen LK	Tuttlingen
Immendingen	Tuttlingen LK	Tuttlingen
Irndorf	Tuttlingen LK	Tuttlingen
Kolbingen	Tuttlingen LK	Tuttlingen
Königsheim	Tuttlingen LK	Tuttlingen
Mahlstetten	Tuttlingen LK	Tuttlingen
Mühlheim an der Donau	Tuttlingen LK	Tuttlingen
Neuhausen ob Eck	Tuttlingen LK	Tuttlingen
Reichenbach am Heuberg	Tuttlingen LK	Tuttlingen
Renquishausen	Tuttlingen LK	Tuttlingen
Rietheim-Weilheim	Tuttlingen LK	Tuttlingen
Seitingen-Oberflacht	Tuttlingen LK	Tuttlingen
Spaichingen	Tuttlingen LK	Tuttlingen
Talheim (TUT)	Tuttlingen LK	Tuttlingen
Trossingen	Tuttlingen LK	Tuttlingen
Tuttlingen	Tuttlingen LK	Tuttlingen
Wehingen	Tuttlingen LK	Tuttlingen
Wurmlingen	Tuttlingen LK	Tuttlingen
Ulm	Ulm/mit	Ulm
Albbruck	Waldshut-Tiengen	Waldshut
Bad Säckingen	Bad Säckingen	Waldshut
Bernau im Schwarzwald	Waldshut-Tiengen	Waldshut
Bonndorf im Schwarzwald	Waldshut-Tiengen	Waldshut
Dachsberg (Südschwarzwald)	Waldshut-Tiengen	Waldshut
Dettighofen	Waldshut-Tiengen	Waldshut
Dogern	Waldshut-Tiengen	Waldshut
Eggingen	Waldshut-Tiengen	Waldshut
Görwihl	Bad Säckingen	Waldshut
Grafenhausen	Waldshut-Tiengen	Waldshut
Häusern	Waldshut-Tiengen	Waldshut

Herrischried	Bad Säckingen	Waldshut
Höchenschwand	Waldshut-Tiengen	Waldshut
Hohentengen am Hochrhein	Waldshut-Tiengen	Waldshut
Ibach	Waldshut-Tiengen	Waldshut
Jestetten	Waldshut-Tiengen	Waldshut
Klettgau	Waldshut-Tiengen	Waldshut
Küssaberg	Waldshut-Tiengen	Waldshut
Lauchringen	Waldshut-Tiengen	Waldshut
Laufenburg (Baden)	Bad Säckingen	Waldshut
Lottstetten	Waldshut-Tiengen	Waldshut
Murg	Bad Säckingen	Waldshut
Rickenbach	Bad Säckingen	Waldshut
St. Blasien	Waldshut-Tiengen	Waldshut
Stühlingen	Waldshut-Tiengen	Waldshut
Todtmoos	Waldshut-Tiengen	Waldshut
Ühlingen-Birkendorf	Waldshut-Tiengen	Waldshut
Waldshut-Tiengen	Waldshut-Tiengen	Waldshut
Wehr	Bad Säckingen	Waldshut
Weilheim	Waldshut-Tiengen	Waldshut
Wutach	Waldshut-Tiengen	Waldshut
Wutöschingen	Waldshut-Tiengen	Waldshut
Albstadt	Albstadt	Zollernalbkreis
Balingen	Balingen	Zollernalbkreis
Bisingen	Hechingen	Zollernalbkreis
Bitz	Albstadt	Zollernalbkreis
Burladingen	Hechingen	Zollernalbkreis
Dautmergen	Balingen	Zollernalbkreis
Dormettingen	Balingen	Zollernalbkreis
Dotternhausen	Balingen	Zollernalbkreis
Geislingen	Balingen	Zollernalbkreis
Grosselfingen	Hechingen	Zollernalbkreis
Haigerloch	Hechingen	Zollernalbkreis
Hausen am Tann	Balingen	Zollernalbkreis
Hechingen	Hechingen	Zollernalbkreis
Jungingen	Hechingen	Zollernalbkreis
Meßstetten	Albstadt	Zollernalbkreis
Nusplingen	Albstadt	Zollernalbkreis
Obernheim	Albstadt	Zollernalbkreis
Rangendingen	Hechingen	Zollernalbkreis
Ratshausen	Balingen	Zollernalbkreis
Rosenfeld	Balingen	Zollernalbkreis
Schömberg (ZAK)	Balingen	Zollernalbkreis
Straßberg	Albstadt	Zollernalbkreis
Weilen unter den Rinnen	Balingen	Zollernalbkreis
Winterlingen	Albstadt	Zollernalbkreis
Zimmern unter der Burg	Balingen	Zollernalbkreis

Ländlicher Raum i.e.S
Ländlicher Raum

Mittelbereich	Versorgungsgrad	umfassende Gemeinden	davon ländlich	Ländlicher Verdichtungsraum
Backnang	96,1	13	8	0,61538
Bietigheim-Bissingen/Besigheim	86,7	14	0	0
Böblingen-Sindelfingen	95,8	14	0	0
Esslingen	90,2	13	0	0
Geislingen	100,0	11	8	0,72727
Göppingen	95,4	27	1	0,03704
Herrenberg	96,4	7	0	0
Kirchheim	110,1	12	1	0,08333
Leonberg	100,0	5	0	0
Ludwigsburg/Kornwestheim	108,5	18	0	0
Nürtingen	102,6	16	0	0
Schorndorf	101,0	9	4	0,44444
Stuttgart	104,4	6	0	0
Vaihingen	97,2	4	0	0
Waiblingen/Fellbach	87,6	9	1	0,11111
Bad Mergentheim	101,7	8	8	1
Crailsheim	108,5	13	13 /2	1
Heilbronn	104,0	32	7	0,21875
Künzelsau	115,2	10	10	1
Neckarsulm	103,2	15	6	0,4
Öhringen	83,8	6	6	1
Schwäbisch Hall	110,1	17	17 /6	1
Tauberbischofsheim	106,4	8	8	1

Wertheim	132,2	2	2	1
Heidenheim	107,6	11	11 /6	1
Ostalb 1 Aalen	109,4	4	4 /4	1
Ostalb 2 Schwäbisch Gmünd	111,5	8	1	0,125
Ostalb 3 Schwäbischer Wald	70,5	13	11	0,84615
Ostalb 4 Ellwangen	88,6	10	10 /2	1
Ostalb 5 Härtsfeld	111,7	7	7 /1	1
Baden-Baden	120,1	3	0	0
Bretten	99,6	6	3	0,5
Bruchsal	101,2	12	2	0,16667
Bühl	90,4	5	1	0,2
Ettlingen	96,3	5	0	0
Gaggenau/Gernsbach	85,9	5	1	0,2
Karlsruhe	99,8	10	0	0
Rastatt	108,9	11	0	0
Buchen	98,6	10	10	1
Eberbach	84,9	6	6	1
Heidelberg	111,7	15	2	0,13333
Mannheim	112,9	5	0	0
Mosbach	97,1	13	13	1
Schwetzingen	106,5	9	0	0
Sinsheim	121,8	14	11	0,78571
Weinheim	110,3	4	0	0
Wiesloch/Walldorf	110,6	7	0	0
Bad Wildbad	111,3	6	1	0,16667
Calw	94,8	11	4	0,36364
Freudenstadt	102,2	13	13	1
Horb	81,6	3	2	0,66667
Mühlacker	98,3	6	1	0,16667

Nagold	92,1	8	6	0,75
Pforzheim	100,9	23	0	0
Achern	116,9	8	8	1
Bad Krozingen/Staufen	111,1	7	3	0,42857
Breisach	119,4	4	1	0,25
Emmendingen	110,0	18	9	0,5
Freiburg	142,2	22	7	0,31818
Haslach/Hausach/Wolfach	115,4	10	10	1
Kehl	95,3	3	3 /2	1
Lahr	115,8	12	12 /2	1
Müllheim	110,2	9	9	1
Offenburg	108,3	18	18 /7	1
Titisee-Neustadt	102,1	9	9	1
Waldkirch	114,7	6	5	0,83333
Donaueschingen	83,6	4	4	1
Rottweil	93,1	13	13 /3	1
Schramberg	115,4	8	8	1
Tuttlingen	91,3	35	35 /6	1
Villingen-Schweningen	107,3	16	16 /8	1
Bad Säckingen	100,3	7	3	0,42857
Konstanz	110,9	3	0	0
Lörrach/Weil	108,9	15	4	0,26667
Radolfzell	114,9	4	3	0,75
Rheinfelden	100,2	3	3	1
Schopfheim	100,6	17	6	0,35294
Singen	104,1	11	3	0,27273
Stockach	126,6	6	6	1
Waldshut-Tiengen	89,2	25	25	1
Albstadt	93,1	7	7 /2	1
Balingen	94,5	11	11 /2	1
Hechingen	95,3	7	7 /4	1
Metzingen	94,3	8	2	0,25
Münsingen	114,8	10	9	0,9
Reutlingen	107,7	8	0	0
Rottenburg	106,5	4	2	0,5
Tübingen	111,6	11	0	0

Biberach	109,6	22	22		1
Blaubeuren/Laichingen	110,6	8	8		1
Ehingen	118,7	19	19		1
Laupheim	100,2	6	6		1
Riedlingen	108,2	17	17		1
Ulm	113,5	28	23		0,82143
Bad Saulgau	91,3	14	14		1
Bad Waldsee	116,0	3	3		1
Friedrichshafen	109,7	12	3		0,25
Leutkirch	115,0	5	5		1
Pfullendorf	103,9	7	7		1
Ravensburg/Weingarten	107,5	15	10		0,66667
Sigmaringen	104,8	15	15		1
Überlingen	117,0	11	11		1
Wangen	103,4	15	15	/2	1

Ländliche Mittelbereiche	Versorgungsgrad < 75%
	75% < Versorgungsgrad < 100%
	100% < Versorgungsgrad < 110%
	Versorgungsgrad > 110%

Berechnung hausärztliche Versorgung für Mittelbereich XY

Mittelbereich	**XY (ländlich)**		
Einwohner	18.000		
Verhältniszahl je Einwohner	1671		
Ärzte	12		
Allgemeine Altersfaktoren	79,4% (0-65) 20,6% (65 und älter)		
Regionale Altersfaktoren	76,2% (0-65) 23,8% (65 und älter)		
Leistungsbedarfsfaktor	2,567	(Hausärzte)	
Aktueller Demografiefaktor	0,963477	(gerundet)	
Aktuelle Verhältniszahl	1609,970067		
Aktueller Versorgungsgrad	**107,3313378**		

Gesellschaft wird älter, junge Menschen ziehen vermehrt in die Städte -> Veränderung der Altersstruktur

Angepasste Einwohnerzahl	20.000		
Angepasster Allgemeiner Altersfaktoren	77,0 (0-65) 23,0% (65 und älter)	(Änderung um 2,4%)	*136,041*
Angepasste Regionale Altersfaktoren	72,2% (0-65) 27,8% (65 und älter)	(regionale Änderung um 4%)	*143,5626*
Angepasster Demografiefaktor	0,947608	(gerundet)	
Angepasste Verhältniszahl	1583,452968		
Angepasster Versorgungsgrad	**95,00717808**		

Anlage 3:

Bundestags Ausarbeitung, Fachbereich III Verfassung und Verwaltung:

Was ist Daseinsvorsorge?

AUSARBEITUNG

Thema: **Was ist Daseinsvorsorge ?**

Historische Entwicklung, aktueller Stand, Aufgaben der Kommunen, Bedeutung des Begriffs in der aktuellen Debatte

Fachbereich III Verfassung und Verwaltung

Tel.: [redacted]

Verfasser/in: [redacted]

Abschluss der Arbeit: 6. Februar 2006

Reg.-Nr.: WF III - 035/06

Ausarbeitungen von Angehörigen der Wissenschaftlichen Dienste geben **nicht die Auffassung des Deutschen Bundestages, eines seiner Organe oder der Bundestagsverwaltung** wieder. Vielmehr liegen sie in der fachlichen Verantwortung des einzelnen Verfassers und der Fachbereichsleitung. Die Ausarbeitungen sind dazu bestimmt, das Mitglied des Deutschen Bundestages, das sie in Auftrag gegeben hat, bei der Wahrnehmung des Mandats zu unterstützen. Der Deutsche Bundestag behält sich die Rechte der Veröffentlichung und Verbreitung vor. Diese bedürfen der Zustimmung des Direktors beim Deutschen Bundestag.

1. Historischer Hintergrund

Die Verwaltung im liberalen Rechtsstaat des 19. Jahrhunderts beschränkte sich weitgehend auf die Gewährleistung von Recht und Sicherheit und respektierte den von der bürgerlichen Gesellschaft in Anspruch genommenen Freiheitsbereich.

Im sozialen Rechtsstaat des 20. Jahrhunderts stand die Verwaltung unter dem Druck der zunehmenden Industrialisierung und Technisierung, die Zusammenballung vieler Menschen auf engem Raum in Großstädten, die Verarmung weiter Bevölkerungsgruppen durch Kriegs- und Nachkriegszeiten, die Auflösung familiärer und nachbarschaftlicher Bindungen und Hilfen. Auf der anderen Seite fordern die steigenden Bedürfnisse und die wachsenden Ansprüche des Einzelnen den Staat immer mehr zur sozialen Aktivität heraus. In diesem Zusammenhang wird der von Forsthoff geprägte Begriff der „Daseinsvorsorge“ bedeutsam. Forsthoff hat mit seiner 1938 erschienen Schrift „Die Verwaltung als Leistungsträger“ als erster nachdrücklich auf die Entwicklung zur Leistungsverwaltung hingewiesen und mit dem Ausdruck der Daseinsvorsorge die staatliche Aufgabe zur Bereitstellung der für ein sinnvolles menschliches Dasein notwendigen Güter und Leistungen umschrieben[1].

Der Begriff der „Daseinsvorsorge“, teilweise auch als „Dienste, die im allgemeinen Interesse erbracht werden“, bezeichnet[2], ist inzwischen zum Allgemeingut geworden, zugleich aber auch sowohl hinsichtlich seines inhaltlichen Umfangs als auch hinsichtlich seiner juristischen Relevanz umstritten. Nach deutschem Staats- und Verfassungsrecht werden unter Leistungen der Daseinsvorsorge wirtschafts-, gesellschafts-, sozial- oder kulturpolitische Leistungen verstanden, die mit staatlichen Mitteln erbracht werden.

Die Daseinsvorsorge erfasst somit Aufgaben, an deren Erfüllung ein besonderes allgemeines Interesse besteht, und deckt sich damit in weiten Teilen mit der öffentlichen Leistungsverwaltung. Zu den gemeinwohlorientierten Dienstleistungen zählen in Deutschland die

- Versorgung mit Energie und Wasser,
- Entsorgung der Abwässer und des Abfalls,
- Unterhaltung eines öffentlichen Personennahverkehrs,
- Post- und Telekommunikationsdienstleistungen,
- öffentlich-rechtlichen Medien,
- besondere Finanz- und Versicherungsdienstleistungen,
- Bereitstellung eines grundlegenden Schul- und Bildungssystems,
- zahlreiche soziale und karitative Dienste,

---

1 Hartmut Maurer, Allgemeines Verwaltungsrecht, 15. Auflage, 2004, Rn. 6 ff.

2 So ist in deutschen Texten häufig von „Leistungen der Daseinsvorsorge“ die Rede oder es finden sich Ausdrücke wie „öffentliche Dienste“ oder „gemeinwohlorientierte Dienste“. Die direkte Übersetzung von Dokumenten der europäischen Institutionen aus anderen Sprachen trifft am ehesten der Begriff des „Allgemeininteresses“. Art. 86 Abs.2 EGV spricht von „öffentlichen Diensten“. Ungeachtet der begrifflichen Unschärfe ist damit in allen Fällen im Wesentlichen das Gleiche gemeint. Es handelt sich dabei um Dienste, die von der öffentlichen Verwaltung oder in ihrem Auftrag durch Dritte nicht- wettbewerblich erbracht werden.

- die Erfüllung fundamentaler staatlicher Aufgaben,
- die Pflege eines Polizei- und Justizwesens und die Gewährleistung der äußeren und inneren Sicherheit.

Ein weiteres Charakteristikum dieser gemeinwohlorientierten Dienstleitungen ist die Garantie des freien Zugangs zu ihnen in allen Regionen und zu erschwinglichen Preisen[3].

2. Kommunale Daseinsvorsorge

Die kommunale Daseinsvorsorge ist verfassungsrechtlich im Sozialstaatsprinzip nach Art. 20 Abs. 1 Grundgesetz (GG) verankert[4] und wird in den Gemeindeordnungen der Bundesländer konkretisiert. Aus dem Zusammenhang von Daseinsvorsorge und Sozialstaatsprinzip folgt, dass DV die Umsetzung des Verfassungsauftrags zur staatlichen Fürsorge ist, die sich nicht in der Sicherung des Existenzminimums erschöpft[5].

Die Daseinsvorsorge hat somit eine mikro- und eine makrosoziale Komponente. In der Art und Weise der Umsetzung dieses Infrastrukturauftrags sind die Kommunen, wie das Recht auf kommunale Selbstverwaltung nach Art. 28 Abs. 2 GG zeigt, weitgehend frei[6].

Auch wenn sich aus dem Sozialstaatsprinzip die Pflicht zur Daseinsvorsorge ergibt, steht dies einer Privatisierung von Infrastrukturleistungen nicht entgegen. Es ist nur das „Was“ und nicht das „Wie“ vorgegeben[7]. Spätestens seit den achtziger Jahren des vergangen Jahrhunderts haben die Kommunen in großem Umfang Leistungen der Daseinsvorsorge aus ihren Kernverwaltungen ausgegliedert und auf rechtlich selbstständige Organisationseinheiten übertragen.

„Vor allem die gemeindliche Daseinsvorsorge und der selbstverwaltungsrechtliche Garantiegehalt gemäß Art. 28 Abs. 2 GG verpflichten die Gemeinden nicht etwa, gemeindliche Verkehrs- und Versorgungsunternehmen, gemeindliche öffentliche Einrichtungen etc. in strikt eigener Vollzugszuständigkeit zu unterhalten, eröffnet den Kommunen vielmehr und durchaus auch das Mandat, private bzw. privatisierte Formen der Aufgabenverwaltung einzuführen und sich selbst auf die grundsätzlich subsidiäre Gewährleistungsverantwortung zu beschränken. Eine effektive Privatisierungspolitik von Bund, Ländern und Gemeinden muss sich ungleich stärker als bisher der Grundidee einer „Public Private Partnership“ und ihrer vielfältigen Synergien bedienen“[8].

---

3 Peter Becker, Europäische Daseinsvorsorge: die Politik der EU zwischen Wettbewerb und Gemeinwohlverpflichtung, 2005, S.18

4 Herzog in: Maunz/Dürig/Herzog/Scholz, GG, Kommentar, 2005, Art. 20 VIII, Rn. 12 ff.

5 Cless/Erdmenger/Gohde, Diakonie im europäischen Wettbewerb, 2000, S. 11

6 Articus, Sozialer Bundesstaat 66, 2005, S. 80

7 Schwark, Wirtschaftsordnung und Sozialstaatsprinzip, Deutsche Zeitschrift für Wirtschaftsrecht , 1997, 3, S. 5, 19

8 Daseinsvorsorge und Liberalisierung kommunaler Daseinsvorsorge (www.brangsch.de/partizipation/dasein1.htm), Stellungnahme von Prof. Dr. R. Scholz CDU

3. Europäische Marktintegration und mitgliedstaatliche Daseinsvorsorge

Durch die Integration des Europäischen Binnenmarktes erfährt die Daseinsvorsorge erhebliche Veränderungen:

- Im europäischen Binnenmarkt sind Kommunen und von ihnen mit öffentlichen Aufgaben betraute Unternehmen gleichgeordnete Teilnehmer. Hier ist nach Anwendung und Reichweite der europäischen Markt- und Wettbewerbsregeln zu fragen und zu untersuchen, ob diese im Sinne sozialer Marktwirtschaft öffentlichen Aufgaben den nötigen Raum belassen. Problematisch ist auch die Einwirkung von unabhängigen privaten Unternehmen aus anderen Mitgliedstaaten auf die nationale Daseinsvorsorge.

  So ist z.B. fraglich, ob eine Kommune den Binnenmarkt stört, wenn sie ihr defizitäres Busunternehmen oder ein öffentliches Schwimmbad fördert oder stört der Binnenmarkt die Kommunen, wenn sie in eigener Verantwortung Leistungen für die Bürger organisieren[9].

- Daseinsvorsorge betrifft das Verhältnis von Bürgern zum Staat. Hier ist zu fragen, welche gesicherte Teilhabe an kommunalen Leistungen die Unionsbürgerschaft vermittelt. Hat der Unionsbürger den vollen status positivus[10] in Bezug auf kommunale Leistungen? Ist es verboten den Zugang zu diesen Leistungen, an den Wohnsitz anzuknüpfen?
- Wer über das Ob und Wie der DV entscheidet, betrifft die Kompetenzverteilung zwischen Ebenen öffentlicher Gewalt. Hier ist zu fragen, ob die europäische Ebene die kommunale Selbstverwaltung hinreichend achtet. Sind die Kommunen ohne rechtlichen Schutz, wenn ein „kommunalblindes“ Europa ihnen Aufgaben entzieht? Oder können sie sich auf das Subsidiaritätprinzip berufen[11]?

Weiterhin ist zu klären, wie sich europäische Marktintegration zu mitgliedstaatlicher Daseinsvorsorge verhält.

Als mit den Römischen Verträgen 1958 die Europäische Wirtschaftsgemeinschaft gegründet wurde, hatten alle Mitgliedstaaten ein ausgebautes System von Diensten im öffentlichen Interesse und Auftrag. Einige Bereiche öffentlicher DV wurden in allen Ländern vorgefunden. Dies sind insbesondere die Versorgungsbereiche Wasser, Strom, Gas und Abfall. Andere Bereiche sind national spezifisch[12].

---

9 Zu den Erfahrungen mit der Liberalisierung einzelner Leistungen der Daseinsvorsorge (Telekommunikation, Verkehr, Energie) siehe: Mitteilung der Kommission der Europäischen Gemeinschaften: „Leistungen der Daseinsvorsorge in Europa“, BRats-Drs. 677/00, S.17(als Anlage 1 beigefügt); sowie Weißbuch der Kommission der Europäischen Gemeinschaften zu Dienstleistungen von allgemeinem Interesse, BRats-Drs. 466/04 (als Anlage 2 beigefügt)

10 Leistungsrechte (*status positivus*), die dem Grundrechtsträger Anspruch auf staatliche Leistungen geben.

11 F. Welti, Daseinsvorsorge und Verfassungsvertrag in Archiv des öffentlichen Rechts 130, 2005 4, S.529-569

12 C. Linder, Daseinsvorsorge in der Verfassungsordnung der Europäischen Union, 2004, S. 121; vgl. zur Geltung der Grundfreiheiten für öffentliche Unternehmen: W. Weiß, EuR 2003, S. 165, 171 ff.

Im EGV (Vertrag zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft, 1997) sind staatliche Sphäre und gemeinsamer Markt definiert worden, die weitgehend unverändert in der noch nicht ratifizierten europäischen Verfassung enthalten sind[13]. Danach finden die Grundfreiheiten des gemeinsamen Marktes keine Anwendung auf Tätigkeiten, die in einem Mitgliedstaat dauernd oder teilweise mit der Ausübung öffentlicher Gewalt verbunden sind[14]. Öffentliche Leistungen fallen danach nicht in den Bereich der Marktfreiheit, wenn kein Entgelt erhoben wird oder kein Bezug zwischen der Höhe eines Betrags und den Kosten der Leistungen besteht.

4. Aktuelle Debatte: Einfluss der Dienstleistungsrichtlinie auf die nationale Daseinsvorsorge

4.1. Zum Hintergrund

Die Anfang 2004 von der EU- Kommission vorgeschlagene Richtlinie[15] soll den europäischen Binnenmarkt für Dienstleistungen herstellen. Bestehende Hindernisse bei grenzüberschreitenden Dienstleistungen und im Bereich der Niederlassung von Dienstleistungsunternehmen sollen dazu abgebaut werden. Allerdings geht der Richtlinienvorschlag der Kommission so weit, dass möglicherweise nicht nur Hindernisse abgebaut, sondern auch vorhandene europäische Gesetze und Grundprinzipien ausgehöhlt werden[16].

4.2. Die Richtlinie besteht aus zwei Hauptpfeilern:

– Abbau diskriminierender und „übermäßig belastender“ Regulierungen

– Einführung des Herkunftslandprinzips für grenzüberschreitende Dienstleistungen

  Das Herkunftslandprinzip bedeutet, dass ein Dienstleistungserbringer nur die rechtlichen Anforderungen des Landes erfüllen muss, in dem er niedergelassen ist (Herkunftsland), auch wenn er in einem anderen Mitgliedstaat Dienste erbringen will, in dem er nicht dauerhaft präsent ist.

Die Richtlinie soll, mit einigen Ausnahmen, für alle Arten entgeltpflichtiger Dienstleistungen gelten, das heißt auch für die Dienstleistungen der DV, sofern sie vom Staat gegen Entgelt angeboten werden.

Hierbei hat man sich aber nicht klar auf kommerzielle Dienstleistungen beschränkt. Zwar wurden „Dienstleistungen von allgemeinem Interesse“ gemäß der Definition der Mitgliedstaaten vom Wirkungsbereich der Richtlinie ausgeschlossen, nicht jedoch „Dienstleistungen von allgemeinem **wirtschaftlichen** Interesse“, das heißt Leistungen der DV die gegen Entgelt angeboten werden (Art. 2 KOM(2004)[17]).

---

13 Art. 45, 50, 86 EGV (entsprechend Art. III-139, III-145 und III-166 Europäische Verfassung)

14 Art. 45 EGV (Art. III-139 Europäische Verfassung)

15 Vorschlag für eine Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates über Dienstleistungen im Binnenmarkt, KOM(2004) 2 endgültig/2 siehe: europa.eu.int/eur-lex/de/com/pdf/2004/com2004_0002de02.pdf

16 hinzuweisen ist auch auf die Verhandlungen zur Dienstleistungsliberalisierung in der WTO (GATS-Abkommen), siehe: Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion der PDS – Drucksache 14/8845 (als Anlage 3 beigefügt)

17 siehe Fußnote 14

Kritisch kann hierzu angemerkt werden, dass Leistungen der Daseinsvorsorge als ein substanzieller Bestandteil des europäischen Sozialmodells nicht unter den Anwendungsbereich der Dienstleistungsrichtlinie fallen sollten. Eine strikte Begrenzung der Richtlinie auf kommerzielle Dienstleistungen wäre eine mögliche Lösung.

5. Ausblick

Trotz der gegenwärtigen heftigen öffentlichen Diskussion gibt sich die Europäische Kommission zuversichtlich, dass die Richtlinie zur Öffnung der Dienstleistungsmärkte doch noch verabschiedet wird[18].
Dieser optimistischen Prognose von Industriekommissar Verheugen werden sich nicht alle mit der Richtlinie Befassten vorbehaltlos anschließen wollen: Zu groß erscheinen die Vorbehalte, die bei manchen vor allem gegenüber dem Herkunftslandprinzip noch bestehen. Man wird sehen müssen, welche Kompromissmöglichkeiten die Textfassung bieten wird, die nach der Debatte im Plenum des Europäischen Parlaments am 14./15. Februar 2006 verabschiedet werden wird. Nach jetzigem Stand sieht es so aus, als werde der Rat nicht alle Änderungsvorschläge des Parlaments ohne weiteres akzeptieren, so dass eine zweite Lesung und ggf. ein Vermittlungsverfahren erforderlich werden könnten.

Die **Bundesregierung** will noch vor der Debatte im Europäischen Parlament ihre Haltung zur Richtlinie festlegen. Inwieweit dann am Ende ein in Rat und EP mehrheitsfähiger Kompromissvorschlag deutlich über das hinausgehen wird, was die in den Verträgen verankerte und vom EuGH weit verstandene Dienstleistungsfreiheit schon jetzt gewährt, bleibt abzuwarten[19].
In ihrer Regierungserklärung vom 30.11.2005 nimmt die Bundeskanzlerin Angela Merkel keine Stellung zur Haltung der Bundesregierung zur Europäischen Dienstleistungsrichtlinie[20]. Hinzuweisen ist auf die Große Anfrage der Fraktion DIE LINKE., deren Beantwortung durch die Bundesregierung noch aussteht[21].

[redacted]

[redacted]

[redacted]

18 Kafsack, Hendrik, Für die Richtlinie und gegen Dumping, F.A.Z. vom 26.01.2006
19 Näheres zur aktuellen Debatte s. Anlage „Die Dienstleistungsrichtlinie - Stand der Diskussion“ (als Anlage 4 beigefügt)
20 PlenProt 16/4, S. 76 ff. (76 C)
21 Drs. 16/136 (als Anlage 5 beigefügt)

Anlage 4:

Statistisches Bundesamt Destatis:

Gesundheitsausgaben- und personalrechnung,

https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/Methoden/AusgabenUndPersonal.html [18.07.2017]

Gesundheitsausgaben- und -personalrechnung

Mit der Gesundheitsausgabenrechnung sowie der Gesundheitspersonalrechnung stehen zwei inhaltlich miteinander verzahnte gesundheitsbezogene Rechensysteme bereit, die eine tiefgehende Analyse des Gesundheitswesens aus unterschiedlichen Blickwinkeln ermöglichen. Methodischer Ausgangspunkt der zwei Rechenwerke ist die Definition des Gesundheitswesens nach dem "System of Health Accounts 2011" der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD). Zum Gesundheitswesen zählen nach dieser Abgrenzung sämtliche Institutionen und Personen, die zur Gesundheit der Bevölkerung beitragen, sie erhalten, fördern und wiederherstellen.

Die ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung bilden den Kernbereich des Gesundheitswesens. Tätigkeiten aus den Bereichen Soziales und Umwelt fließen in die Rechensysteme ein, wenn sie primär auf die Bewältigung oder Linderung von Gesundheitsproblemen abzielen. Außen vor bleiben z. B. Altenwohnheime, Fitnesseinrichtungen oder Reformhäuser. Bei beiden Rechensystemen handelt es sich um reine Sekundärstatistiken. Dies bedeutet, dass die im Gesundheitswesen bereits verfügbaren Datenquellen zu jeweils einem Gesamtsystem zusammengeführt werden. Dies beinhaltet keine eigenständigen Erhebungen im Sinne von Primärstatistiken.

Gesundheitsausgabenrechnung

Die Gesundheitsausgabenrechnung beschäftigt sich mit der Ermittlung der Ausgaben im Gesundheitswesen nach Leistungsarten, Einrichtungen sowie Ausgabenträgern. Neben den gesamten Gesundheitsausgaben weist sie nachrichtlich einen erweiterten Leistungsbereich aus. Dieser umfasst Ausgaben für Forschung, Ausbildung, Leistungen zum Ausgleich krankheitsbedingter Folgen und Einkommensleistungen. Daten zu den Gesundheitsausgaben liegen auf nationaler Ebene in vergleichbarer Form ab dem Berichtsjahr 1992 vor. Auf internationaler Ebene koordiniert die OECD die Vergleichbarkeit der Ergebnisse.

Die Erfassung der Kosten und der Finanzierung der Gesundheitsversorgung sind in der Verordnung (EG) Nr. 1338/2008 zu Gemeinschaftsstatistiken über öffentliche Gesundheit und über Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz in Verbindung mit der Verordnung (EU) Nr. 2015/359 der Europäischen Kommission vom 04. März 2015 festgelegt.

Gesundheitspersonalrechnung

Die Gesundheitspersonalrechnung liefert detaillierte Angaben über die Anzahl und die Struktur der Beschäftigten im Gesundheitswesen zum Stichtag 31.12. des jeweiligen Berichtsjahres. Sie weist das Gesundheitspersonal nach Einrichtung, Beruf, Art der Beschäftigung, Geschlecht und Alter aus. Neben den Beschäftigten erfasst sie auch die sogenannten Vollzeitäquivalente. Zeitlich vergleichbare Daten zu den Beschäftigten im Gesundheitswesen liegen seit dem Berichtsjahr 2000 nach den Dimensionen "Einrichtung und Geschlecht" vor. Tief gegliederte Daten nach den Merkmalen "Beruf", "Alter" und "Beschäftigungsart" stehen ab dem Berichtsjahr 2012 zur Verfügung.

Die Erfassung der Humanressourcen im Bereich der Gesundheitsversorgung sind in der Verordnung (EG) Nr. 1338/2008 zu Gemeinschaftsstatistiken über öffentliche Gesundheit und über Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz festgelegt.

Anlage 5:

Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung:

Laufende Raumbeobachtung, Raumabgrenzung: Raumtypen 2010

http://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Raumbeobachtung/Raumabgrenzungen/Raumtypen2010_vbg/Raumtypen2010_alt.html?nn=443270 [01.07.17]

Laufende Raumbeobachtung - Raumabgrenzungen

Raumtypen 2010

Die Raumtypen 2010 dienen analytischen Zwecken im Rahmen der Erarbeitung des kommenden Raumordungsberichtes im BBSR und nicht als planerische Festlegung. Sie stellen eine Weiterentwicklung der im Raumordnungsbericht 2005 vorgestellten "Raumstrukturtypen ROB 2005" dar, indem sie neue inhaltliche Kriterien und methodische Möglichkeiten aufgreifen.

- **Besiedelung und Lage**
- **Abgrenzungsmethodik Besiedlung**
- **Abgrenzungsmethodik Lage**
- **Aggregation auf Gemeinden und Gemeindeverbände**

Die Raumstrukturtypen ROB 2005 unterfütterten den Entstehungsprozess der im Sommer 2006 erschienenen neuen Leitbilder der Raumentwicklung, die sich aufgabenorientiert an alle Raumkategorien richten sollten und daher Bezugnahmen auf Kategorien wie den "Ländlichen Raum" bewusst mieden. Die neuen Raumtypen 2010 greifen nun Aspekte möglicher Auswirkungen der neuen Leitbilder der Raumentwicklung auf die Politik für ländliche Räume auf. Sie bilden das Stadt-Land-Kontinuum ab und kennzeichnen neue homogene Raumeinheiten als Analyseraster zur Raumordnungsberichterstattung des Bundes.

Besiedelung und Lage

Das Typisierungskonzept beruht auf der Betrachtung zweier räumlicher Basisstrukturmerkmale:

- der Besiedelung durch Unterscheidung zwischen überwiegend städtisch und ländlich geprägten Gebieten, klassifiziert nach Bevölkerungsdichte und Siedlungsflächenanteil (lokale/kleinräumige Maßstabsebene)
- der Lage, d.h. Unterscheidung zwischen zentral und peripher gelegenen Räumen, klassifiziert nach potenziell erreichbarer Tagesbevölkerung; (regionale/großräumige Maßstabsebene)

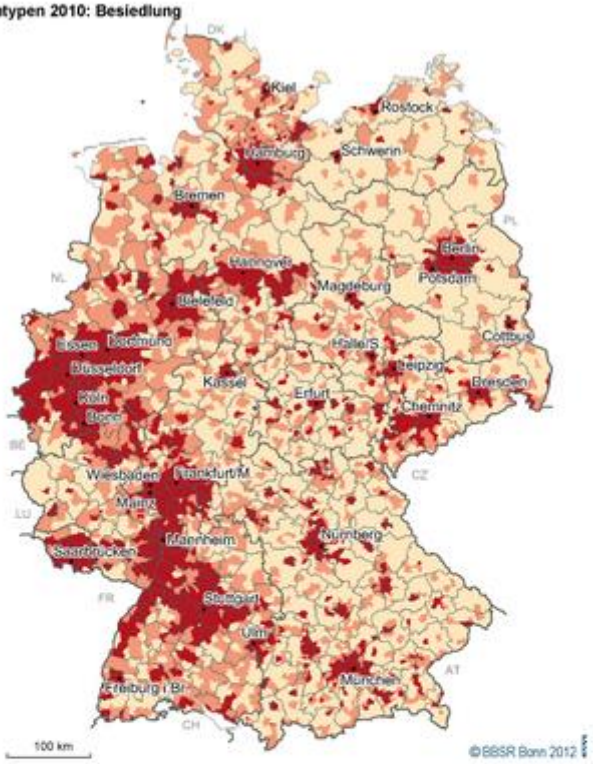
Die Raumtypisierung ist flächendeckend für das Bundesgebiet nach einheitlichen Kriterien vorgenommen und bleibt weitgehend unabhängig von (veränderlichen) administrativen Grenzen. Aggregiert auf Gemeinden oder Gemeindeverbände steht damit in Ergänzung zu den vorliegenden Raumabgrenzungen ein kleinräumiges Analyseraster zu Raumbeobachtungszwecken zur Verfügung.

Im Ergebnis unterscheiden die Raumtypen hinsichtlich der Besiedelung zwischen ländlicher und städtischer Umgebung und bei der Lage zwischen sehr zentraler, zentraler, peripherer, sehr peripherer Lage. Eine Kombination aller Typen ist zwar möglich, aber als Analyseraster nicht unbedingt vorgesehen. Auswertungen sollen vielmehr nach den beiden Basisstrukturmerkmalen getrennt und je nach Untersuchungszusammenhang problemorientiert für bestimme, ausgewählte Typkombinationen erfolgen. So lassen sich etwa die Typen ländlich und peripher/sehr peripher zur Raumkategorie "ländlich-peripherer Raum" kombinieren und vergleichend zu anderen Räumen auswerten.

Die regionale Wirtschaftkraft und ihre Entwicklung ist ein drittes Basisstrukturmerkmal, das zunächst nicht Bestandteil der Raumtypisierung ist. Diese dritte Dimension lässt sich keinesfalls an den Dimensionen Lage und Siedlungsstruktur festmachen, sondern muss unabhängig davon betrachtet werden.

Abgrenzungsmethodik Besiedlung

Raumtypen 2010: Besiedlung



Siedlungsstrukturelle Prägung

- ländlich
- teilweise städtisch
- überwiegend städtisch

Datenbasis:
Laufende Raumbeobachtung des BE
Geometrische Grundlage:
BKG, Gemeindeverbände, 31.12.20(

Das Basisstrukturmerkmal Besiedlung beruht auf zwei siedlungsstrukturellen Merkmalskomponenten, Bevölkerungsdichte und Siedlungsflächenanteil. Hoch verdichtete Gebiete stehen genau wie hohe Siedlungsabdeckung für städtisch geprägte Umgebung und gering verdichtete Gebiete und hoher Freiraumanteil für ländlich geprägte Umgebung.

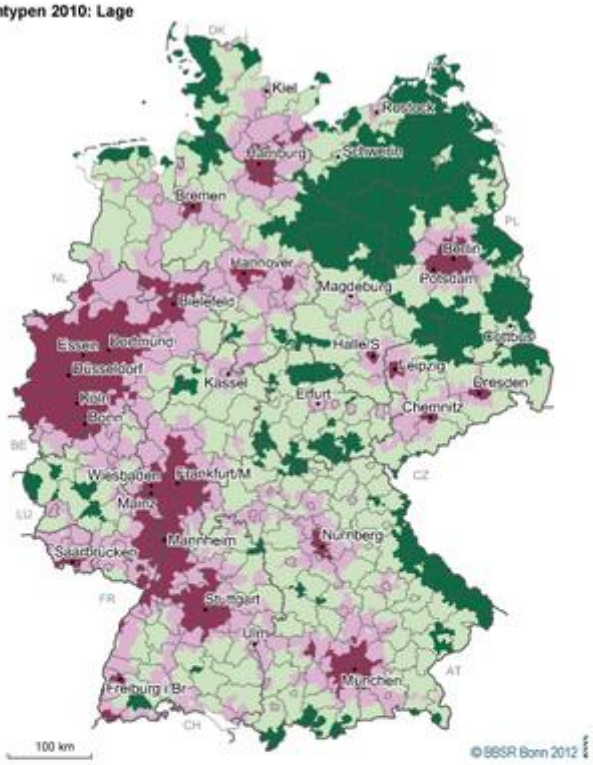
Um zu einer vom sichtbaren Erscheinungsbild geprägten, morphologischen Abgrenzung zu kommen, werden beide Merkmale nicht bezogen auf Verwaltungseinheiten, sondern in einer kleinräumigen Rasterzellenanalyse jeweils innerhalb eines 3-km-Umkreises grenzübergreifend betrachtet. Die Fläche eines Kreises mit 3 km Radius entspricht in etwa der durchschnittlichen Flächengröße einer Gemeinde in Deutschland. Diese Fläche ist in der landschaftlichen Umgebung oft noch einsehbar und damit für den jeweiligen Standort prägend. Darüber hinaus spielt sich in diesem Umkreis Nahversorgung ab.

Die Komponente Siedlungsflächenanteil beruht auf einer Berechnung der Siedlungsflächen im 3-km-Umkreis, gestützt auf Geobasisdaten: ATKIS Basis DLM25 (Digitales Landschaftsmodell des BKG, Layer Ortslagen und baulich geprägte Flächen mit Stand 2004) sowie CORINE 2000 (Flächen durchgängig städtischer Prägung, Flächen nicht-durchgängig städtischer Prägung und Industrie- und Gewerbeflächen).

Eine Raumtypisierung ist stark abhängig von der Körnigkeit der Analyse und der Bildung von Klassengrenzen. Die Klassifikation wurde so vorgenommen, dass die innere Differenzierung größerer Gemeindegebiete bzw. von Stadtregionen im Stadt-Land-Kontinuum erfasst wird: Als städtisch geprägte Umgebung gelten in Anlehnung an die auf ähnlichen Kriterien gestützte Abgrenzung von Verdichtungsräumen gemäß Ministerkonferenz für Raumordnung (MKRO) von 1993 diejenigen Gebiete (Rasterzellen), die sowohl bei der Bevölkerungsdichte als auch beim Siedlungsflächenanteil überdurchschnittlich hohe Werte aufweisen. Flächen (oder Flächenaussparungen) unter einer Mindestgröße von 5 ha bleiben unberücksichtigt. Alle übrigen Flächen gelten als ländlich geprägt.

Abgrenzungsmethodik Lage

Raumtypen 2010: Lage



Lagetypen nach erreichbarer Tagesbevölkerung

- sehr peripher
- peripher
- zentral
- sehr zentral

Datenbasis:
Laufende Raumbeobachtung des BI
Geometrische Grundlage:
BKG, Gemeindeverbände, 31.12.20

Die Raumabgrenzung des Basisstrukturmerkmales Lage beruht auf Erreichbarkeitsanalysen mit dem Erreichbarkeitsmodell des BBSR. Die Lagetypisierung im regionalen bis großräumigen Maßstab betrachtet mithilfe eines Zentralitäts-Indexes die Nähe zu Konzentrationen von Bevölkerung und Arbeitsplätzen, die sich auch durch ein gebündeltes Angebot an Beschäftigungsmöglichkeiten und Versorgungseinrichtungen auszeichnen.

Eine vollständige Quelle-Ziel-Matrix aller knapp 4.800 Gemeindeverbände bildet die Grundlage für die Berechnung des Tagesbevölkerungspotenzials innerhalb von 2 Stunden Fahrzeit im motorisierten Individualverkehr (MIV). Tagesbevölkerung bedeutet, dass nicht nur die die Wohnbevölkerung repräsentierende Einwohnerzahl sondern die Einwohnerzahl mitsamt des (Berufs-)Pendlersaldos der Gemeindeverbände einbezogen wird, um die funktionale Bedeutung von (Arbeitsmarkt-) Zentren zu berücksichtigen.

Die erreichbare Tagesbevölkerung wird dabei jeweils sowohl für den Gemeindeverband selbst, als auch für diejenigen Gemeindeverbände, deren Siedlungsschwerpunkt innerhalb von 2 h Fahrzeit erreichbar sind, berechnet und kumuliert, wobei die erreichten Bevölkerungen alle 10 min Fahrzeit nur noch zur Hälfte eingehen. Die angelegte Distanzfunktion gewichtet in Anlehnung an ein Gravitationsmodell nahe liegende Bevölkerungs- und Arbeitsplatzkonzentrationen höher als entfernter liegende, in dem die benötigte Pkw-Fahrzeit als Widerstandswert eingeht. Gestützt wird die ausgewählte Halbwertzeit von 10 min Fahrzeit durch Untersuchungen zum Verkehrsverhalten (u. a. Mobilität in Deutschland 2002, BBSR-Umfrage). Danach halbieren sich Kontakt- bzw. Verflechtungsintensität bei Berufspendlern mit zunehmender Wegedauer etwa alle 10 bis 15 min.

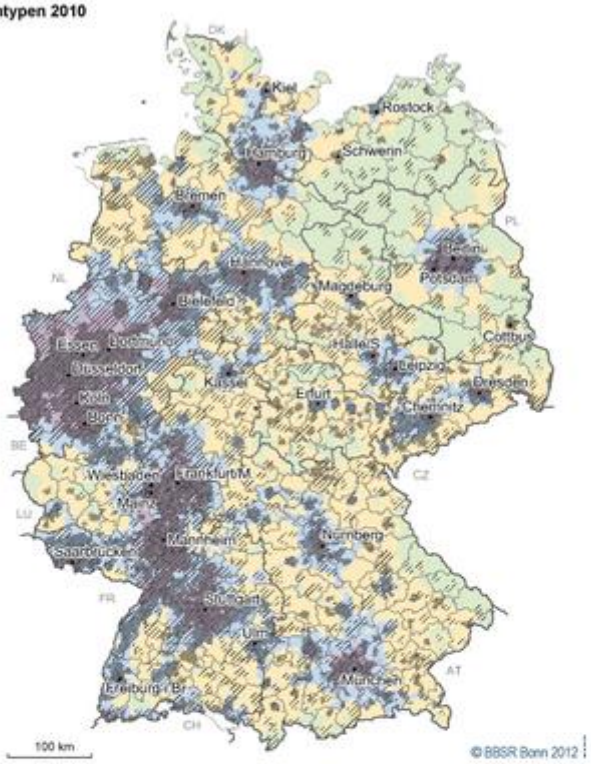
Um vom Indikator "Erreichbare Tagesbevölkerung" zu einer Lagetypisierung der Gemeindeverbände zu gelangen, wurden statistische Kennzahlen zur Bildung von Klassengrenzen herangezogen. Dazu wurde die ursprüngliche Werteskala des Indikators wegen ihrer rechtsschiefen Verteilung logarithmiert. Die Schwellenwertbildung orientiert sich am so berechneten Mittelwert (183.000) +/- eine Standardabweichung. Sie liefert eine Klasseneinteilung in vier Typen, sehr zentrale, zentrale, periphere und sehr periphere Lage.

Aggregation auf Gemeinden und Gemeindeverbände

Um für regionalstatistische Auswertungen nutzbar zu sein, müssen die Ergebnisse auf Gemeinden/Gemeindeverbände oder höhere Raumaggregate bezogen werden. Das Basisstrukturmerkmal Besiedlung unterscheidet auf Rasterebene zunächst nur zwei Typen: städtische Umgebung und ländliche Umgebung. Bei der Aggregation auf Gemeinden/Gemeindeverbände wird wegen der innergemeindlichen Abweichungen die Hinzunahme eines Übergangstyps erforderlich. So ergeben sich drei Typen der siedlungsstrukturellen Prägung:

- **überwiegend städtisch:** Gemeinden/Gemeindeverbände mit mindestens 50% Flächenanteil städtisch geprägter Umgebung - das bedeutet, dass diejenigen Gemeinden/Gemeindeverbände, deren Fläche überwiegend in städtischer Umgebung liegt, insgesamt als überwiegend städtisch geprägt eingestuft werden.
- **teilweise städtisch:** Gemeinden/Gemeindeverbände mit einem Flächenanteil von mindestens 23% städtisch geprägter Umgebung (Bundeswert) oder mit einer Fläche städtisch geprägter Umgebung von mindestens 15 km² - das heißt, dass alle Gemeinden/Gemeindeverbände mit einem höheren Flächenanteil städtisch geprägter Umgebung als das gesamte Bundesgebiet (23%) als teilweise städtisch geprägt gelten. Ebenfalls unter diesen Typ fallen Gemeinden/Gemeindeverbände mit einer absoluten Fläche in städtischer Umgebung in der Größenordnung der halben Durchschnittsgröße einer Gemeinde (rund 15 km²). Das letzte, absolute Kriterium trägt insbesondere den in jüngster Zeit durch Gemeindegebietsreformen gewachsenen Flächengrößen Rechnung.
- **ländlich:** gemeindefreie Gebiete und alle anderen Gemeinden/Gemeindeverbände

Raumtypen 2010



Lagetypen nach erreichbarer Tagesbevölkerung

- sehr peripher
- peripher
- zentral
- sehr zentral

Siedlungsstrukturelle Prägung

- ländlich
- teilweise städtisch
- überwiegend städtisch

Datenbasis: Laufende Raumbeobachtung des BBSR
Geometrische Grundlage: BKG, Gemeindeverbände, 31.12.2009

Das Basisstrukturmerkmal Lage wurde auf Ebene von Gemeindeverbänden typisiert, repräsentiert durch die Siedlungsschwerpunkte. Gebietsstandsänderungen oder Disaggregation auf Gemeinden erfolgen über Wertzuweisungen durch eine interpolierte statistische Oberfläche. Bei Aggregation auf Kreise oder andere höhere Raumniveaus werden ebenfalls Mischtypen für Einheiten, die ein starkes innergebietliches Gefälle aufweisen, erforderlich.

Die folgende Tabelle listet die Flächen-, Bevölkerungs- und Beschäftigtenanteile der Gemeinden, differenziert nach den Raumtypen auf:

Anlage 6:

Bundeszentrale für politische Bildung:

Dossier Gesundheitspolitik, Strukturen und Inanspruchnahme, http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72646/strukturen-und-inanspruchnahme?p=all [20.07.17]

Strukturen und Inanspruchnahme

Auf die stationäre Versorgung in den Akutkrankenhäusern entfällt etwa ein Drittel der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Grundstrukturen dieses größten Versorgungssektors im Gesundheitswesen werden in diesem Lernobjekt vorgestellt. In einem weiteren Lernobjekt (Stationäre Versorgung. Teil 2: Finanzierung und Vergütung) wird unter anderem das neu eingeführte Vergütungssystem für Krankenhausleistungen erläutert.

Thomas Gerlinger, Wolfram Burkhardt

22.9.2014

Patient im Krankenhaus: Die stationäre Krankenhausbehandlung ist immer nachrangig gegenüber anderen, in der Regel weniger kostenintensiven Behandlungsformen. (© picture alliance / Klaus Rose)

Was versteht man unter stationärer Versorgung und wo wird sie erbracht?

Die stationäre Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung gliedert sich in zwei große Bereiche: den Bereich der Krankenhausversorgung und den Bereich der stationären medizinischen Rehabilitation.

Bei dem Verdacht auf oder dem Vorliegen einer schwerwiegenden akuten Erkrankung, die eine dauerhafte Unterbringung und medizinische Überwachung der Patientin/des Patienten erforderlich macht, haben Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) einen unmittelbaren gesetzlichen Anspruch auf die vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus. Allerdings muss zuvor durch das Krankenhaus geprüft werden, ob das Behandlungsziel nicht durch vor-, nach- oder teilstationäre Behandlung oder durch ambulante Behandlung erreicht werden kann (§ 39 Abs. 1 S. 2 SGB V).

Die stationäre Krankenhausbehandlung ist somit immer nachrangig gegenüber anderen, in der Regel weniger kostenintensiven Behandlungsformen. Der Aufnahme zur stationären Behandlung in ein Krankenhaus geht grundsätzlich eine Überweisung durch eine niedergelassene Ärztin oder einen niedergelassenen Arzt voraus. Ohne Überweisung haben normalerweise nur Notfälle und Privatpatientinnen und -patienten Zugang zum Krankenhaus. Der Patientin/Dem Patienten steht dabei die Wahl des Krankenhauses grundsätzlich frei; eine freie Arztwahl innerhalb des Krankenhauses besteht jedoch nicht.

Krankenkassen dürfen eine Krankenhausbehandlung im Rahmen der GKV nur durch solche Krankenhäuser erbringen lassen, die zur Versorgung zugelassen sind. Zugelassen sind:

- Hochschulkliniken;
- Plankrankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen worden sind;
- Vertragskrankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag mit den Krankenkassen abgeschlossen haben.

Eine Definition dessen, was Krankenhäuser überhaupt auszeichnet, findet sich unter anderem im Paragraf 107 Absatz I des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V). Dort werden Krankenhäuser definiert als Einrichtungen, die "fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen" und dazu dienen, "vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten [und] Krankheitsbeschwerden zu lindern".

Häufig sind – gerade auch im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung – primär nicht ärztliche Maßnahmen notwendig, um etwa die Leistungsfähigkeit einer Patientin oder eines Patienten wiederherzustellen oder um eine Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Dann kommen vorrangig Heilmittel wie Krankengymnastik, Bewegungs- und Ergotherapie sowie andere geeignete Mittel zum Einsatz (§ 107 II 2 SGB V). Solche Leistungen zur medizinischen Rehabilitation dürfen nur in Rehabilitationseinrichtungen erbracht werden (§ 111 SGB V). Diese müssen jedoch auch unter ärztlicher Verantwortung stehen und mit den Kassen einen Versorgungsvertrag abgeschlossen haben.

Die institutionelle Abgrenzung dieser beiden Versorgungsbereiche ist eine deutsche Besonderheit; auch die inhaltliche Unterscheidung zwischen Akutbehandlung und medizinischer Rehabilitation ist in letzter Zeit wiederholt thematisiert worden und Gegenstand – teilweise heftiger – Auseinandersetzungen.

Im Folgenden wird nur auf die stationäre Versorgung in den Akutkrankenhäusern eingegangen.

Krankenhäuser, Betten und Beschäftigte: Die Entwicklung der stationären Versorgungsstrukturen

Im Jahr 2013 gab es in Deutschland 1.996 Akutkrankenhäuser mit insgesamt 500.671 Betten. Auf 10.000 Einwohner kommen 61,4 Akutbetten (2011). Im Vergleich zu 1991 ist die Zahl der Krankenhäuser um 15,2 Prozent und die Zahl der Betten um 24,6 Prozent zurückgegangen. (siehe Bundesamt für Statistik 2013) Im internationalen Vergleich weist Deutschland allerdings immer noch eine überdurchschnittlich hohe Versorgungsdichte auf.

Quelle: Statistisches Bundesamt 2008

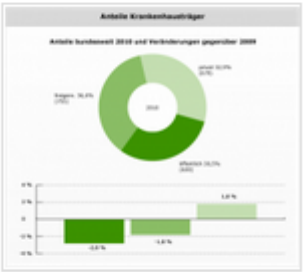
Infografik als PDF-Download

Die überwiegende Mehrheit aller Krankenhäuser hat zwischen 100 und 499 Betten. Nur drei Prozent aller Krankenhäuser haben 1.000 und mehr Betten.
Die Zahl der Kliniken ist in den vergangenen Jahren kontinuierlich zurückgegangen. Gab es 1991 noch 2.411 Einrichtungen in Deutschland, lag diese Zahl im Jahr 2007 nur noch bei 2.087. Dies entspricht einem Rückgang der Zahl der Krankenhäuser um 13 Prozent innerhalb von 16 Jahren. Ein Grund dafür ist neben der Schließung von Krankenhäusern auch die Fusion verschiedener Einrichtungen (Bundesamt für Statistik 2008).

Quelle: Klauber/Robra/Schellschmidt 2005

Infografik als PDF-Download

Die Krankenhausversorgung ist in unterschiedliche Stufen aufgebaut. Häuser mit unter 200 Betten sind in der Regel für eine Grund- beziehungsweise Basisversorgung (Chirurgie, innere Medizin, Gynäkologie) zuständig. Häuser mit 200 bis 500 Betten werden der Regel- oder Schwerpunktversorgung zugeordnet. Sie verfügen über zusätzliche Fachabteilungen und Einrichtungen der Intensivmedizin. Krankenhäuser mit mehr als 500 Betten werden meist als Häuser der Maximalversorgung bezeichnet. Sie sind für die Versorgung von Schwerstkranken und schwer verletzten Unfallopfern ausgestattet.



Quelle: Deutsche Krankenhausgesellschaft: Krankenhausstatistik 2010, 2011

Infografik als PDF-Download

Krankenhäuser werden von unterschiedlichen Akteuren betrieben. Häufig unterscheidet man zwischen öffentlichen (Kommunen, Länder), freigemeinnützigen (Kirchen, Wohlfahrtsverbände) und privaten Trägern. Die meisten Betten fanden sich im Jahr 2002 in Krankenhäusern in öffentlicher Trägerschaft.
Allerdings nahm die Zahl der öffentlichen Krankenhäuser in den vorherigen Jahren deutlich ab: von 1.110 im Jahr 1991 auf 817 im Jahr 2002 (minus 26,4 Prozent). Im gleichen Zeitraum stieg die Anzahl der privaten Krankenhäuser um 47,5 Prozent auf 528 an. Mittlerweile werden mehr Krankenhäuser privat betrieben: Im Jahr 2013 waren dies 694, während 596 Krankenhäuser in öffentlicher Hand waren. (Bundesamt für Statistik 2013)

Zitat

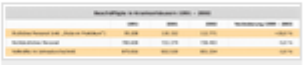
Ein spürbarer Wandel

"Seit der zweiten Hälfte der neunziger Jahre vollzieht sich in der Krankenhauslandschaft ein spürbarer Wandel. Vor allem Kommunen sind angesichts ihrer prekären Haushaltslage vielfach bemüht, sich defizitärer Krankenhäuser zu entledigen. Immer häufiger treten in solchen Fällen private Kapitalgesellschaften auf, um potentiell profitable Häuser zu übernehmen und nach eigenen Vorstellungen umzugestalten. Vor diesem Hintergrund ist eine Privatisierung in Gang gekommen, die in den nächsten Jahren weiter voran schreiten dürfte."

Prof. Rolf Rosenbrock, Dr. Thomas Gerlinger (Rosenbrock/Gerlinger 2004)

Dieser Wandel in den Trägerstrukturen wird vielfach kontrovers diskutiert: Während die einen sich durch die zunehmende Überführung meist öffentlicher Krankenhäuser in eine private Trägerschaft eine höhere Wirtschaftlichkeit der Betriebsführung erhoffen, befürchten andere eine Dominanz ökonomischer Kalküle in der medizinischen Versorgung zulasten der Versorgungsqualität.

Die deutschen Krankenhäuser sind ein bedeutender Arbeitgeber: Im Jahresdurchschnitt 2011 waren dort 825.195 Vollkräfte beschäftigt. Der Anteil des ärztlichen Personals lag bei rund 16,8 Prozent. Dem oben beschriebenen Bettenabbau steht kein entsprechender Stellenrückgang gegenüber, sondern teilweise sogar eine deutliche Zunahme: Die Anzahl der Krankenhausärztinnen und -ärzte ist von 1991 bis 2011 um 46 Prozent auf über 139.000 gestiegen.



Quelle: Klauber/Robra/Schellschmidt 2005

Infografik als PDF-Download

Intern sind Krankenhäuser grundsätzlich nach Fachabteilungen gegliedert. Die meisten Krankenhäuser haben Fachabteilungen für innere Medizin, Chirurgie sowie für Frauenheilkunde und Geburtshilfe: Rund zwei Drittel aller Patientinnen und Patienten werden in diesen Fachabteilungen behandelt. Andere Fachabteilungen – wie etwa Urologie oder Neurochirurgie – finden sich vor allem in größeren oder spezialisierten Krankenhäusern. Der Behandlung besonders schwer erkrankter Patientinnen und Patienten dienen Intensivstationen; akute Erste-Hilfe-Maßnahmen erfolgen häufig in entsprechend ausgestatteten Notfallaufnahmen.

Die Aufbau- und Führungsstruktur eines Krankenhauses gliedert sich zumeist in die drei Bereich Medizin, Pflege und Verwaltung; im Leitungsgremium des Krankenhauses werden diese Bereiche vertreten durch die ärztliche Direktorin/den ärztlichen Direktor, die Pflegedienstleitung und die Verwaltungsleiterin/den Verwaltungsleiter.

Regulierung der stationären Versorgung

Universitätsklinikum Magdeburg: Die Länder werden durch das Krankenhausfinanzierungsgesetz verpflichtet, Krankenhauspläne aufzustellen. (© picture alliance / ZB)

Die stationäre Versorgung in Deutschland ist ein umfassend regulierter Bereich, in dem die Kompetenzen verschiedener Akteure ineinandergreifen und aufeinander abgestimmt werden müssen.

So fällt die Regelung der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser sowie das Recht zur Regelung der Sozialversicherung laut Grundgesetz in die Gesetzgebungskompetenz des Bundes (Art. 74 Abs. 1 Nr. 12, 19a GG). Entsprechend hat der Bund mit dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG), der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) sowie verschiedenen Spezialgesetzen (beispielsweise der Krankenhaus-Buchführungsverordnung KHBV) den rechtlichen Rahmen abgesteckt.

Die Krankenhausplanung und die Investitionskostenfinanzierung sind in Deutschland hingegen Ländersache. Entsprechend haben die Länder Landeskrankenhausgesetze zur Regelung dieser Sachverhalte erlassen.

Die Detailregelungen des Vergütungssystems hat der Bund der Selbstverwaltung überlassen; nur im Falle einer Nichteinigung der Selbstverwaltungspartner bleibt der Bund zur Ersatzvornahme berechtigt.

Weitere Informationen zu den Kompetenzbereichen von Bund und Ländern in der Gesundheitspolitik finden Sie im Lernobjekt "Staatliche Akteure".

Verwandte Lerntour:

Staatliche Akteure

Wie viele Krankenhausbetten werden wo gebraucht? Die Planung der Krankenhauskapazitäten

Wie viele Krankenhausbetten in welchen Fachabteilungen und an welchen Standorten in Deutschland gebraucht werden, unterliegt nicht dem freien Wechselspiel zwischen Angebot und Nachfrage. Stattdessen werden die Länder durch das Krankenhausfinanzierungsgesetz (§ 6 KHG) verpflichtet, Krankenhauspläne aufzustellen, "um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen" (§ 1 Abs. 1 KHG).

In den Landeskrankenhausplänen werden – meist für einen Zeitraum von etwa fünf Jahren – die erforderlichen Bettenzahlen nach Standort und Fachabteilung festgelegt. Der Bettenbedarf ergibt sich dabei in der Regel aus der Einwohnerzahl einer Region, aus den Werten für die Krankenhaushäufigkeit pro Kopf und der Verweildauer sowie einem normativ vorgegebenen Auslastungsgrad der Betten:

Für eine Stadt mit 40.000 Einwohnerinnen und Einwohnern würde sich damit bei einer Krankenhaushäufigkeit von 250 Fällen pro 1.000 Einwohner, einer durchschnittlichen Verweildauer von neun Tagen und einer Normauslastung der Krankenhäuser von 85 Prozent ein Bedarf an rund 290 Krankenhausbetten ergeben.

Quelle: Eigene Darstellung

Infografik als PDF-Download

Welche Akteure von den zuständigen Landesministerien an der Krankenhausplanung beteiligt werden, ist von Land zu Land unterschiedlich ausgestaltet. Regelmäßig sind jedoch zumindest die Landeskrankenhausgesellschaften und die Landesverbände der Krankenkassen beteiligt.

Schon seit Längerem wird darüber diskutiert, ob diese Form der Krankenhausplanung noch zeitgemäß ist. Zum einen wird bezweifelt, ob die Bettenzahl als Planungsgegenstand ein geeigneter Ansatzpunkt für die Planung ist; steigende Fallzahlen bei sinkenden Bettenzahlen machen deutlich, dass die Bettenzahl hinsichtlich der Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser nur beschränkte Aussagekraft besitzt; stattdessen wird vorgeschlagen, die Planung unmittelbar auf die benötigten Leistungen zu beziehen. Auch wird gefordert, die isolierte Planung der stationären Versorgung zugunsten einer integrierten Gesamtplanung aufzugeben.

Schließlich wird darauf hingewiesen, dass ein solches System der staatlichen Krankenhausplanung mit einem wettbewerblich ausgerichteten Krankenhausvergütungssystem nur bedingt vereinbar sei.

Erläuterungen zum Vergütungssystem finden Sie in dem zweiten Lernobjekt zur stationären Versorgung.

Verwandte Lerntour:

Stationäre Versorgung. Teil 2

Inanspruchnahme von stationären Leistungen

Verglichen mit anderen Ländern werden in Deutschland überdurchschnittlich viele stationäre Leistungen in Anspruch genommen: Im Jahr 2003 wurden insgesamt rund 17,3 Millionen Menschen stationär behandelt, 18,6 Prozent mehr als 1991; dies entspricht rund 210 Behandlungsfällen je 1.000 Einwohner. Die durchschnittliche Verweildauer ging von 14,0 (1991) auf 7,7 Tage (2011) zurück. Die Bettenauslastung sank leicht von 84,1 (1991) Prozent auf 77,3 Prozent (2011). (siehe Statistisches Bundesamt 2013)

Quelle: Statistisches Bundesamt; Rosenbrock/Gerlinger 2004, S. 141; Klauber/Robra/Schellschmidt 2005; eigene Berechnungen IGES

Infografik als PDF-Download

Insbesondere ältere Menschen werden stationär behandelt: 35,1 Prozent aller Patientinnen und Patienten waren 1999 älter als 65 Jahre, obwohl der Anteil dieser Altersgruppe an der Gesamtbevölkerung nur bei 16,6 Prozent lag (Rosenbrock/Gerlinger 2004, S. 137).

Nahezu 85 Prozent aller Fälle wurden wegen der in der Abbildung aufgeführten zehn Krankheitsarten stationär behandelt.

Quelle: Klauber/Robra/Schellschmidt 2005

Infografik als PDF-Download

Zusammenfassung

Bei dem Verdacht auf oder dem Vorliegen einer schwerwiegenden akuten Erkrankung, die eine dauerhafte Unterbringung und medizinische Überwachung der Patientin/des Patienten erforderlich macht, haben GKV-Versicherte einen Anspruch auf die vollstationäre Behandlung in einem Krankenhaus. Allerdings ist die Krankenhausbehandlung immer nachrangig gegenüber anderen, in der Regel kostengünstigeren, Behandlungsformen wie etwa der ambulanten Versorgung.

Die Zahl der Krankenhäuser sowie der in ihnen aufgestellten Betten ist deutlich zurückgegangen. Im Jahr 2013 gab es noch 1.996 Krankenhäuser und 500.671 Betten.

Der überwiegende Anteil der Krankenhausbetten (48 Prozent) befand sich 2011 in Krankenhäusern in öffentlicher Trägerschaft. Allerdings hat der Anteil privater Krankenhäuser in den letzten Jahren kontinuierlich zugenommen.

Die Krankenhäuser sind ein bedeutender Arbeitgeber in Deutschland: Im Jahre 2011 waren rund 825.195 Vollkräfte dort beschäftigt.

Die Regulierung der stationären Versorgung fällt weitgehend in die Gesetzgebungskompetenz des Bundes. Die Krankenhausplanung hingegen ist Ländersache, während die Detailregulierung der Vergütung in den Händen der Selbstverwaltung liegt.

Während die Anzahl der stationären Behandlungsfälle in den letzten Jahren deutlich angestiegen ist (auf 17,4 Millionen im Jahr 2002), ging die Krankenhausverweildauer auf 7,7 Tage zurück (2011). Behandlungsanlass waren vor allem Erkrankungen des Kreislaufsystems.

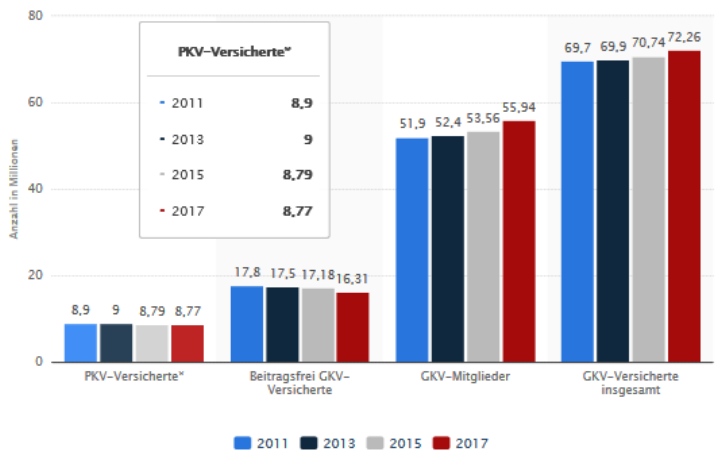
Siehe auch: Statistiken zur stationären Versorgung im Datenreport 2013 (bpb.de)

Anlage 7:

Statista – Statistik Portal:

Anzahl der Mitglieder und Versicherten der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung in den Jahren 2011 bis 2017, https://de.statista.com/statistik/daten/studie/155823/umfrage/gkv-pkv-mitglieder-und-versichertenzahl-im-vergleich/ [27.07.17]

Anzahl der Mitglieder und Versicherten der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung in den Jahren 2011 bis 2017 (in Millionen)



INFORMATIONEN ZUR STATISTIK

Die Statistik zeigt die Anzahl der Mitglieder und Versicherten der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung in den Jahren 2011 bis 2017. Im Jahr 2017 waren rund 8,77 Millionen Menschen in Deutschland privat krankenvollversichert.

SONDERFUNKTIONEN

Download als ...

- Grafik (PNG)
- Excel (XLS)
- PowerPoint (PPT)
- PDF-Dokument

Chart-Optionen

- Einstellungen
- Drucken
- Update per E-Mail

© Statista 2017

Weitere Angaben anzeigen

Quellenangaben anzeigen

Ihre Daten visualisiert tableau

Anlage 8:

Statista – Statistik Portal:

Bevölkerung auf Grundlage des Zensus 2011, https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Tabellen/Zensus_Geschlecht_Staatsangehoerigkeit.html [27.07.17]

Bevölkerung auf Grundlage des Zensus 2011

2015 | 2014 | 2013 | 2012 | 2011

Bevölkerung nach Geschlecht und Staatsangehörigkeit

Bevölkerungsstand	31.03.2015	30.06.2015	30.09.2015	31.12.2015
	1 000			
Insgesamt	81 292,4	81 459,0	81 770,9	82 175,7
männlich	39 915,8	40 029,4	40 238,5	40 514,1
weiblich	41 376,6	41 429,5	41 532,4	41 661,6
Deutsche	73 570,2	73 541,6	73 536,3	73 523,8
männlich	35 919,4	35 909,4	35 912,2	35 910,0
weiblich	37 650,8	37 632,2	37 624,2	37 613,7
Nichtdeutsche	7 722,2	7 917,4	8 234,6	8 652,0
männlich	3 996,4	4 120,0	4 326,4	4 604,1
weiblich	3 725,9	3 797,4	3 908,3	4 047,8

Quelle: Ergebnisse der Bevölkerungsfortschreibung auf Grundlage des Zensus 2011.

Anlage 9:

Bundeszentrale für politische Bildung:

Dossier Gesundheitspolitik, Didaktische Konzeptionierung, http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/176086/didaktische-konzeptionierung [19.08.17]

Didaktische Konzeptionierung

In diesem Modul wird auf die Grundmerkmale der Finanzierung der gesetzlichen Krankenkassen eingegangen. Darüber hinaus sollen die Funktionsweise des Gesundheitsfonds und des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs erklärt werden. Ein Überblick über die Lernziele des Moduls.

16.12.2013

Ein Muster-Krankenhaus, aufgenommen in der Ausstellung "MenschMikrobe" in Greifswald. (© picture-alliance/dpa)

Überblick über die Inhalte des Moduls und die Lerntour

Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung unterlag in den letzten Jahren vielfältigen Änderungen. Im Zentrum dieses Wandels steht die Schaffung eines Gesundheitsfonds im Jahr 2009 und dessen Reform im Jahr 2011. Im Ergebnis dieses Wandels hat sich ein Mischsystem bei der GKV-Finanzierung herausgebildet, das aus unterschiedlichen Komponenten besteht. Zweck dieses Moduls ist es,

- den Nutzern die Grundmerkmale des Finanzierungssystems zu vermitteln
- sie mit der Funktionsweise des Gesundheitsfonds und des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs vertraut zu machen,
- die Nutzer in die Lage zu versetzen, sich dazu ein eigenes Urteil zu bilden.

Das Modul geht zunächst auf die Grundmerkmale der GKV-Finanzierung ein. Anschließend erläutert es die Funktionsweise des Gesundheitsfonds sowie des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs. Schließlich folgt eine Darlegung der Wahltarife in der GKV. Auf Steuerungsprobleme und Fehlsteuerungen des Finanzierungssystems geht dieses Modul nur ansatzweise ein. Hinweise auf diese Thematik finden sich vor allem im Modul "Reformbedarf in der GKV-Finanzierung".

Lernziele

Dieses Modul verfolgt folgende Lernziele:

- Die Nutzer dieses Moduls sollen mit den Grundmerkmalen der GKV-Finanzierung vertraut gemacht werden.
- Sie sollen Informationen über die Funktionsweise des Gesundheitsfonds und des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs erhalten.
- Das Modul soll den Nutzern helfen, sich zu den Diskussionen über die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung eine eigene Meinung zu bilden.

Zusammenfassung

Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung unterlag in den vergangenen Jahren erheblichen Veränderungen. Sie beruht gegenwärtig auf einem Mischsystem, das sich aus bruttolohnbezogenen Beiträgen von Arbeitnehmern und Arbeitgebern, einem steuerfinanzierten Zuschuss des Bundes und einkommensunabhängigen Zusatzbeiträgen der Versicherten zusammensetzt. Den bei weitem größten Teil machen die einkommensabhängigen Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeiträge aus. Die Mittelzuweisung an die Krankenkassen erfolgt durch den 2009 eingeführten und 2011 reformierten Gesundheitsfonds. Das zentrale Verteilungsinstrument ist der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich. Er soll solche ausgabenrelevanten Unterschiede zwischen den Krankenkassen verringern, die aus der unterschiedlichen Zusammensetzung der jeweiligen Versichertengemeinschaften erwachsen. Zugleich verfügen die Krankenkassen mittlerweile über eine Reihe von Möglichkeiten, durch die Gestaltung von Wahltarifen die Beitragslast für die Versicherten zu modifizieren.

Anlage 10:

Bundesversicherungsamt:

Jährliche Rechnungsergebnisse des Gesundheitsfonds 2016, http://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Gesundheitsfonds/20170606UEbersicht_Endgueltige_REab2009-2016.pdf [27.0717]

Jährliche Rechnungsergebnisse des Gesundheitsfonds (in €)

Gesundheits-, Innovations- und Strukturfonds

Gesundheitsfonds	Schlüssel-nummer	**2016**
Beiträge für versicherungspflichtige Beschäftigte	2000	110.478.249.493,87
Beiträge der Bundesagentur für Arbeit für versicherte Empfänger von Arbeitslosengeld nach dem SGB III und weiterer Leistungen	2011	2.522.002.365,44
Beiträge für versicherte Arbeitslosengeld-II-Empfänger	2013	4.355.586.192,91
Beiträge aus Renten für Pflichtversicherte (ohne 2026)	2020	34.607.638.601,84
Beitragserstattungen nach § 231 Abs. 2 SGB V	2027	-11.779.474,52
Beiträge der freiwillig Wehrdienst leistenden Soldaten und Eignungsübenden	2050	2.171.935,83
Beiträge für selbständige Künstler und Publizisten nach dem KSVG	2400	359.964.403,21
Sonstige Beiträge (Gesundheitsfonds)	2600	36.545.582.635,37
Davon:		
Beiträge aus Versorgungsbezügen (Gesundheitsfonds)	*9202*	*5.180.376.971,51*
Beiträge der Studenten (Gesundheitsfonds)	*9204*	*513.840.241,63*
Beiträge von freiwillig versicherten Mitgliedern (Gesundheitsfonds)	*9210*	*30.101.113.657,33*
Beiträge für Rehabilitanden (Gesundheitsfonds)	*9220*	*415.388.420,25*
Beiträge der versicherungspflichtigen Mitglieder nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V (Gesundheitsfonds)	*9230*	*265.326.033,24*
Sonstige Beiträge, die nicht den Schlüssel-Nummern 9202 bis 9230 zuzuodnen sind (Gesundeitsfonds)	*9231*	*69.537.311,40*
Beiträge aus geringfügiger Beschäftigung	2700	3.066.016.642,74
Säumniszuschläge auf Beiträge der KV	2800	4.430.561,33
Zusatzbeiträge für versicherungspflichtig Beschäftigte (Gesundheitsfonds)	2900	8.137.931.275,22
Zusatzbeiträge der Bundesagentur für Arbeit für versicherte Empfänger von Arbeitslosengeld nach dem SGB III und für Empfänger weiterer Leistungen (Gesundheitsfonds)	2901	187.777.966,75
Zusatzbeiträge für pflichtversicherte Arbeitslosengeld II-Empfänger (Gesundheitsfonds)	2902	330.253.496,23
Zusatzbeiträge aus Renten für Pflichtversicherte (Gesundheitsfonds)	2903	2.478.630.958,87
Zusatzbeitragserstattungen nach § 231 Abs. 2 SGB V (Gesundheitsfonds)	2904	-449.836,11
Zusatzbeiträge der freiwillig Wehrdienst leistenden Soldaten und Eignungsübenden (Gesundheitsfonds)	2905	308.952,04
Zusatzbeiträge für selbständige Künstler und Publizisten nach dem KSVG (Gesundeitsfonds)	2906	27.294.644,86

Jährliche Rechnungsergebnisse des Gesundheitsfonds (in €)

Gesundheits-, Innovations- und Strukturfonds

Gesundheitsfonds	Schlüssel-nummer	**2016**
Sonstige Zusatzbeiträge (Gesundheitsfonds)	2907	2.724.051.472,53
Kontenklasse 2 insgesamt	***2999***	***205.815.662.288,41***
Zinsen aus Geldanlagen	3010	-5.180.980,01
Beteiligung des Bundes an Aufwendungen nach § 221 SGB V	3260	13.861.921.982,11
Übrige Einnahmen	3990	1.694.125,54
Kontenklasse 3 insgesamt	***3999***	***13.858.435.127,64***
Einnahmen insgesamt		**219.674.097.416,05**
Finanzierungsanteil nach § 271 Abs. 2 S. 5 SGB V des Gesundheitsfonds am Innovationsfonds	6400	143.131.483,13
Finanzierungsanteil nach § 271 Abs. 2 Satz 6 SGB V des Gesundheitsfonds am Strukturfonds (Gesundheitsfonds)	6401	9.542.083,04
Zahlungen aus dem Einkommensausgleich - monatliches Verfahren - (Gesundheitsfonds)	6760	13.885.171.699,29
Zahlungen aus dem Einkommensausgleich - Strukturanpassungen - (Gesundheitsfonds)	6761	24.904.319,74
Zahlungen aus dem Einkommensausgleich - Jahresausgleich - (Gesundheitsfonds)	6762	254.353.813,04
Zuweisungen - monatliche Zuweisungen - (Gesundheitsfonds)	6776	206.167.261.000,14
Zuweisungen - Strukturanpassungen - (Gesundheitsfonds)	6777	0,31
Zuweisungen - Jahresausgleich - (Gesundheitsfonds)	6789	1.691.979,64
Kontenklasse 6 insgesamt	***6999***	***220.486.056.378,33***
Vergütungen an andere Krankenkassen	7300	35.981.985,38
Prüfungs- und Beratungskosten	7330	5.407.523,05
Sonstige Vergütungen an andere	7390	2.657.141,29
Verwaltungskosten des Gesundheitsfonds gem. § 271 Abs. 6 SGB V (Gesundheitsfonds)	7391	6.464.748,15
DMP - Vorhaltekosten gem. § 137g Abs. 1 Satz 11 SGB V (Gesundheitsfonds)	7393	1.519.938,38
Netto-Verwaltungskosten (Summe 70 bis 75 abz. Summe 76)	***7999***	***52.031.336,25***
Ausgaben insgesamt		**220.538.087.714,58**
Überschuss der Einnahmen/Ausgaben(-)		***-863.990.298,53***
Defizit des Gesundheitsfonds (Gesundheitsfonds)[1)]	0921	2.405.706.512,63
Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds	1911	9.136.381.564,45
Netto-Reinvermögen des Gesundheitsfonds		**6.730.675.051,82**

[1)] Der Gesundheitsfonds weist hier dauerhaft, d.h. auch über das Jahr 2009 hinaus, das im Geschäftsjahr 2009 eingetretene Defizit aus.

Jährliche Rechnungsergebnisse des Gesundheitsfonds (in €)

Gesundheits-, Innovations- und Strukturfonds

Innovationsfonds[2]	Schlüssel-nummer	**2016**
Finanzierungsanteile der nach § 266 SGB V am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen	9500	143.342.615,09
Finanzierungsanteil der LKK	9501	2.855.659,44
Finanzierungsanteil des Gesundheitsfonds	9502	143.131.483,13
Einnahmen zusammen		***289.329.757,66***
Aufwendungen für Fördermittel nach § 92a Abs. 1 SGB V	9510	212.535.381,70
Aufwendungen für Fördermittel nach § 92a Abs. 2 SGB V	9511	70.479.046,73
Verwaltungskostenerstattung an das BVA	9512	336.083,17
Verwaltungskostenerstattung an den GBA	9513	5.977.896,43
Kosten der wissenschaftlichen Evaluation	9514	1.349,63
Ausgaben zusammen		***289.329.757,66***
Überschuss der Einnahmen/Ausgaben(-)		***0***
Strukturfonds[2]		
Finanzierungsanteil des Gesundheitsfonds	9520	9.542.083,04
Finanzierungsanteil der LKK	9521	95.048,29
Einnahmen zusammen		***9.637.131,33***
Aufwendungen zur Förderung von Vorhaben der Länder nach §12 KHG	9530	9.328.500,00
Verwaltungskostenerstattung an das BVA	9531	308.631,33
Ausgaben zusammen		***9.637.131,33***
Überschuss der Einnahmen/Ausgaben(-)		***0***

[2] neu seit 01.01.2016

Anlage 11:

Bundeszentrale für politische Bildung:

Die Funktionsweise des Gesundheitsfonds,

http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/176133/gesundheitsfonds

[19.08.17]

Die Funktionsweise des Gesundheitsfonds

(© picture-alliance/dpa)

Der Gesundheitsfonds ist seit dem 1.1. 2009 in Kraft getreten. Er wird als Sondervermögen beim Bundesversicherungsamt geführt und von diesem verwaltet. Er bündelt die Finanzströme der gesetzlichen Krankenkassen. Dies bedeutet, dass

- die Finanzmittel der gesetzlichen Krankenversicherung (Beitragseinnahmen der Krankenkassen und steuerfinanzierter Bundeszuschuss) in diesen Topf fließen und
- den Krankenkassen aus diesem Topf nach bestimmten Regeln (s.u.) die Finanzmittel für die Versorgung ihrer Versicherten zugewiesen werden.

Mit Wirkung vom 1.1.2011 wurden einige Merkmale des Gesundheitsfonds verändert. Von besonderer Bedeutung sind die Änderungen am Zusatzbeitrag.

Anlage 12:

Bundesgesundheitsministerium, Online-Ratgeber Krankenversicherung:

Beiträge und Tarife,

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/online-ratgeber-krankenversicherung/krankenversicherung/beitraege-und-tarife.html

[19.08.17]

Online-Ratgeber Krankenversicherung

Beiträge und Tarife

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) finanziert sich durch Beiträge und Bundeszuschüsse. Zu den Beiträgen zählen auch die individuellen Zusatzbeiträge der Krankenkassen.

- Höhe und Bemessung der Beiträge
- Ermäßigter und allgemeiner Beitragssatz
- Zusatzbeitrag
- Beitragssätze und Beitragsbemessungsgrenzen 2016
- Krankenversicherungsbeiträge für freiwillig Versicherte

Höhe und Bemessung der Beiträge

Die Beiträge bemessen sich nach einem Prozentsatz der beitragspflichtigen Einnahmen, also dem Teil des Einkommens, anhand dessen die Höhe des Beitrags zur Krankenversicherung berechnet wird.

Bei Pflichtversicherten sind dies das Gehalt, die Rente der gesetzlichen Rentenversicherung und Versorgungsbezüge, zum Beispiel Betriebsrenten. Auch wenn Rentner oder Empfänger von Versorgungsbezügen ein zusätzliches Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit haben, wird dies zu den beitragspflichtigen Einnahmen gerechnet.

Freiwillige Mitglieder zahlen darüber hinaus Beiträge aus sonstigen Einnahmen, zum Beispiel aus Kapitaleinkünften oder aus Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung.

Sowohl bei pflichtversicherten als auch bei freiwilligen Mitgliedern werden die Einkünfte insgesamt nur bis zur Beitragsbemessungsgrenze von 50.850 Euro im Jahr beziehungsweise 4.237,50 Euro im Monat berücksichtigt.

Ermäßigter und allgemeiner Beitragssatz

In der GKV unterscheidet man zwischen dem allgemeinen und dem ermäßigten Beitragssatz. Der allgemeine Beitragssatz gilt für Pflichtversicherte und freiwillig Versicherte mit Anspruch auf Krankengeld.

Aber auch bei der Berechnung des Beitrages (Beitragsbemessung) von Rentnern und Empfängern von Versorgungsbezügen wird der allgemeine Beitragssatz angewendet.

Der gesetzlich festgeschriebene **allgemeine Beitragssatz** beträgt 14,6 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen.

Der **ermäßigte Beitragssatz** beträgt 14,0 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen. Er gilt für Mitglieder, die keinen Anspruch auf Krankengeld haben.

Bei Erwerbstätigen tragen die Versicherten und die Arbeitgeber die Beiträge aus dem Arbeitsentgelt jeweils zur Hälfte. Bei Rentnerinnen und Rentnern tragen die Versicherten und die Rentenversicherungsträger die Beiträge aus der Rente jeweils zur Hälfte.

- Sonderregelungen für freiwillig Versicherte
- Regelungen für Rentnerinnen und Rentner
- Arbeitsuchende
- Empfänger von Sozialhilfe und Arbeitslosengeld II

Zusatzbeitrag

Zusätzlich zu den nach dem allgemeinen beziehungsweise ermäßigten Beitragssatz ermittelten Beiträgen können Krankenkassen von ihren Mitgliedern einen Zusatzbeitrag erheben.

Seit 1. Januar 2015 gilt für die gesetzlichen Krankenkassen der einheitliche allgemeine Beitragssatz von 14,6 Prozent. Arbeitgeber- und Arbeitnehmeranteil belaufen sich auf jeweils 7,3 Prozent.

Krankenkassen, die mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds ihren Finanzbedarf nicht decken können, können darüber hinaus einen Zusatzbeitrag von ihren Mitgliedern erheben.

Diese Zusatzbeiträge können von Krankenkasse zu Krankenkasse unterschiedlich ausfallen. Das stärkt den Wettbewerb unter den Krankenkassen, denn für die Versicherten wird bei der Wahl der Krankenkasse auch weiterhin die Höhe des Beitragssatzes eine Rolle spielen. Eine Übersicht über die aktuellen Zusatzbeitragssätze der Krankenkassen finden Sie auf der Internetseite des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen.

Wenn eine Krankenkasse einen Zusatzbeitrag erhebt oder erhöht, steht den Mitgliedern die Möglichkeit offen, ihre Krankenkasse im Rahmen der gesetzlichen Kündigungsregeln zu wechseln.

Mitversicherte Kinder und Partnerinnen oder Partner (Familienversicherte) zahlen keinen Zusatzbeitrag. Bei Angestellten wird der Zusatzbeitrag direkt vom Arbeitgeber an die Krankenkassen abgeführt. Bei Versicherten, die Sozialhilfe oder Grundsicherung beziehen, übernehmen die zuständigen Ämter den Zusatzbeitrag.

Durchschnittlicher Zusatzbeitragssatz

Für einige Personengruppen gilt der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz, zum Beispiel für Geringverdienende, Auszubildende (Arbeitsentgelt bis 325 Euro), Auszubildende in Einrichtungen der Jugendhilfe sowie für Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II. Für das Jahr 2016 wurde ein durchschnittlicher Zusatzbeitragssatz von 1,1 Prozent prognostiziert.

Anlage 13:

Bundesgesundheitsministerium, Meldungen:

Durchschnittlicher Zusatzbeitrag bleibt 2017 stabil, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/2016/durchschnittlicher-zusatzbeitragssatz-2017.html [19.08.17]

Meldungen

Durchschnittlicher Zusatzbeitragssatz bleibt 2017 stabil

27. Oktober 2016. Der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für das Jahr 2017 wird heute im Bundesanzeiger veröffentlicht: Der Zusatzbeitragssatz bleibt 2017 bei 1,1 Prozent. Er dient den Krankenkassen als Richtwert bei der Festlegung ihrer individuellen Zusatzbeitragssätze.

> **Der stabile durchschnittliche Zusatzbeitrag macht deutlich, dass die Gesetzliche Krankenversicherung finanziell auf einem sicheren Fundament steht. Notwendige Leistungs- und Qualitätsverbesserungen wurden mit Augenmaß eingeführt. Zudem tragen Strukturverbesserungen, wie etwa bei den Krankenhäusern und durch das Präventionsgesetz, zur nachhaltigen Finanzierbarkeit unseres Gesundheitswesens bei. Der stabile Zusatzbeitrag zeigt, dass der Alarmismus, mit dem noch vor kurzem deutliche Anstiege des Zusatzbeitrags im Jahr 2017 an die Wand gemalt wurden, völlig unangemessen war. Solche Panikmache, die die Mitglieder der Gesetzlichen Krankenversicherung verunsichert, sollte künftig unterbleiben.**
>
> — Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe

Der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz wurde nach Auswertung der Prognose des Schätzerkreises zur Einnahmen- und Ausgabenentwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) errechnet. Für das Jahr 2017 geht der Schätzerkreis insgesamt von Einnahmen in Höhe von 214,75 Milliarden Euro aus. Dem werden die voraussichtlichen Ausgaben der Krankenkassen von 229,14 Milliarden Euro gegenübergestellt. Die Finanzreserven der Krankenkassen in Höhe von derzeit gut 15 Milliarden Euro fließen in diese Rechnung nicht ein und stehen damit zum Teil für Spielräume bei der Festlegung ihres kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes zur Verfügung.

Wie hoch der individuelle Zusatzbeitragssatz einer Krankenkasse für ihre Mitglieder tatsächlich ausfällt, legt die jeweilige Krankenkasse selbst fest. Er richtet sich unter anderem danach, wie wirtschaftlich eine Krankenkasse arbeitet, über welche Finanzreserven sie verfügt und welche weiteren Leistungen sie anbietet. Die derzeit 117 Krankenkassen verfügten zur Jahresmitte 2016 über Finanzreserven von insgesamt ca. 15,1 Mrd. Euro, die sich im weiteren Jahresverlauf 2016 noch deutlich erhöhen werden.

Erhöht eine Krankenkasse ihren kassenindividuellen Zusatzbeitrag, haben die Mitglieder ein Sonderkündigungsrecht und können in eine andere Krankenkasse wechseln. Eine Übersicht über die jeweils aktuelle Höhe der kassenindividuellen Zusatzbeiträge ist auf der Seite des GKV-Spitzenverbands abrufbar.

Anlage 14:

Bundeszentrale für politische Bildung:

Dossier Gesundheitspolitik, Zusatzbeiträge für die Versicherten, http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/176091/der-zusatzbeitrag [19.08.17]

Zusatzbeiträge für die Versicherten

Seit dem Jahr 2009 dürfen die gesetzlichen Krankenkassen zur Deckung ihres Finanzbedarfs von ihren Mitgliedern auch Zusatzbeiträge erheben. Ab 2015 gelten neue Regeln für die Zusatzbeiträge

25.8.2014

Kinderarztpraxis in Nordrhein-Westfalen: Da die Kluft zwischen bruttolohnbezogenen Einnahmen und GKV-Ausgaben wachsen dürfte, werden Belastungen für Versicherte weiter steigen. Dabei werden die Bezieher unterer und mittlerer Einkommen besonders stark belastet. (© picture-alliance / Klaus Rose)

Die Konstruktion des Zusatzbeitrags 2009-2010

Bis Ende 2008 legten die Krankenkassen ihren jeweiligen Beitragssatz – unter Beachtung der gesetzlichen Rahmenbestimmungen – individuell fest und die Beitragseinnahmen flossen direkt an die einzelnen Krankenkassen, zwischen denen diese Einnahmen anschließend im Rahmen des Risikostrukturausgleichs in gewissem Umfang umverteilt wurden. Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) trat 2009 eine weitreichende Reform dieses Mechanismus in Kraft (Pressel 2012), die bis Ende 2010 wirksam war und 2011 mit dem GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG) der konservativ-liberalen Koalition noch einmal erheblichen Änderungen unterworfen wurde. Das GKV-WSG sah für den Gesundheitsfonds folgende Konstruktion vor (Pressel 2012):

- Der Gesetzgeber entzog den Krankenkassen das Recht zur individuellen Beitragsfestsetzung und führte einen bundeseinheitlichen Beitragssatz ein. Dieser bundeseinheitliche Beitragssatz wird per Rechtsverordnung von der Bundesregierung ohne Zustimmung des Bundesrats festgelegt.
- Es wurde ein Gesundheitsfonds eingerichtet, der die Finanzströme in der GKV bündelt und lenkt: Die Beitragseinnahmen und der steuerfinanzierte Bundeszuschuss fließen zunächst in diesen Fonds und werden von dort anschließend nach gesetzlich vorgeschriebenen Regeln an die Krankenkassen verteilt.
- Wenn eine Krankenkasse mit den Finanzmittelzuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht auskommt, muss sie einen Ausgabenüberhang durch die Erhebung eines kassenindividuellen Zusatzbeitrags decken, der direkt an die betreffende Krankenkasse fließt.

- Dieser kassenindividuelle Zusatzbeitrag wird ausschließlich von den Versicherten – und nicht vom Arbeitgeber – erhoben. Er konnte sowohl pauschal oder als Prozentsatz vom jeweiligen Bruttoeinkommen festgelegt werden und durfte dabei ein Prozent des individuellen Bruttoeinkommens nicht übersteigen, um die individuelle Belastung der Versicherten zu begrenzen.

- Sobald eine Krankenkasse einen Zusatzbeitrag erhebt oder ihn erhöht, haben die betreffenden Versicherten ein Sonderkündigungsrecht, auf das die Kasse sie hinweisen muss. Grundsätzlich unterliegt der Versicherte nach einem Kassenwechsel einer Mindestbindungsfrist von 18 Monaten. Nach Einführung oder Anhebung eines Zusatzbeitrags kann der Versicherte die Krankenkasse hingegen sofort wechseln, ohne dass er den erhöhten Zusatzbeitrag zahlen muss.

- Ordnungspolitisch soll dieser kassenindividuelle Zusatzbeitrag – und nicht mehr wie zuvor der kassenindividuelle Beitragssatz – als Wettbewerbsparameter der Krankenkassen fungieren. Auf diese Weise will der Gesetzgeber die Krankenkassen veranlassen, die Kosten zu begrenzen, um die Erhebung eines Zusatzbeitrags möglichst zu vermeiden.

- Die Gesamtsumme der von allen Krankenkassen erhobenen Beiträge wurde auf fünf Prozent der Einnahmen des Gesundheitsfonds begrenzt. Wenn dieser Anteil erreicht werden sollte, also der Deckungsgrad durch den Gesundheitsfonds unter 95 Prozent sinken sollte, wäre die Bundesregierung gehalten, den – von Arbeitnehmern und Arbeitgebern finanzierten – bundeseinheitlichen Beitragssatz anzuheben.

Die bisherige Lastenverteilung bei der Finanzierung des allgemeinen Beitragssatzes wurde mit dem GKV-WSG zwar beibehalten, aber die Bestimmungen zur Einführung des Zusatzbeitrags beinhalteten eine deutliche Mehrbelastung der Versicherten: Diese würden bis auf Weiteres, also so lange, bis die Summe der Zusatzbeiträge den Schwellenwert von fünf Prozent der Gesamteinnahmen des Gesundheitsfonds erreicht, einen Ausgabenüberhang bei den Krankenkassen alleine tragen müssen. Umgekehrt bedeutete dies gleichermaßen, dass genau so lange auch der Beitragssatz der Arbeitgeber festgeschrieben wurde.

Die Konstruktion des Zusatzbeitrags seit 2011

Das von der schwarz-gelben Koalition 2010 verabschiedete und 2011 in Kraft getretene GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG) nahm wesentliche Veränderungen an der Konstruktion des Zusatzbeitrags vor. Sie verfolgte damit das Ziel, einen Einstieg in die mittel- bzw. langfristige Umstellung des Finanzierungssystems auf eine Kopfpauschale vorzunehmen und den Arbeitgeberbeitrag auf diese Weise von der Entwicklung der Krankenversicherungsbeiträge zu entkoppeln. Gegenüber dem 2009 unter der Großen Koalition eingeführten Finanzierungsmechanismus sah das GKV-FinG folgende Änderungen vor:

- Die bisherige Beschränkung des kassenindividuellen Zusatzbeitrags auf ein Prozent des Bruttoeinkommens wurde aufgehoben. Krankenkassen können bzw. müssen also, wenn dies zur Vermeidung eines Defizits notwendig ist, bei ihren Versicherten einen Zusatzbeitrag in unbegrenzter Höhe erheben. Damit entfiel auch die Regelung, dass der Gesundheitsfonds mindestens 95 Prozent der Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung decken muss und damit die Gesamtsumme aller Zusatzbeiträge höchstens auf fünf Prozent dieser Gesamtausgaben ansteigen darf.

- Der Beitragssatz für die Arbeitgeber wurde bei 7,3 Prozent explizit "eingefroren". Wenn die Ausgaben der Krankenkassen schneller steigen als ihre Einnahmen, so muss die entstehende Lücke also allein und dauerhaft von den Versicherten gedeckt werden.

- Der Zusatzbeitrag darf nicht mehr als Prozentsatz vom Einkommen, sondern nur noch als Pauschalbetrag erhoben werden. Damit verbunden ist die Erwartung, dass von einem nominalen, absoluten Wert ein eindeutigeres Preissignal ausgeht als von einem prozentualen Wert und ein so zugeschnittener Zusatzbeitrag somit wirksamer als bisher die ihm zugedachte Funktion als Wettbewerbsparameter wahrnehmen kann.

- Für Versicherte, die finanziell überfordert sind, ist ein steuerfinanzierter Zuschuss ("Sozialausgleich") vorgesehen. Dieser Zuschuss soll folgendermaßen organisiert werden: Am Jahresende wird der voraussichtliche Finanzbedarf der Krankenkassen für das Folgejahr geschätzt und daraus ein durchschnittlich notwendiger Zusatzbeitrag je GKV-Mitglied ermittelt. Sofern dieser durchschnittliche Zusatzbeitrag zwei Prozent des Bruttoeinkommens des GKV-Mitglieds übersteigt, wird die Differenz aus Steuermitteln ausgeglichen. Dabei bezieht sich der Zuschuss aber nicht auf den kassenindividuell tatsächlich erhobenen Zusatzbeitrag, sondern eben nur auf den durchschnittlich notwendigen Zusatzbeitrag. Wenn eine einzelne Kasse einen höheren Zusatzbeitrag erhebt, so muss das Mitglied diesen Zusatzbeitrag in voller Höhe tragen, auch wenn er höher ist als zwei Prozent des Bruttoeinkommens. Wenn Mitglieder diesen erhöhten Zusatzbeitrag vermeiden wollen, müssen sie die Krankenkasse wechseln.

- Wenn eine Krankenkasse einen Zusatzbeitrag erhebt oder erhöht, können die Mitglieder ihre Kasse (wie bisher) sofort wechseln.

- Ebenso entfällt die Bestimmung, dass der Gesundheitsfonds mindestens 95 Prozent der Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung decken soll (und damit die Gesamtsumme aller Zusatzbeiträge höchstens auf fünf Prozent dieser Gesamtausgaben ansteigen darf).

- Für Versicherte, die finanziell überfordert sind, ist ein steuerfinanzierter Zuschuss („Sozialausgleich") vorgesehen. Dieser Sozialausgleich funktioniert folgendermaßen:
    - Am Jahresende wird der voraussichtliche Finanzbedarf der Krankenkassen für das Folgejahr geschätzt und daraus ein durchschnittlich notwendiger Zusatzbeitrag je Mitglied ermittelt.
    - Sofern dieser durchschnittliche Zusatzbeitrag zwei Prozent des Bruttoeinkommens des GKV-Mitglieds übersteigt, wird die Differenz aus Steuermitteln ausgeglichen.

Mit diesen Bestimmungen stellt das GKV-FinG eine Abkehr vom traditionellen Finanzierungsmodus in der GKV dar. Der Zusatzbeitrag erhält den Charakter einer kleinen Kopfpauschale, die – sofern diese Regelungen fortbestehen – gegenüber den anderen Finanzierungskomponenten nach und nach an Bedeutung gewinnen wird. Da mittel- und langfristig die Kluft zwischen bruttolohnbezogenen Einnahmen und GKV-Ausgaben wachsen dürfte, werden die Belastungen für die Versicherten weiter steigen. Dabei werden die Bezieher unterer und mittlerer Einkommen besonders stark belastet.

Der steuerfinanzierte Zuschuss für bedürftige GKV-Mitglieder wird den primären Umverteilungseffekt einer Kopfpauschale nicht kompensieren. Umgekehrt wird eine Beteiligung Besserverdienender an der Finanzierung dieses Zuschusses über das Steuersystem deren Entlastung über die Einführung einer kleinen Kopfpauschale nicht ausgleichen, zumal Besserverdienende einen höheren Steuersatz lediglich bei den Einkommensteuern, nicht aber bei den Verbrauchsteuern (v.a. der Mehrwertsteuer) entrichten, die einen erheblichen Teil des gesamten Steueraufkommens ausmachen. Angesichts der prekären Situation der öffentlichen Haushalte ist überdies zweifelhaft, ob die staatlichen Transferzahlungen von Dauer sind. Schließlich hängt die Gewährung dieser Zuschüsse auch von der politischen Bereitschaft der jeweiligen Regierung ab.

Verteilungspolitisch bedeutet das "Einfrieren" des Arbeitgeberbeitrags auf 7,3 Prozent des Bruttoentgelts eine Umverteilung zulasten der unteren Einkommensgruppen. Denn alle künftigen Kostensteigerungen in der Krankenversorgung werden unter dieser Regelung vollständig von den Versicherten getragen. Angesichts der Tatsache, dass die Lohnquote in Deutschland seit über einem Jahrzehnt kontinuierlich sinkt, ist auch nicht davon auszugehen, dass die daraus resultierenden Einkommensverluste über Einkommenszuwächse aus Tarifverhandlungen kompensiert werden können.

Ordnungspolitisch bedeutet das "Einfrieren", dass die Arbeitgeber künftig kein direktes ökonomisches Interesse mehr an der Kostendämpfung in der Krankenversorgung haben. Daher könnte eine Folge der Entkopplung des GKV-Beitrags von den Arbeitskosten darin bestehen, dass die Leistungsanbieter Kostensteigerungen in der Krankenversorgung künftig leichter durchsetzen können, da diese bei Arbeitgebern auf weniger Widerstand stoßen.

Neuregelung ab 2015

Im Juli 2014 verabschiedete der Bundesrat erneut ein Gesetz (GKV-Finanzstruktur- und Qualitätsweiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG)), dass die Finanzierung der gesetzlichen Krankenkassen neu regeln soll. Ab Januar 2015 gilt für Zusatzbeiträge:

- Die Zusatzbeiträge werden doch nicht mehr pauschal, sondern in Abhängigkeit zum Einkommen erhoben, wobei die Krankenkassen die Höhe des Anteils selbst festlegen können. Die Beiträge werden nicht - wie bisher - separat, sondern direkt vom Arbeitgeber an die Kassen abgeführt.

- Das Sonderkündigungsrecht besteht weiterhin. Mitglieder, die die Zusatzbeiträge ihrer Krankenkasse ablehnen, können die Versicherung wechseln. Die Krankenkassen müssen dabei neue Hinweispflichten beachten.

- Die Beitragssätze liegen bei 14,6 Prozent des Einkommens, der Arbeitgeberanteil bleibt bei 7,3 Prozent eingefroren. Den Zusatzbeitrag zahlen nicht die Arbeitgeber, sondern die Arbeitnehmer. Das bedeutet, dass mögliche Kostensteigerungen nach wie vor einseitig von den Versicherten zu tragen sind. (siehe auch: AOK-Verlag) Die Zusatzbeiträge stellen für die Kassen das wichtigste Instrument dar, um Mehrausgaben zu finanzieren.

Anlage 15:

Statistisches Landesamt Baden-Württemberg:

Statistik BW, Bevölkerung im Überblick:

http://www.statistik-bw.de/BevoelkGebiet/Bevoelkerung/LRt0115.jsp [16.08.2017]

1993	117.982	98.572	19.410	344.073	278.165	65.908	85.318	10.234.026
1994	113.398	96.638	16.760	294.264	272.981	21.283	38.043	10.272.069
1995	112.459	97.733	14.726	296.215	263.643	32.572	47.298	10.319.367
1996	114.657	98.908	15.749	277.473	238.084	39.389	55.138	10.374.505
1997	116.419	97.167	19.252	257.106	254.253	2.853	22.105	10.396.610
1998	111.056	96.810	14.246	263.566	248.382	15.184	29.430	10.426.040
1999	107.973	96.933	11.040	274.289	235.437	38.852	49.892	10.475.932
2000	106.182	95.354	10.828	274.280	236.639	37.641	48.483	10.524.415
2001	101.366	94.096	7.270	288.768	219.546	69.222	76.491	10.600.906
2002	99.604	95.110	4.494	278.730	222.613	56.117	60.414	10.661.320
2003	97.596	97.229	367	255.189	223.976	31.213	31.236	10.692.556
2004	96.655	91.646	5.009	247.899	227.834	20.065	24.863	10.717.419
2005	94.279	94.074	205	243.840	225.695	18.145	18.282	10.735.701
2006	91.955	92.662	−707	234.531	230.601	3.930	3.052	10.738.753
2007	92.823	94.079	−1.256	243.049	230.657	12.392	11.002	10.749.755
2008	91.909	96.431	−4.522	249.667	245.260	4.407	−249	10.749.506
2009	89.678	97.556	−7.878	239.945	236.524	3.421	−4.585	10.744.921
2010	90.695	98.807	−8.112	251.543	234.268	17.275	8.959	10.753.880
2011	88.823	97.732	−8.909	285.443	243.985	41.458	−241.439	10.512.441
2012	89.477	100.584	−11.107	315.181	249.375	65.806	56.670	10.569.111
2013	91.505	101.947	−10.442	337.604	267.432	70.172	62.167	10.631.278
2014	95.632	100.663	−5.031	381.073	291.467	89.606	85.366	10.716.644
2015	100.269	108.066	−7.797	471.549	301.038	170.511	162.974	10.879.618

Anlage 16:

Bundeszentrale für politische Bildung:

Dossier Gesundheitspolitik, Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich, http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/176282/risikostrukturausgleich [19.08.17]

Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich

Der Risikostrukturausgleich (RSA) in der gesetzlichen Krankenversicherung bezeichnet ein finanzielles Umverteilungsverfahren zwischen den Krankenkassen. Dieses Umverteilungsverfahren soll die Finanzierungsrisiken, die sich aus der unterschiedlichen Zusammensetzung der jeweiligen Versichertengemeinschaft der Kassen ergeben, ausgleichen.

16.12.2013

Die Höhe des Risikozuschlags, den die Kassen erhalten, richtet sich nach dem Alter, dem Geschlecht und bestimmten Krankheitsmerkmalen der Versicherten. (© picture-alliance/dpa)

Die Einführung des Gesundheitsfonds im Jahr 2009 war auch verbunden mit einer Reform des RSA. Der RSA war 1994 im Zusammenhang mit der bevorstehenden Einführung der freien Kassenwahl für die Versicherten ins Leben gerufen worden. Es war voraussehbar, dass die neuen Wahlmöglichkeiten bei den Kassen das Interesse wecken würden, vorzugsweise junge und gesunde Versicherte ("gute Risiken") zu umwerben. Diese verursachen unterdurchschnittliche Behandlungskosten und würden ihnen daher einen Vorteil gegenüber der Konkurrenz verschaffen.

Mit dem 1994 eingeführten RSA wurde eine Reihe ausgabenrelevanter und von der jeweiligen Krankenkasse nicht zu verantwortender Merkmale ihrer Versichertengemeinschaft für eine finanzielle Umverteilung zwischen den Krankenkassen herangezogen. Dazu zählten die Indikatoren Alter, Einkommen, Geschlecht, Anzahl der beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen und Bezug einer Erwerbsminderungsrente. Da aber das Merkmal Krankheit (Morbidität) nicht berücksichtigt wurde, hatten die Krankenkassen weiterhin ein starkes Interesse daran, den Anteil behandlungsaufwendiger Versicherter möglichst gering zu halten. Somit erfüllte der RSA die ihm zugedachte Funktion, den Wettbewerb um «gute Risiken» zu verhindern oder doch zumindest einzuschränken, nur höchst unzureichend. Daher war der RSA seit seiner Einrichtung Gegenstand beständiger Kritik und daher ist das Ausgleichsverfahren zwischen 1994 und 2007 mehrmals korrigiert worden.

Aber erst das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz sah mit Wirkung vom 1.1.2009 an verbindlich vor, ausdrücklich auch die Morbidität direkt bei der Finanzmittelzuweisung an die Krankenkassen zu berücksichtigen ("morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich" – "Morbi-RSA"). Dem Gesetz zufolge erhalten die Krankenkassen aus dem Fonds einen festen Betrag je Versichertem sowie einen Risikozuschlag, dessen Höhe sich nach dem Alter, dem Geschlecht und – nun eben auch – bestimmten Krankheitsmerkmalen der Versicherten richtet. Das GKV-WSG sieht vor, dass dafür 50 bis 80 Krankheiten ausgewählt werden, bei denen die durchschnittlichen Leistungsausgaben je GKV-Versichertm um mindestens 50 Prozent höher sind als die durchschnittlichen Pro-Kopf-Leistungsausgaben für alle Versicherten. Diese Krankheiten sollen besonders schwerwiegend sein, chronisch verlaufen und besonders hohe Aufwendungen erfordern. Krankenkassen, die einen höheren Anteil chronisch kranker und damit teurer Versicherter aufweisen, erhalten also einen entsprechend höheren Betrag aus dem Fonds. Das Bundesversicherungsamt legte nach längeren Diskussionen schließlich einen Katalog von 80 Krankheiten fest, die im RSA zu berücksichtigen sind.

Anlage 17:

Bundesgesundheitsministerium, Online-Ratgeber Krankenversicherung:
Private Krankenversicherung,
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/online-ratgeber-krankenversicherung/krankenversicherung/private-krankenversicherung-pkv.html [19.08.17]

Online-Ratgeber Krankenversicherung

Sie sind hier: Themen › Krankenversicherung › Online-Ratgeber Krankenversicherung › Krankenversicherung › Private Krankenversicherung (PKV)

Private Krankenversicherung (PKV)

Wie bei anderen privaten Versicherungen gilt auch bei der privaten Krankenversicherung (PKV) Vertragsfreiheit. Im Gegensatz zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gilt für die Versicherungsunternehmen grundsätzlich kein Zwang, Versicherungsverträge abschließen zu müssen. Antragstellerinnen und Antragsteller können also auch wegen Vorerkrankungen oder aufgrund des Alters abgelehnt werden. Die Ausnahmen: Versicherte, die die Voraussetzung für eine Versicherung im Basistarif erfüllen (siehe unten). Bürgerinnen und Bürger, die privat krankenversichert sind, müssen zusätzlich eine private Pflegeversicherung abschließen.

- Beiträge und Tarife
- Wechsel von der gesetzlichen in die private Krankenversicherung
- Alterungsrückstellungen
- Prämiensteigerungen in der PKV

Beiträge und Tarife

- Beitragsbemessung
- Basistarif in der PKV
- Standardtarif

Wechsel von der gesetzlichen in die private Krankenversicherung

Jede beschäftigte Person, für die die Regelungen zur freiwilligen Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenkasse zutreffen, kann sich alternativ auch privat versichern.

Bei einem Wechsel von der GKV zur PKV gelten die vorgegebenen Kündigungsfristen. Eine Kündigung der freiwilligen Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenkasse ist zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung ausspricht. Die Bindungsfrist von 18 Monaten an die gesetzliche Krankenkasse gilt nicht, wenn keine Mitgliedschaft bei einer anderen gesetzlichen Krankenkasse, sondern bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen begründet werden soll.

Beratungsgespräche über die Beitrags- und Prämienkonditionen und die Leistungsunterschiede der verschiedenen Systeme sind mit den Krankenkassen und privaten Krankenversicherungsunternehmen zu führen. Bei der Entscheidung sollte auch bedacht werden, dass ein beliebiger Wechsel zurück in die GKV nach den gesetzlichen Regelungen ausgeschlossen ist. Das ist insbesondere im Alter relevant.

Alterungsrückstellungen

Alle privat Krankenversicherten zahlen in jüngeren Jahren einen höheren Versicherungsbeitrag, als es zur Absicherung ihrer Krankheitskosten notwendig wäre. Durch diesen höheren Beitrag (die Differenz wird als Alterungsrückstellung bezeichnet) sollen die oftmals steigenden Krankheitskosten im Alter ausgeglichen werden.

Dadurch wird sichergestellt, dass die Versicherungsprämien in späteren Lebensjahren weniger stark ansteigen. Je länger eine Versicherte oder ein Versicherter einzahlt, desto höher ist die Alterungsrückstellung.

Alterungsrückstellungen bei Tarif- oder Versicherungswechsel

Grundsätzlich gilt: Beim Tarifwechsel innerhalb eines Versicherungsunternehmens werden die Alterungsrückstellungen in voller Höhe übertragen.

Bei einem Wechsel des Versicherungsunternehmens können Versicherte die Alterungsrückstellung nur mitnehmen, wenn sie ihren Versicherungsvertrag nach dem 1. Januar 2009 abgeschlossen haben. In diesem Fall ist das bisherige Unternehmen zur Mitgabe der aufgebauten Alterungsrückstellung im Umfang des Basistarifs verpflichtet.

Dies gilt unabhängig davon, ob Versicherte bei dem neuen Versicherungsunternehmen in den Basistarif oder einen sonstigen Tarif wechseln.

Prämiensteigerungen in der PKV

Im Gegensatz zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), bei der sich die Versicherungsbeiträge weitgehend nach dem Einkommen der Versicherten richten, müssen die Prämien in der PKV entsprechend dem Wert des Versicherungsschutzes risikogerecht festgesetzt werden.

Da der Versicherer das Risiko des einzelnen Menschen jedoch nur in einer Gefahrengemeinschaft versichern kann, werden die Beiträge aus dem durchschnittlichen Leistungsbedarf aller Versicherten einer Tarif-, Alters- und Personengruppe errechnet.

Die Kostensteigerungen, die in den letzten Jahren auch im Bereich der privaten Krankenversicherung zu beobachten waren, sind auf allgemeine Leistungsausweitungen im Zusammenhang mit dem medizinischen Fortschritt zurückzuführen.

Privat krankenversicherte Personen haben verschiedene Möglichkeiten, steigenden Versicherungsbeiträgen aktiv zu begegnen: PKV-Versicherte haben einen Anspruch darauf, in einen Tarif ihres Versicherungsunternehmens mit gleichartigem Versicherungsschutz zu wechseln.

Da die Versicherer oft neue Tarife auflegen, kann bereits der Wechsel im selben Unternehmen zu einer Verringerung der Beitragslast führen. Der Versicherer ist verpflichtet, seinen Kunden auf Anfrage die für ihn günstigsten Tarife zu nennen. Am 1. Januar 2016 sind neue Leitlinien für einen transparenteren und kundenfreundlicheren Tarifwechsel in Kraft getreten.

Anlage 18:

Bundeszentrale für politische Bildung:

Dossier Gesundheitspolitik, Die wichtigsten Akteure im deutschen Gesundheitswesen: Staat und Politik, http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72565/staat-und-politik [26.07.17]

Die wichtigsten Akteure im deutschen Gesundheitswesen. Teil 1: Staat und Politik

Das deutsche Gesundheitswesen zählt im internationalen Vergleich eigentlich nicht zu den "staatlichen Gesundheitssystemen". Faktisch spielen die staatlichen und politischen Akteure – vor allem das Bundesministerium für Gesundheit – jedoch eine sehr wichtige Rolle, weil die Rahmenbedingungen zumeist durch Bundesgesetze geregelt werden.

Thomas Gerlinger, Wolfram Burkhardt

26.2.2014

Der Einfluss des Bundestages auf die Gestaltung des Gesundheitswesens ist sehr weitreichend. (© picture-alliance)

Akteure auf drei Ebenen

Die zahlreichen Akteure im deutschen Gesundheitswesen lassen sich zu Zwecken der Beschreibung drei grundsätzlichen Ebenen zuordnen:

- 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.
- 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.
- Die dritte Ebene umfasst schließlich die übrigen Akteure, wobei es sich hier vor allem um Unternehmen und einzelne Organisationen beziehungsweise deren Vereinigungen handelt.

Diese Gliederung der Akteure nach drei Ebenen lässt sich gedanklich mit den drei Steuerungsprinzipien in Zusammenhang bringen, die im Lernobjekt "Deutsche Besonderheiten" erwähnt werden: Auf Ebene eins finden sich die Subjekte der staatlichen Steuerung im Gesundheitswesen, auf Ebene zwei findet die sogenannte "mittelbare Staatsverwaltung" (Korporatismus) statt, wogegen bei den Akteuren auf Ebene drei marktwirtschaftliche Steuerungsmechanismen eine große Rolle spielen.

Bundestag

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).
- 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).

Gesundheitspolitik in den Parteien, Fraktionen und parteinahen Stiftungen

Die politische Willensbildung erfolgt in der Gesundheitspolitik ebenso wie in anderen Politikfeldern überwiegend in den Parteien und deren Parlamentsfraktionen.

Auf den Webseiten der Bundestagsfraktionen oder der Parteien findet man zum Teil ausführliche Informationen und Positionspapiere zu den jeweiligen gesundheitspolitischen Plänen und Positionen.

Die Vorbereitung von politischen Programmen erfolgt vielfach über Forschungsprojekte oder politisch-wissenschaftliche Diskussionsprozesse, die von den parteinahen Stiftungen getragen und veranstaltet werden. Gerade die Gesundheitspolitik stand in jüngster Zeit im Fokus von Aktivitäten der Stiftungen.

Die Erarbeitung, Formulierung und Konsentierung von gesundheitspolitischen Positionen in den Parteien gestaltet sich bisweilen als ein langwieriger und politisch kostspieliger Prozess. Das fast das ganze Jahr 2004 über andauernde Ringen zwischen CDU und CSU um einen gesundheitspolitischen Kompromiss zur Finanzierungsreform der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist ein Beispiel dafür und soll daher an dieser Stelle etwas ausführlicher dargestellt werden.

Bei der Auseinandersetzung zwischen CDU und CSU ging es nicht nur um technische Fragen der Finanzierung einer Sozialversicherung. Für manche der politischen Kontrahenten standen offenbar Grundlagen des Sozialstaates auf dem Spiel. Ferner wurde die sachliche Auseinandersetzung durch machtpolitische Fragen innerhalb des Unionslagers überformt und dadurch verschärft.

Ausgangspunkt des Streits unter den Schwesterparteien war ein Gutachten: Im Vorfeld des letzten Gesundheitsreformgesetzes – dem zum 1. Januar 2004 in Kraft getretenen GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) – hatte die CDU im Februar 2003 eine eigene Expertenkommission eingesetzt, die unter dem Namen "Herzog-Kommission" bekannt geworden ist. Leiter und Namensgeber war der ehemalige Bundespräsident Prof. Roman Herzog.

Vom Leipziger Parteitag der CDU im Dezember 2003 wurden die wesentlichen Empfehlungen dieser Kommission zum Umbau des Finanzierungssystems der GKV – die Umstellung von der Beitragsfinanzierung auf pauschale Kopfprämien sowie eine schrittweise Ablösung der Umlagefinanzierung durch Kapitaldeckung – befürwortet.

Die Schwesterpartei CSU – insbesondere deren gesundheits- und sozialpolitischer Experte, der frühere Gesundheitsminister Horst Seehofer – mochte den Vorstellungen der CDU jedoch nicht folgen. Vor allem die Umstellung auf Kopfprämien und die damit verbundene Auslagerung der Ausgleichsfunktionen zwischen hohen und niedrigen Einkommen aus der GKV in das Steuersystem wollte die CSU nicht mittragen.

CSU-Politikerinnen und -Politiker brachten ihre Ablehnung der einheitlichen Kopfprämie auf die öffentlichkeitswirksame Formel, die Sekretärin dürfe nicht den gleichen Kassenbeitrag zahlen wie ihr Chef. Die CDU betonte demgegenüber die Notwendigkeit der Abkoppelung der GKV-Finanzierung von den Arbeitskosten, von der sie positive Effekte auf den Arbeitsmarkt erwartete.

Auf der Suche nach einer gemeinsamen Linie in dieser zentralen Frage der Gesundheitspolitik stritten sich CDU und CSU daraufhin im Laufe des Jahres 2004 mit zunehmender Verbissenheit. Im November 2004 – wenige Tage vor dem Parteitag der CSU – einigten sich schließlich die Parteivorsitzenden Angela Merkel (CDU) und Edmund Stoiber (CSU) auf ein Kompromissmodell. Der Hauptkritiker der CDU-Vorschläge blieb dabei auf der Strecke: Horst Seehofer trat von seiner Funktion als für Gesundheitspolitik zuständiger stellvertretender Vorsitzender der CDU/CSU-Fraktion im Bundestag zurück.

Mit dem Kompromissmodell dürfte in der Sache auch innerhalb von CDU und CSU kaum jemand zufrieden gewesen sein. Von den meisten Expertinnen und Experten aus Wissenschaft und Praxis wurde es mehr oder weniger deutlich kritisiert. Kaum jemand rechnete damit, dass ein solches Konzept von einer CDU/CSU-geführten Bundesregierung tatsächlich realisiert würde.

Zu der grundlegenden Thematik einer Finanzierungsreform der GKV haben auch in den anderen Parteien ausführliche Meinungsbildungsprozesse stattgefunden, die allerdings von weniger innerparteilichen Auseinandersetzungen geprägt waren:

Die SPD setzte eine Projektgruppe ein, um ihr Modell einer "Bürgerversicherung" ausarbeiten zu lassen. Die Projektgruppe legte im August 2004 ihren Abschlussbericht vor.

Bündnis 90/Die Grünen arbeiteten ebenfalls ein "Bürgerversicherungsmodell" aus, das im Oktober 2004 von der Bundesdelegiertenkonferenz der Partei beschlossen wurde.

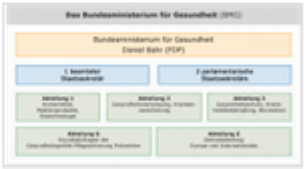
Bundesministerium für Gesundheit (BMG)

Die Ausarbeitung von Gesetzesvorhaben, Verordnungen und Verwaltungsvorschriften sowie die exekutive Zuständigkeit auf Regierungsebene obliegen dem Bundesministerium für Gesundheit.

Zum Aufgabenbereich dieses Ministeriums gehören neben dem Gesundheitswesen und der GKV auch die gesetzliche Renten- und Pflegeversicherung. Ein genaueres Bild des Aufgabenspektrums des Ministeriums vermittelt ein Blick auf die Gliederung nach Abteilungen beziehungsweise Unterabteilungen (vgl. die Abbildung, ein vollständiges Organigramm ist auf der Website des Ministeriums verfügbar).

Dem Ministerium zugeordnet sind:

- die Beauftragte der Bundesregierung für Drogenfragen;
- der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten;
- der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen (heute nicht mehr genannt);
- der Bundeswahlbeauftragte für die Sozialversicherungswahlen (heute nicht mehr genannt).



BMG, 2011

Infografik als PDF-Download

Das BMG beziehungsweise der Minister Hermann Gröhe (vormals die Ministerin Ulla Schmidt und der Minister Daniel Bahr) werden in der Öffentlichkeit in besonderem Maße mit den staatlichen Aufgaben und Zuständigkeiten im Gesundheitswesen identifiziert. Das gilt ganz besonders für die Gesundheitsreform.Formal betrachtet ist die hervorgehobene Rolle des Ministers zwar in vielen Fällen nicht ganz zutreffend, da über Gesetze letztlich der Bundestag entscheidet. Faktisch spielt das Ministerium im Hinblick auf die staatlichen Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens jedoch eindeutig die Hauptrolle: Hier wird die Gesundheitspolitik der Bundesregierung konzipiert, und hier arbeiten die Fachleute, die die Gesundheitspolitik in Gesetzes- und Verordnungstexte gießen.

Zitat

Das institutionelle Zentrum der Steuerung

"Der Staat ist das institutionelle Zentrum der Steuerung des Gesundheitswesens und insofern in der Gesundheitspolitik von außerordentlich großer Bedeutung."

Prof. Rolf Rosenbrock, Dr. Thomas Gerlinger, 2004

Darüber hinaus ist das BMG in vielen Bereichen, für die es keine unmittelbare Verantwortung trägt – weil zum Beispiel die Bundesländer oder die Selbstverwaltung zuständig ist –, als Initiator und Unterstützer tätig.

Institutionen im Geschäftsbereich BMG

Zum Geschäftsbereich des Ministeriums gehören mehrere Bundesbehörden, die unterschiedliche Aufgaben im Gesundheitswesen und den übrigen sozialen Sicherungssystemen erfüllen:

- Robert Koch-Institut (RKI)
- Paul-Ehrlich-Institut (PEI), Bundesinstitut für Impfstoffe und biomedizinische Arzneimittel
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI)
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)
- Bundesversicherungsamt (BVA) (heute nicht mehr gelistet)

Ein ausführliche Darstellung der Aufgaben dieser dem Bundesministerium für Gesundheit nachgeordneten Behörden würde den Rahmen dieses Lernobjekts sprengen. Daher folgen an dieser Stelle nur einige kurze Hinweise zu den wichtigsten Funktionen und Tätigkeitsbereichen. Weiterführende Informationen sind über die in der Randspalte aufgeführten Websites verfügbar.

Robert Koch-Institut (RKI)

Robert Koch Institut in Berlin-Wedding (CC, Fridolin freudenfett (Peter Kuley)) Lizenz: cc by-nc-nd/3.0/de/

Das RKI ist aus dem bis 1994 bestehenden Bundesgesundheitsamt hervorgegangen und ist die zentrale Einrichtung der Bundesregierung zur Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankheiten. Arbeitsschwerpunkte des in Berlin ansässigen Instituts sind die Forschung und Beratung der Bundesregierung in Fragen der Öffentlichen Gesundheit (Public Health).

Von besonderem Interesse nicht nur für Fachkreise ist vor allem auch die vom RKI verantwortete Gesundheitsberichterstattung des Bundes. In diesem Zusammenhang werden zum einen die wichtigsten Basisdaten zum Gesundheitszustand der deutschen Bevölkerung publiziert. Zum anderen werden in speziellen Themenheften einzelne Gesundheitsstörungen (Hepatitis C, Angststörungen, Hautkrebs usw.) und wichtige Fragestellungen rund um die Gesundheit (zum Beispiel Arbeitslosigkeit und Gesundheit, Gesundheit alleinerziehender Mütter und Väter, Sterbebegleitung) behandelt.

Paul-Ehrlich-Institut (PEI), Das Bundesinstitut für Impfstoffe und biomedizinische Arzneimittel

Das PEI ist vor allem für die Sicherheit biologischer beziehungsweise immunbiologischer Arzneimittel (zum Beispiel Impfstoffe) sowie von Blut und Blutprodukten zuständig. Darüber hinaus ist das in Langen nahe Frankfurt am Main beheimatete PEI ein bedeutendes Forschungsinstitut.

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI)

Das DIMDI hat seinen Sitz in Köln und hält ein umfangreiches Angebot an medizinischen Informationen vor allem für Nutzerinnen und Nutzer aus Fachkreisen bereit. Viele Datenbanken des DIMDI sind kostenlos von der allgemeinen Öffentlichkeit nutzbar. Dazu zählen beispielsweise international bedeutsame Datenbanken der wissenschaftlichen medizinischen Literatur, in denen man online recherchieren kann. Darüber hinaus nimmt DIMDI bestimmte gesetzliche Aufgaben wahr, wie etwa die Pflege von Schlüsselsystemen (ICD, ICF usw.) sowie den Aufbau von Informationssystemen.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Die ebenfalls in Köln ansässige BZgA ist die Fachoberbehörde für Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung. Hier werden Strategien und Kampagnen entwickelt, um die Bevölkerung über Gesundheitsrisiken zu informieren und gesundheitsfördernde Verhaltensweisen zu vermitteln. Die bisher größte Kampagne der BZgA mit dem Titel "Gib AIDS keine Chance" dürfte fast allen Deutschen geläufig sein.

Pressemotiv zum Welttaldstag 2013 der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (© www.bzga.de)

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)

Arzneimittel müssen amtlich zugelassen werden, bevor sie "in Verkehr gebracht" – also in Apotheken verkauft – werden dürfen. Die Arzneimittelzulassung ist die Hauptaufgabe des BfArM in Bonn. Ein weiteres Aufgabengebiet ist die Risikobewertung von Arzneimitteln und Medizinprodukten (wie Herzschrittmachern, Hüftgelenk-Endoprothesen usw.). Ferner obliegt dem BfArM die Überwachung des Betäubungsmittelverkehrs in Deutschland ("Bundesopiumstelle").

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

In den 1970er-Jahren wuchsen die Ausgaben im Gesundheitswesen der damaligen Bundesrepublik so stark, dass sich die Politik zum Eingreifen gezwungen sah. Damals wurde der Begriff der "Kostenexplosion im Gesundheitswesen" geprägt. Seither versuchen die Bundesregierungen durch immer neue gesetzliche Regelungen die Finanzentwicklung im Gesundheitswesen – insbesondere die Beitragssätze der GKV – zu steuern. 1977 wurde das erste sogenannte Kostendämpfungsgesetz beschlossen, 1982 folgte das zweite.

Im Zusammenhang mit diesem ersten Reformprozess wurde 1977 die sogenannte "Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen" gegründet. Dabei handelte es sich um ein 75 stimmberechtigte Mitglieder umfassendes Gremium zur Beratung der Bundesregierung, in dem Vertreterinnen und Vertreter aller wichtigen Institutionen und Organisationen des deutschen Gesundheitswesens vertreten waren. Gesetzlich festgelegte Aufgabe der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen war es, "1. medizinische und wirtschaftliche Orientierungsdaten und 2. Vorschläge zur Erhöhung der Leistungsfähigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen" zu entwickeln (§ 141 SGV, aufgehoben zum 1. April 2004).

Zur Unterstützung der Konzertierten Aktion wurde erstmals 1985 ein Sachverständigenrat berufen. Dieses bis 2003 unter dem Titel "Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen" arbeitende Gremium von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern legt dem Gesundheitsministerium alle zwei Jahre ein Gutachten vor. Aufgabe der Gutachten ist es,

- die Entwicklung in der gesundheitlichen Versorgung mit ihren medizinischen und wirtschaftlichen Auswirkungen zu analysieren,
- unter Berücksichtigung der finanziellen Rahmenbedingungen und vorhandenen Wirtschaftlichkeitsreserven Prioritäten für den Abbau von Versorgungsdefiziten und bestehenden Überversorgungen zu entwickeln,
- Vorschläge für medizinische und ökonomische Orientierungsdaten vorzulegen sowie
- Möglichkeiten und Wege zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens aufzuzeigen (vgl. § 142 SGB V beziehungsweise die Website des SVR-Gesundheit).

Tipp
Gutachten der "Gesundheitsweisen"

Die Gutachten des Sachverständigenrates sind für die Gesundheitspolitik und die Reformdebatte in Deutschland von großer Bedeutung. Für das Verständnis der wichtigsten Organisations-, Struktur- und Finanzierungsfragen des deutschen Gesundheitswesens sind die – meist sehr umfangreichen – Gutachten eine hervorragende Informationsquelle. In der rechten Randspalte unter "Expertenbeiträge" finden Sie dazu einen Linkverweis.

Nachdem die Konzertierte Aktion Anfang der 1990er-Jahre endgültig ihre Wirkungslosigkeit unter Beweis gestellt hatte, hat das Gremium seit 1995 nicht mehr getagt. Durch das GKV-Modernisierungsgesetz wurde die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen zum 1. Januar 2004 abgeschafft. Der Sachverständigenrat wurde jedoch erhalten und heißt nun "Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen".

Bundesländer, Länderministerien und Kommunen

Die Bundesländer beziehungsweise die zuständigen Länderministerien spielen vor allem in zwei Bereichen des deutschen Gesundheitswesens eine zentrale Rolle: in der stationären Versorgung und 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.

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.

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.

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.

Weitere Informationen zur Organisation der stationären Versorgung finden Sie in den beiden Lernobjekten zur stationären Versorgung.

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), gemeindenahe 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.

Die genannten Aufgaben werden in der Regel von den Gesundheitsämtern in den Kreisen und Städten beziehungsweise spezialisierten Einrichtungen auf Bezirks- oder Landesebene wahrgenommen.

Organisation und Aufgaben ihrer öffentlichen Gesundheitsdienste haben die Bundesländer ebenfalls in Landesgesetzen geregelt. Als ein Beispiel sei auf das "Gesetz für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG)" des Landes Nordrhein-Westfalen verwiesen.

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), gemeindenahe 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.

Die genannten Aufgaben werden in der Regel von den Gesundheitsämtern in den Kreisen und Städten beziehungsweise spezialisierten Einrichtungen auf Bezirks- oder Landesebene wahrgenommen.

Organisation und Aufgaben ihrer öffentlichen Gesundheitsdienste haben die Bundesländer ebenfalls in Landesgesetzen geregelt. Als ein Beispiel sei auf das "Gesetz für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG)" des Landes Nordrhein-Westfalen verwiesen.

Tipp

Landesgesetz für den Öffentlichen Gesundheitsdienst: Bsp. NRW

Welche Regelungen die Landesgesetze für den Öffentlichen Gesundheitsdienst enthalten, können Sie am Beispiel des Bundeslandes NRW einsehen. In der rechten Randspalte unter "Zahlen & Fakten" finden Sie dazu einen Linkverweis.

Das 1998 in NRW in Kraft getretene Gesetz sieht 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).

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.

Zusammenfassung

Auf der staatlichen und politischen Ebene sind einige der wichtigsten Akteure des deutschen Gesundheitswesens angesiedelt. Davon zu unterscheiden ist die Ebene der Verbände und Körperschaften (korporatistische Akteure) sowie die Unternehmen und Organisationen, die überwiegend nach einzelwirtschaftlichen Prinzipien arbeiten.

Weite Bereiche des deutschen Gesundheitswesens – vor allem die gesetzliche Krankenversicherung – werden durch Bundesgesetze geregelt. Dementsprechend groß ist im Prinzip der Einfluss des Bundestages auf das Gesundheitswesen.

Die Gesundheitspolitik wird in den Parteien und Fraktionen entwickelt. Wegen der vielfach komplizierten Fachfragen bereiten die Parteien ihre gesundheitspolitischen Meinungsbildungsprozesse immer häufiger durch Kommissionen (zum Beispiel die "Herzog-Kommission" der CDU) oder Arbeitsgruppen vor, an denen Expertinnen und Experten aus Forschung und Versorgungspraxis beteiligt sind. Auch die parteinahen Stiftungen sind durch Forschungs- und Entwicklungsprojekte an der Politikentwicklung beteiligt.

Die zentrale Rolle bei der Vorbereitung und Ausarbeitung von Gesetzesvorhaben auf Bundesebene fällt dem Bundesministerium für Gesundheit zu. Im BMG wird die Gesundheitspolitik der Bundesregierung konzipiert und in Rechtsvorschriften umgesetzt.

Dem Ministerium ist eine Reihe von Institutionen nachgeordnet, die spezifische hoheitliche Aufgaben wahrnehmen (zum Beispiel Zulassung von Arzneimitteln) oder steuerungsrelevante Informationen bereitstellen (zum Beispiel Gesundheitsberichterstattung).

Mit dem Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen verfügt die Bundesregierung beziehungsweise das BMG ferner über ein wissenschaftliches Beratergremium, das mit seinen Gutachten starken Einfluss auf die gesundheitspolitische Diskussion ausübt.

Die Bundesländer beziehungsweise die zuständigen Länderministerien spielen im Bereich der Krankenhausversorgung und des öffentlichen Gesundheitsdienstes eine wichtige Rolle. Die Länder erstellen Krankenhauspläne, in denen die für eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser, Abteilungen und Bettenzahlen aufgeführt sind. Die Plankrankenhäuser erhalten Mittel aus der Investitionsförderung der Länder.

Anlage 19:

Bundesgesundheitsministerium, Ärztliche Versorgung:

http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/ambulante-versorgung/aerztliche-versorgung.html [27.07.17]

Ärztliche Versorgung

Ärztliche Versorgung

Zum 31. Dezember 2014 gab es in Deutschland 147.948 ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte. Im Vergleich zum Jahr 1993 ist die Anzahl der ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte um rund 31,2 Prozent gewachsen. Im stationären Bereich hat sich die Anzahl der beschäftigten Ärztinnen und Ärzte von 1993 bis zum 31. Dezember 2014 um rund 49,6 Prozent auf 186.329 erhöht.

- Wachsender Bedarf in den nächsten Jahrzehnten
- Bedarfsplanung
- Aufgaben des Bundes, Aufgaben der Länder

Wachsender Bedarf in den nächsten Jahrzehnten

Aufgrund der demografischen Entwicklung ist in den nächsten Jahrzehnten mit einem wachsenden Bedarf an Ärztinnen und Ärzten zu rechnen. Allerdings wird nicht nur die Bevölkerung, sondern auch die Ärzteschaft älter: Das Durchschnittsalter der Vertragsärzte ist von 46,6 Jahren im Jahr 1993 auf 53,4 Jahre im Jahr 2014 gestiegen. Das Durchschnittsalter der Krankenhausärzte ist von 38,1 Jahren im Jahr 1993 auf 41,3 Jahre im Jahr 2014 gestiegen. Der Anteil der unter 35-Jährigen berufstätigen Ärztinnen und Ärzte ist von 24,8 Prozent im Jahr 1995 auf rund 18,3 Prozent im Jahr 2014 gesunken (wobei seit dem Jahr 2005 wieder ein leichter Anstieg zu beobachten ist).

In Deutschland gibt es deutliche regionale Unterschiede in der Vertragsarztdichte. Während in Bremen rund 205 Ärztinnen und Ärzte auf 100.000 Einwohner kommen, stehen in Sachsen-Anhalt rund 126 Ärztinnen und Ärzte je 100.000 Einwohner zur Verfügung (Bundesdurchschnitt: 153 Ärzte je 100.000 Einwohner). Generell ist die Ärztedichte in den Stadtstaaten (und natürlich auch in Ballungsgebieten) besonders hoch, während sie in den Flächenländern – und dort insbesondere in den neuen Ländern – deutlich niedriger ist.

Bedarfsplanung

Der Bedarf an Ärztinnen und Ärzten in der ambulanten Versorgung in den Regionen wird auf Landesebene auf der Grundlage der Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) festgestellt. Insbesondere aufgrund der demografischen Entwicklung und der Veränderungen in der ambulanten Versorgung wurden in dem am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen GKV-Versorgungsstrukturgesetz eine Anpassung und Weiterentwicklung der Bedarfsplanungs-Richtlinie des G-BA mit folgenden Maßnahmen vorgesehen:

- Flexibilisierung der Planungsbereiche,
- Anpassung der Verhältniszahlen (Einwohner-Arzt-Relation),
- Berücksichtigung zum Beispiel von Krankenhäusern und Krankenhausärztinnen und -ärzten, die ermächtigt sind, auch ambulant zu behandeln, in der Bedarfsplanung,

- Stärkung der Einwirkungsmöglichkeiten der Länderebene unter Berücksichtigung regionaler esonderheiten,

- Verbesserte Möglichkeiten zur Erteilung von sogenannten Sonderbedarfszulassungen, die dazu dienen, einen möglichen zusätzlichen lokalen oder einen qualifikationsbezogenen Versorgungsbedarf zu decken.

Der G-BA hat daraufhin eine Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie beschlossen, die am 1. Januar 2013 in Kraft getreten ist und von den zuständigen Gremien auf Landesebene in den jeweiligen Bedarfsplänen umgesetzt wurde.

Mit dem am 23. Juli 2015 in Kraft getretenen GKV-Versorgungsstärkungsgesetz ist der G-BA beauftragt worden, die Bedarfsplanungs-Richtlinie erneut weiterzuentwickeln. Auftrag des G-BA ist es insbesondere, die sogenannten Verhältniszahlen (Anzahl der Einwohner je Arzt) zu überprüfen und dabei auch die Sozial- sowie die Morbiditätsstruktur bundesweit in die Planung einzubeziehen, um die Planung näher am tatsächlichen Versorgungsbedarf auszurichten. Die Prüfung soll zudem insbesondere für die Arztgruppe der psychotherapeutisch tätigen Ärztinnen und Ärzte und der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Möglichkeit zu einer kleinräumigen Planung berücksichtigen. Die Kleinräumigkeit der Planung stärkt eine wohnortnahe Versorgung.

Aufgaben des Bundes, Aufgaben der Länder

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) beziehungsweise Bundesgesetzgeber

Das BMG bzw. der Bundesgesetzgeber ist im Rahmen der konkurrierenden Gesetzgebung zuständig

nach Artikel 74 Absatz 1 Nr. 12 GG für die Sozialversicherung (und damit unter anderem für das Vertragsarztrecht als Teil der gesetzlichen Krankenversicherung),

nach Artikel 74 Absatz 1 Nr. 19 GG für die Zulassung zu ärztlichen und anderen Heilberufen (unter anderem Bundesärzteordnung, Approbationsordnung für Ärzte) sowie

nach Artikel 74 Absatz 1 Nr. 33 GG für die Hochschulzulassung und die Hochschulabschlüsse.

Länder

Die Länder entscheiden über die Zahl der Studienplätze (Ausbildungskapazitäten) und regeln das Bewerbungs- und Vergabeverfahren durch die Stiftung für Hochschulzulassung als eine gemeinsame Einrichtung (Staatsvertrag über die Errichtung einer gemeinsamen Einrichtung für Hochschulzulassung, ländereinheitliche Vergabeverordnungen). Macht der Bund von der Gesetzgebungskompetenz nach Artikel 74 Absatz 1 Nr. 33 GG Gebrauch, können die Länder nach Artikel 72 Absatz 3 Satz 1 Nr. 6 GG von einem Bundesgesetz abweichende Regelungen über die Hochschulzulassung treffen.

21. September 2016

Anlage 20:

Bundesgesundheitsministerium, Aufgaben und Organisation:

Aufgaben und Organisation des Bundesministeriums für Gesundheit, http://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/aufgaben-und-organisation/aufgaben.html [26.07.17]

Aufgaben und Organisation

Sie sind hier: › Ministerium › Aufgaben und Organisation › Aufgaben

Aufgaben und Organisation des Bundesministeriums für Gesundheit

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ist an seinem Dienstsitz in Bonn und an seinem Dienstsitz in Berlin für eine Vielzahl von Politikfeldern zuständig. Dabei konzentriert sich die Arbeit auf die Erarbeitung von Gesetzesentwürfen, Rechtsverordnungen und Verwaltungsvorschriften.

Bildquelle: BMG

Bildquelle: BMG

Zu den zentralen Aufgaben zählt, die Leistungsfähigkeit der Gesetzlichen Krankenversicherung sowie der Pflegeversicherung zu erhalten, zu sichern und fortzuentwickeln.

Des Weiteren ist die Reform des Gesundheitssystems eine der wichtigsten Aufgaben des Ministeriums; Ziel ist es, die Qualität des Gesundheitssystems weiterzuentwickeln, die Interessen der Patientinnen und Patienten zu stärken, die Wirtschaftlichkeit zu gewährleisten und die Beitragssätze zu stabilisieren.

Ein weiterer Schwerpunkt des Ministeriums im Gesundheitsbereich ist der Gesundheitsschutz, die Krankheitsbekämpfung und die Biomedizin. Durch das Infektionsschutzgesetz werden Prävention, Beratung und Eigenverantwortung bei der Infektionsverhütung deutlich betont, und das öffentliche Gesundheitswesen wird gestärkt. Das Transplantationsgesetz, das Embryonenschutzgesetz und das Stammzellgesetz regeln den rechtlichen Rahmen für diese wichtigen medizinischen Gebiete.

Das Bundesministerium für Gesundheit gestaltet auch die Rahmenvorschriften für die Herstellung, klinische Prüfung, Zulassung, die Vertriebswege und Überwachung von Arzneimitteln und Medizinprodukten, um den hohen Anforderungen an Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit gerecht zu werden. Wesentliche Daueraufgabe des Ministeriums und seiner nachgeordneten Behörden ist die Sicherheit biologischer Arzneimittel wie Blutprodukte. Darüber hinaus unterstützt das Ministerium die Forschung und ermöglicht neue Versorgungsstrukturen; dies gilt zum Beispiel für die psychische Gesundheit, die Hilfen für chronisch Kranke, die Kindergesundheit und die Beratung und Betreuung von HIV-Infizierten und an AIDS Erkrankten. Um den Wissensstand in Bezug auf das Gesundheitswesen kontinuierlich zu verbessern, werden dazu notwendige Informationen im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung erarbeitet.

Jeder Bürger soll die Möglichkeit haben, sich ein breites Gesundheitswissen anzueignen. Mündige Versicherte und aufgeklärte Patienten gehören ebenso zu einem Gesundheitssystem, wie Gesetze und Verordnungen. Auch im Rahmen der Krankheitsbekämpfung beugt ein umfassendes Wissen gesundheitlichen Risken vor, dazu gehören auch breitgefächerte Informationen zum Thema der Drogen- und Suchtgefahr.

In den Aufgabenbereich des Ministeriums fallen auch die Berufsgesetze für die Zulassung zu den bundesrechtlich geregelten Heil- und Gesundheitsberufen einschließlich entsprechender Ausbildungsregelungen, um die Qualität der entsprechenden Berufsausübung und damit auch der Versorgung zu gewährleisten.

Neben der nationalen Gesundheitspolitik gehört auch die europäische und internationale Gesundheitspolitik zu den Aufgaben des Bundesministeriums. Die Globalisierung, der Reiseverkehr, die Öffnung zu unseren osteuropäischen Nachbarn führen dazu, dass neue Risiken und verfrüht überwunden geglaubte Gefährdungen gemeinsam mit den Partnern am Ort der Entstehung angegangen werden müssen.

Dem Ministerium zugeordnet sind die Drogenbeauftragte der Bundesregierung und der Patientenbeauftragte.

Anlage 21:

Bundesgesundheitsministerium, Glossar:

GKV-Versorgungsstrukturgesetz,

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/v/gkv-versorgungsstrukturgesetz.html [27.07.17]

Glossar

Sie sind hier: › Service › Begriffe von A - Z › V › GKV-Versorgungsstrukturgesetz

Begriffe A-Z

A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z

GKV-Versorgungsstrukturgesetz

Die wohnortnahe, bedarfsgerechte und flächendeckende medizinische Versorgung ist eine der wichtigsten Leistungen unseres Gesundheitssystems. Aber schon heute stehen nicht mehr in allen Regionen genügend Ärztinnen und Ärzte zur Verfügung. Mit dem Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) wurden umfassende Maßnahmen auf den Weg gebracht, die eine gute und flächendeckende Versorgung auch für die Zukunft sichern.

Die Regelungen zielen vor allem auf folgende Bereiche:

- bessere Versorgung für die Patienten
- flexiblere Versorgungsstrukturen auf dem Land
- Anreize für Ärzte in strukturschwachen Gebieten
- gute Rahmenbedingungen für den Arztberuf
- zielgenaue Bedarfsplanung

Keine Nachteile für Versicherte bei Kassenschließung

Es sind zum einen Vorkehrungen getroffen worden, damit im Fall von Kassenschließungen oder –insolvenzen ein reibungsloser Übergang der Versicherten in eine neue Krankenkasse sichergestellt ist. Außerdem sind die Rechtsfolgen des Eingreifens der Aufsichtsbehörden bei unrechtmäßigen Abweisungen durch einzelne Krankenkassen deutlich verschärft worden, damit die Versicherten das Recht, eine neue Kasse frei zu wählen, unbeeinflusst wahrnehmen können.

Mehr wettbewerbliche Spielräume für die Krankenkassen

Die Krankenkassen können ihren Versicherten seit dem 1. Januar 2012 über die gesetzlich festgeschriebenen Leistungen hinaus in bestimmten Bereichen ergänzende Leistungen anbieten. Damit können sie dem Bedarf ihrer Versicherten besser entgegenkommen und sich stärker als bisher im Wettbewerb profilieren. In folgenden Bereichen können zusätzliche Satzungsleistungen angeboten werden: Vorsorge- und Reha-Maßnahmen, künstliche Befruchtung, zahnärztliche Behandlung (ohne Zahnersatz), nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel, häusliche Krankenpflege, Haushaltshilfe sowie Leistungen nicht zugelassener Leistungserbringer. Voraussetzung ist, dass diese Leistungen vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht ausgeschlossen sind und dass sie in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden. Die Krankenkassen haben in ihren Satzungen hinreichende Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung zu regeln.

Schnellerer Zugang zu Innovationen

Es wird ein rascher und gezielter Zugang von Innovationen in die Versorgung gesichert, indem dem Gemeinsamen Bundesausschuss ein neues Instrument zur Erprobung nichtmedikamentöser Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gegeben wurde.

Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung

Der Sicherung einer möglichst wohnortnahen, flächendeckenden medizinischen Versorgung dienen insbesondere:

- Eine durch den G-BA in Folge des GKV-VStG umgesetzte flexible Ausgestaltung der Bedarfsplanung mit erweiterten Einwirkungsmöglichkeiten für die Länder. Planungsbereiche für Hausärzte entsprechen z.B. nicht mehr wie bisher den Stadt- und Landkreisen.

- Anreize im Vergütungssystem, indem Ärztinnen und Ärzte in unterversorgten Gebieten von Maßnahmen der Mengenbegrenzung ausgenommen werden. Möglichkeit, Preiszuschläge für besonders förderwürdige Leistungen sowie Leistungen von besonders förderungswürdigen Leistungserbringern, die in strukturschwachen Gebieten tätig sind (z.B. mit höherer Versorgungsqualität), zu vereinbaren.

- Die Förderung mobiler Versorgungskonzepte.

- Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf.

- Verbesserung der Rechtsgrundlagen für den Betrieb von Eigeneinrichtungen durch Kassenärztliche Vereinigungen und Möglichkeit zum Betrieb von Eigeneinrichtungen durch Kommunen.

- Ausbau der Möglichkeiten der Delegation ärztlicher Leistungen und der Telemedizin.

Um Überversorgung abzubauen, ist die bestehende Möglichkeit der Kassenärztlichen Vereinigungen erweitert worden, den freiwilligen Verzicht auf die vertragsärztliche Zulassung finanziell zu fördern. Zudem ist den Zulassungsausschüssen ab dem Jahr 2013 aufgegeben worden, im Verfahren zur Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes in einem überversorgten Gebiet zunächst zu prüfen, ob auf eine Nachbesetzung verzichtet werden kann. Dies gilt nicht, wenn sich ein Kind, Ehegatte oder Lebenspartner oder ein Vertragsarzt, mit dem die Praxis bisher gemeinschaftlich ausgeübt wurde, um die Nachbesetzung bewerben. Nur wenn der Zulassungsausschuss im Rahmen seiner Prüfung mehrheitlich (und damit nicht allein mit den Stimmen der Kassenvertretern) zu dem Ergebnis kommt, dass die Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist, kann er die Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens ablehnen. Hierdurch wird gewährleistet, dass es nicht zu einer bedarfsunabhängigen Schließung von Praxen kommt. Hat der Zulassungsausschuss den Antrag abgelehnt und kann die Vertragsarztpraxis deshalb nicht an einen Nachfolger verkauft werden, hat die Kassenärztliche Vereinigung eine Entschädigung in der Höhe des Verkehrswertes der Arztpraxis zu zahlen.

Reform des vertragsärztlichen Vergütungssystems

Die Höhe der Gesamtvergütungen für die Vertragsärzte werden in den Regionen von den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Verbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen vereinbart. Morbiditätsbedingte medizinisch notwendige Mehrleistungen in den Regionen führen in der Folgeperiode zu höheren Gesamtvergütungen. Die ärztlichen Leistungen werden in der vertragsärztliche Gebührenordnung (einheitlicher Bewertungsmaßstab – EBM) leistungsgerechter abgebildet.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben weitgehend die alleinige Verantwortung für die Honorarverteilung erhalten. Dabei haben sie auch Regelungen vorzusehen, um eine übermäßige Ausweitung ärztlicher Leistungen zu vermeiden. Fallzahlbegrenzung oder –minderung dürfen nicht bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten in einem ärztlich unterversorgten Gebiet angewendet werden. Ärzte in strukturschwachen Gebieten können zudem Honorarzuschläge erhalten. Diese sind generell auch möglich für besonders förderungswürdige Leistungen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung veröffentlicht für jedes Quartal Berichte über die Honorarentwicklung und die Honorarverteilung.

Die Verpflichtung zur Vorgabe ambulanter Kodierrichtlinien für die Abrechnung der Ärzte entfällt.

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung

Mit der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung erhalten Menschen mit bestimmten schweren Verlaufsformen von Erkrankungen wie HIV/Aids, Krebs, Multiple Sklerose und anderen schweren oder seltenen Erkrankungen eine qualitativ hochwertige interdisziplinäre Behandlung.

Verbesserung des Entlassungsmanagements nach Krankenhausaufenthalt

Das Entlassmanagement ist als Teil des Anspruchs auf Krankenhausbehandlung konkretisiert worden. Die Verbindlichkeit des Entlassungsmanagements wird hierdurch erhöht.

Stärkung der ambulanten Rehabilitation

Die ambulante Rehabilitation wurde gestärkt. Ambulante Rehabilitationseinrichtungen wurden den stationären gleichgestellt, indem nun auch im Bereich der ambulanten Rehabilitation einheitliche Versorgungsverträge vorgesehen sind. Für die bereits zugelassenen Einrichtungen gibt es eine Bestandsschutzregelung. Zudem ist nun auch für die ambulante Rehabilitation ein Schiedsverfahren zu den Vergütungsverträgen vorgesehen.

Das Gesetz ist im Wesentlichen am 1. Januar 2012 in Kraft getreten.

Anlage 22:

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, Über uns:

Sicherstellung,

https://www.kvbawue.de/ueber-uns/unsere-aufgaben/sicherstellung/ [29.07.17]

Alles Gute.
KVBW
Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Arztsuche Kontakt Karriere Newslette

PRAXIS BÜRGER PRESSE ÜBER UNS

Sie befinden sich hier: Start » Über uns » Unsere Aufgaben » Sicherstellung

VERTRETERVERSAMMLUNG
VORSTAND
GESCHÄFTSFÜHRUNG
UNSERE ORGANISATION
UNSERE AUFGABEN
Sicherstellung
Interessenvertretung
Qualitätssicherung
Gewährleistung
Innovation
Rat & Tat
Fehlverhalten bekämpfen
DATEN & FAKTEN
UNSER STIL
KARRIERE
KOOPERATIONEN
ENGAGEMENT
KONTAKT
AUSSCHREIBUNGEN

Sicherstellung

Ambulante Versorgung wird sichergestellt

Kein Arzt oder Psychotherapeut lässt sich einfach so in seiner Praxis nieder. Zumal im Studium über die Praxis der vertragsärztlichen oder vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit nicht viele Worte gemacht werden. Anders bei uns. Die Niederlassungsberatung der KVBW macht Tag für Tag in intensiven Detailgesprächen den Weg zur eigenen Praxis frei und erfüllt damit eine der tragenden Säulen des gesetzlichen Auftrages: die Sicherheit nämlich, dass dem individuellen Bedarf in den Regionen Baden-Württembergs entsprechend, immer eine ausreichende Zahl von Ärzten und Psychotherapeuten für die ambulante Versorgung der Menschen zur Verfügung steht. Auch die Organisation eines leistungsfähigen Notfalldienstes an Wochenenden und Feiertagen ist ein Teil davon.

Die Kassenärztliche Vereinigung agiert hier allerdings nicht völlig frei, denn die Sicherstellung ist eingebunden in das Korsett einer gesetzlichen Bedarfsplanung. Deshalb sind viele Regionen für die Niederlassung weiterer Ärzte oder Psychotherapeuten gesperrt. Gemeinsame Ausschüsse mit den Krankenkassen entscheiden über die Zulassung von Ärzten und Psychotherapeuten. Gemeinsame Verfahren erfordern manchen Kompromiss. Aber das hält uns nicht davon ab, die gesetzlichen Stolpersteine im Interesse unserer Mitglieder und der Patienten weitgehend aus dem Weg zu räumen.

Anlage 23:

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, Über uns:

Gewährleistung,

https://www.kvbawue.de/ueber-uns/unsere-aufgaben/gewaehrleistung/ [29.07.17]

Alles Gute.
KVBW
Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

› Arztsuche › Kontakt › Karriere › Nev

PRAXIS BÜRGER PRESSE ÜBER UNS

Sie befinden sich hier: Start » Über uns » Unsere Aufgaben » Gewährleistung

VERTRETERVERSAMMLUNG
VORSTAND
GESCHÄFTSFÜHRUNG
UNSERE ORGANISATION
UNSERE AUFGABEN
Sicherstellung
Interessenvertretung
Qualitätssicherung
Gewährleistung
Innovation
Rat & Tat
Fehlverhalten bekämpfen
DATEN & FAKTEN
UNSER STIL
KARRIERE
KOOPERATIONEN
ENGAGEMENT
KONTAKT
AUSSCHREIBUNGEN

Gewährleistung

Die Gewährleistung unseres gesetzlichen Auftrags

Diener zweier Herren zu sein - hier den ordnungspolitischen Vorgaben des Gesetzgebers, dort den existenziellen Interessen unserer Mitglieder nachkommen zu wollen - führt mit einer gewissen Zwangsläufigkeit zu dem Konflikt, für den einen zu viel und für den anderen zu wenig zu tun. Eindeutig ist unser Auftrag, vertragsärztliche und vertragspsychotherapeutische Leistungen den gesetzlichen Regelungen entsprechend zu gewährleisten und insbesondere die Abrechnung ärztlicher Leistungen auf sachlich-rechnerische Richtigkeit, Plausibilität und Wirtschaftlichkeit zu überprüfen. Schließlich soll es in der Solidargemeinschaft gerecht zugehen. Präsenzpflicht, Behandlungspflicht und einheitliche Bewertung der ärztlichen Tätigkeit eingeschlossen.

Und dennoch bleibt es bei dem Spagat zwischen Mitgliedern und dem Gesundheitssystem. Denn beiden sind wir verpflichtet und beides zu gewähren, ist die eigentliche Leistung.

Anlage 24:

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, Über uns:

Interessenvertretung,

https://www.kvbawue.de/ueber-uns/unsere-aufgaben/gewaehrleistung/ [29.07.17]

Alles Gute.
KVBW
Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

› Arztsuche › Kontakt › Karriere › New

PRAXIS BÜRGER PRESSE ÜBER UNS

Sie befinden sich hier: Start » Über uns » Unsere Aufgaben » Gewährleistung

VERTRETERVERSAMMLUNG
VORSTAND
GESCHÄFTSFÜHRUNG
UNSERE ORGANISATION
UNSERE AUFGABEN
Sicherstellung
Interessenvertretung
Qualitätssicherung
Gewährleistung
Innovation
Rat & Tat
Fehlverhalten bekämpfen
DATEN & FAKTEN
UNSER STIL
KARRIERE
KOOPERATIONEN
ENGAGEMENT
KONTAKT
AUSSCHREIBUNGEN

Gewährleistung

Die Gewährleistung unseres gesetzlichen Auftrags

Diener zweier Herren zu sein - hier den ordnungspolitischen Vorgaben des Gesetzgebers, dort den existenziellen Interessen unserer Mitglieder nachkommen zu wollen - führt mit einer gewissen Zwangsläufigkeit zu dem Konflikt, für den einen zu viel und für den anderen zu wenig zu tun. Eindeutig ist unser Auftrag, vertragsärztliche und vertragspsychotherapeutische Leistungen den gesetzlichen Regelungen entsprechend zu gewährleisten und insbesondere die Abrechnung ärztlicher Leistungen auf sachlich-rechnerische Richtigkeit, Plausibilität und Wirtschaftlichkeit zu überprüfen. Schließlich soll es in der Solidargemeinschaft gerecht zugehen. Präsenzpflicht, Behandlungspflicht und einheitliche Bewertung der ärztlichen Tätigkeit eingeschlossen.

Und dennoch bleibt es bei dem Spagat zwischen Mitgliedern und dem Gesundheitssystem. Denn beiden sind wir verpflichtet und beides zu gewähren, ist die eigentliche Leistung.

Anlage 25:

Bundesgesundheitsministerium, Aufgaben und Organisation:

Aufgaben und Organisation der GKV, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/grundprinzipien/aufgaben-und-organisation-der-gkv.html [29.07.17]

Aufgaben und Organisation der GKV

Sie sind hier: Themen › Krankenversicherung › Grundprinzipien › Aufgaben und Organisation der GKV

Aufgaben und Organisation der GKV

Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ist die zentrale Säule des deutschen Gesundheitssystems und der älteste Zweig der Sozialversicherung. Ihren gesetzgeberischen Ursprung hat sie in der 1883 geschaffenen Krankenversicherung der Arbeiter. Während zu Beginn der GKV etwa 10 % der Bevölkerung pflichtversichert waren, sind heute fast 90 % der Bevölkerung in einer gesetzlichen Krankenkasse versichert.

Bei der GKV geht es darum, sich gegen das finanzielle Risiko der mit einer Krankheit verbundenen Kosten zu versichern, wobei die Kosten der Gesundheitsversorgung insbesondere durch die Solidargemeinschaft der GKV-Mitglieder und deren Arbeitgebern getragen werden.

Die gesetzlich zugewiesenen Aufgaben und Leistungen der GKV haben sich immer weiter ausgeweitet. § 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) nennt als Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu verbessern sowie die Versicherten aufzuklären, zu beraten und auf eine gesunde Lebensführung hinzuwirken. Damit hat die GKV einen umfassenden Auftrag von Gesundheitsförderung und Prävention über Krankenbehandlung bis hin zur Rehabilitation.

Kassenarten und Verbände

Die GKV ist organisatorisch gesehen eine gegliederte Krankenversicherung, das heißt es gibt keinen einheitlichen Versicherungsträger. Stattdessen gibt es verschiedene Kassenarten mit historisch bedingt unterschiedlicher Ausrichtung (regionale, berufsständische oder branchenspezifische Ausrichtung). In Deutschland gibt es zurzeit sechs unterschiedliche Kassenarten mit der folgenden Zahl von Einzelkassen:

- 11 Allgemeine Ortskrankenkassen
- 88 Betriebskrankenkassen
- 6 Innungskrankenkassen
- 6 Ersatzkassen
- 1 Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
- 1 Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

Die Gesamtzahl der Krankenkassen nahm stetig ab. Waren es Ende des 19. Jahrhunderts noch rund 35.000, so betrug ihre Zahl Anfang der 1990er Jahre rund 1200 und ging mittlerweile auf 113 Krankenkassen zurück (Stand 1. Februar 2017).

Von den 113 Krankenkassen fallen die Betriebskrankenkassen (BKK) rein zahlenmäßig am stärksten ins Gewicht. Die meisten Personen sind jedoch in einer der Ersatzkassen (EK) – rund 39 % – oder bei Ortskrankenkassen (AOK) – rund 36 % – versichert. Den Betriebskrankenkassen gehören rund 15 % und den Innungskassen rund 7 % der Versicherten an. Seit 1996 können die Mitglieder ihre Krankenkasse grundsätzlich frei wählen.

Bereits vor Geltung der allgemeinen Kassenwahlrechte und damit der Eröffnung des Wettbewerbs der Krankenkassen um Mitglieder wurde 1994 der sogenannte Risikostrukturausgleich (RSA) eingeführt. Die Krankenkassen sollten sich nicht dadurch Wettbewerbsvorteile verschaffen können, dass sie vor allem möglichst viele gesunde und gut verdienende Mitglieder anwerben und die Versorgung der kranken und chronisch kranken Versicherten vernachlässigen.

Der RSA zielt daher auf einen Ausgleich der finanziellen Auswirkungen der von den Krankenkassen nicht beeinflussbaren Unterschiede der Risikostrukturen ihrer Versicherten. Mit der Einführung des Gesundheitsfonds im Jahr 2009 wurde erstmals der morbiditätsorientierte RSA durchgeführt. Jede Krankenkasse erhält seitdem aus dem Gesundheitsfonds pro Versicherten eine einheitliche Grundpauschale sowie ergänzende Zu- und Abschläge je nach Alter, Geschlecht und Morbidität ihrer Versicherten.

Die Gliederung der GKV richtet sich nach der Systematik der Kassenarten. Die Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen bilden für jedes Land jeweils einen Landesverband. Jede dieser Krankenkassen, mit Ausnahme der BKK der Dienstbetriebe des Bundes, gehört kraft Gesetzes dem jeweiligen Landesverband des Bundeslandes an, in dem sie ihren Sitz hat (§ 207 SGB V).

Wegen der vielen Kassenzusammenschlüsse seit Einführung der Kassenwahlfreiheit gibt es jedoch bei den Orts- und Innungskrankenkassen zumeist nur noch eine Krankenkasse pro Land, die dann gleichzeitig die Funktionen eines Landesverbandes ausübt. Bei den Ersatzkassen sowie den übrigen Kassenarten existieren keine Landesverbände. Vereinigen sich Krankenkassen unterschiedlicher Kassenarten, wählen sie die künftige Kassenartzugehörigkeit.

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wurde zum 1. Juli 2007 der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) errichtet. Er wird von den Krankenkassen gebildet und ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts.

Der GKV-Spitzenverband hat seit dem 1. Juli 2008 alle gesetzlichen Aufgaben der früheren, für die einzelnen Kassenarten bestehenden Spitzenverbände übernommen. Hierzu gehören insbesondere Abschlüsse von Rahmenverträgen und Vergütungsvereinbarungen für die stationäre, ambulante und zahnärztliche Versorgung auf der Bundesebene mit den jeweiligen Leistungserbringern.

Außerdem hat er die Aufgabe, die Krankenkassen bei der Erfüllung ihrer Aufgaben und der Wahrnehmung ihrer Interessen zu unterstützen. Er trifft in grundsätzlichen Fach- und Rechtsfragen Entscheidungen zum Beitrags- und Meldeverfahren sowie zur einheitlichen Beitragserhebung. Zudem trifft er Entscheidungen zu den Rahmenbedingungen des Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitswettbewerbs der Krankenkassen untereinander.

Die früheren, für die einzelnen Kassenarten bestehenden Spitzenverbände sind seit dem 1. Januar 2009 keine Körperschaft des öffentlichen Rechts und haben daher keine gesetzlichen Aufgaben mehr. Ob und welche Aufgaben ihnen von ihren Mitgliedern übertragen werden, bleibt in der Entscheidung der jeweiligen Krankenkassen.

Anlage 26:

Bundeszentrale für politische Bildung:

Dossier Gesundheitspolitik, Die wichtigsten Akteure im deutschen Gesundheitswesen: Verbände und Körperschaften, http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72575/verbaende-und-koerperschaften?p=all [29.07.17]

Die wichtigsten Akteure im deutschen Gesundheitswesen. Teil 2: Verbände und Körperschaften der gemeinsamen Selbstverwaltung

Thomas Gerlinger, Wolfram Burkhardt

1.3.2012

Im Zentrum der operativen Steuerung und Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitswesens stehen die Akteure der gemeinsamen Selbstverwaltung: Die Verbände der Krankenkassen, die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVs) und die Krankenhausgesellschaften beziehungsweise deren bundesweite Spitzenorganisationen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das gesetzliche Gremium, in dem diese Verbände und Körperschaften zu gemeinsam getragenen Lösungen kommen sollen.

Logo der Deutschen BKK, Betriebskrankenkasse, am Unternehmenssitz in Wolfsburg: Die Gliederung nach Kassenarten ist aus der Entstehungsgeschichte der GKV zu erklären. (© picture alliance / JOKER)

Die Bedeutung der korporatistischen Steuerung

Besonders charakteristisch für das deutsche Gesundheitssystem ist die wichtige 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.

Nähere Informationen zu Korporatismus und Selbstverwaltung sowie zu den historischen Ursprüngen der GKV finden Sie im Lernobjekt "Deutsche Besonderheiten".

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.

Weitere wichtige Institutionen und Verbände im deutschen Gesundheitswesen – teilweise handelt es sich um Organisationen in Trägerschaft der in diesem Lernobjekt porträtierten korporatistischen Akteure – werden im Lernobjekt "Institutionen und Interessenvertretungen" vorgestellt.

Krankenkassen und ihre Verbände

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) unterscheidet mehrere sogenannte Kassenarten: Die Ortskrankenkassen (AOK), Betriebskrankenkassen (BKK), Innungskrankenkassen (IKK), Landwirtschaftliche Krankenkassen sowie See-Krankenkasse und die Bundesknappschaft werden als "Primärkassen" bezeichnet, weil bis 1996 bestimmte Berufsgruppen obligatorisch in einer dieser Kasssen versichert sein mussten. Die siebte Kassenart sind die Ersatzkassen, die bis 1996 noch in Ersatzkassen für Arbeiterinnen und Arbeiter und für Angestellte getrennt waren.

Quellen: BMG; PKV-Verband, 2005, 2008, 2011

Infografik als PDF-Download

Die Gliederung nach Kassenarten ist ebenfalls aus der Entstehungsgeschichte der GKV zu erklären, die sich aus berufsständischen Hilfskassen entwickelt hat. Im SGB V sind den Fragen der Organisation jeder Kassenart jeweils mehrere Paragrafen gewidmet (§§ 143 bis 171).

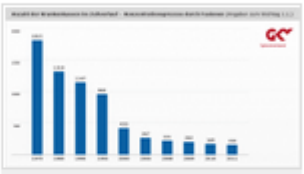
Die einzelnen Krankenkassen gehören jeweils automatisch den Verbänden ihrer Kassenart an. Die Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen gehören laut Gesetz dem Landesverband des Bundeslandes an, in dem sie ihren Sitz haben (§ 207 SGB V). Wegen der vielen Kassenzusammenschlüsse seit Einführung der Kassenwahlfreiheit (1996) gibt es jedoch bei den Orts- und Innungskrankenkassen zumeist nur noch eine Kasse pro Bundesland, die dann gleichzeitig die Funktionen eines Landesverbandes ausübt.

Quelle: Eigene Darstellung

Infografik als PDF-Download

Die Landesverbände einer Kassenart bilden ihrerseits einen Bundesverband (§ 212 SGB V). Bei den Ersatzkassen sowie den übrigen Kassenarten existieren keine Landesverbände.

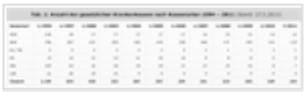
Aber auch sie verfügen über einen sogenannten Spitzenverband, der sie auf Bundesebene vertritt. Die Landwirtschaftlichen Krankenkassen bilden insgesamt einen Bundesverband und die Bundesknappschaft fungiert gleichermaßen als Landes- und Bundesverband.



Quelle: GKV-Spitzenverband 2011

Infografik als PDF-Download

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.



Quelle: Perspektive Mittelstand 2011

Infografik als PDF-Download

Aufgaben der Verbände der Krankenkassen

Die Kassenverbände haben zum einen gesetzlich zugewiesene Aufgaben und zum anderen unterstützen sie ihre Mitgliedskassen in vielfältiger Weise. Die Unterstützungsfunktionen erstrecken sich neben der Vertretung der Kassenart auf politischer Ebene beispielsweise auf EDV-Leistungen oder strategisch bedeutsame Entwicklungsprojekte. Für die Steuerung des deutschen Gesundheitswesens sind vor allem die gesetzlich definierten Aufgaben der Verbände von Bedeutung.

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) (vgl. dazu den Abschnitt weiter unten);
- 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 (nähere Informationen dazu finden Sie im Lernobjekt "Ambulante ärztliche Versorgung. Teil 2").

> **Verwandte Lerntour:**
>
> Ambulante ärztliche Versorgung Teil 2

Ähnliche Aufgaben der gemeinsamen und einheitlichen Setzung von GKV-weit verbindlichen Vorgaben beziehungsweise der Regelung der Rahmenbedingungen in Mantelverträgen haben die Spitzenverbände in den übrigen Leistungsbereichen, also zum Beispiel in Bezug auf Heilmittel (zum Beispiel Krankengymnastik) oder Hilfsmittel (zum Beispiel Prothesen, Rollstühle usw.).

Als Partner des GKV-Spitzenverbandes der Krankenkassen sieht das Gesetz dabei jeweils als Verband organisierte Pendants 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.

Zur Unterstützung der Krankenkassen hat der Gesetzgeber den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) geschaffen, der in jedem Bundesland in Trägerschaft der Landesverbände der Krankenkassen beziehungsweise der Verbände der Ersatzkassen besteht. Auf Bundesebene ist der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS) tätig. Informationen über MDK und MDS finden Sie im Lernobjekt "Institutionen und Interessenvertretungen".

Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Vereinigungen

Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVs) wurden in der Weimarer Republik – genauer gesagt durch die Notverordnung des Reichspräsidenten beziehungsweise der Reichsregierung vom 8. Dezember 1931 – errichtet. Sie stellten gewissermaßen den Endpunkt einer über viele Jahre mit wechselnder Intensität geführten Auseinandersetzung zwischen gesetzlichen Krankenkassen und der damaligen Ärzteschaft dar.

Die Kassen verloren durch diese Maßnahme endgültig die Möglichkeit, Einzelverträge mit Ärztinnen oder Ärzten ihrer Wahl abzuschließen. Stattdessen hatten sie es ab diesem Zeitpunkt grundsätzlich nur noch mit einem einzigen Vertragspartner zu tun – der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) in der betreffenden Region. Die KVs wurden im Hinblick auf die GKV zum Monopolanbieter für ambulante ärztliche Versorgung. Jede Ärztin/jeder Arzt, die/der Kassenpatientinnen und -patienten behandeln wollte, musste seitdem Mitglied der für den eigenen Praxisort zuständigen KV sein (von bestimmten Ausnahmen abgesehen).

Nähere Informationen zu den historischen Auseinandersetzungen zwischen Kassen und Ärztinnen und Ärzten finden Sie im Lernobjekt "Deutsche Besonderheiten".

> **Verwandte Lerntour:**
>
> Deutsche Besonderheiten

Die KVs sind – wie die Krankenkassen – Körperschaften des öffentlichen Rechts. Die Mitglieder der KV werden als "Vertragsärztinnen und -ärzte" beziehungsweise "Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten" bezeichnet. Seit 1998 sind auch die zur Behandlung von GKV-Patientinnen und -Patienten zugelassenen Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten Mitglieder der KVs.

Den Status der Vertragsärztin/des Vertragsarztes beziehungsweise der Vertragspsychotherapeutin/des Vertragspsychotherapeuten erlangt man durch Eintragung in das Arztregister der KV sowie einen Beschluss des Zulassungsausschusses der KV. Die Eintragung in das Arztregister ist an qualifikatorische Voraussetzungen (Approbation als Ärztin/Arzt usw.) gebunden. Im Hinblick auf die Zulassung kommt es zusätzlich darauf an, ob in dem betreffenden KV-Bezirk überhaupt ein Bedarf an weiteren Vertragsärztinnen und -ärzten besteht.

Die Gesamtzahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten betrug Ende 2009 etwa 137.128 (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2005).

Nähere Informationen zur Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung sowie zu den gegenwärtigen Arztzahlen und -strukturen finden Sie im Lernobjekt "Ambulante ärztliche Versorgung. Teil 1".

Verwandte Lerntour:

Ambulante ärztliche Versorgung Teil 1

Aus dem Status der KVs als Körperschaften des öffentlichen Rechts und den ihnen vom Staat übertragenen Aufgaben resultieren weitreichende Befugnisse gegenüber den zur Mitgliedschaft verpflichteten Vertragsärztinnen und -ärzten:

Das Satzungsrecht der KVs ist für die Vertragsärztinnen und -ärzte verbindlich und kann auch mit disziplinarrechtlichen Maßnahmen durchgesetzt werden. Die Rechtsaufsicht über die KVs führen die Sozialministerien der Länder.

Die KVs nehmen somit öffentliche Aufgaben wahr, die ihnen der Staat übertragen hat. An erster Stelle ist dabei der sogenannte "Sicherstellungsauftrag", also die Gewährleistung der ambulanten ärztlichen Versorgung der Bevölkerung – einschließlich eines Notdienstes außerhalb der üblichen Sprechzeiten – zu nennen:

Zitat

Verträge der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Verbänden der Krankenkassen

"Die vertragsärztliche Versorgung ist im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften und der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses durch schriftliche Verträge der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Verbänden der Krankenkassen so zu regeln, dass eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse gewährleistet ist und die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden."

Sozialgesetzbuch V § 72 Abs. 2

Neben dieser Rolle der KVs als Träger von öffentlich-rechtlichen Aufgaben sind sie jedoch auch eine Interessenvertretung der Ärztinnen und Ärzte:

Diese Doppelrolle der KVs ist aus ihrer Entstehungsgeschichte zu erklären: Mit Errichtung der KVs durch die erwähnte Notverordnung des Reichskanzlers Heinrich Brüning aus dem Jahr 1931 wurde die zuvor durch den Hartmannbund wahrgenommene Interessenvertretung der Ärzteschaft in den Stand einer öffentlich-rechtlichen Körperschaft erhoben.

Aufgaben und Struktur der Kassenärztlichen Vereinigungen

Die Struktur und die Aufgaben der KVs sind im Kern seit 1931 kaum verändert worden. In der DDR waren sie suspendiert und wurden nach der deutschen Wiedervereinigung wieder errichtet. Seit 1991 besteht in jedem neuen Bundesland wieder eine KV. Tiefer greifende Veränderungen im Hinblick auf die KVs wurden jedoch mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) beschlossen und traten zum 1. Januar 2005 in Kraft.

Eine besonders sichtbare strukturelle Veränderung ist die Verminderung der Zahl der KVs: Bis Ende des Jahres 2004 existierten noch 23 Kassenärztliche Vereinigungen: In Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz gab es jeweils vier KVs, die ab 2005 zu einer Landes-KV fusioniert wurden. Von diesem Zeitpunkt an gab es nur noch 17 KVs, in jedem Bundesland eine, mit Ausnahme von Nordrhein-Westfalen, wo weiterhin zwei KVs (KV Nordrhein und KV Westfalen-Lippe) bestehen blieben.

Darüber hinaus wurde ab 2005 auch die Leitungsstruktur der KVs geändert: Die Vertreterversammlung ist das oberste Selbstverwaltungsorgan der KV. Sie wird von den KV-Mitgliedern für eine Amtszeit von sechs Jahren gewählt. Die Geschäfte führt ein hauptamtlicher Vorstand, der von der Vertreterversammlung für ebenfalls sechs Jahre gewählt wird.

Die Aufgaben der KVs sind in Paragraf 75 SGB V geregelt. Neben dem bereits erwähnten Sicherstellungsauftrag obliegen den KVs auch:

- die Wahrnehmung der Rechte der Vertragsärztinnen und -ärzte gegenüber den Krankenkassen (Interessenvertretung),
- die Gewährleistung einer ordnungsgemäßen Durchführung der vertragsärztlichen Tätigkeit gegenüber den Kassen (Gewährleistungspflicht),
- die Zuständigkeit für die Vertragsabschlüsse und
- die Mitarbeit in der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärztinnen, Ärzten und Krankenkassen.

Wichtigste Aufgabe der KVs aus Sicht der Bürgerinnen und Bürger ist die Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung. Die KVs schließen zu diesem Zweck Gesamtverträge mit den Krankenkassen beziehungsweise mit deren Landesverbänden – also im Prinzip einen Versorgungsvertrag, der für alle der KV angehörenden Vertragsärztinnen und -ärzte Geltung hat. Die Ärztinnen und Ärzte verpflichten sich damit, die GKV-Versicherten entsprechend den gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen zu behandeln.

Von den Kassen erhalten die KVs im Gegenzug eine sogenannte "Gesamtvergütung". Aus der Gesamtvergütung honoriert die KV die von ihren Mitgliedern erbrachten Leistungen. Grundlage der Honorarverteilung ist dabei ein Bewertungsmaßstab, den die Kassenärztliche Bundesvereinigung (vgl. den folgenden Abschnitt) mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen vereinbart.

Die Grafik zeigt die vertraglichen Beziehungen zwischen den institutionellen Akteuren sowie einzelnen Vertragsärztinnen und -ärzten und den Versicherten:

Weitere Ausführungen zu den beiden zentralen Aufgabenfeldern "Sicherstellungsauftrag" und "Vertragsabschlüsse" finden Sie in den Lernobjekten zur ambulanten ärztlichen Versorgung.

Quelle: Eigene Darstellung

Infografik als PDF-Download

Verwandte Lerntouren:

Ambulante ärztliche Versorgung Teil 1
Ambulante ärztliche Versorgung Teil 2

Die skizzierten vertraglichen Beziehungen zwischen Kassen und KVs stehen im Zusammenhang mit dem für die GKV charakteristischen Sachleistungsprinzip:

Die gesetzlich Versicherten haben Anspruch auf medizinische Behandlung bei den Vertragsärztinnen und -ärzten und müssen sich um die Honorierung der Ärztin/des Arztes nicht weiter kümmern, weil Krankenkassen und KVs dies im Rahmen der Gesamtverträge untereinander regeln.

Die Tätigkeit der KVs wird durch die Vertragsärztinnen und -ärzte und die Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten finanziert, indem ein Teil der von den Kassen für die ambulante Versorgung zur Verfügung gestellten Gesamtvergütung von der KV einbehalten wird.

Tipp
Einschätzung der "Gesundheitsweisen"

Der Sachverständigenrat für die Beurteilung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat in seinem Jahresgutachen 2005 "Koordination und Qualität im Gesundheitswesen" die Funktion der KVs für die korporative Steuerung der ambulanten Versorgung unter die Lupe genommen. In der rechten Randspalte unter "Expertenbeiträge" finden Sie einen Linkverweis zu diesem Gutachten. Die Einschätzungen über die KV sind im Kapitel "Organisationen und Institutionen der Selbstverwaltung" ausgeführt.

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) (vgl. dazu den Abschnitt weiter unten);
- 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.

Krankenhausgesellschaften und 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.

Im Jahr 2003 gab es in Deutschland knapp 2.200 Akutkrankenhäuser. Die Abbildung zeigt deren Aufteilung nach der Trägerschaft. Bei den Häusern lagen die freigemeinnützigen Träger an der Spitze. Betrachtet man die Verteilung nach Betten, dominierte jedoch der öffentliche Bereich mit einem Anteil von rund 54 Prozent an allen Krankenhausbetten.

Die Krankenhausträger schließen sich auf freiwilliger Basis zu Landeskrankenhausgesellschaften zusammen, deren Aufgabe es ist, die Interessen der Träger beziehungsweise Häuser gegenüber den Kostenträgern, dem Staat und der Öffentlichkeit zu vertreten.

Quelle: Deutsche Krankenhausgesellschaft 2010

Infografik als PDF-Download

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 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.).

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 (Gemeinsamer Bundesausschuss, vgl. dazu den folgenden Abschnitt).

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

Das Logo des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) (© picture-alliance/dpa)

Durch das letzte Gesundheitsreformgesetz (GKV-Modernisierungsgesetz) wurde auch die gemeinsame Selbstverwaltung der Ärztinnen, Ärzte und Krankenkassen neu strukturiert. Bis Ende 2003 waren mehrere Einzelgremien mit Fragen der Gestaltung und Weiterentwicklung der gesundheitlichen Versorgung unter dem Dach der GKV befasst. 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).

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

Quelle: Eigene Darstellung

Infografik als PDF-Download

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).

Der Gemeinsame Bundesausschuss ist gewissermaßen 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.

Zitat

Korporative Super-Organisation

"Der G-BA bildet quasi eine zentrale korporative 'Super-Organisation' mit erweiterten Vollmachten hinsichtlich der medizinischen Versorgung."

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2005

Der G-BA hat allgemein gesprochen die Aufgabe zu konkretisieren, welche ambulanten oder stationären Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind. Die drei letztgenannten Qualitäten werden in Paragraf 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").

Zitat

Leistungskatalog fixieren und fortschreiben

"Ingesamt gesehen besitzt der G-BA damit die Kompetenz, über die Formulierung von Qualitätskriterien den Leistungskatalog der GKV zu fixieren und fortzuschreiben. Er bildet damit das für die Allokation im Gesundheitswesen relevanteste Entscheidungsorgan."

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2005

Eine ganz besonders wichtige Aufgabe fällt dem G-BA im Hinblick auf die Gestaltung und Weiterentwicklung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung zu (vgl. §§ 135 und 137c SGB V):

- 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.

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-Programmme, DMP).

Zur Unterstützung der Aufgaben des G-BA wurde 2004 eigens das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) gegründet (vgl. das Lernobjekt "Institutionen und Interessenvertretungen").

Zusammenfassung

Die gesetzlichen Krankenkassen gliedern sich in sieben sogenannte Kassenarten. Die einzelnen Kassen jeder Kassenart sind in Landesverbänden sowie bundesweiten Spitzenverbänden organisiert. Die Verbände der Krankenkassen nehmen einerseits Dienstleistungsfunktionen für ihre Mitgliedskassen wahr, andererseits fallen ihnen gesetzlich festgelegte Aufgaben zu. Zu den gesetzlichen Aufgaben gehören unter anderem der Abschluss von Verträgen mit den Leistungserbringern (Ärztinnen und Ärzte, Krankenhäuser usw.) sowie die Mitarbeit im Gemeinsamen Bundesausschuss.

Die Verantwortung für die ambulante ärztliche Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung – der sogenannte Sicherstellungsauftrag – liegt bei den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVs). Ärztinnen und Ärzte, die GKV-Patientinnen und -Patienten behandeln, sind Mitglied ihrer regionalen KV. Sie werden als Vertragsärztinnen und -ärzte bezeichnet.

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 nach Ländern gegliederten KVs (in Nordrhein-Westfalen gibt es zwei KVs) sind Mitglieder der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Die KBV ist bei bundesweit zu regelnden Angelegenheiten die zuständige Körperschaft aufseiten der Ärztinnen und Ärzte, somit gewissermaßen das Pendant zu den Spitzenverbänden der Krankenkassen.

Analog zu den KVs und der KBV gibt es auch Kassenzahnärztliche Vereinigungen (KZV) beziehungsweise die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV).

Die Träger der Krankenhäuser sind auf Länderebene in Krankenhausgesellschaften organisiert. Ihr Spitzenverband ist die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG). Die DKG vertritt die Krankenhausträger in den Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das wichtigste Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung von Krankenkassen und Leistungserbringern. Der G-BA wurde durch das jüngste Gesundheitsreformgesetz (GKV-Modernisierungsgesetz, GMG) konstituiert. Seine Aufgabe besteht darin, die Leistungsansprüche der GKV-Versicherten durch Richtlinien zu konkretisieren und allgemeine Vorgaben zur Qualitätssicherung zu machen.

Anlage 27:

GKV-Spitzenverband, Organisation:

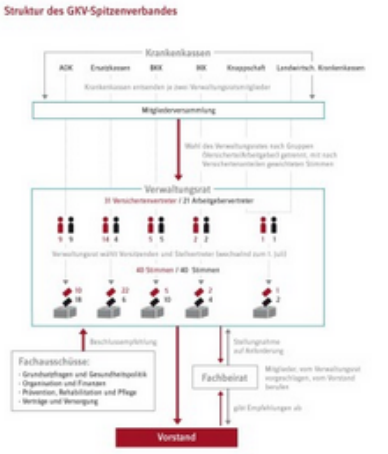
https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/der_verband/organisation/organisation.jsp [29.07.17]

Organisation des GKV-Spitzenverbandes

Der GKV-Spitzenverband ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung.

Er hat seinen Sitz in Berlin. Mitglieder des GKV-Spitzenverbandes sind alle gesetzlichen Krankenkassen.

Die Organe des GKV-Spitzenverbandes sind die Mitgliederversammlung, der Verwaltungsrat und der Vorstand.



Mitgliederversammlung

Hauptaufgabe der Mitgliederversammlung ist es, den Verwaltungsrat zu wählen. Sie tritt zusammen, wenn

- sich die Organe des GKV-Spitzenverbandes aufgrund von Sozialwahlen in einer ordentlichen Mitgliederversammlung neu konstituieren müssen,
- der Verwaltungsrat beschließt, seinen jährlichen Bericht an die Mitglieder der Mitgliederversammlung durch die alternierenden Vorsitzenden aus wichtigem Grund mündlich abzugeben oder
- der Verwaltungsrat ein Votum der Mitgliederversammlung einholen möchte.

Turnusmäßig findet sie alle sechs Jahre statt. Die nächste Mitgliederversammlung tritt am 13. Dezember 2017 zusammen.

Verwaltungsrat

Aufgabe des Verwaltungsrates ist es, die Satzung und sonstiges Recht des GKV-Spitzenverbandes zu beschließen. Weiterhin trifft er alle Entscheidungen, die für den GKV-Spitzenverband und die Krankenkassen von grundsätzlicher Bedeutung sind. Dazu gehören insbesondere gesundheits-, pflege- und sozialpolitische Grundsatzfragen, Grundsatzfragen der Versorgungsentwicklung, des Vertragswesens und der Telematik. Um den Verwaltungsrat bei seinen Entscheidungen fachlich zu unterstützen, wurden vier Fachausschüsse gebildet, die dem Verwaltungsrat Empfehlungen zur Beschlussfassung geben: Fachausschuss „Grundsatzfragen und Gesundheitspolitik", Fachausschuss „Organisation und Finanzen", Fachausschuss „Verträge und Versorgung", Fachausschuss „Prävention, Rehabilitation und Pflege".

Der Verwaltungsrat wählt den Vorstand sowie aus dessen Mitte den Vorstandsvorsitzenden und den stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden und vereinbart alle vertraglichen Regelungen. Er beschließt die Geschäftsverteilung des Vorstandes im Benehmen mit diesem und legt Richtlinien für seine Arbeit fest. Jährlich legt der Verwaltungsrat allen Mitgliedskassen einen Geschäftsbericht über die Tätigkeiten des GKV-Spitzenverbandes vor und stellt den Haushalt fest.

Anlage 28:

GKV-Spitzenverband, Der Verband:

https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/der_verband/wir_ueber_uns.jsp [29.07.17]

Der Verband

Der GKV-Spitzenverband ist die zentrale Interessenvertretung der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen in Deutschland und auf europäischer sowie internationaler Ebene. Er gestaltet die Rahmenbedingungen für einen intensiven Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung. Die Gesundheit der 70 Millionen Versicherten steht dabei im Mittelpunkt seines Handelns.

Die vom GKV-Spitzenverband abgeschlossenen Verträge und seine sonstigen Entscheidungen gelten für alle Krankenkassen, deren Landesverbände und damit praktisch für alle gesetzlich Versicherten. Der GKV-Spitzenverband unterstützt die Krankenkassen und ihre Landesverbände bei der Erfüllung ihrer Aufgaben und bei der Wahrnehmung ihrer Interessen. So hilft er etwa bei der Entwicklung und Standardisierung des elektronischen Datenaustauschs innerhalb der GKV.

Seine Wirkungsmöglichkeiten sind vielfältig. So berät er die Parlamente und Ministerien im Rahmen aktueller Gesetzgebungsverfahren und ist stimmberechtigtes Mitglied im Gemeinsamen Bundesausschuss. Mit den Vertragspartnern auf Bundesebene schließt er Verträge und Vereinbarungen sowie verhandelt Richtlinien für die gesundheitliche und pflegerische Versorgung.

Wirkungsmöglichkeiten des GKV-Spitzenverbandes

Die Wirkungsmöglichkeiten des GKV-Spitzenverbandes

Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemäß § 217a SGB V. Seine Gründung geht zurück auf die Gesundheitsreform 2007. Mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) wurden die Verbandsstrukturen der Krankenkassen gestrafft. Seit 1. Juli 2008 vertritt daher ein einheitlicher Spitzenverband (statt vorher sieben) die Belange der gesetzlichen Krankenversicherung auf Bundesebene.

Der GKV-Spitzenverband ist gleichzeitig der Spitzenverband der Pflegekassen.

Darüber hinaus ist er Träger des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS).

Alle gesetzlichen Krankenkassen sind Mitglieder des GKV-Spitzenverbandes.

Anlage 29:

Gemeinsamer Bundesausschuss, Struktur, Mitglieder:

Der Gemeinsame Bundesausschuss stellt sich vor,

https://www.g-ba.de/institution/struktur/ [29.07.17]

Anlage 30:

Landesärztekammer Baden-Württemberg, Aufgaben und Mitgliederservice:

http://www.aerztekammer-bw.de/10aerzte/05kammern/10laekbw/10service/index.html [29.07.2017]

Anlage 31:

Bundeszentrale für politische Bildung:

Dossier Gesundheitspolitik, Die wichtigsten Akteure im deutschen Gesundheitswesen: Institutionen und Interessenvertretung, http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72588/institutionen-und-interessenvertretungen?p=all [29.07.17]

Die wichtigsten Akteure im deutschen Gesundheitswesen. Teil 3: Institutionen und Interessenvertretungen

Neben den staatlichen Akteuren und den Verbänden der gemeinsamen Selbstverwaltung gibt es eine große Zahl von weiteren wichtigen Organisationen im Gesundheitswesen. Dazu gehören die Kammern der freien Berufe, Institutionen wie der Medizinische Dienst der Krankenversicherung sowie viele Interessenvertretungen.

Thomas Gerlinger, Wolfram Burkhardt

1.3.2012

Die Bundesärztekammer (BÄK) ist ein freiwilliger Zusammenschluss der Landesärztekammern. (© picture-alliance/dpa)

Kammern, Verbände und nachgeordnete Institutionen

Die wichtigsten Akteure des deutschen Gesundheitswesens auf staatlicher Ebene sowie in der gemeinsamen Selbstverwaltung werden in jeweils einem Lernobjekt vorgestellt. Neben diesen beiden Akteursgruppen mit ganz oder teilweise gesetzlich geregelten Aufgaben gibt es noch eine große Zahl von weiteren "Mitspielern" im Gesundheitswesen, die in diesem Lernobjekt vorgestellt werden.

Zum einen werden Institutionen vorgestellt, die nicht unmittelbar Teil der gemeinsamen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen sind, aber in enger Beziehung zu den dortigen Akteuren stehen und ebenfalls öffentliche Aufgaben erfüllen, die teilweise gesetzlich geregelt sind:

Die Ärztekammern und die Bundesärztekammer, das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) sowie der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK). Als eine weitere Vertretung eines Heilberufes wird die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) vorgestellt.

Ferner werden einige wichtige Interessenvertretungen aufgeführt: Die Berufs- und Interessenverbände der Ärzteschaft, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Verbände der Arzneimittelhersteller.

Ärztekammern

Die Ärztekammern sind die Berufsvertretungen aller approbierten Ärztinnen und Ärzte und unterliegen der jeweiligen Landesgesetzgebung.

Außer in Nordrhein-Westfalen, wo es zwei Kammern gibt, existiert in jedem Bundesland eine Landesärztekammer. Mitglied der Kammer müssen alle Ärztinnen und Ärzte sein, die in dem betreffenden Land ihren Beruf ausüben – also keineswegs nur die Vertragsärztinnen und -ärzte, sondern auch die in Krankenhäusern, Gesundheitsämtern oder sonstigen Einrichtungen tätigen Ärztinnen und Ärzte. Ende 2010 waren 439.090 Ärztinnen und Ärzte bei der Bundesärztekammer (BÄK) gemeldet (Bundesärztekammer 2010).

Auch für die Psychotherapeutinnen und -therapeuten wurden inzwischen Landespsychotherapeutenkammern sowie eine Bundespsychotherapeutenkammer gebildet, die analoge Aufgaben und Strukturen wie die Ärztekammern haben.

Die Ärztekammern sind selbstverwaltete Körperschaften des öffentlichen Rechts. Die Rechtsaufsicht übt das zuständige Landesministerium aus. Oberstes Entscheidungsgremium ist die von den Kammermitgliedern gewählte Delegierten- oder Kammerversammlung. Die Geschäfte führt der Vorstand, an dessen Spitze eine Präsidentin/ein Präsident und eine Vizepräsidentin/ein Vizepräsident stehen.

Die Ärztekammern haben die Aufgabe, die ärztliche Berufsausübung zu regeln. Zu ihren wichtigsten Aufgaben gehört es:

- eine ärztliche Berufsordnung zu erlassen,
- die ärztliche Weiterbildung (zur Fachärztin/zum Facharzt für …) im Rahmen einer Weiterbildungsordnung zu regeln,
- sich um die ärztliche Fortbildung zu kümmern,
- über die Einhaltung der Berufspflichten zu wachen (einschließlich der Berufsgerichtsbarkeit),
- Maßnahmen der Qualitätssicherung festzulegen sowie
- Schlichtungs- und Gutachterkommissionen für ärztliche Behandlungsfehler ("Kunstfehler") einzurichten.

Ferner nehmen die Ärztekammern, so wie die vergleichbaren Einrichtungen anderer freier Berufe, Aufgaben der Daseinsfürsorge für ihre Mitglieder wahr (Altersversorgungssysteme, Absicherung bei Berufsunfähigkeit usw.).

Ähnliche Strukturen wie bei den Ärztekammern finden sich auch bei den Zahnärzte- und Apothekerkammern.

Die Bundesärztekammer (BÄK)

Die Bundesärztekammer (BÄK) ist ein freiwilliger Zusammenschluss der Landesärztekammern. Sie ist keine Körperschaft des öffentlichen Rechts.

Wichtigstes Organ der BÄK ist die jährlich einmal tagende Hauptversammlung, der 250 Delegierte aus den einzelnen Ärztekammern angehören und die auch als "Deutscher Ärztetag" bezeichnet wird. Die Hauptversammlung wählt den Vorstand, den eine Präsidentin/ein Präsident und zwei Vizepräsidentinnen/Vizepräsidenten leiten.

Nach ihrer Satzung nimmt die Bundesärztekammer unter anderem folgende Aufgaben wahr:

- Vertretung der Positionen der Ärzteschaft in Politik und Gesellschaft
- Hinwirken auf eine möglichst große Einheitlichkeit der ärztlichen Berufsausübung und Weiterbildung durch Beschluss einer Muster-Berufsordnung und einer Muster-Weiterbildungsordnung, an denen sich die Landesärztekammern orientieren sollen

Darüber hinaus nimmt die BÄK auf Bundesebene Funktionen wahr, die die Landesärztekammern in ihren jeweiligen Regionen ausüben (zum Beispiel Förderung der ärztlichen Fortbildung und in der Qualitätssicherung).Der BÄK angegliedert sind eine Reihe von weiteren Institutionen. Beispielhaft sei auf die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) verwiesen: Die AkdÄ informiert die Ärztinnen und Ärzte über eine vernünftige Arzneimitteltherapie sowie insbesondere über Fragen der Arzneimittelsicherheit. Jede Ärztin/jeder Arzt, die/der bei den eigenen Patientinnen und Patienten eine unerwünschte Arzneimittelwirkung feststellt, ist laut Berufsordnung verpflichtet, dies der AkdÄ mitzuteilen, die bei Bedarf ihrerseits im Zusammenwirken mit dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) weitere Maßnahmen veranlasst (vgl. Lernobjekt "Staatliche Akteure").

Verwandte Lerntour:

Staatliche Akteure

Ferner gibt es gemeinsame Einrichtungen von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung, wie beispielsweise das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ), das unter anderem an der Entwicklung von Behandlungsleitlinien für einzelne Krankheitsbilder mitwirkt und auch Informationsangebote für Patientinnen und Patienten bereithält.

Ärztliche Interessenvertretungen und Berufsverbände sowie wissenschaftliche Fachgesellschaften

Darüber hinaus existiert eine Vielzahl von ärztlichen Verbänden und Interessenvertretungen, denen keine gesetzlich definierten Funktionen im Sinne der korporatistischen Steuerung des Gesundheitswesens zukommen. Diese Verbände und Vereinigungen dienen der Interessenvertretung der Ärztinnen und Ärzte beziehungsweise spezifischer Unter- und Fachgruppen der Ärzteschaft. Man unterscheidet zumeist zwischen den "freien ärztlichen Verbänden" und den Berufsverbänden.

Pressekonferenz des Marburger Bundes 2005. (© picture-alliance/AP)

Die drei größten freien Verbände sind:

- Hartmannbund – Verband der Ärzte Deutschlands e. V.
- NAV-Virchow-Bund – Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e. V.
- Marburger Bund – Verband der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V.

Tipp
Eine Vielzahl von Berufsverbänden

Die Zahl der Berufsverbände ist ausgesprochen groß. Einzelheiten sind über die Gemeinschaft Hausärztlicher Berufsverbände beziehungsweise die Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände (GFB) zu erfahren. In der rechten Randspalte unter "Akteure und Interessenverbände" finden Sie Linkverweise zu den Homepages dieser Verbände.

Von den Berufsverbänden und Interessenvertretungen der Ärztinnen und Ärzte streng zu unterscheiden sind die wissenschaftlichen Fachgesellschaften, die in der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) zusammengeschlossen sind. Die Fachgesellschaften beziehungsweise die AWMF spielen für die gesundheitliche Versorgung eine wachsende Rolle, weil sie am Prozess der Erarbeitung von Behandlungsleitlinien teilnehmen.

Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK)

Zur Unterstützung Krankenkassen hat der Gesetzgeber den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) geschaffen (§§ 275 bis 283 SGB V), der in jedem Bundesland in Trägerschaft der Landesverbände der Krankenkassen beziehungsweise der Verbände der Ersatzkassen besteht. Der MDK ist kassenartenübergreifend konzipiert.

Der MDK erfüllt zahlreiche Begutachtungsaufgaben und erarbeitet Stellungnahmen zu Leistungsansprüchen einzelner Versicherter an die Kassen. Anlässe für Einzelfallbegutachtungen durch den MDK sind beispielweise langdauernde Arbeitsunfähigkeiten von Kassenmitgliedern, die Begutachtung der Notwendigkeit von Rehabilitationsmaßnahmen oder häuslicher Krankenpflege. Das Gesetz verpflichtet die Kassen in bestimmten Fällen, eine Stellungnahme des MDK einzuholen.

Darüber hinaus unterstützt der MDK die Kassen bei übergreifenden Fragen, die medizinischen Sachverstand erfordern (zum Beispiel Qualitätssicherung, Krankenhausplanung, Wirksamkeit neuer Behandlungsverfahren).

Auf Bundesebene ist der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) tätig. Seine Aufgaben liegen vor allem im Bereich der Beratung der Spitzenverbände bei übergreifenden Aufgaben. Beispiele sind etwa die Weiterentwicklung des Vergütungssystems im Krankenhaus (vgl. das Lernobjekt "Stationäre Versorgung. Teil 2"), die Beurteilung von Medizinprodukten sowie die Mitwirkung an der Beurteilung neuer Behandlungsmethoden.

Die Medizinischen Dienste haben ferner wichtige Aufgaben im Bereich der gesetzlichen Pflegeversicherung. Ärztinnen und Ärzte des MDK begutachten alle Versicherten, die einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung stellen. Ferner prüft der MDK die Qualität der Pflegeeinrichtungen. Der MDS ist für grundsätzliche Fragen der Qualitätssicherung in der Pflege zuständig und führt die Daten zur Pflegequalität zusammen. Im November 2004 hat der MDS erstmals einen Bericht zur "Qualität in der ambulanten und stationären Pflege" in Deutschland vorgelegt.

Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)

Ein "Kind" der Gesundheitsreform von 2003 ist das 2004 vom Gemeinsamen Bundesausschuss in Form einer Stiftung gegründete Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Das Institut soll ein fachlich unabhängiges, wissenschaftliches Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen sein.

Zitat

Aufgaben des IQWiG

"1. Recherche, Darstellung und Bewertung des aktuellen medizinischen Wissensstandes zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren bei ausgewählten Krankheiten

2. Erstellung von wissenschaftlichen Ausarbeitungen, Gutachten und Stellungnahmen zu Fragen der Qualität und Wirtschaftlichkeit der im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erbrachten Leistungen

3. Bewertung evidenzbasierter Leitlinien für die epidemiologisch wichtigsten Krankheiten

4. Abgabe von Empfehlungen zu Disease-Management-Programmen

5. Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln

6. Bereitstellung von für alle Bürgerinnen und Bürger verständlichen allgemeinen Informationen zur Qualität und Effizienz in der Gesundheitsversorgung"

Sozialgesetzbuch V § 139a Abs. 3

Um die Gründung dieses Instituts hat es im Zuge des Gesetzgebungsverfahrens teilweise heftige politische Auseinandersetzungen gegeben. Besonders die Arzneimittelhersteller haben sich gegen die Kompetenzen des Instituts im Bereich der Nutzenbewertung von Arzneimitteln gewehrt. Vorbild für das IQWiG ist das britische "National Institute of Clinical Excellence" (NICE), welches vergleichbare – beziehungsweise noch weiter reichende – Funktionen im staatlichen Gesundheitswesen Großbritanniens ausübt.

Da das IQWiG erst im Laufe des Jahres 2004 gegründet wurde, liegen bisher nur wenige Informationen über Arbeit und Ergebnisse des Instituts vor. Am gesetzlichen Aufgabenkatalog ist jedoch abzulesen, dass das IQWiG eine sehr wichtige Rolle für die Zukunft der Gesundheitsversorgung spielen kann.

Die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA)

Die Apthekerinnen und Apotheker sind als freier Beruf zur Mitgliedschaft in einer der 17 Landesapothekerkammern verpflichtet. Vergleichbar den Ärztekammern sind sie Körperschaften des öffentlichen Rechts mit bestimmten Regelungskompetenzen, die durch Landesgesetze näher umschrieben sind.

Neben den Kammern gibt es in der Regel nach Bundesländern organisierte Apothekerverbände und -vereine, die als berufsständische Interessenvertretungen agieren.

Die jeweils 17 Landesapothekerkammern und -verbände sind in der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) zusammengeschlossen. Die ABDA ist der Spitzenverband der Apothekerinnen und Apotheker auf Bundesebene.

ABDA ist eine gesundheitspolitische Interessenvertretung sowie eine Serviceeinrichtung für die Apothekerschaft. Gesetzliche Aufgaben sind ihr nicht übertragen.

Der Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV-Verband)

Der Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV-Verband) ist die gemeinsame Interessenvertretung der Unternehmen der privaten Krankenversicherung (PKV). 2004 gehörten dem Verband 49 Unternehmen an, auf die nach Verbandsangaben mehr als 99 Prozent des Marktanteils der PKV entfielen. Neben den im PKV-Verband organisierten Unternehmen gibt es noch eine Reihe meist sehr kleiner und nur regional beziehungsweise in bestimmten Berufsgruppen tätigen Versicherungsvereinen.

Etwa acht Millionen Bundesbürgerinnen und -bürger haben eine private Krankenvollversicherung, das heißt, sie sind nicht Mitglied der GKV, sondern haben ihr Krankheitsrisiko mehr oder weniger vollständig bei einem privaten Versicherungsunternehmen abgesichert. Neben den Vollversicherungen bieten die PKV-Unternehmen noch verschiedene Zusatzversicherungen an, die von vielen GKV-Versicherten abgeschlossen werden. Mitte 2004 hatten etwa 15 Millionen Bürgerinnen und Bürger eine Zusatzversicherung (Verband der Privaten Krankenversicherung 2004).

Der PKV-Verband engagiert sich vor allem in der Gesundheitspolitik für die Interessen der Versicherungsunternehmen. Da es sich bei der PKV um ein zur GKV paralleles Versicherungssystem handelt, gehören Fragen der Abgrenzung der Geschäftsbereiche von GKV und PKV – die Insider sprechen hier von der sogenannten "Friedensgrenze" – immer wieder zu den Hauptthemen des Verbandes.

Ein Beispiel ist die Diskussion über die Einführung einer sogenannten "Bürgerversicherung", die unter anderem eine Versicherungspflicht für alle Bundesbürgerinnen und -bürger vorsieht. Dadurch würde die PKV-Vollversicherung in ihrer bisherigen Form abgeschafft.

Verwandte Lerntour:
Vorschläge zur Reform der GKV-Finanzierung

Informationen zur Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung, Bürgerversicherung sowie zu alternativen Reformmodellen finden Sie in der Lerntour "Vorschläge zur Reform der GKV-Finanzierung". Zur Lerntour

Der PKV-Verband stellt darüber hinaus Zahlen und Statistiken über die private Krankenversicherung zur Verfügung.

Die Verbände der Arzneimittelhersteller

Die Arzneimittelhersteller sind ein Industriezweig mit heterogenen Interessen im Gesundheitswesen. Sie lassen sich daher durch mehrere Verbände vertreten, denen unterschiedliche Firmen angehören:

- Die großen, meist international operierenden Unternehmen sind im Verband Forschender Arzneimittelhersteller e. V. (vfa) organisiert. Dem vfa gehörten im Juni 2005 39 Unternehmen an; aktuell gehören ihm 35 Unternehmen an (Stand Januar 2012).
- Im Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (BPI) sind vorwiegend mittelständische Hersteller organisiert. Dem BPI gehören etwa 300 Unternehmen an.
- Dem Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller e. V. (BAH) gehören 457 Unternehmen (Stand März 2011) an, wobei es sich hier eher um kleinere bis mittelgroße Unternehmen handelt. Der BAH vertritt nach eigenem Bekunden die Interessen seiner Mitglieder im Hinblick auf die Marktsegmente Selbstmedikation und nicht patentgeschützte rezeptpflichtige Arzneimittel.

Der BPI war lange Zeit der gemeinsame Verband der Arzneimittelhersteller in Deutschland. Wegen zunehmender Interessengegensätze innerhalb des Verbandes verließen die sich selbst als "forschende Arzneimittelhersteller" bezeichnenden Unternehmen den BPI und gründeten den vfa.

Zusammenfassung

Die Angehörigen der freien Berufe im Gesundheitswesen (Ärztinnen und Ärzte, Apothekerinnen und Apotheker) sind Pflichtmitglieder ihrer jeweiligen Kammern. Ärzte-, Zahnärzte- und Apothekerkammern sind Körperschaften des öffentlichen Rechts, die zum Teil durch Landesgesetze geregelte Aufgaben wahrnehmen. Eine zentrale Funktion haben sie im Hinblick auf die Erstellung von Berufs- und Weiterbildungsordnungen. Die Bundesärztekammer ist die berufsständische Vertretung der Ärzteschaft auf Bundesebene.

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) ist eine nach Bundesländern gegliederte Institution, die die Krankenkassen und deren Verbände mit medizinischem Sachverstand unterstützt. Zu einem großen Teil handelt es sich dabei um Begutachtungsaufträge im Zusammenhang mit Leistungsfällen der Krankenkassen. Der MDK ist kassenartenübergreifend organisiert. Die Aufgaben des MDK sind gesetzlich geregelt. Die Spitzenverbände der Krankenkassen werden durch den Medizinischen Dienst der Spitzenverbände (MDS) beraten.

Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) ist eine erst 2004 durch das GKV-Modernisierungsgesetz neu eingerichtete wissenschaftliche Institution. Es soll mit seinen Analysen zu Wirksamkeit, Nutzen und Wirtschaftlichkeit von Behandlungs- und Untersuchungsverfahren die Öffentlichkeit informieren.

Die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) ist der Spitzenverband der nach Bundesländern gegliederten Apothekerkammern und -verbände.

Die gesundheitspolitische Interessenvertretung der privaten Krankenversicherungsunternehmen leistet der Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV-Verband).

Die Arzneimittelhersteller sind in drei unterschiedlichen Verbänden organisiert: Im Verband Forschender Arzneimittelhersteller sind die großen, international tätigen Unternehmen organisiert, die einen nennenswerten Teil ihres Umsatzes mit patentgeschützten Produkten aus eigener Forschung erzielen. Die kleineren Unternehmen, die überwiegend nicht patentgeschützte Produkte (Generika) oder nicht rezeptpflichtige Arzneimittel herstellen, lassen sich durch den Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (BPI) beziehungsweise durch den Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller (BAH) vertreten.

Anlage 32:

Bundesärztekammer,

Aufgaben der Bundesärztekammer,

http://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aufgaben/ [29.07.17]

Aufgaben der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern) ist die Spitzenorganisation der ärztlichen Selbstverwaltung; sie vertritt die berufspolitischen Interessen der 496.240 Ärztinnen und Ärzte (Stand: 31.12.2016) in der Bundesrepublik Deutschland. Als Arbeitsgemeinschaft der 17 deutschen Ärztekammern wirkt die Bundesärztekammer (BÄK) aktiv am gesundheitspolitischen Meinungsbildungsprozess der Gesellschaft mit und entwickelt Perspektiven für eine bürgernahe und verantwortungsbewusste Gesundheits- und Sozialpolitik.

- Sicherung einer guten medizinischen Versorgung der Bevölkerung durch den ständigen Erfahrungsaustausch zwischen den Ärztekammern und der gegenseitigen Abstimmung ihrer Ziele und Tätigkeiten; Vermittlung des Meinungs- und Erfahrungsaustausches zwischen den Landesärztekammern;
- Pflege des Zusammengehörigkeitsgefühls aller in Deutschland tätigen Ärzte und ihre Beratung und Unterrichtung bei wichtigen Vorgängen für Ärzte auf dem Gebiet des Gesundheitswesens und des sozialen Lebens;
- Herbeiführung einer möglichst einheitlichen Regelung der ärztlichen Berufspflichten und Grundsätze für die ärztliche Tätigkeit auf allen Gebieten;
- Wahrung der beruflichen Belange der Ärzteschaft in Angelegenheiten, die über den Zuständigkeitsbereich eines Landes hinausgehen. Kontakte zur Bundesregierung und Bundesrat sowie zu den politischen Parteien;
- Vermittlung der Position der Ärzteschaft zu gesundheitspolitischen und medizinischen Fragen;
- Förderung der ärztlichen Fortbildung;
- Förderung der Qualitätssicherung;
- Herstellung von Beziehungen zur medizinischen Wissenschaft und zu ärztlichen Vereinigungen des Auslandes;
- Regelung insbesondere von
  - Berufsordnung: Regelt ethische und berufsrechtliche Pflichten der Ärzte untereinander und gegenüber den Patienten. Darunter fällt z.B. die Schweigepflicht des Arztes (der Arzt hat über das, was ihm in seiner Eigenschaft als Arzt von seinem Patienten anvertraut oder über ihn bekannt geworden ist, zu schweigen);
  - Weiterbildungsordnung: Definiert Inhalt, Dauer und Ziele der Weiterbildung und der Facharztbezeichnungen

Anlage 33:

Bundeszentrale für politische Bildung:

Dossier Gesundheitspolitik, Freie Organisationen und Institutionen, http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72742/freie-organisationen-und-institutionen [19.08.17]

Freie Organisationen und Institutionen

Was gibt es für Interessenverbände und welche Ziele verfolgen diese? Freie Verbände haben keinen sozialrechtlichen Auftrag zur Verabschiedung untergesetzlicher Normen. Sie fungieren lediglich als Interessenverband ihrer Mitglieder. Die Mitgliedschaft ist freiwillig.

Thomas Gerlinger, Michael Noweski

18.8.2014

Postkarten einer Anti-Alkohol-Kampagne der Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung. Die BZgA soll als Brückeninstanz zwischen den Kooperationspartnern aus Praxis, Wissenschaft, Wirtschaft und Politik dienen. (© picture-alliance/dpa)

Verband der Privaten Krankenversicherung

Im Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV-Verband) haben sich 42 private Krankenkassen zusammengeschlossen; 18 Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit (VVaG) und 24 Aktiengesellschaften (AG). Sitz des Verbandes ist Köln. Der Verband vertritt die Mehrzahl aller privaten Krankenkassen und deckte mit 8,89 Millionen Vollversicherten im Jahr 2013 über 99 Prozent dieses Marktes ab. Die Einnahmen der Mitgliedsunternehmen betrugen 2013 mehr als 35,8 Milliarden Euro. Zweck des PKV-Verbandes ist laut dessen Satzung die Vertretung und Förderung der Allgemeininteressen der privaten Krankenversicherung und seiner Mitgliedsunternehmen. Zentrale Forderung ist der Erhalt der Selbstständigkeit der privaten Krankenversicherung (PKV) neben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Kooperative Beziehungen unterhält der PKV-Verband mit den korporatistischen und freien Ärzteverbänden. Diese befürworten den Erhalt der PKV, weil die privaten Krankenkassen höhere Honorare zahlen als die gesetzlichen.
Obwohl der PKV-Verband ein freier Verband ist, wird auch er – wenn auch nur sehr bruchstückhaft – in die Verhandlungssysteme der Selbstverwaltung eingebunden, nämlich in die Beratungen über die Vergütung stationärer Leistungen. Im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) ist der PKV-Verband nicht vertreten. Die Mitgliedschaft im PKV-Verband ist für die Unternehmen freiwillig. Die Regulierung der Mitglieder fällt nur schwach aus. Seinen Mitgliedern bietet der Verband Beratung zum Beispiel bei Grundsatzfragen wie der Tarifgestaltung an. Als Verbandsorgan dient die Zeitschrift "PKV publik".

Medicproof

Medicproof GmbH ist ein Dienstleistungsunternehmen für die privaten Pflegepflichtversicherungen. Es führt Begutachtungen im Rahmen des Pflegeversicherungsgesetzes durch und stellt insbesondere den Umfang der Pflegebedürftigkeit von Antragstellerinnen und -stellern fest. Es bedient sich dabei eines bundesweiten Netzes freiberuflich tätiger Ärztinnen, Ärzte und Pflegekräfte. Medicproof unterliegt bei seiner Begutachtungstätigkeit denselben gesetzlichen Bestimmungen wie der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK).

Wissenschaftliches Institut der PKV

Das Wissenschaftliche Institut der PKV (WIP) wurde Anfang 2005 vom Verband der Privaten Krankenversicherung gegründet. Die Aufgabe dieses privaten Instituts, das direkt beim PKV-Verband angesiedelt ist, soll es sein, Fragen der gesundheitlichen Versorgung und Aspekte im Spannungsfeld zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung wissenschaftlich zu analysieren. Hierzu erarbeitet das WIP im Rahmen von Projekten verschiedene Studien, die sich zum Beispiel mit dem Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patientinnen und Patienten im Gesundheitswesen oder der Beitragssatzentwicklung in der GKV befassen.

Bundesverband Managed Care

Der Bundesverband Managed Care e. V. (BMC) verfolgt primär die Förderung der objektiven Information und Versachlichung der Diskussion über neue Versorgungsformen durch wissenschaftliche Arbeit, Bildungsmaßnahmen und Öffentlichkeitsarbeit. Der BMC hat seinen Sitz in Berlin und repräsentiert ein sehr breites Spektrum von Mitgliedern. Dieses umfasst vor allem Krankenkassen und Pharmaunternehmen, aber auch die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände, den Hartmannbund und zahlreiche Einzelpersonen.

Hartmannbund

Der Hartmannbund – Verband der Ärzte Deutschlands e. V. ist der mitgliederstärkste freie Berufsverband für die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte. Er gilt vielen Beobachterinnen und Beobachtern als ein besonders rigider Vertreter ärztlicher Standesinteressen. Hauptziele sind der Schutz der Freiberuflichkeit der Niedergelassenen und die Abschaffung der Budgetierung der Honorare. Mit seiner Programmatik befindet er sich in Opposition zur Kostendämpfungspolitik der Bundesregierungen und zu den Regulierungsbestrebungen ("Managed Care") der gesetzlichen Krankenkassen. In den letzten Jahren äußerte der Hartmannbund zunehmend Kritik an den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVs), weil die in den Gesamtverträgen festgelegten Honorare als unzureichend betrachtet werden und viele Regulierungsmaßnahmen der KVs, zum Beispiel zum Qualitätsmanagement, als zu bürokratisch abgelehnt werden.
Organisatorisch gliedert sich der Hartmannbund in den Bundesverband und 17 Landesverbände, die wiederum in Bezirks- beziehungsweise Kreisvereine gegliedert sind. Im Jahr 2012 hatte er knapp 65.000 Mitglieder (Einzelmitglieder und korporative Mitglieder) und verfügte über ein Budget von 5,4 Millionen Euro. Die Mitgliederwerbung des Hartmannbundes schließt auch Medizinstudentinnen und -studenten sowie Krankenhausärztinnen und -ärzte ein. Durch seine Tochtergesellschaft Ärzte-Wirtschafts- und Verlagsgesellschaft mbH vermittelt er als Mitgliederservice Versicherungs- und Kreditleistungen und bietet eigene Fortbildungsprogramme an. Als Verbandsorgan dient das "Hartmannbund-Magazin". Der Hartmannbund organisiert darüber hinaus Demonstrationen, ist auf den Ärztetagen präsent und transportiert seine Programmatik über seine Mitglieder in die Kassenärztlichen Vereinigungen. Er versendet Faltblätter und Praxisplakate an die Arztpraxen, um Ärztinnen und Ärzte sowie Patientinnen und Patienten politisch zu beeinflussen.

Der Hartmannbund wurde im Jahr 1900 in Leipzig als "Verband der Ärzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen", kurz "Leipziger Verband", gegründet. Initiator war der Leipziger Arzt Hermann Hartmann, der eine Gewerkschaftsbewegung der Ärztinnen und Ärzte postulierte. Seit einigen Jahren schon hatten sich die Ärztinnen, Ärzte und Krankenkassen in heftigen honorarpolitischen Auseinandersetzungen befunden. Der Leipziger Verband rief die Ärztinnen und Ärzte gezielt zum Boykott einzelner Kassen auf. Aufgrund des raschen Mitgliederzulaufs im gesamten Deutschen Reich mussten die meisten Kassen Verträgen mit dem Hartmannbund zu dessen Konditionen zustimmen. Im Jahr 1924 wurde der Verband zu Ehren seines Gründers zum "Verband der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund)" umbenannt.

Marburger Bund

Der Marburger Bund – Verband der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V. (MB) ist der größte Interessenverband der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte in Deutschland. Er wurde 1947 in Marburg gegründet und hat heute seinen Sitz in Berlin. Neben dem Bundesverband bestehen 14 Landesverbände. Mit rund 115.000 Mitgliedern ist er die einzige tariffähige "Ärztegewerkschaft" in Deutschland und Europas größte Ärzteorganisation mit freiwilliger Mitgliedschaft. Der MB setzt sich für eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern sowie für höhere Vergütungen ein. Im Jahr 2006 ist er als Träger eines ausgedehnten Streiks von Krankenhausärztinnen und -ärzten in Erscheinung getreten. Der MB bietet seinen Mitgliedern diverse Seminare, Rechtsschutz und vermittelt Versicherungen. Verbandsorgan ist die "Marburger Bund Zeitung".

Anlage 34:

Der Hartmannbund:

Der Verband,

http://www.hartmannbund.de/wir-ueber-uns/der-verband/ [19.08.17]

Hartmannbund
STARK FÜR ÄRZTE.

Berufspolitik Leistungen Netzwerke Login

Wir über uns | Der Verband

DER VERBAND

"Lasst uns ... eine feste, zielbewusste Organisation schaffen zum Zwecke einer energischen Vertretung unserer aufs Äußerste gefährdeten Interessen! Schließen wir uns fest zusammen, der Einzelne ist nichts, alle zusammen sind wir eine Macht."

Dr. Hermann Hartmann (1900)

Die Forderung, die der Leipziger Arzt Dr. Hermann Hartmann im Gründungsmanifest des Verbandes der Ärzte Deutschlands zum Ausdruck brachte, besitzt bis heute Gültigkeit. Der Verband, der nach dem Tod seines Gründers zu dessen Ehren den Namen Hartmannbund erhielt, setzte sich in seiner inzwischen über hundertjährigen Geschichte von Anfang an für die Interessen aller Ärzte ein.

Der Hartmannbund – Verband der Ärzte Deutschlands e.V. ist ein auf Bundesebene organisierter Verband mit föderalen Strukturen im operativen und politischen Geschäft. Er ist der einzige freie Verband, der die beruflichen, wirtschaftlichen und sozialen Interessen aller Ärzte, Zahnärzte und Medizinstudierenden in Deutschland vertritt. Unabhängig vom Fachgebiet, ob niedergelassen, angestellt oder im öffentlichen Gesundheitsdienst tätig – jeder angehende oder praktizierende Arzt findet hier eine starke Interessenvertretung.

Der Verband vertritt die Interessen der einzelnen Arztgruppen nicht gegeneinander, sondern gemeinsam. Es gehört zu den erklärten Zielen des Hartmannbundes, die politische Schlagkraft der Ärzteschaft im Dienste der Gesundheit des Einzelnen und der gesamten Bevölkerung zu stärken. Daher hat sich der Verband bereits 1980 für andere ärztliche Berufsverbände geöffnet, um die Kooperation innerhalb der Ärzteschaft weiter auszubauen.

Anders als die Kassenärztlichen Vereinigungen und Ärztekammern, die als Körperschaften öffentlichen Rechts zur Umsetzung gesetzlicher Vorgaben im Berufsstand verpflichtet sind, nimmt der Hartmannbund seine standespolitische Interessenvertretung völlig unabhängig wahr. Die Repräsentanten des Hartmannbundes suchen und pflegen den Kontakt zu den politischen Entscheidungsträgern und vertreten in Einzelgesprächen, bei Anhörungen zu Gesetzesinitiativen und im Rahmen wichtiger Veranstaltungen im Gesundheitsbereich aktiv die ärztlichen Positionen. Ebenso gehört der regelmäßige Gedankenaustausch sowohl mit den ärztlichen Körperschaften als auch mit anderen freien Verbänden aus dem Sozial- und Gesundheitsbereich zu zentralen Verbandsaufgaben.

Zudem fördert der Hartmannbund die Aus-, Weiter- und Fortbildung der Ärzteschaft mit Seminaren und anderen Fortbildungsangeboten. Selbständige Einrichtungen des Hartmannbundes wie die Friedrich-Thieding-Stiftung fördern Forschung und Lehre auf allen Gebieten des Gesundheitswesens.

Zentrale Forderungen: Erhalt der Freiberuflichkeit und freie Arztwahl

Der Hartmannbund hat sich zu einer Vielzahl von gesundheitspolitischen Fragen und Themenbereichen grundsätzlich positioniert. Die zentralen Forderungen waren und sind jedoch der Erhalt der Unabhängigkeit der ärztlichen Berufsausübung und die freie Arztwahl. Die aktuelle sozial- und gesundheitspolitische Gesetzgebung hingegen führt mit ihrem vordringlichen Ziel der Kostendämpfung zu einer empfindlichen Einschränkung der Freiräume von Arzt und Patient. Bürokratisierung und Reglementierung führen mehr als notwendig zur Belastung der Patientenversorgung. So beeinflussen Budgetierungsmaßnahmen sowie ökonomischer und zeitlicher Druck auf die Ärzte das Arzt-Patienten-Verhältnis nachhaltig negativ.

Der Hartmannbund kämpft gegen staatlichen Dirigismus. Er setzt sich dafür ein, dass die ärztliche Berufsausübung frei bleibt. Der Hartmannbund setzt sich deshalb dafür ein, dass Ärzte in Praxis und Klinik in ihrer Berufsausübung wirtschaftlich unabhängig sind. Sie sollen uneingeschränkt darauf bauen können, dass dem Gesundheitswesen als sozialem Sicherungssystem und bedeutendem Wirtschaftsfaktor zugleich adäquate Entfaltungsmöglichkeiten eingeräumt werden. Das Verhältnis zwischen Arzt und Patient beruht auf dem Vertrauen des Patienten in die fachliche Kompetenz und Unabhängigkeit des Arztes: Sie gewährleistet, dass der Arzt seine Entscheidungen ausschließlich in persönlicher Verantwortung und im Interesse des Patienten fällt. Neben der Freiberuflichkeit des Arztes gehört die Verschwiegenheitspflicht zum Fundament eines vertrauensvollen Arzt-Patienten-Verhältnisses. Diese hohen Ideale sind historisch gewachsen, menschlich begründet und müssen auch künftig uneingeschränkt gewahrt bleiben.

Mitgliedschaft

Je mehr Mitglieder der Hartmannbund hat, umso wirksamer kann er sich für die berufs- und gesundheitspolitischen Interessen aller Ärzte, Zahnärzte und Medizinstudenten in Deutschland einsetzen. Derzeit vertritt der Verband die Interessen von mehr als 70.000 Mitgliedern.

Der Hartmannbund bietet seinen Mitgliedern exklusiv wirtschaftliche Vorteile sowie berufsbezogene Dienstleistungs- und Fortbildungsangebote. Zu letzteren zählen unter anderem berufsbezogene Rechts- und Steuerberatungen sowie Abrechnungs-, Honorar- und betriebswirtschaftliche Praxisberatungen. Fortbildungen – zum Beispiel die Seminare "Betriebswirtschaftliche Praxisführung", "Arzneimitteltherapie aktuell" und "Arzthaftung" – ergänzen das Hartmannbund-Engagement. Hinzu kommen die Angebote der selbständigen Einrichtungen im Hartmannbund.

Wirtschaftliche Vorteile, die der Verband seinen Mitgliedern exklusiv in Zusammenarbeit mit seinen Kooperationspartnern bietet, sind beispielsweise günstige Lebens-, Kranken-, Haftpflicht-, Unfall- und Rechtsschutzversicherungen. Hartmannbund-Mitglieder profitieren zudem von günstigen Kreditkartenkonditionen und Sondertarifen von Autovermietern und bestimmten Hotelgruppen.

Anlage 35:

Der Marburger Bund:

http://www.marburger-bund.de/der-marburger-bund [19.08.17]

Der Marburger Bund

Der Marburger Bund ist die gewerkschaftliche, gesundheits- und berufspolitische Interessenvertretung aller angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte in Deutschland.

Im Mittelpunkt der Interessenvertretung stehen unter anderem der Kampf für bessere Arbeitsbedingungen und leistungsgerechte Vergütung in Krankenhäusern, die Karriereförderung von Ärztinnen und der Einsatz für eine praxisnahe Medizinerausbildung.

Mit mehr als 118.000 Mitgliedern sind wir die einzige tariffähige Ärztegewerkschaft in Deutschland und Europas größte Ärzte-Organisation mit freiwilliger Mitgliedschaft. Unsere Mitglieder arbeiten in

- Krankenhäusern und Universitätskliniken,
- Arztpraxen und Medizinischen Versorgungszentren,
- Rehabilitationskliniken,
- dem öffentlichen Gesundheitsdienst der Landes- und Kommunalbehörden,
- der Bundeswehr,
- Behörden und Einrichtungen der Sozialversicherung
- Betrieben der Pharma-Industrie und in anderen Unternehmen.

Zu unseren Mitgliedern zählen zudem die Medizinstudentinnen und -studenten.

Der Marburger Bund engagiert sich außerdem besonders für arbeitslose und arbeitssuchende Ärztinnen und Ärzte.

Der Marburger Bund kann in seinem langjährigen Bestehen bereits viele Erfolge verzeichnen. Die große Gemeinschaft gibt den Medizinern den notwendigen Rückhalt, wenn einmal konkret Unterstützung bei einer arbeitsrechtlichen Auseinandersetzung, in Fragen der Weiterbildung oder beim Abschluss Ihres Arbeitsvertrages benötigt wird.

Anlage 36:

Deutscher Landkreistag, Rolle der Landkreise in der gesundheitlichen Versorgung:

Positionen des Deutschen Landkreistages in der Gesundheitspolitik, http://www.landkreistag.de/images/stories/themen/MedVersorgung/Gesundheitspolitische_Forderungen_Juni_2013.pdf [30.07.17]

DEUTSCHER LANDKREISTAG

Rolle der Landkreise in der gesundheitlichen Versorgung

Positionen des Deutschen Landkreistages in der Gesundheitspolitik

1. Landkreise im Gesundheitswesen: Vernetzung statt Segmentierung

Die Landkreise sind seit Jahrzehnten wichtige Akteure im Gesundheitswesen. U. a. nehmen sie auf ihrem Gebiet den Sicherstellungsauftrag für die stationäre medizinische Versorgung wahr und sind in immer noch hohem Maße selbst Träger von Krankenhäusern. Sie beteiligen sich in vielen Ländern auch an der Investitionsfinanzierung für Krankenhäuser. Sie tragen und betreiben den öffentlichen Gesundheitsdienst. Die Landkreise sind zudem fast überall Träger des Rettungsdienstes. Schon heute sind die Landkreise an der Planung und Sicherung der ambulanten medizinischen Versorgung durch die dafür zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen zu beteiligen.

Bereits die Nennung dieser Themen zeigt, dass es im Gesundheitswesen in Deutschland (zu) viele Leistungssegmente mit unterschiedlichen Verantwortungsträgern gibt, die nur punktuell zusammenarbeiten. Hier ist eine in der Zukunft wichtige Aufgabe der Landkreise zu sehen, diese Akteure in ihrem Gebiet zusammenzuführen und auf eine verbesserte Zusammenarbeit hinzuwirken.

Der Deutsche Landkreistag sieht in der Unterstützung insbesondere durch Vernetzung und Koordinierung der Sicherstellung der flächendeckenden gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung, die immer auch die pflegerische Versorgung mit bedenken muss, eine der wesentlichen Zukunftsaufgaben kommunaler Selbstverwaltung auf der Landkreisebene. Die für die Gesundheitsversorgung von morgen erforderlichen Vernetzungs-, Koordinations- und Integrationsleistungen können nur im Rahmen eines dezentralisierten Gesundheitswesens erbracht werden. Infolgedessen müssen Entscheidungskompetenzen verstärkt in die Regionen und an die vor Ort Verantwortlichen verlagert werden. Vor diesem Hintergrund wächst den Landkreisen als Vertreter der überörtlichen kommunalen Daseinsvorsorge eine besondere Verantwortung zu. Dies gilt umso mehr, als sie ohnedies wesentlicher Akteur des dezentralisierten Gesundheitswesens sind – als Träger von Krankenhäusern, mit ihrer Gesundheitsverwaltung, aufgrund ihrer Zuständigkeiten im Bereich Soziales, Bildung und Jugend sowie als Träger der kommunalen Demokratie auf überörtlicher Ebene. Ein dezentralisiertes Gesundheitswesen wird ohne demokratischen Input von der kreiskommunalen Ebene keine hinreichende Legitimität und Akzeptanz erlangen können.

Unsere Erwartungen an die Bundespolitik:

Den kommunalen Spitzenverbänden sind im Rahmen der für das Gesundheitswesen maßgeblichen Beschlussgremien auf Bundesebene, etwa des Gemeinsamen Bundesausschusses, substanzielle Mitwirkungsbefugnisse einzuräumen.

Die Schaffung eines sektorenübergreifenden Landesgremiums muss bundesgesetzlich verbindlich vorgegeben werden. Gleiches gilt für die Einbeziehung der kommunalen Ebene in dieses Gremium.

2. Krankenhausentwicklung

Die stationäre medizinische Versorgung ist seit Jahrzehnten ein Kernbereich der gesundheitlichen Verantwortung der Landkreise. Hieran hat sich trotz der aus finanziellen Gründen in manchen Fällen erfolgten Abgabe von Kreiskrankenhäusern an private oder freigemeinnützige Träger nichts geändert. Die Landkreise nehmen auf ihrem Gebiet den Sicherstellungsauftrag für die stationäre medizinische Versorgung wahr. Wenn private und frei gemeinnützige Krankenhäuser ihren Versorgungsauftrag zurückgeben sollten, stehen die Landkreise in der Pflicht, eigene Krankenhäuser zu betreiben, soweit eine bedarfsgerechte Versorgung nicht durch andere Träger gewährleistet ist. Daher ist es richtig und wichtig, dass auch Landkreise weiterhin Träger eigener Krankenhäuser sind.

Im ländlich und kleinstädtisch geprägten Raum ist in den vergangenen Jahren viel dafür getan worden, die Kran-

kenhausstruktur zu optimieren. Eine Überversorgung ist hier nicht festzustellen. Daher müssen die Krankenhäuser im ländlichen Raum finanziell so ausgestattet sein, dass sie auch bei einer normalen Mengenentwicklung ihren Versorgungsauftrag unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung erfüllen können. Häufig stellt sich eine Finanzierungsproblematik bei den die Grund- und Regelversorgung sicherstellenden Krankenhäusern in der Fläche. Dies ist ein Auftrag an die Finanzierung des laufenden Krankenhausbetriebs aus den Einnahmen der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung ebenso wie an die Investitionsfinanzierung der Länder. Die Krankenhäuser in den Landkreisen gewährleisten eine flächendeckende Versorgung mit stationären medizinischen Leistungen, insbes. der Grundversorgung, die rund um die Uhr und ganzjährig zur Verfügung steht. Dies wird noch nicht hinreichend im Fallpauschalensystem honoriert.

Im Rahmen der Krankenhausinvestitionen leisten in vielen Ländern auch die Landkreise einen erheblichen Beitrag. So finanzieren die Landkreise – nicht selten aus Schulden – auch Investitionen in private oder frei gemeinnützige Häuser mit. Für die Länder gilt, dass es einer deutlichen Aufstockung der Landesmittel für Krankenhausinvestitionen bedarf, um die Infrastruktur auf einem angemessenen Niveau zu halten. Dies senkt im Ergebnis auch die Betriebskosten und ist daher auch von dieser Seite aus sinnvoll.

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels, aber auch im Hinblick auf den zunehmenden Ärztemangel im ambulanten Bereich, kommt den ländlichen Krankenhäusern der wohnortnahen Grund- und Regelversorgung eine besondere Bedeutung zu. Wo dies von den Vor-Ort-Verhältnissen her als sinnvoll und zielführend erscheint, sollten hier insbesondere auch intelligente sektorenübergreifende Versorgungskonzepte gefördert und entsprechende Umstrukturierungshilfen geleistet werden. Auch die Länder müssen ihre Zuständigkeit für die Krankenhausplanung verstärkt nutzen, um die gesundheitliche Daseinsvorsorge in der Fläche nachhaltig zu gewährleisten.

Unsere Erwartungen an die Bundespolitik:

Die Krankenhäuser benötigen noch im laufenden Jahr eine substanzielle Soforthilfe.

Der Orientierungswert zur Bemessung der Kostensteigerung im Krankenhausbereich darf nicht politisch bemessen werden, sondern muss an realen Preissteigerungsraten gemessen werden. Es muss methodisch sichergestellt werden, dass der Orientierungswert die tatsächlichen Kostensteigerungen abbildet.

Die sogenannte doppelte Degression, also der Mechanismus, dass bei steigenden Patientenzahlen der Erlös pro Fall nicht nur bei den Mehrleistungen erbringenden Krankenhäusern, sondern für alle Krankenhäuser im Land sinkt muss vollständig aufgehoben werden. Dies gilt auch für die Finanzierung psychiatrischer Kliniken und Abteilungen.

Grund- und Regelversorgungskrankenhäuser des Ländlichen Raums müssen in die Lage versetzt werden, ihren Daseinsvorsorgeauftrag zu erfüllen und die medizinische Versorgung der betreffenden Räume dauerhaft sicherzustellen. Dem dient es beispielsweise, wenn Leistungen der Grundversorgung im DRG-Fallpauschalensystem aufgewertet werden und hierdurch die höheren Vorhaltekosten für die notfallmedizinische Akutversorgung im ländlichen Raum refinanziert werden oder wenn das Instrument der Sicherstellungszuschläge dadurch gestärkt wird, dass keine Anrechnung auf den Landesbasisfallwert erfolgt.

3. Ambulante medizinische Versorgung

Die Kassenärztlichen Vereinigungen tragen gemeinsam mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung den Sicherstellungsauftrag für die ambulante vertragsärztliche Versorgung. Allerdings bedürfen die Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. auch niederlassungsbereite Ärzte zunehmend der Unterstützung insbes. durch die kommunalen Gebietskörperschaften.

Die Ärzte haben sich selbst im Rahmen einer Befragung für eine Beibehaltung des Sicherstellungsauftrags durch die Kassenärztlichen Vereinigungen ausgesprochen, wenn auch mit Veränderungen und insbesondere einer besseren Finanzierung. Einen gesetzlichen Auftrag wahrzunehmen bedeutet aber auch, mit den Rahmenbedingungen, die Bundes- und Landesgesetzgeber festlegen, klarkommen zu müssen. Dies ist nicht zuletzt für die Landkreise eine sich immer wieder neu stellende, enorme Herausforderung in vielen Bereichen.

Die Landkreise bieten den Kassenärztlichen Vereinigungen ausdrücklich die Zusammenarbeit an, um dauerhaft und damit rechtzeitig vor Auftreten von Versorgungslücken zu kooperieren. Hierzu braucht es neben der Kooperationsbereitschaft des Landkreises insbesondere auch eine ebenso hohe Kooperationsbereitschaft der Kassenärztlichen Vereinigung und die Bereitschaft zur frühzeitigen Diskussion über mögliche Versorgungsprobleme in den Folgejahren Der Landkreis ist dann in der Lage, mit einem Netzwerk zahlreicher Akteure ggf. unterstützende Maßnahmen vorzubereiten und gemeinsam mit Partnern und der Kassenärztlichen Vereinigung Strukturen zu schaffen, die für junge Mediziner/innen attraktiver sind, um sich im jeweiligen Landkreis niederzulassen. Wir erwarten daher

auch eine Einbindung der Landkreise in die Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung.

Bereits heute unterstützen die Landkreise zahlreiche Modellprojekte zur Sicherung der gesundheitlichen Versorgung der Menschen. So wurden mit Hilfe der Kommunen beispielsweise Pendel- bzw. Bürgerbusse und Ärztehäuser bzw. Gesundheitszentren eingerichtet sowie Projekte zur Delegation ärztlicher Leistungen durchgeführt.

Unsere Erwartungen an die Bundespolitik:

Um die Bedarfsplanung mit beeinflussen zu können, muss bundesgesetzlich sichergestellt werden, dass die kommunale Ebene mit hinreichenden Mitwirkungsbefugnissen in den Landesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen vertreten ist.

Der Bundesgesetzgeber muss die berufsgruppenübergreifend ausgerichtete Primärversorgung in den Mittelpunkt der medizinischen Versorgung rücken. In diesem Zusammenhang müssen die Möglichkeiten, ärztliche Tätigkeiten zu delegieren und zu substituieren, deutlich erweitert werden.

Es bedarf wirksamer Instrumente zur Bekämpfung der Unterversorgung insbesondere im hausärztlichen Bereich. Dazu kann auch die Pflicht gehören, Nachbesetzungsanträge grundsätzlich ablehnen zu müssen, wenn in einem Planungsbereich deutliche Überversorgung herrscht.

4. Öffentlicher Gesundheitsdienst

Der öffentliche Gesundheitsdienst nimmt zahlreiche bevölkerungsmedizinische Aufgaben wahr und ist insbesondere mit Blick auf Infektionsschutz, Hygieneüberwachung und viele weitere Arbeitsfelder unverzichtbarer Teil des Gesundheitswesens. Für die unter Punkt 1 beschriebene Vernetzung der Akteure im Gesundheitswesen ist der öffentliche Gesundheitsdienst ein wesentlicher Koordinator und Akteur innerhalb des Landkreises. In der jüngsten Vergangenheit hat sich eindeutig die herausragende Bedeutung der Gesundheitsämter gerade im Fall von drohenden Pandemien gezeigt.

Die gesundheitliche Prävention und Gesundheitsförderung sind wichtige Bestandteile der Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Dabei ist die Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen besonders herauszustellen. Vorrangig liegt bezüglich der Primärprävention aber die Verantwortung bei der Krankenversicherung (vgl. §§ 20 ff. SGB V). Die Landkreise stellen sich gleichwohl ihrer Verantwortung auch in diesem Bereich und setzen sich dafür ein, dass die gesundheitliche Prävention im Landkreis in einem koordinierten Rahmen stattfindet. Dies setzt die Bereitschaft vor allem der Krankenversicherungen voraus, sich mit dem Landkreis gemeinsam über Maßnahmen zu verständigen.

Der Öffentliche Gesundheitsdienst ist damit ein wichtiger und kompetenter Dienstleister im Bereich der gesundheitlichen Versorgung und Prävention für die gesamte Bevölkerung. Diesem großen Aufgabenspektrum steht das wachsende Problem gegenüber, ausreichendes Fachpersonal vorhalten zu können. Dennoch muss sich der öffentliche Gesundheitsdienst zunehmend neuen Aufgaben und Herausforderungen stellen.

Die Gewinnung fachlich geeigneter Nachwuchskräfte ist auch für den öffentlichen Gesundheitsdienst nach wie vor schwierig. Landkreise setzen sich hierbei für bestmögliche Rahmenbedingungen ein.

Daneben wird auch eine kritische Betrachtung der Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes durch Bund, Länder und die Landkreise und kreisfreien Städte als Träger des öffentlichen Gesundheitsdienstes zur Sicherung und weiteren Modernisierung der Arbeit in den Gesundheitsämtern erfolgen müssen. Nicht alle Vorschriften sind in der bestehenden Form zwingend erforderlich, um den Gesundheitsschutz zu gewährleisten. Hier ist der Gesetzgeber auf Landes- und Bundesebene, zunehmend aber auch im europäischen Rahmen gefordert, sich auf die unabdingbar notwenigen Regelungen zu beschränken.

Unsere Erwartungen an die Bundespolitik:

Das von den Gesundheitsämtern zu vollziehende Bundesrecht ist einer systematischen Aufgabenkritik zu unterziehen. Insbesondere europarechtlich überschießende Vorschriften wie die der neuen Trinkwasserverordnung sind auf ein vernünftiges Maß zurückzuschneiden.

5. Rettungsdienst

Der Rettungsdienst ist ebenso wie der öffentliche Gesundheitsdienst seit vielen Jahrzehnten ein wichtiges Aufgabenfeld der deutschen Landkreise. Mit Ausnahme von Baden-Württemberg sind die Landkreise in allen Ländern Träger des Rettungsdienstes. In dieser Funktion führen sie den Rettungsdienst zum Teil in Eigenregie selbst durch. Der größere Anteil von Leistungen im Rettungsdienst wird hingegen durch Beauftragung von Leistungserbringern, i.d.R. durch die großen Hilfsorganisationen, erbracht. Der Rettungsdienst wird an der Schnittstelle zwischen dem allgemeinen Gesundheitswesen, der kreislichen Gefahrenabwehr, der kommunalen Daseinsvorsorge, der stationären medizinischen Versorgung, insbesondere der Intensivmedizin, und allgemeinen Lebensbereichen wie dem Straßenverkehr, tätig. Er erfüllt gerade auch in einer älter

werdenden individualisierten Gesellschaft unverzichtbare Aufgaben der Notfallrettung, ist rund um die Uhr verfügbar und oftmals im wörtlichen Sinne "lebensrettend" tätig. Der Rettungsdienst in Deutschland nimmt dabei in einer umfassenden Gesamtstrategie von Ländern und Kommunen zur Gefahrenabwehr insbesondere auch durch die Fähigkeiten zur Bewältigung von Großschadenslagen eine zentrale und unverzichtbare Rolle ein.

Mit Blick auf die medizinische Versorgung im ländlichen Raum und eine stetig steigende Anzahl von Notrufen muss über eine bessere Verzahnung von kassenärztlichem Notdienst und Rettungsdienst nachgedacht werden. In vielen Landkreisen gibt es unterschiedliche organisatorische Strukturen, die es beiden Akteuren erlauben, ihre jeweilige Aufgabe wahrzunehmen, aber gleichzeitig auch möglichst effektiv zu arbeiten. Dies gilt es weiterzuentwickeln. Die gelingende Kooperation von kassenärztlichem Notdienst und Rettungsdienst kann einen Beitrag leisten, um junge Mediziner zu einer Tätigkeit in ländlichen Räumen zu motivieren. Ein einseitiger Rückzug der Kassenärztlichen Vereinigungen aus deren Bereitschaftsdienst zulasten des Rettungsdienstes wird hingegen nachdrücklich abgelehnt.

Die Strukturen zur Erbringung des Rettungsdienstes sind in den Landkreisen vielfach über Jahrzehnte gewachsen. Derzeit bestehen auch vor dem Hintergrund der Rechtsentwicklung auf europäischer Ebene erhebliche Rechtsunsicherheiten hinsichtlich der Notwendigkeit, die Beauftragung des Rettungsdienstes ausschreiben zu müssen. Angesichts dessen setzt sich der Deutsche Landkreistag im Zuge der laufenden Verhandlungen zu einer Modernisierung des Vergaberechts auf europäischer Ebene für eine vergaberechtliche Freistellung des Rettungsdienstes ein.

Unsere Erwartungen an die Bundespolitik:

Soweit der Rettungsdienst als eigenständiges Leistungssegment im SGB V etabliert wird, müsste dies klarstellen, dass es sich beim Rettungsdienst um eine weit überwiegend medizinische Leistung handelt. Die Grundsätze und Maßstäbe einer qualitätsvollen, leistungsfähigen und wirtschaftlichen Durchführung des Rettungsdienstes müssen weiterhin auf Landesebene innerhalb der dafür vorgesehenen Strukturen festgelegt werden.

Beschluss des Präsidiums des
Deutschen Landkreistages vom 18./19.6.2013

Anlage 37:

MLR, Ländlicher Raum:

Der Ländliche Raum in Baden-Württemberg, https://mlr.baden-wuerttemberg.de/de/unsere-themen/laendlicher-raum/leben-auf-dem-land-gestalten/landleben-allgemein/ [23.07.2017]

Ministerium für Ländlichen Raum
und Verbraucherschutz Baden-Württemberg

Unser Haus | *Unsere Themen* | Unser Service

Sie sind hier: »Startseite »Unsere Themen »Ländlicher Raum »Leben auf dem Land gestalten »Landleben Allgemein

LÄNDLICHER RAUM

Text vorlesen

Der Ländliche Raum in Baden-Württemberg

Der Ländliche Raum Baden-Württembergs zeichnet sich durch eine hohe Lebensqualität und Wirtschaftskraft aus. 35 Prozent der Bevölkerung leben hier auf 70 Prozent der Landesfläche. Das entspricht 149 Einwohnern pro Quadratkilometer, halb so viele wie im Landesdurchschnitt. Der Ländliche Raum wirkt als starker Motor für das wirtschaftliche Wachstum, aber auch für den Arbeitsmarkt. Gleichzeitig erfüllt er wichtige Aufgaben als naturnaher Erholungs- und Ausgleichraum.

Der Ländliche Raum Baden-Württembergs steht nicht nur bundesweit, sondern auch europaweit gut da. Dies zeigt zum Beispiel die Tatsache, dass seine Wirtschaftskraft, bezogen auf die Einwohnerzahl, der der bevölkerungsreichen anderen Raumkategorien unseres Landes entspricht. Beim Vergleich mit den drei süddeutschen Nachbarländern schneidet der Ländliche Raum Baden-Württembergs im Hinblick auf seine wirtschaftliche Leistungsfähigkeit sogar am besten ab.

Erfolgsfaktoren für den Ländlichen Raum

Rückgrat für die positive wirtschaftliche Entwicklung des Ländlichen Raums in Baden-Württemberg ist das Produzierende Gewerbe. Vor allem die vielen leistungsfähigen Klein- und mittelständischen Unternehmen zeichnen sich überwiegend durch eine hohe Innovationskraft aus und sind in ihrem Bereich oft führend auf dem Weltmarkt. Daneben tragen auch Land- und Forstwirtschaft durch die nachhaltige Produktion von Nahrungs-, Industrie- und Energierohstoffen zur Erhaltung von Arbeitsplätzen bei, ebenso die zahlreichen Tourismusbetriebe im Ländlichen Raum, auf die etwa die Hälfte aller Übernachtungen in Baden-Württemberg entfallen.

Auch die dezentrale Bildungs-, Hochschul- und Forschungsinfrastruktur Baden-Württembergs stärkt den Ländlichen Raum. Mehr als ein Viertel der Hochschulstandorte wurden gezielt im Ländlichen Raum angesiedelt. Kooperationen zwischen Hochschulen und Wirtschaftsunternehmen sollen Studierende bereits während ihrer Ausbildung an Unternehmen binden und damit verhindern, dass hochqualifizierte Fachkräfte in die Ballungsräume abwandern.

Mit Entwicklungsprogrammen dem Strukturwandel entgegensteuern

Damit der Ländliche Raum auch in Zukunft gut dasteht, gilt es, auf die wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Veränderungen zu reagieren. Insbesondere die Bevölkerungsentwicklung – ein Komplex aus Geburtenrückgang, Anstieg des Lebensalters und Abwanderung vor allem jüngerer Menschen in die Städte – könnte Handwerksbetriebe, Arztpraxen, Banken, den ÖPNV und andere Bereiche der ländlichen Infrastruktur sehr bald mit der Frage der Auslastung und Rentabilität konfrontieren.

Das Ministerium für Ländlichen Raum und Verbraucherschutz beobachtet diese Entwicklungen sehr aufmerksam und versucht, den negativen Folgen dieses Strukturwandels gezielt und unter Einsatz umfangreicher Fördermittel gegenzusteuern. Zentrales Instrument ist das Entwicklungsprogramm Ländlicher Raum (ELR), mit dem die Lebens- und Arbeitsbedingungen ländlich geprägter Gemeinden durch strukturverbessernde Maßnahmen weiter entwickelt und verbessert werden soll. Mit dem Modellprojekt zur Eindämmung des Landschaftsverbrauchs werden Maßnahmen erprobt, die zu Qualitätsverbesserungen im Ortskern führen.

Breitbandentwicklung vorantreiben

Schnelle und kostengünstige Internetanbindungen sind für die Erhaltung und Neuansiedlung von Unternehmen im Ländlichen Raum ein entscheidender Standortsfaktor. Nicht nur für Menschen, die aktiv im Berufsleben stehen, auch für Schüler und Studenten, Familien und Touristen gehört ein leistungsfähiges Internet heute zum Lebensstandard und kann bei der Wahl des Wohnsitzes, des Studien- oder Urlaubsortes eine wichtige Rolle spielen. Im Rahmen der Sonderlinie Breibandinfrastruktur Ländlicher Raum des ELR fördert das Ministerium für Ländlichen Raum und Verbraucherschutz daher Gemeinden im Ländlichen Raum, die aus Wirtschaftlichkeitsgründen nicht über den Wettbewerb versorgt werden können. Damit ist die Zukunft aktiv gestaltbar.

Anlage 38:

Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft, Infoportal Zukunft.Land:

Landatlas, Ländlichkeit,

https://www.landatlas.de/laendlich/laendlich.html [29.06.17]

Ländlichkeit

Unter Ländlichkeit wird eine lockere Wohnbebauung, geringe Siedlungsdichte, ein hoher Anteil land- und forstwirtschaftlicher Fläche sowie Randlage zu großen Zentren und geringe Einwohnerzahl im Umfeld verstanden. Die Bandbreite reicht von den sehr dünn besiedelten peripheren Räumen (äußerst ländlich) bis zu den hochverdichteten metropolitanen Zentren (kaum/nicht-ländlich). Die Abgrenzung ländlicher von nicht-ländlichen Räumen erfolgte auf Ebene der Kreisregionen. Um die Vielfalt innerhalb der ländlichen Kreisregionen zu veranschaulichen, zeigt die Karte den Grad der Ländlichkeit auf Kreisebene. Die nicht-ländlichen Kreisregionen sind weiß dargestellt.

Definition

Zur Bestimmung der Ländlichkeit werden fünf Indikatoren mittels eines statistischen Verfahrens zu einem Index verknüpft:

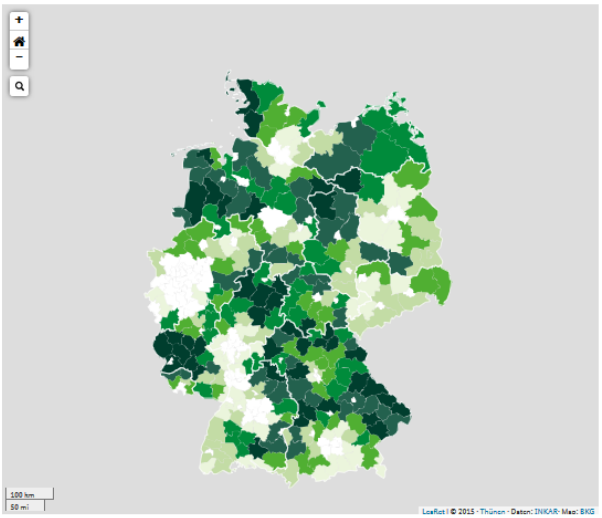
- Siedlungsdichte 2013,
- Anteil der land- und forstwirtschaftlichen Fläche an der Gesamtfläche 2013,
- Anteil der Ein- und Zweifamilienhäuser an allen Wohngebäuden 2013,
- regionales Bevölkerungspotenzial 2011/2016 sowie
- Erreichbarkeit großer Zentren 2014/2015/2016.

Die Ländlichkeit ist tendenziell umso ausgeprägter, je geringer die Siedlungsdichte, je höher der Anteil land- und forstwirtschaftlicher Fläche, je höher der Anteil der Ein- und Zweifamilienhäuser, je geringer das Bevölkerungspotenzial und je schlechter die Erreichbarkeit großer Zentren ist.

Erläuterung

Das angewandte statistische Verfahren der Hauptkomponentenanalyse ermöglicht es, mehrere Indikatoren zu berücksichtigen. Das Gewicht, mit dem die einzelnen Indikatoren in den Index „Ländlichkeit" eingehen, wird dabei so bestimmt, dass der Index die Varianz, die in den fünf Ausgangsindikatoren enthalten war, möglichst weitgehend abbildet. Ergebnis der Berechnung ist ein Index, wobei der Wert Null (0) dem Durchschnitt der Ländlichkeit aller Kreisregionen bzw. Gemeindeverbände entspricht. Werte größer als 0 sind dann überdurchschnittlich und Werte kleiner als 0 unterdurchschnittlich ländlich. Der Wert 1 entspricht der Standardabweichung. Der Index zur Ländlichkeit wurde sowohl auf Ebene der Gemeindeverbände als auch auf Ebene der Kreisregionen ermittelt. Letztere entsprechen den Landkreisen und kreisfreien Städte, wobei kreisfreie Städte mit weniger als 100.000 Einwohnern mit ihrem Umlandkreis zusammengefasst werden. Als Schwellenwert für die Unterscheidung ländlicher von nicht-ländlichen Kreisregionen wurde der Wert -0,2 festgelegt, da hier ein Bruch in den Werten des Indexes zu verzeichnen ist. Die Gemeindeverbände werden nach ihrem Grad an Ländlichkeit klassifiziert. Dargestellt werden die ländlichen Kreisregionen. Dazu wurden fünf Klassen bestimmt, die gleich stark mit Kreisregionen besetzt sind und von „kaum ländlich" bis „äußerst ländlich" reichen.

Datenquelle



Ländlichkeit auf Kreisebene

kaum ländlich

äußerst ländlich

nicht-ländliche Kreise

Quellen

Aufbereitung: Torsten Osigus / Dr. Stefan Neumeier 2016.
Berechnung: Dr. Patrick Küpper, Thünen-Institut für Ländliche Räume, 2016.

Abgrenzung ländlicher Räume: Thünen-Institut für Ländliche Räume 2016

Erreichbarkeitsmodell: Thünen-Insitut für Ländliche Räume

© Openstreetmap Mitwirkende

Anlage 39:

Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung:

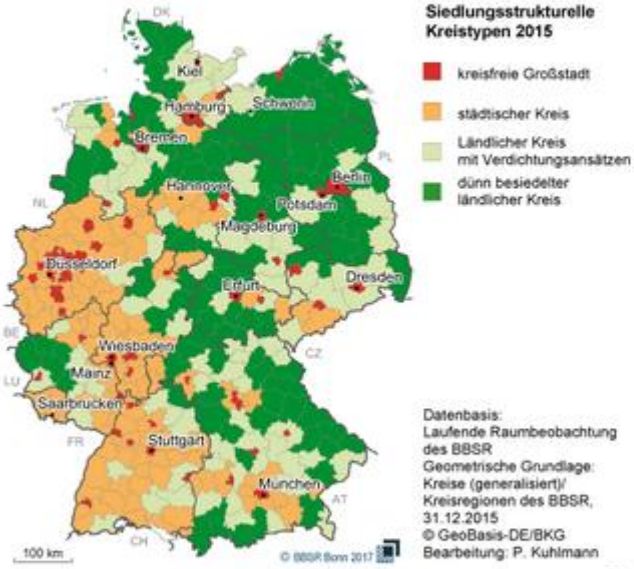
Laufende Raumbeobachtung, Raumabgrenzung

http://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Raumbeobachtung/Raumabgrenzungen/Kreistypen4/kreistypen_node.html [29.06.17]

Laufende Raumbeobachtung - Raumabgrenzungen

Siedlungsstrukturelle Kreistypen

Die amtliche Regionalstatistik bezieht sich nach wie vor zumeist auf Stadt- und Landkreise. Der siedlungsstrukturelle Kreistyp ist deshalb als Analyseraster für die Laufende Raumbeobachtung besonders wichtig.



Bei der Typenbildung wurde in der Vergangenheit ein Top-down-Ansatz gewählt: Der großräumige Kontext - repräsentiert durch den Regionstyp auf Basis der Raumordnungsregionen - prägte die Entwicklungschancen der dazu gehörigen Kreise. Der siedlungsstrukturelle Kreistyp enthielt somit implizit ein Lagekriterium.

In der Neutypisierung 2011 wurde die Blickrichtung geändert und ein Bottom-up-Ansatz gewählt: Die Gemeinden tragen zum Erscheinungsbild und zur Entwicklung des Kreises einerseits und der Region andererseits bei. Für den siedlungsstrukturellen Kreistyp werden somit tatsächlich nur Siedlungsstrukturmerkmale herangezogen. Lagegunst oder -ungunst wird hingegen als eigenständige Dimension aufgefasst, die über eine weitere Typisierung (Raumtypen: > weitere Informationen) mit dem siedlungsstrukturellen Kreistyp verknüpft werden kann.

Raumbeobachtung .de

Kontakt

Antonia Milbert
Referat I 6 - Stadt-, Umwelt- und Raumbeobachtung
Tel.: +49 228 99401-2256
antonia.milbert@bbr.bund.de

Downloads

> Karten, Referenzen

Abgrenzungskriterien

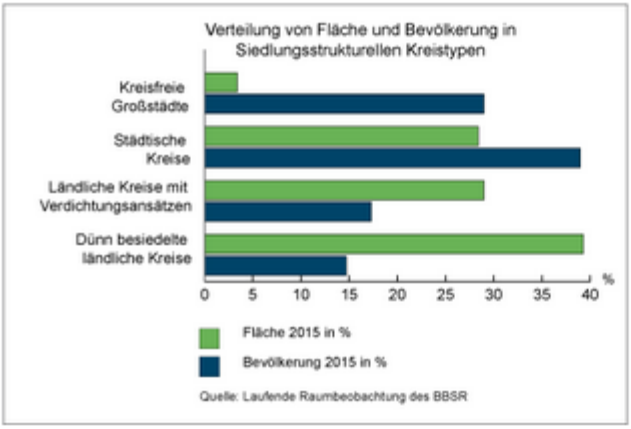
Die räumliche Ebene zur Bildung der Kreistypen sind nicht die 402 Stadt- und Landkreise selbst, sondern die 363 Kreisregionen.

Für die Typenbildung werden folgende Siedlungsstrukturmerkmale herangezogen:

- Bevölkerungsanteil in Groß- und Mittelstädten
- Einwohnerdichte der Kreisregion
- Einwohnerdichte der Kreisregion ohne Berücksichtigung der Groß- und Mittelstädte

Auf diese Weise können vier Gruppen unterschieden werden:

1. **Kreisfreie Großstädte:** Kreisfreie Städte mit mind. 100.000 Einwohnern
2. **Städtische Kreise:** Kreise mit einem Bevölkerungsanteil in Groß- und Mittelstädten von mind. 50% und einer Einwohnerdichte von mind. 150 E./km²; sowie Kreise mit einer Einwohnerdichte ohne Groß- und Mittelstädte von mind. 150 E./km²
3. **Ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen:** Kreise mit einem Bevölkerungsanteil in Groß- und Mittelstädten von mind. 50%, aber einer Einwohnerdichte unter 150 E./km², sowie Kreise mit einem Bevölkerungsanteil in Groß- und Mittelstädten unter 50% mit einer Einwohnerdichte ohne Groß- und Mittelstädte von mind. 100 E./km²
4. **Dünn besiedelte ländliche Kreise:** Kreise mit einem Bevölkerungsanteil in Groß- und Mittelstädten unter 50% und Einwohnerdichte ohne Groß- und Mittelstädte unter 100 E./km²



Anlage 40:

MLR, Strukturpolitik:

Starker ländlicher Raum,

https://www.baden-wuerttemberg.de/de/bw-gestalten/nachhaltiges-baden-wuerttemberg/laendlicher-raum/ [23.07.2017]

STRUKTURPOLITIK

Text vorlesen

Starker ländlicher Raum

Der ländliche Raum ist das Rückgrat Baden-Württembergs. Er bietet eine hohe Lebensqualität und kann auch in wirtschaftlicher Hinsicht punkten. Wir halten den ländlichen Raum stark und attraktiv.

70 Prozent der Landesfläche Baden-Württembergs zählen zum ländlichen Raum. Dort leben 34 Prozent der Bevölkerung, die 30 Prozent der Wirtschaftskraft unseres Landes erbringen. Im Gegensatz zu anderen Bundesländern stehen die ländlichen Räume in Baden-Württemberg auf Augenhöhe mit den Ballungsräumen – bei der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit, bei den Arbeitsplätzen und bei den Einrichtungen der Daseinsvorsorge vor Ort. Zu verdanken ist das den vielen innovativen kleinen und mittelständischen Unternehmen im Ländlichen Raum, die ganz vorne in der Weltliga mitspielen und attraktive Arbeitsplätze bieten.

Vorausschauende Strukturpolitik

Diesen guten Zustand erhalten wir mit einer vorausschauenden Strukturpolitik. Wir wollen, dass der Ländliche Raum auch weiterhin zum Leben und Arbeiten attraktiv bleibt – gerade vor dem Hintergrund einer veränderten Altersstruktur und zunehmender Abwanderung in städtische Gebiete. Unsere Weltmarktführer im Ländlichen Raum spüren den harten Wettbewerb um Fachkräfte und brauchen das richtige Umfeld, um weiter für Fachkräfte attraktiv zu bleiben. Dabei spielt die soziale und kulturelle Infrastruktur eine immer wichtigere Rolle. Wir wollen die Rahmenbedingungen so erhalten und stärken, dass Arbeitsplätze, Wertschöpfung und Infrastrukturen im ganzen Land gehalten werden.

Gute Lebens- und Arbeitsbedingungen erhalten

Ziel ist es, die Lebensqualität und die Wirtschaftskraft der Gemeinden und Dörfer in ländlichen Gegenden zu stärken und dabei sorgsam mit den natürlichen Lebensgrundlagen umzugehen. Mit dem Entwicklungsprogramm Ländlicher Raum (ELR), dem zentralen Instrument unserer baden-württembergischen Strukturpolitik, sorgen wir für den Erhalt eines attraktiven Wohnumfeldes, schaffen Arbeitsplätze und bauen Gemeinschaftseinrichtungen auf. So fördert das Land im Rahmen von ELR in 2016 mit insgesamt 65,6 Millionen Euro über 712 Projekte in 344 Gemeinden.

Wir achten bei diesem Engagement darauf, vor allem die innerörtlichen Potenziale zu aktivieren – damit die Ortskerne attraktiv und lebendig bleiben und ein Gegengewicht zum wachsenden Flächenverbrauch bilden. Wir setzen dabei auf eine weitreichende Beteiligung der Bürgerschaft im Ländlichen Raum.

Schnelles Internet für alle

Gerade für Unternehmen im Ländlichen Raum ist eine leistungsfähige Internetanbindung heutzutage ein entscheidender Standortfaktor. Schnelles Internet ist aber auch ein Stück Lebensqualität. Aus diesen Gründen hat die Breitbandversorgung für uns die Qualität einer Daseinsvorsorge.

In den vergangenen Jahren hat die Landesregierung die weißen Flecken in der Internet-Grundversorgung bereits von 700 weißen Flecken auf lediglich 200 reduziert. Rund 72 Prozent der Haushalte im Südwesten haben schon jetzt Anschluss ans schnelle Internet. Das Land hat damit unter den Flächenländern eine Spitzenposition bei der Breitbandversorgung in Deutschland inne.

Dennoch werden wir weiter erhebliche Mittel zur Verfügung stellen, um die flächendeckende Verfügbarkeit von mindestens 50 MBit/s Bandbreite im gesamten Land zügig voranzutreiben. Dabei setzt das Land in seinen Förderprogrammen auf die zukunftsfähige Glasfasertechnologie. Fast wöchentlich übergibt die Landesregierung neue Förderbescheide an Kommunen, Kreise und kommunale Verbünde.

Magisches Dreieck aus Landwirtschaft, Tourismus und Naturschutz

Land- und Forstwirtschaft produzieren hochwertige Lebensmittel, nachwachsende Rohstoffe und spielen eine wichtige Rolle für den Erhalt unserer Kulturlandschaft. So schaffen sie wertvolles Kapital für den Naturschutz und den Tourismus. Gemeinsam bilden sie ein magisches Dreieck: eine funktionierende Landwirtschaft pflegt und erhält die Landschaft, der Naturschutz sorgt für artenreiche und abwechslungsreiche Naturräume und der Tourismus kann auf beiden Bereichen aufbauen und sie stärken.

Gemeinsam machen Landwirtschaft, Naturschutz und Tourismus die Stärke des ländlichen Raums aus. Gerade Tourismus und Landwirtschaft sichern mit ihren regionalen Spezialitäten aus dem Genießerland die notwendige Infrastruktur.

Anlage 41:

MLR, Ländlicher Raum:

Kabinettsauschuss Ländlicher Raum 2016 bis 2021, https://mlr.baden-wuerttemberg.de/de/unsere-themen/laendlicher-raum/leben-auf-dem-land-gestalten/kabinettsausschuss-laendlicher-raum/ [23.07.2017]

Ministerium für Ländlichen Raum
und Verbraucherschutz Baden-Württemberg

Unser Haus | *Unsere Themen* | Unser Service

Sie sind hier: »Startseite »Unsere Themen »Ländlicher Raum »Leben auf dem Land gestalten »Kabinettsausschuss Ländlicher R

LÄNDLICHER RAUM

Text vorlesen

Kabinettsausschuss Ländlicher Raum 2016 bis 2021

„Der Ländliche Raum ist für Baden-Württemberg nicht nur landschaftlich prägend. Er ist die ökologische und ökonomische Kraftquelle unseres Landes, bietet hohe Lebensqualität für Jung und Alt und ist die Heimat des Ehrenamtes. In der gemeinsamen Zusammenarbeit aller Fachressorts der Landesregierung von Baden-Württemberg können wir gezielt und effektiv die Zukunftsfähigkeit des Ländlichen Raumes fördern. Für eine kluge Strukturpolitik benötigen wir eine Gesamtstrategie für den Ländlichen Raum sowie Lösungen aus einem Guss. Genau hier setzt der Kabinettsausschuss Ländlicher Raum an", mit diesen Worten eröffnete der Minister für Ländlichen Raum und Verbraucherschutz Peter Hauk am 15. November 2016 den Kabinettsausschuss Ländlicher Raum.

Der Ländliche Raum ist für Baden-Württemberg von großer Bedeutung. Mit einem Anteil von 35 % der Landesfläche lebt etwa jeder Dritte Baden-Württemberger im Ländlichen Raum, der 70 % unserer Landesfläche ausmacht. Darüber hinaus fühlen sich etwa 60 % der Baden-Württembergerinnen und Baden-Württemberger dem Ländlichen Raum zugehörig. Der Ländliche Raum ist somit zu Recht das Rückgrat unseres Landes. Dementsprechend bündelt er eine große Zahl an Themen und Fragestellungen. Somit ist auch die Zukunft und Entwicklung des Ländlichen Raumes querschnittsorientiert und bedarf einer ressortübergreifenden Zusammenarbeit. Um dies zu ermöglichen wurde der Kabinettsausschuss Ländlicher Raum eingesetzt, der im Koalitionsvertrag für die Legislaturperiode 2016 bis 2021 verankert ist.

Aufgaben und Ziele

Der Kabinettsausschuss "Ländlicher Raum" ist ein ressortübergreifendes Gremium. Er wirkt an der Vorbereitung von Kabinettsentscheidungen mit. Der Kabinettsausschuss erarbeitet zukunftsorientierte Zielvorstellungen und konkrete Handlungsempfehlungen für die Weiterentwicklung der Ländlichen Räume. Zur Umsetzung schlägt er die erforderlichen Maßnahmen dem Ministerrat vor oder legt diese im Rahmen seines Aufgabenbereiches fest. Mit der Arbeit des Kabinettsausschusses Ländlicher Raum füllt die Landesregierung unter Federführung des Ministeriums für Ländlichen Raum und Verbraucherschutz den Verfassungsauftrag der Förderung gleichwertiger Lebensverhältnisse im gesamten Land mit Leben.

Themen

Im Kabinettsausschuss werden alle für den Ländlichen Raum relevanten Themen gebündelt. Diese werden dort in interministeriellen Arbeitsgruppen (IMA) konkret erarbeitet.

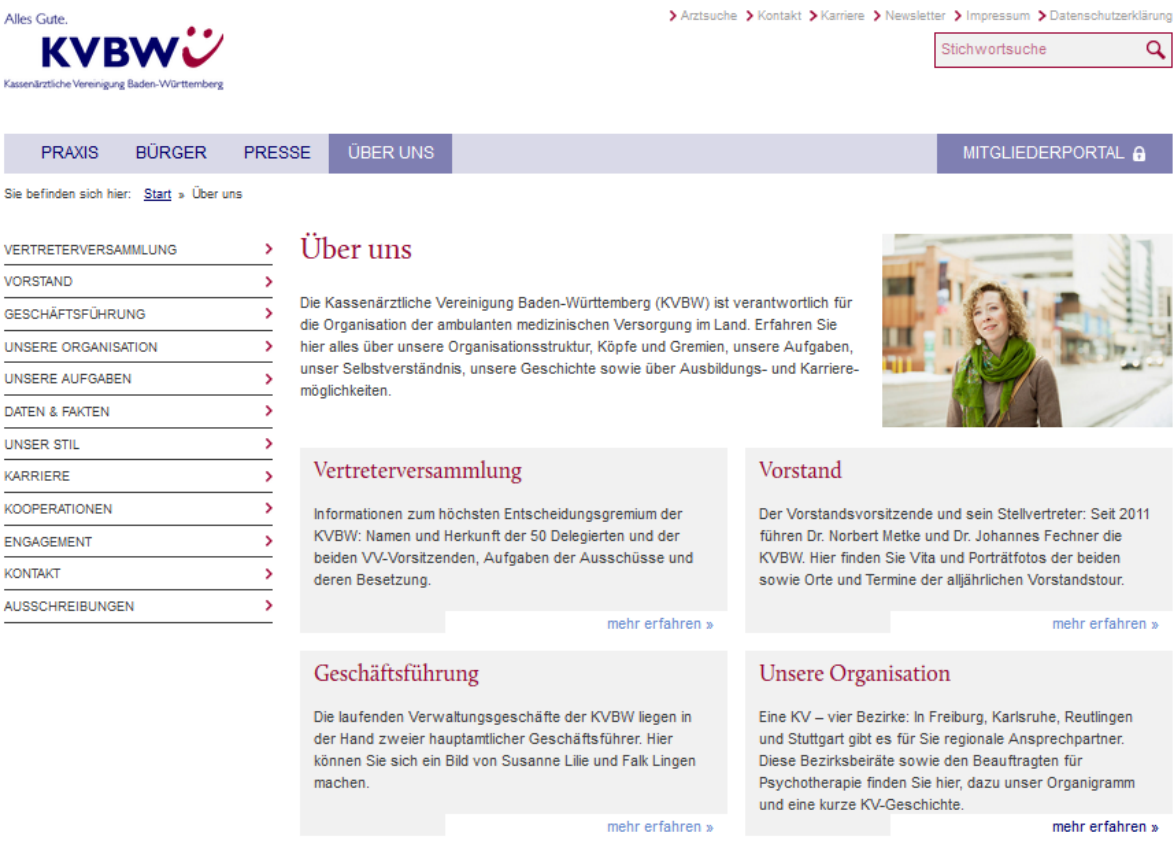
IMA „Bildung": Berufliche Bildung, kleine Grundschulstandorte und Lehrerversorgung im Ländlichen Raum.
IMA „Pflege und Gesundheit": Sicherstellung der pflegerischen und gesundheitlichen Versorgung im Ländlichen Raum sowie das Potenzial und die Verknüpfung des Ehrenamts in diesem Bereich.
Weitere IMAs folgen.

Bürgerbeteiligung
Da die Bürgerbeteiligung ein wichtiges Anliegen der Landesregierung darstellt, wird der Kabinettsausschuss Ländlicher Raum auch von einer breiten Bürgerbeteiligung und Öffentlichkeitskampagne begleitet. Hierzu finden im ersten Halbjahr 2017 verschiedene Veranstaltungen statt. Startschuss war eine zentrale Auftaktveranstaltung am 01. Februar 2017 in Kornwestheim.

Anlage 42:

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, Über uns:

https://www.kvbawue.de/ueber-uns/ [29.07.17]

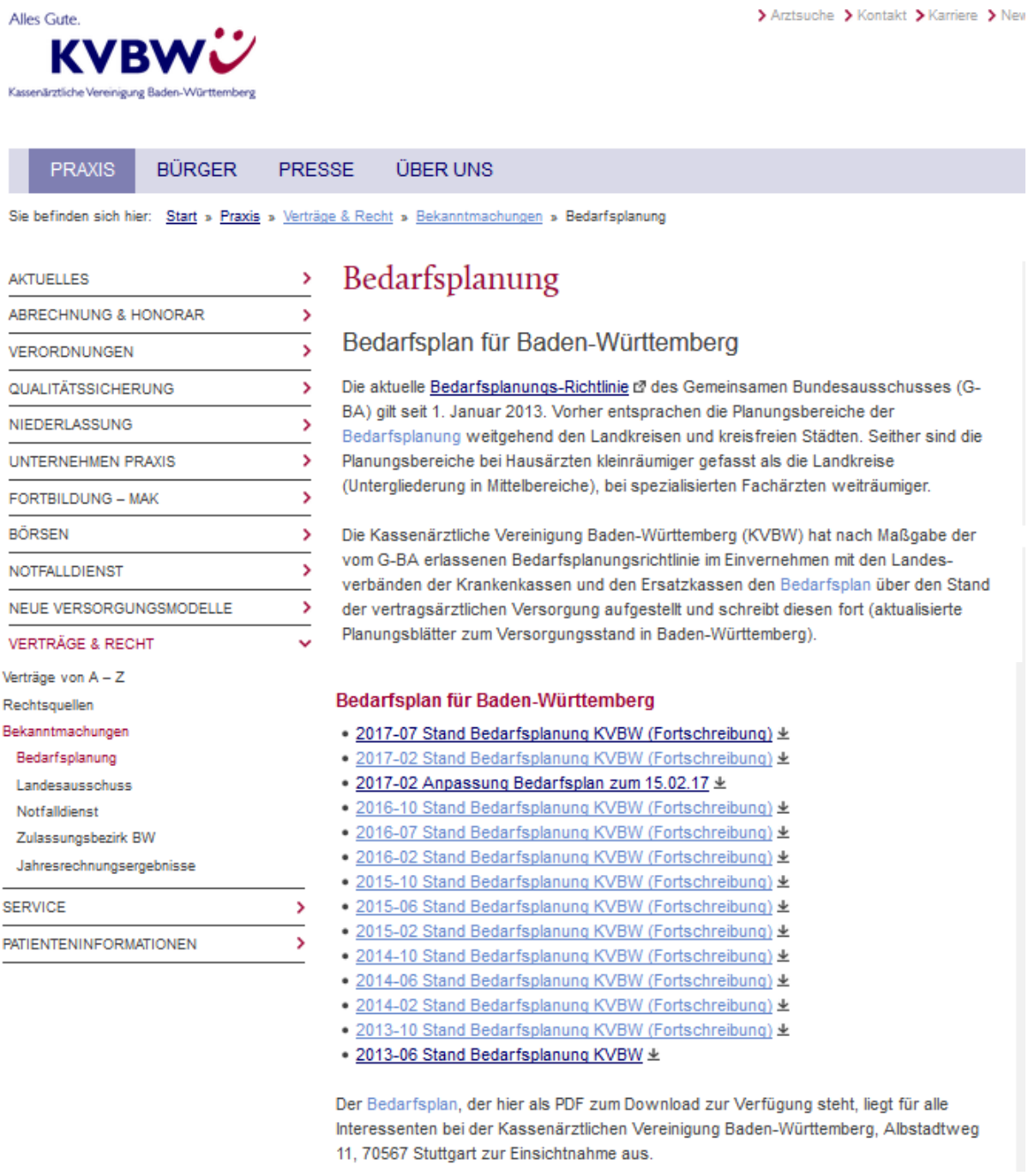


Anlage 43:

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, Bedarfsplanung:

Bedarfsplan für Baden-Württemberg

https://www.kvbawue.de/praxis/vertraege-recht/bekanntmachungen/bedarfsplanung/ [15.08.2017]



Alles Gute.
KVBW
Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Arztsuche Kontakt Karriere Neu

PRAXIS BÜRGER PRESSE ÜBER UNS

Sie befinden sich hier: Start » Praxis » Verträge & Recht » Bekanntmachungen » Bedarfsplanung

AKTUELLES
ABRECHNUNG & HONORAR
VERORDNUNGEN
QUALITÄTSSICHERUNG
NIEDERLASSUNG
UNTERNEHMEN PRAXIS
FORTBILDUNG – MAK
BÖRSEN
NOTFALLDIENST
NEUE VERSORGUNGSMODELLE
VERTRÄGE & RECHT
Verträge von A – Z
Rechtsquellen
Bekanntmachungen
Bedarfsplanung
Landesausschuss
Notfalldienst
Zulassungsbezirk BW
Jahresrechnungsergebnisse
SERVICE
PATIENTENINFORMATIONEN

Bedarfsplanung

Bedarfsplan für Baden-Württemberg

Die aktuelle Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gilt seit 1. Januar 2013. Vorher entsprachen die Planungsbereiche der Bedarfsplanung weitgehend den Landkreisen und kreisfreien Städten. Seither sind die Planungsbereiche bei Hausärzten kleinräumiger gefasst als die Landkreise (Untergliederung in Mittelbereiche), bei spezialisierten Fachärzten weiträumiger.

Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) hat nach Maßgabe der vom G-BA erlassenen Bedarfsplanungsrichtlinie im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen den Bedarfsplan über den Stand der vertragsärztlichen Versorgung aufgestellt und schreibt diesen fort (aktualisierte Planungsblätter zum Versorgungsstand in Baden-Württemberg).

Bedarfsplan für Baden-Württemberg

- 2017-07 Stand Bedarfsplanung KVBW (Fortschreibung)
- 2017-02 Stand Bedarfsplanung KVBW (Fortschreibung)
- 2017-02 Anpassung Bedarfsplan zum 15.02.17
- 2016-10 Stand Bedarfsplanung KVBW (Fortschreibung)
- 2016-07 Stand Bedarfsplanung KVBW (Fortschreibung)
- 2016-02 Stand Bedarfsplanung KVBW (Fortschreibung)
- 2015-10 Stand Bedarfsplanung KVBW (Fortschreibung)
- 2015-06 Stand Bedarfsplanung KVBW (Fortschreibung)
- 2015-02 Stand Bedarfsplanung KVBW (Fortschreibung)
- 2014-10 Stand Bedarfsplanung KVBW (Fortschreibung)
- 2014-06 Stand Bedarfsplanung KVBW (Fortschreibung)
- 2014-02 Stand Bedarfsplanung KVBW (Fortschreibung)
- 2013-10 Stand Bedarfsplanung KVBW (Fortschreibung)
- 2013-06 Stand Bedarfsplanung KVBW

Der Bedarfsplan, der hier als PDF zum Download zur Verfügung steht, liegt für alle Interessenten bei der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg, Albstadtweg 11, 70567 Stuttgart zur Einsichtnahme aus.

Grundlage der Bedarfsplanung ist das Verhältnis der Zahl der Vertragsärzte bzw. -psychotherapeuten bezogen auf die Zahl der Einwohner in einem bestimmten Planungsbereich. Dieses Verhältnis wird für die einzelnen Arztgruppen getrennt ermittelt. Liegt in einem Planungsbereich eine Überversorgung vor, ordnet der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen Zulassungsbeschränkungen an, die er wieder aufhebt, wenn die Überversorgung nicht mehr gegeben ist.

Rechnerische Unterversorgung
Für diejenigen Planungsbereiche, für welche rechnerisch ein Versorgungsgrad von über 50 Prozent bei Fachärzten beziehungsweise über 75 Prozent bei Hausärzten nicht (mehr) gegeben ist, prüft der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen für Baden-Württemberg anhand der tatsächlichen Versorgungssituation eingehend, ob hier Anhaltspunkte vorliegen, dass eine ausreichende vertragsärztliche Versorgung nicht mehr sichergestellt sein könnte. Er trifft in seiner Sitzung Entscheidungen hierzu und legt gegebenenfalls fest, welche Maßnahmen getroffen werden sollen. Die ergangenen Beschlüsse finden Sie jeweils unter Bekanntmachungen Landesausschuss.

Versorgungsebenen

Hausärztliche Versorgung

Hausärztliche Versorgung

Der Planungsbereich für die Arztgruppe der Hausärzte ist der Mittelbereich. In Baden-Württemberg existierten 101 Mittelbereiche, die kleinräumiger angelegt sind als die Landkreise. Die Zuordnung der Gemeinden zu Mittelbereichen fußt auf der Systematik des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR).

Allgemeine fachärztliche Versorgung

Allgemeine fachärztliche Versorgung

Für die Versorgungsebene der allgemeinen fachärztlichen Versorgung ist die kreisfreie Stadt bzw. der Landkreis der Planungsbereich. Folgende Arztgruppen sind der Versorgungsebene der allgemeinen fachärztlichen Versorgung zugeordnet:

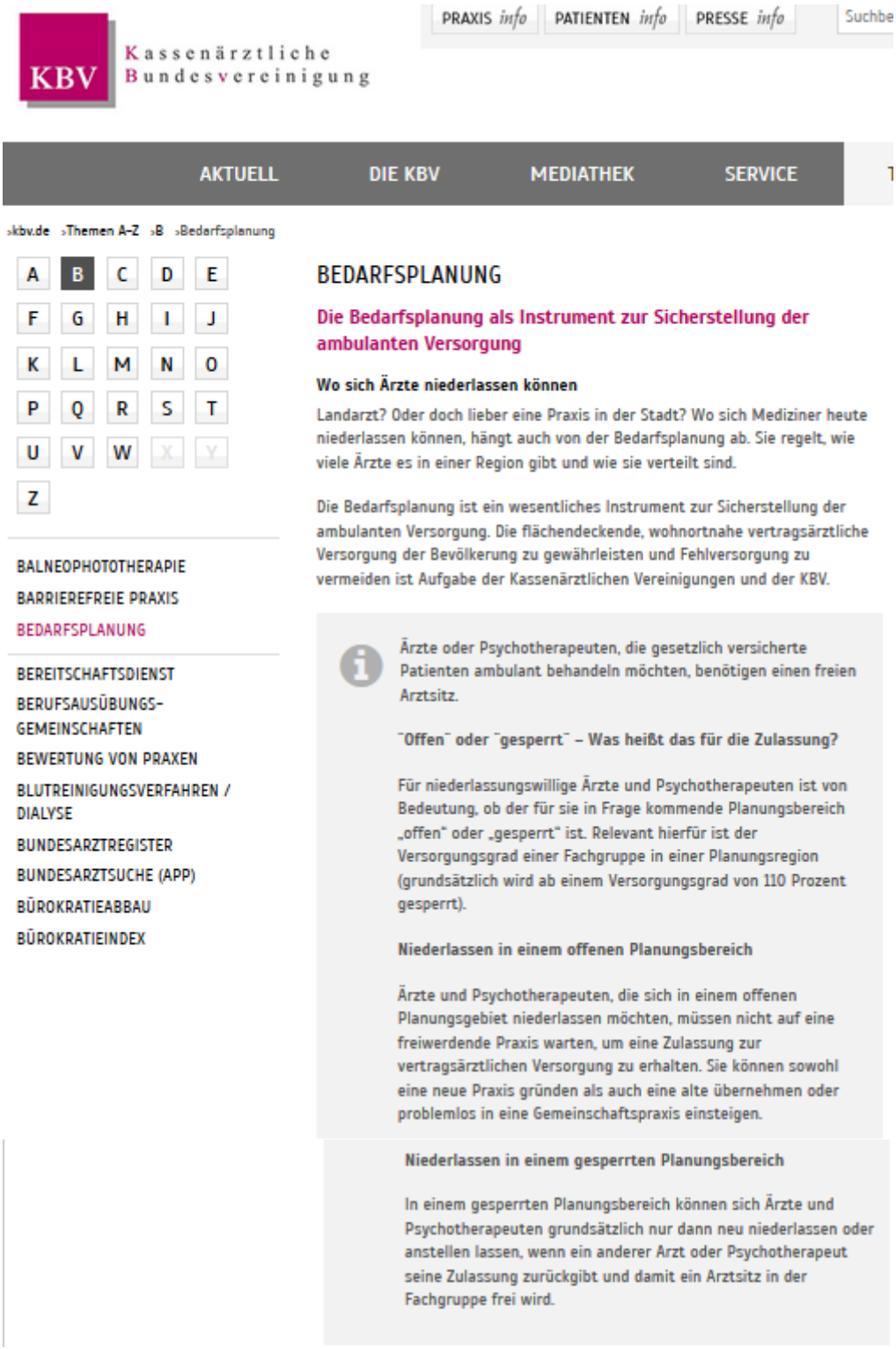
1. Augenärzte
2. Chirurgen
3. Frauenärzte
4. Hautärzte
5. HNO-Ärzte
6. Nervenärzte
7. Orthopäden
8. Psychotherapeuten
9. Urologen
10. Kinderärzte

Anlage 44:

Kassenärztliche Bundesvereinigung, Bedarfsplanung:

Die Bedarfsplanung als Instrument der Sicherstellung der ambulanten Versorgung

http://www.kbv.de/html/bedarfsplanung.php [16.08.2017]



KBV Kassenärztliche Bundesvereinigung

PRAXIS info | PATIENTEN info | PRESSE info | Suchbe

AKTUELL | DIE KBV | MEDIATHEK | SERVICE

›kbv.de ›Themen A-Z ›B ›Bedarfsplanung

A B C D E
F G H I J
K L M N O
P Q R S T
U V W X Y
Z

BALNEOPHOTOTHERAPIE
BARRIEREFREIE PRAXIS
BEDARFSPLANUNG
BEREITSCHAFTSDIENST
BERUFSAUSÜBUNGS-GEMEINSCHAFTEN
BEWERTUNG VON PRAXEN
BLUTREINIGUNGSVERFAHREN / DIALYSE
BUNDESARZTREGISTER
BUNDESARZTSUCHE (APP)
BÜROKRATIEABBAU
BÜROKRATIEINDEX

BEDARFSPLANUNG

Die Bedarfsplanung als Instrument zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung

Wo sich Ärzte niederlassen können

Landarzt? Oder doch lieber eine Praxis in der Stadt? Wo sich Mediziner heute niederlassen können, hängt auch von der Bedarfsplanung ab. Sie regelt, wie viele Ärzte es in einer Region gibt und wie sie verteilt sind.

Die Bedarfsplanung ist ein wesentliches Instrument zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung. Die flächendeckende, wohnortnahe vertragsärztliche Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten und Fehlversorgung zu vermeiden ist Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen und der KBV.

Ärzte oder Psychotherapeuten, die gesetzlich versicherte Patienten ambulant behandeln möchten, benötigen einen freien Arztsitz.

"Offen" oder "gesperrt" – Was heißt das für die Zulassung?

Für niederlassungswillige Ärzte und Psychotherapeuten ist von Bedeutung, ob der für sie in Frage kommende Planungsbereich „offen" oder „gesperrt" ist. Relevant hierfür ist der Versorgungsgrad einer Fachgruppe in einer Planungsregion (grundsätzlich wird ab einem Versorgungsgrad von 110 Prozent gesperrt).

Niederlassen in einem offenen Planungsbereich

Ärzte und Psychotherapeuten, die sich in einem offenen Planungsgebiet niederlassen möchten, müssen nicht auf eine freiwerdende Praxis warten, um eine Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung zu erhalten. Sie können sowohl eine neue Praxis gründen als auch eine alte übernehmen oder problemlos in eine Gemeinschaftspraxis einsteigen.

Niederlassen in einem gesperrten Planungsbereich

In einem gesperrten Planungsbereich können sich Ärzte und Psychotherapeuten grundsätzlich nur dann neu niederlassen oder anstellen lassen, wenn ein anderer Arzt oder Psychotherapeut seine Zulassung zurückgibt und damit ein Arztsitz in der Fachgruppe frei wird.

Ebenen der Bedarfsplanung

Bundesebene:
Die Bedarfsplanungs-Richtlinie macht bundesweite Vorgaben, welche auf regionaler Ebene in den sogenannten **> Landesausschüssen** umgesetzt werden. Unbenommen von den regionalen Abweichungsmöglichkeiten beschreibt die Bedarfsplanungs-Richtlinie eine vollumfängliche funktionale Planungssystematik.

> Verhältniszahlen
> Versorgungsebenen und Arztgruppen
> Planungssystematik
> Versorgungsgrade

Landesebene:
Im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen erstellen die jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen einen regionalen Bedarfsplan, der die aktuelle Versorgungssituation beschreibt, analysiert und die Umsetzung der bundesweiten Vorgaben dokumentiert.

> Bedarfsplan

Lokale Ebene:
Auf lokaler Ebene haben die **> Zulassungsausschüsse** darüber hinaus die Möglichkeit, in Einzelfällen weitere Zulassungen in gesperrten Gebieten auszusprechen.

> Steuerungsmöglichkeiten in gesperrten Planungsbereichen.

Bundesweite Vorgaben

Verhältniszahlen

Zentrales Steuerungsinstrument der Bedarfsplanung

Die Verhältniszahlen beschreiben das Soll-Versorgungsniveau – Einwohnerzahl pro Arzt – für die jeweilige Arztgruppe.

Die Verhältniszahlen wurden vom Gesetzgeber bei der Einführung der Bedarfsplanung auf Grundlage eines historischen Stichtags festgelegt, zu dem das Versorgungsniveau als angemessen bewertet wurde. Für die meisten Arztgruppen ist dies der Stichtag der Einführung der Bedarfsplanung für die jeweilige Gruppe.

Dieses historische Versorgungsniveau wird heute kontinuierlich anhand der jeweils aktuellen Einwohnerzahl fortgeschrieben, allerdings an die demografische Entwicklung mittels Korrekturfaktoren angepasst.

> Mehr zum Thema Demografiefaktor

Versorgungsebenen und Arztgruppen

Grundlage für die Planung

Jede Arztgruppe ist einer von vier Versorgungsebenen zugeordnet: der hausärztlichen Versorgung, der allgemeinen fachärztlichen Versorgung, der spezialisierten fachärztlichen Versorgung oder der gesonderten fachärztlichen Versorgung.

Bis zum 31.12.2012 waren nicht alle Arztgruppen von der Bedarfsplanung erfasst. Nunmehr erstreckt sich die Planung auf alle Arztgruppen mit Ausnahme der Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen.

Die Bedarfsplanung fasst die Gebiete der (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer mit dem Ziel zusammen, dass Ärzte mit einem vergleichbaren Versorgungsspektrum nach einer gemeinsamen Systematik beplant werden.

Hausärztliche Versorgung	Allgemeine fachärztliche Versorgung	Spezialisierte fachärztliche Versorgung	Gesonderte fachärztliche Versorgung
Hausärzte	Augenärzte Chirurgen Frauenärzte HNO-Ärzte Hautärzte Nervenärzte Psychotherapeuten Orthopäden Urologen Kinderärzte	Fachinternisten Anästhesisten Radiologen Kinder- und Jugendpsychiater	PRM-Mediziner Nuklearmediziner Strahlentherapeuten Neurochirurgen Humangenetiker Laborärzte Pathologen Transfusionsmediziner

Planungssystematik

Arztgruppen regional beplanen

Um eine angemessene Erreichbarkeit der Versorgung für die Gesamtbevölkerung sicherzustellen, werden die Arztgruppen in unterschiedlicher räumlicher Auflösung beplant. Dabei werden entsprechend den Versorgungsebenen die vier verschiedenen regionalen Ebenen der Planungsbereiche berücksichtigt.

Hausärztliche Versorgung ⊖

Am kleinräumigsten werden Hausarztsitze gesteuert, da diese möglichst wohnortnah für die Bevölkerung erreichbar sein sollen. Für sie werden die Soll-Arztzahlen pro sogenannten Mittelbereich, der eine mittelgroße Stadt (Mittel- oder Oberzentrum) und deren Umland beschreibt, vorgeschrieben.

Mittelbereiche spielen in der Raumplanung der Bundesländer für die Festlegung von regionalen Entwicklungszielen eine große Rolle und finden in den Landesentwicklungsplänen Erwähnung.

Allgemeine fachärztliche Versorgung ⊕

Spezialisierte fachärztliche Versorgung ⊕

Gesonderte fachärztliche Versorgung ⊕

Planungsbereiche

In der Bedarfsplanungs-Richtlinie sind die Planungsbereiche nach Definitionen des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) benannt. Allerdings kann im Rahmen der regionalen Bedarfspläne aufgrund regionaler Besonderheiten auch der Zuschnitt der Planungsbereiche geändert werden; die Anzahl der Planungsbereiche unterliegt daher Schwankungen.

Hausärztliche Versorgung	Allgemeine fachärztliche Versorgung	Spezialisierte fachärztliche Versorgung	Gesonderte fachärztliche Versorgung
Mittelbereiche	Kreise	Raumordnungs-regionen	KVen
1.000* Planungsbereiche	400* Planungsbereiche	100* Planungsbereiche	17 Planungsbereiche

*Die Zahl der Planungsbereiche schwankt aufgrund der Möglichkeit, regionale Besonderheiten zu berücksichtigen.

Größe der Planungsbereiche am Beispiel der KV Sachsen-Anhalt

Versorgungsgrade

Bewertung der Versorgungslage

Der Versorgungsgrad einer Region wird ermittelt, indem zwischen dem Ist-Niveau des tatsächlichen Einwohner-Arzt-Verhältnisses und dem Soll-Niveau der Verhältniszahl verglichen wird. Der Versorgungsgrad wird in Prozent ausgedrückt und genutzt, um die Versorgung in einer Region zu bewerten.

Die Bewertung der Versorgungssituation nehmen die **› Landesausschüsse** der Ärzte und Krankenkassen pro Arztgruppe und Region vor.

Maßgeblich sind bei der Feststellung der Versorgungslage auch die Besonderheiten aus dem Bedarfsplan des jeweiligen Landes.

Der ermittelte Versorgungsgrad ist die Grundlage dafür, ob sich in einem Planungsbereich zusätzliche Ärzte niederlassen können, beziehungsweise welche Maßnahmen zur Sicherstellung der Versorgung ergriffen werden können.

- Offener Planungsbereich
- Unterversorgung
- Drohende Unterversorgung
- Gesperrter Planungsbereich
- Versorgungsgrad von 140 Prozent oder höher
- Zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf

Bedarfsplan

Regionale Abweichungsmöglichkeiten für mehr Flexibilität auf Landesebene

Der Bedarfsplan ist das zentrale Instrument der Bedarfsplanung in den KV-Regionen. Er dokumentiert und analysiert den aktuellen Stand der Versorgung und leitet daraus – falls erforderlich – konkrete Maßnahmen ab.

Daneben werden im Bedarfsplan regionale Besonderheiten auf KV-Ebene dargelegt, welche Abweichungen von den Vorgaben der Bedarfsplanungs-Richtlinie bedingen.

Regionale Besonderheiten können sein:

- die regionale Morbidität,
- demografische Faktoren,
- sozioökonomische Faktoren oder
- räumliche Faktoren
- sowie infrastrukturellen Besonderheiten.

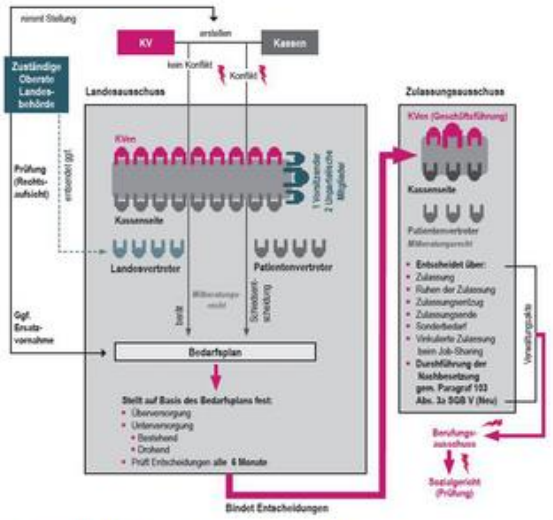
Der Bedarfsplan ist das Hauptinstrument, um regionale Versorgungsziele festzulegen und zu überprüfen. Er wird der Entwicklung regelmäßig angepasst. Zudem muss er der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt werden.

Er wird von den Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen erstellt.

Darüber hinaus kann auf Landesebene ein sogenanntes 90a Gremium bzw. **> Gemeinsames Landesgremium** eingerichtet werden, welches Stellung zum regionalen Bedarfsplan nehmen kann.

Inhaltlicher Aufbau

Ablauf



Die Gremien der Bedarfsplanung (Für größere Darstellung bitte klicken.)

Steuerungsmöglichkeiten in gesperrten Planungsbereichen

Weiterentwicklung der Versorgung auf lokaler Ebene

Um die Versorgung in ansonsten gesperrten Planungsbereichen weiterzuentwickeln, haben die **> Zulassungsausschüsse** aus Vertretern der Krankenkassen und Ärzte folgende Möglichkeiten:

Sonderbedarfszulassung

Ermächtigung von Ärzten

Regionale Verteilung der Ärzte steuern

Nachbesetzung eines Arztsitzes

Anlage 45:

Bundesinstitut für Bau-, Stadt-, und Raumforschung:

Verflechtungsbereiche Mittlerer Stufe – Mittelbereiche, http://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Raumbeobachtung/Raumabgrenzungen/Mittelbereiche/Mittelbereiche.html [21.08.17]

Laufende Raumbeobachtung - Raumabgrenzungen

Verflechtungsbereiche Mittlerer Stufe - Mittelbereiche

Mittelbereiche bilden die Verflechtungsbereiche für die Versorgung mit Gütern des gehobenen Bedarfs ab und sind in der Regel einem Mittelzentrum oder einem mittelzentralen Verbund bzw. höherrangigen zentralen Ort zugeordnet. Mittelbereiche sind ein Raumbezug, welcher der Bedeutung der Mittelstädte Rechnung trägt.

Sie sind besonders wichtig für die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung und damit für die Sicherstellung gleichwertiger Lebensbedingungen. Sie haben neben den Arbeitsmarktregionen eine wichtige Funktion für den Alltag der Menschen.

Diese Erkenntnis ist nicht neu. Die Ministerkonferenz für Raumordnung (MKRO) konstatierte dies bereits in ihrer Entschließung "Zentralörtliche Verflechtungsbereiche mittlerer Stufe in der Bundesrepublik Deutschland" vom 15.Juni 1972. Zahlreiche Bundesländer haben das Konzept aufgegriffen und weiterentwickelt. In ihrer Abgrenzung orientieren sich die Mittelbereiche an den Entfernungen, Lagebeziehungen, Verkehrsanbindungen und traditionellen Bindungen zwischen Gemeinden und damit an dem zu erwartenden Verhalten der Bevölkerung bei der Inanspruchnahme von Infrastruktureinrichtungen der Daseinsvorsorge. Zusätzlich orientieren sie sich an den bestehenden administrativen Grenzen der Gemeindeverwaltungsverbände, Kreise oder Bundesländer.

Der Beirat für Raumordnung betrachtete in seinen Empfehlungen vom 16.Juni 1976 die Mittelbereiche als die grundlegende, gleichzeitig unterste Hierarchiestufe für eine räumliche Gliederung der Bundesrepublik Deutschland als Umsetzung eines funktionsräumlichen Konzeptes für die Raumordnungspolitik.

Auf Grundlage der MKRO-Entschließung von 1972 wurde in der Ministerkonferenz für Raumordnung letztmalig 1987 eine flächendeckende Abgrenzung der Zentralörtlichen Verflechtungsbereiche mittlerer Stufe (VMS) für die Bundesrepublik Deutschland (Alte Bundesländer) erarbeitet und durch die BfLR kartographisch umgesetzt.

Aktuelle Abgrenzung

Die aktuell vorliegende Abgrenzung der Mittelbereiche des BBSR beruht in sieben der dreizehn Flächenländern auf den aktuellen Festlegungen in den Landesplänen. In den übrigen Flächenländern kann auf zumindest auf Verordnungen, Arbeitsmaterialien oder ältere Landespläne als Informationsquelle zurückgegriffen werden.

Sachsen-Anhalt ist das einzige Flächenland, für das keine Grundlage zur Abgrenzung von Mittelbereichen existiert. Daher wurde für Sachsen-Anhalt entsprechend den von der MKRO genannten Kriterien und Prinzipien eine Zuordnung der Gemeinden zu den im aktuellen Landesplan ausgewiesenen Mittel- und Oberzentren anhand von Pendlerverflechtungen und PKW-Erreichbarkeiten und unter Berücksichtigung von Kreisgrenzen vorgenommen.

Anlage 46:

Ministerium für Soziales und Integration, Krankenhausplanung:
Rahmenplanung für die Krankenhausversorgung im Land, https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/de/gesundheit-pflege/krankenhaeuser/krankenhausplanung/ [17.08.17]

KRANKENHAUSPLANUNG

Text vorlesen

Rahmenplanung für die Krankenhausversorgung im Land

Der Krankenhausplan des Landes beschreibt die derzeitige Situation der Krankenhausversorgung in Baden-Württemberg. Da sich Rahmenbedingungen wie Bevölkerungszahl, neue Diagnostik- und Therapiemethoden oder gesetzliche Grundlagen verändern, muss die Krankenhausplanung laufend angepasst werden.

Mit dem Krankenhausplan 2010, der den Krankenhausplan 2000 ablöst, beschränkt sich das Land künftig auf eine Rahmenplanung, die den Krankenhäusern und Krankenkassen Gestaltungsspielraum ermöglicht.

Das Land verzichtet darauf, den Versorgungsauftrag von Krankenhäusern bis ins Detail festzulegen. Der Krankenhausplan legt in der Regel den Standort, die Gesamtplanbettenzahl, die bedarfsgerechten Fachabteilungen und die Leistungsschwerpunkte fest. Nur wenige Fachgebiete wie z. B. die psychiatrisch-psychosomatischen Versorgung oder die Herzchirurgie werden detailliert geplant und ausgewiesen.

Anlage 47:

Deutsche Krankenhausgesellschaft, Ambulante Leistungen:

Notfallpraxis/Portalpraxis am Krankenhaus

http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/72/aid/14874/title/Notfallpraxis___Portalpraxis_am_Krankenhaus_ [22.08.17]

I AMBULANTE LEISTUNGEN

16. JUNI 2016

Notfallpraxis / Portalpraxis am Krankenhaus

Bereits im Jahre 2002 hatte die DKG eine Beratungs- und Formulierungshilfe für einen Vertrag über eine "Einrichtung einer Notfallpraxis am Krankenhaus" verabschiedet. Das zugrundeliegende Vertragsmodell sollte ein Beispiel einer verzahnten Angebotsstruktur einer gemeinsamen Notfallversorgung darstellen.

Im Rahmen des KHSG sind nunmehr – vor dem Hintergrund der Neuorganisation der ambulanten Notfallversorgung – in § 75 SGB V gemeinsame Konzepte einer sektorenübergreifenden Notfallversorgung zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäusern gesetzlich konkretisiert worden. Dabei nennt § 75 Abs. 1b Satz 2 SGB V als Beispiel der Sicherstellung des Notdienstes durch die Kassenärztlichen Vereinigungen ausdrücklich die Einrichtung von Notdienstpraxen in oder an Krankenhäusern. Aus diesem Grunde ist eine Überarbeitung / Aktualisierung des Mustervertrages aus dem Jahre 2002 erfolgt. Die Broschüre ist vom Vorstand der DKG im Rahmen seiner 283. Sitzung am 13.04.2016 in Berlin beschlossen worden.

Die Broschüre (ISBN: 978-3-945251-64-5) wird über die DKVG vertrieben und kann schriftlich bzw. per Internet zu einem Preis von 12,80 € inkl. MwSt. pro Exemplar zzgl. Versandkosten dort bestellt werden. Der Preis für die CD-ROM beträgt 19,00 € inkl. MwSt. zzgl. Versandkosten. Der Preis für einen Download von der Homepage der DKVG beträgt ebenfalls 19,00 € inkl. MwSt.

Deutschen Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbH
Hansaallee 201, 40549 Düsseldorf
Tel.: (0211) 179 235-0
Fax: (0211) 179 235-20
E-Mail: info@dkvg.de, Internet: www.dkvg.de

Anlage 48:

Bundesgesundheitsministerium, Krankenhausstrukturgesetz (KHSG):

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/krankenhausstrukturgesetz/khsg.html [22.08.17]

KHSG

Sie sind hier: Themen › Krankenversicherung › Krankenhausstrukturgesetz › KHSG

Krankenhausstrukturgesetz (KHSG)

Das Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz - KHSG) stärkt die Qualität der Krankenhausversorgung und erhöht die Zahl der Pflegekräfte am Krankenbett. Das Gesetz ist zum 1. Januar 2016 in Kraft getreten.

> Eine gut erreichbare Versorgung vor Ort und hohe Qualität durch Spezialisierung, z.B. in unseren Universitätskliniken – das bringt die Krankenhausreform. Eine gute Versorgung von Patientinnen und Patienten im Krankenhaus kann nur mit ausreichend Personal gelingen. Deshalb sorgen wir für mehr Pflegepersonal am Krankenbett. Mit dem Pflegezuschlag und dem Pflegestellen-Förderprogramm erhalten die Krankenhäuser bis zu 830 Millionen Euro zusätzlich pro Jahr, um dauerhaft mehr Personal zu beschäftigen. Außerdem verbessern wir mit einem Hygieneförderprogramm den Schutz der Patienten vor gefährlichen Krankenhausinfektionen. Und mit erweiterten Möglichkeiten der häuslichen Krankenpflege und einer neuen Kurzzeitpflege als Leistungen der Krankenkassen stellen wir sicher, dass Patientinnen und Patienten nach einem längeren Krankenhausaufenthalt weiter gut betreut werden. Zugleich helfen wir den Ländern beim Abbau kostspieliger Überkapazitäten und leisten damit einen Beitrag zur nachhaltigen Finanzierbarkeit unseres Gesundheitswesens.
>
> — Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe

Die Schwerpunkte des Gesetzes

- Zur Stärkung der Pflege am Bett wird ein **Pflegestellen-Förderprogramm** eingerichtet. In den Jahren 2016 bis 2018 belaufen sich die Fördermittel auf insgesamt bis zu 660 Millionen Euro. Ab 2019 stehen dauerhaft bis zu 330 Millionen Euro pro Jahr zur Verfügung.
- Der Versorgungszuschlag von 500 Millionen Euro wird ab 2017 durch einen **Pflegezuschlag** ersetzt. Er wird nach den Pflegepersonalkosten der Krankenhäuser verteilt. Damit erhalten Krankenhäuser einen Anreiz, eine angemessene Pflegeausstattung vorzuhalten.
- Eine bereits eingerichtete Expertenkommission aus Praxis, Wissenschaft und Selbstverwaltung soll bis spätestens Ende 2017 prüfen, ob im DRG-System oder über Zusatzentgelte ein erhöhter Pflegebedarf von demenzerkrankten, pflegebedürftigen oder behinderten Patienten und der allgemeine Pflegebedarf in Krankenhäusern sachgerecht abgebildet werden und Vorschläge erarbeiten. Außerdem soll die Kommission einen Vorschlag erarbeiten, wie kontrolliert werden kann, dass die Mittel des Pflegestellen-Förderprogramms, ab 2019 auch tatsächlich zur Finanzierung von Pflegepersonal verwendet werden.

- Das **Hygieneförderprogramm** wird fortgeführt und erweitert. Dadurch können mehr Hygienefachkräfte eingestellt und ausgebildet werden. Zudem soll die Weiterbildung im Bereich Infektiologie ausgebaut werden damit künftig mehr Fachkräfte zur Verfügung stehen.

- Die **Qualität der Krankenhausversorgung** spielt zukünftig eine noch größere Rolle und wird noch strenger kontrolliert und konsequent verbessert. Qualität wird als Kriterium bei der Krankenhausplanung eingeführt. Die Verbindlichkeit der Qualitätssicherungsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses wird gestärkt. Die Mindestmengenregelung wird nach den Vorgaben der höchstrichterlichen Rechtsprechung rechtssicher ausgestaltet. Die Zahl der aus Qualitätsgründen durchgeführten klinischen Sektionen soll erhöht werden. Die Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen wird erhöht. Bei der Krankenhausvergütung wird auch an Qualitätsaspekte angeknüpft. So werden Qualitätszu- und -abschläge für Leistungen eingeführt. Die Qualitätsberichte der Krankenhäuser werden noch patientenfreundlicher gestaltet, damit Patienten leichter nutzbare Informationen zur Verfügung stehen. Zudem wird erprobt, ob durch einzelvertragliche Regelungen eine weitere Verbesserung der Qualität der Krankenhausversorgung möglich ist.

- Zur **Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung** werden verschiedene Maßnahmen ergriffen:

  - Bestehende Zuschläge werden weiter entwickelt und neue Zuschläge eingeführt: Die Rahmenbedingungen für die Anwendung von Sicherstellungszuschlägen werden präzisiert. Krankenhäuser, die an der stationären Notfallversorgung teilnehmen, erhalten Zuschläge entsprechend den vorgehaltenen Notfallstrukturen. Die Rahmenbedingungen für Zuschläge für besondere Aufgaben werden präzisiert. Für neue Anforderungen zur Struktur-und Prozessqualität der Krankenhäuser, die aus Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses erwachsen, können zukünftig zeitnah krankenhausindividuell Zuschläge vereinbart werden.

  - Die Spannweite der Landesbasisfallwerte wird ab dem Jahr 2016 weiter angenähert, wodurch im Jahr 2016 in vielen Ländern die Landesbasisfallwerte angehoben werden.

  - Für die Kalkulation der Entgeltsysteme im Krankenhausbereich ist zukünftig eine repräsentative Grundlage zu entwickeln. Um Fehlanreize zu verhindern, sollen Übervergütungen bei sinkenden Sachkosten abgebaut werden. Dies kommt insbesondere der Vergütung personalintensiver Leistungen zu gute.

- Die **Mengensteuerung** in der stationären Versorgung wird in zwei Stufen neu ausgerichtet. In einer ersten Stufe werden ab dem Jahr 2016 die mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz beschlossenen Regelungen zur Einholung von Zweitmeinungen bei mengenanfälligen planbaren Eingriffen eingeführt. Zudem ist durch die Vertragsparteien auf Bundesebene die Bewertung bei Leistungen mit wirtschaftlich begründeten Fallzahlsteigerungen abzusenken oder abzustufen. In einer zweiten Stufe wird ab dem Jahr 2017 die Mengensteuerung von der Landes- auf die Krankenhausebene verlagert. Kostenvorteile, die bei der Erbringung zusätzlicher Leistungen entstehen, werden dann nicht mehr mindernd auf Landesebene berücksichtigt. Vielmehr werden diese zukünftig verursachungsgerecht durch einen grundsätzlich dreijährigen Abschlag (Fixkostendegressionsabschlag) beim einzelnen Krankenhaus berücksichtigt, das diese Leistungen vereinbart. Die Höhe des Abschlags wird auf der Landesebene vereinbart. Ausgenommen von dem Abschlag sind bestimmte Leistungen (z. B. Transplantationen, Versorgung von Frühgeborenen). Für Leistungen, die nicht mengenanfällig sind und für Leistungszuwächse, die durch eine Verlagerung zwischen Krankenhäusern entstehen, gilt ein hälftiger Abschlag.

- Zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen wird ein **Strukturfonds** eingerichtet. Dazu werden einmalig Mittel in Höhe von 500 Millionen Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zur Verfügung gestellt. Mit diesen Mitteln werden Vorhaben der Länder gefördert, wenn diese sich mit einem gleich hohen Betrag beteiligen. So wird maximal ein Volumen in Höhe von 1 Milliarde Euro zur Verfügung gestellt. Die Krankenhäuser erhalten die Fördergelder zusätzlich zu der notwendigen Investitionsförderung durch die Bundesländer.

- Auch im Bereich der ambulanten **Notfallversorgung werden** Krankenhäuser stärker unterstützt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen zur Sicherstellung des Notdienstes entweder vertragsärztliche Notdienstpraxen (sog. Portalpraxen) in oder an Krankenhäusern als erste Anlaufstelle einrichten oder Notfallambulanzen der Krankenhäuser unmittelbar in den Notdienst einbinden. Die Vergütungsregelungen werden entsprechend angepasst. Zudem wird der Investitionskostenabschlag für Kliniken bei der ambulanten Vergütung aufgehoben.

- Patienten, die nach einem längeren Krankenhausaufenthalt oder einer ambulanten Operation außerhalb eines Krankenhauses vorübergehend weiter versorgt werden müssen, können eine **Kurzzeitpflege** als neue Leistung der gesetzlichen Krankenkassen in einer geeigneten Einrichtung in Anspruch nehmen. Ergänzend dazu werden die Ansprüche auf häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe erweitert. Damit werden bestehende Versorgungslücken geschlossen, wenn Patienten noch nicht im Sinne der sozialen Pflegeversicherung pflegebedürftig sind und deshalb keine Ansprüche auf Pflegeleistungen haben.

- Es bleibt dabei, dass die Bundesländer die Planung von Krankenhäusern im Rahmen der Daseinsvorsorge auch weiterhin durchführen und die notwendigen Mittel zur Finanzierung der **Investitionen** für die Krankenhäuser bereitzustellen haben.

- Das KHSG führt zu **Mehrausgaben** für die Kostenträger in Höhe von rund 0,9 Milliarden Euro im Jahr 2016, rund 1,9 Milliarden Euro im Jahr 2017, rund 2,2 Milliarden Euro im Jahr 2018, rund 2,4 Milliarden Euro im Jahr 2019 und rund 2,5 Milliarden Euro im Jahr 2020. Von den Mehrausgaben entfallen ca. 90 Prozent auf die gesetzliche Krankenversicherung. Durch strukturell wirkende Maßnahmen (z. B. Zweitmeinung bei mengenanfälligen planbaren Eingriffen, Qualitätssicherungsmaßnahmen und Mengensteuerung) werden gleichzeitig erhebliche Minderausgaben in voraussichtlich dreistelliger Millionenhöhe erwartet.

Anlage 49:

Bundesgesundheitsministerium, Demografischer Wandel:

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/herausforderungen/demografischer-wandel.html [23.08.17]

Demografischer Wandel

- Was bedeutet "demografischer Wandel"?
- Wie wirkt sich der demografische Wandel auf die sozialen Sicherungssysteme aus?
- Wie reagiert die Bundesregierung im Hinblick auf die soziale Sicherung?
- Welche Folgen hat der demografische Wandel für die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung?
- Wie beugt die Bundesregierung einem drohenden Mangel an Pflegefachkräften vor?
- Demografischer Wandel - ein Problem der Bundesrepublik?

Was bedeutet "demografischer Wandel"?

Der Begriff des demografischen Wandels wird in der Regel gleichgesetzt mit der zutreffenden Vorstellung einer alternden Gesellschaft. Dahinter verbirgt sich jedoch nicht nur die – insbesondere gesundheits- und gesellschaftspolitisch – erfreuliche Tatsache einer kontinuierlich steigenden Lebenserwartung der Bevölkerung, sondern auch ein überwiegend positiver Migrationssaldo sowie eine konstant niedrige Geburtenrate.

Insbesondere die niedrigen Geburtenraten und die damit einhergehende Übersterblichkeit werden nach den Prognosen des Statistischen Bundesamtes einen Rückgang des Bevölkerungsstandes in Deutschland zur Folge haben, der durch Einwanderung zwar gemildert, jedoch nicht völlig ausgeglichen werden kann.

Wie wirkt sich der demografische Wandel auf die sozialen Sicherungssysteme aus?

Niedrige Geburtenraten und eine höhere Lebenserwartung stellen für die Gesundheitspolitik und die sozialen Sicherungssysteme besondere Herausforderungen dar, die bislang erfolgreich gemeistert werden konnten. Die ständig steigende Lebenserwartung und der wachsende Anteil von Hochbetagten sind nicht nur ein Beweis für gute Lebensbedingungen, sondern sprechen auch für ein gut funktionierendes Gesundheitswesen.

Der medizinische und medizinisch-technische Fortschritt sowie die flächendeckende Infrastruktur mit medizinischen, rehabilitativen und pflegerischen Einrichtungen haben dazu beigetragen, dass immer mehr Erkrankungen auch im hohen Alter geheilt, behandelt und gelindert werden können. Hierbei spielen zudem Prävention und Rehabilitation in allen Altersgruppen eine maßgebliche Rolle.

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Einwicklung im Gesundheitswesen hat sich in seinem Sondergutachten 2009 "Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens" intensiv mit den besonderen Präventions- und Versorgungsanforderungen von Kindern und älteren Menschen beschäftigt. Insbesondere die Empfehlungen des Rates zur besseren Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung sowie zur regionalen Verteilung der Infrastruktur sind mit dem zum 1. Januar 2012 in Kraft getretenen GKV-Versorgungsstrukturgesetz von Gesundheitsminister Bahr aufgegriffen worden.

Hiermit soll unter anderem sichergestellt werden, dass unser Gesundheitswesen dem spezifischen medizinischen und pflegerischen Bedarf der sich demografisch verändernden Gesellschaft unter Berücksichtigung regionaler und erkrankungsspezifischer Besonderheiten künftig besser gerecht wird.

Die Bundesregierung hat zudem verschiedene weitere Initiativen entfaltet, um dem im Kontext des demografischen Wandels sonst drohenden Fachkräftemangel im Gesundheitswesen aktiv zu begegnen. So hat das Bundesministerium für Gesundheit z.B. einen Runden Tisch zur besseren „Vereinbarkeit von Familie und Beruf im Gesundheitswesen" initiiert, der Anfang Dezember 2010 zahlreiche Empfehlungen zu dieser Thematik vorgelegt hat.

Wie reagiert die Bundesregierung im Hinblick auf die soziale Sicherung?

Angesichts der Alterung der Erwerbsbevölkerung ist es zudem für die Unternehmen angezeigt, eine längere Erwerbstätigkeit Älterer am Arbeitsmarkt zu befördern – durch alters- und alternsgerechte Arbeit, durch vorausschauende Arbeitsgestaltung und Arbeitsorganisation, durch passgenaue Weiterbildung und durch betriebliche Gesundheitsförderung. Auch die Bundesregierung zielt daher darauf, Prävention und Gesundheitsförderung entsprechend weiterzuentwickeln und auszubauen. Aufbauend auf den bewährten Programmen und Strukturen sollen Prävention und Gesundheitsförderung zielgerechter und zielgruppenspezifischer ausgerichtet und ihre Qualität verbessert werden.

Die Koalition hat sich deshalb am 13.12.2012 auf Eckpunkte für eine Präventionsstrategie verständigt. Das Ziel ist die Stärkung der Befähigung der Bevölkerung zu gesundheitsbewusstem Verhalten in allen Lebensphasen und die Reduzierung gesundheitlicher Risiken. Die Eckpunkte, auf deren Grundlage die Vorschriften des SGB V weiterentwickelt werden sollen, sehen insbesondere eine bessere Koordination und Vernetzung bestehender Programme und Strukturen, bessere Information sowie Verbesserung der (finanziellen) Rahmenbedingungen für die betriebliche Gesundheitsförderung vor.

Anlage 50:

Gesundheitsberichtserstattung des Bundes:

Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=2039::Krankenhaus [22.08.17]

GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG DES BUNDES – GEMEINSAM GETRAGEN VON RKI UND DESTATIS

Startseite | Über uns | Barrierefreiheit | Service | Kontakt | Impressum | Systembedienung | Sitemap

Sie sind hier: Startseite > Gesundheitsversorgung > Beschäftigte und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung > Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen und ambulante Rehabilitation > Definition: Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

Nach der **Krankenhausstatistik** des Statistischen Bundesamtes:
Nach § 107 Abs. 2 SGB V sind Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen Einrichtungen, die der **stationären Behandlung** der Patienten dienen, um eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen oder einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken (Vorsorge) oder eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern oder im Anschluss an **Krankenhausbehandlung** den dabei erzielten Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen, auch mit dem Ziel, eine drohende Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern (Rehabilitation). Die Einrichtungen müssen fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Verantwortung und unter Mitwirkung von besonders geschultem Personal darauf eingerichtet sein, den Gesundheitszustand der Patienten nach einem ärztlichen Behandlungsplan vorwiegend durch Anwendung von Heilmitteln einschließlich Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprachtherapie oder Arbeits- und Beschäftigungstherapie, ferner durch andere geeignete Hilfen, auch durch geistige und seelische Einwirkungen, zu verbessern und den Patienten bei der Entwicklung eigener Abwehr- und Heilungskräfte zu helfen. Schließlich müssen in diesen Einrichtungen Patientinnen und Patienten untergebracht und verpflegt werden können. Die Krankenkassen dürfen medizinische Leistungen zur Vorsorge (ärztliche Behandlung, Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel, ambulante Vorsorgeleistung, stationäre Vorsorgeleistung) oder Leistungen zur medizinischen Rehabilitation einschließlich der Anschlussheilbehandlung (ambulante Rehabilitation, stationäre Rehabilitation), die eine **stationäre Behandlung**, aber keine **Krankenhausbehandlung** erfordern, nur in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen erbringen lassen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111SGB V besteht. Dazu müssen die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen die oben genannten Anforderungen erfüllen. Vorsorge- oder Rehabilitationseinheiten bilden neben **Krankenhäusern** die Erhebungseinheiten der **Krankenhausstatistik**, denen Erhebungsbögen zugesandt werden. Für die Abgrenzung gilt die Definition des **Krankenhauses** analog. Unterschiede gibt es lediglich in der Zielsetzung der Einrichtung, die hier auf Vorsorge und/oder Rehabilitation ausgerichtet ist. Die Einrichtungen werden in der **Krankenhausstatistik** in solche mit und solche ohne Versorgungsvertrag nach § 111SGB V unterschieden.

Anlage 51:

Bundeszentrale für politische Bildung:

Dossier Gesundheitspolitik, Verordnung und Verbrauch von Arzneimitteln, http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72752/verordnung-und-verbrauch?p=all [22.08.17]

Verordnung und Verbrauch von Arzneimitteln

1 | 2

Welche Bedeutung haben Arzneimittel? Bedarf ein Arzneimittel zwingend einer Verordnung?

Thomas Gerlinger

1.3.2012

(© picture-alliance, ZB)

Arzneimittel und ihre Bedeutung

Dem Arzneimittelgesetz (AMG) zufolge sind Arzneimittel Stoffe oder Zubereitungen von Stoffen, die

- als Mittel zur Heilung oder Verhütung von Krankheiten,
- für ärztliche Diagnosen sowie
- zur Erkennung, Wiederherstellung, Besserung oder Beeinflussung von Körperfunktionen

eingesetzt werden (§ 2 Abs. 1 AMG). Arzneimittel sind aus der modernen Medizin nicht mehr wegzudenken. In Deutschland wird im Durchschnitt bei jedem Arztbesuch ein Medikament verordnet.

Die Verfügbarkeit von Arzneimitteln hat einen erheblichen Einfluss auf den Umgang mit Krankheit. Aus der Sicht der Ärztin oder des Arztes ist die Verordnung eines Medikaments eine schnelle und wenig aufwendige Therapieform. Sie signalisiert der Patientin oder dem Patienten, dass die Ärztin oder der Arzt aufgrund des eigenen Expertenwissens tätig wird, um die Krankheit zu heilen oder die Beschwerden zu lindern. Bei der Patientin oder dem Patienten begründet die Einnahme eines Medikaments die Hoffnung auf eine baldige Besserung des Gesundheitszustands. Zumeist beeinträchtigt sie den Lebensalltag nicht oder nur geringfügig. Insbesondere dort, wo die Arzneimitteltherapie andere Therapieformen (zum Beispiel chirurgische Eingriffe) ersetzen kann, wird sie von den Patientinnen und Patienten oftmals als vergleichsweise wenig belastend empfunden. Außerdem erlaubt ihnen die Einnahme eines Medikaments in vielen Fällen, ihre bisherigen Lebensgewohnheiten beizubehalten. Auf der anderen Seite erleichtert die Möglichkeit einer Arzneimitteltherapie es der Ärztin oder dem Arzt, der Patientin oder dem Patienten einen solchen Wandel nicht nahezulegen beziehungsweise nicht zuzumuten. Zugleich trägt die Ärztin oder der Arzt aber auch dem Umstand Rechnung, dass sie/er auf diejenigen Krankheitsursachen, die in den Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen wurzeln, nicht wirksam Einfluss nehmen kann.

Umfang und Art von Arzneimittelverordnungen

Umfragen zufolge nehmen etwa 29 Prozent aller Männer und etwa 40 Prozent aller Frauen täglich oder fast täglich ein Arzneimittel ein (Statistisches Bundesamt 1998). Besonders gut erfasst sind die Arzneimittelverordnungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Da dort fast 90 Prozent der Bevölkerung versichert sind, geben diese Daten einen guten Einblick in das gesamte Verordnungsgeschehen. Im Jahr 2010 erfolgten im Rahmen der GKV rund 626 Millionen Arzneimittelverordnungen, also durchschnittlich 8,9 Verordnungen je Versicherte/Versicherten und Jahr. Dies entsprach einem Verordnungsvolumen von 35,4 Milliarden definierten Tagesdosen (defined daily doses – DDD). Eine definierte Tagesdosis ist diejenige Dosis eines Medikaments, die für die Behandlung während eines Tages im Durchschnitt ausreicht. Je Versicherte/Versicherten in Deutschland wurden durchschnittlich 505 definierte Tagesdosen verordnet. Während des gesamten Jahres 2010 erhielt also jede Versicherte und jeder Versicherte im Durchschnitt an jedem Tag mehr als die für die Behandlung einer Krankheit erforderliche Dosis. Damit liegt die Bundesrepublik Deutschland beim Arzneimittelverbrauch im Vergleich der OECD-Länder im Mittelfeld (OECD 2006).

Die Arzneimittelverordnungen konzentrieren sich auf eine vergleichsweise geringe Zahl von Arzneimittelgruppen. Auf die 30 am häufigsten verordneten Arzneimittelgruppen entfielen im Rahmen der GKV 2010 89,9 Prozent aller Verordnungen und 66,8 Prozent des Umsatzes und 93,6 Prozent des DDD-Volumens. Die 2.500 verordnungsstärksten Arzneimittel in Deutschland machten 2008 87,4 Prozent des gesamten GKV-Arzneimittelumsatzes aus (Coca/Nink 2009b, S. 1.006).

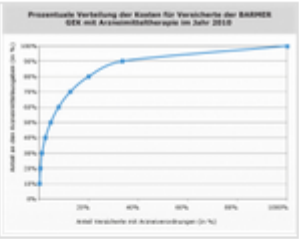
Arzneimittelverordnung und Arzneimittelverbrauch sind vor allem abhängig vom Alter und vom Geschlecht der Versicherten. Erwartungsgemäß nehmen sie mit dem Alter deutlich zu: Wurden im Jahr 2010 den 20- bis unter 25-Jährigen 66 DDD (0,2 Tagesdosen pro Tag) verordnet, so waren es bei den 85- bis 89-Jährigen 1.521 DDD (siehe Abbildung: Arzneimittelverordnungen in definierten Tagesdosen), das sind 4,2 Tagesdosen pro Tag. Auf die GKV-Versicherten mit einem Lebensalter ab 60 Jahre entfielen im Jahr 2008 54 Prozent des gesamten GKV-Umsatzes an Arzneimitteln und 66 Prozent des DDD-Volumens, sie machten aber lediglich 26,8 Prozent der GKV-Versicherten aus (Coca/Nink 2009a, S. 908).

Altersspezifische Unterschiede lassen sich nicht nur bei der Menge der Arzneimittelverordnungen feststellen, sondern auch bei den verschiedenen Krankheitsarten, für die Arzneimittel verschrieben werden (Indikationsgruppen):

- Bei den unter 45-Jährigen dominieren Medikamente gegen Erkältungskrankheiten sowie Schmerz-, Kreislauf- und Magen-Darm-Mittel.
- Bei den über 45-Jährigen dominieren Arzneimittel für kardiovaskuläre Erkrankungen, Krankheiten des rheumatischen Formenkreises und Stoffwechselstörungen.

In der Regel steigt bei den einzelnen Indikationsgruppen der Arzneimittelverbrauch im Alter stark an. Einzelne Indikationsgruppen zeigen jedoch auch einen hohen Verbrauch im Kindesalter. Dabei konzentriert sich der Großteil der Arzneimittelverordnungen auf eine relativ kleine Gruppe von Versicherten: Eine Analyse von Verordnungsdaten der AOK Westfalen-Lippe ergab, dass im vierten Quartal des Jahres 2002 knapp 27 Prozent der verordnungsintensivsten Versicherten 80 Prozent der Verordnungen und nur knapp 18 Prozent der umsatzintensivsten Versicherten 80 Prozent des Umsatzes auf sich vereinigten (Coca/Nink 2009a, S. 908).

Ähnliche Ergebnisse zeigen sich auch im Rahmen des Arzneimittelreports 2011 der Barmer GEK. Wie in der folgenden Abbildung zu erkennen ist, verursachten 20 Prozent der Versicherten 80 Prozent der Arzneimittelkosten der Barmer GEK im Jahr 2010.



Quelle: Barmer GEK 2011

Infografik als PDF-Download

Der durchschnittliche Arzneimittelverbrauch ist bei Frauen höher als bei Männern. Im Jahr 2008 wurden jeder Frau durchschnittlich 490 DDD verordnet, jedem Mann hingegen nur 431 DDD (Coca/Nink 2009a,S. 910). Allerdings haben sich die Unterschiede zwischen den Geschlechtern in den letzten Jahren verringert. Auch sind die pro Kopf verordneten Tagesdosen bei Frauen nicht in allen Altersgruppen höher als bei Männern: Frauen liegen bei den 15- bis 49-Jährigen vorne, bei den jüngeren und älteren Gruppen die Männer. Die verbleibende Differenz bei den durchschnittlich verordneten Tagesdosen ist in geringerem Maße auf geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Verordnungsmenge pro Kopf und Arztbesuch zurückzuführen. Von größerer Bedeutung ist der Umstand, dass Frauen deutlich häufiger einen Arzt aufsuchen und Vorsorgeuntersuchungen und Präventionsangebote stärker in Anspruch nehmen als Männer (zum Beispiel Früherkennungsuntersuchungen). Betrachtet man die verordneten Arzneimittel nach ihren Kosten, stellt man allerdings fest, dass die Tagesdosis bei Männern, bezogen auf das Jahr 2005, in allen Altersgruppen im Durchschnitt etwa 7,2 Prozent mehr kostet als die Tagesdosis für eine Frau (Nink/Schröder 2006, S. 976).

Am Beispiel der Barmer GEK lassen sich, wie in der nachfolgenden Abbildung zu erkennen ist, die oben beschriebenen Trends für das Jahr 2010 bestätigen. Dabei kommt es zunehmend zu einer Annährung der verordneten DDD zwischen den Geschlechtern, bei gleichzeitig höheren DDD-Einzelkosten bei Männern.

Quelle: Barmer GEK 2011

Infografik als PDF-Download

Selbstmedikation

Eine beachtliche Zahl von Arzneimitteln ist nicht verschreibungspflichtig, sondern frei erhältlich. Wenn Patientinnen und Patienten solche Medikamente ohne ärztliche Verordnung erwerben, spricht man von Selbstmedikation. Seit den 1980er-Jahren hat die Selbstmedikation stark an Bedeutung gewonnen und stieg auf einen Umsatzanteil von 4,6 Milliarden Euro im Jahr 2010 (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2012). Im Jahr 2010 gingen von den insgesamt 1.446 Millionen Arzneimittelpackungen, die insgesamt in deutschen Apotheken abgegeben wurden, 635 Millionen auf Selbstmedikation zurück (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2012). Dies entspricht einem Anteil von immerhin 43,9 Prozent. Der Bedeutungszuwachs der Selbstmedikation ist auf das Zusammenwirken unterschiedlicher Faktoren zurückzuführen:

- Die erhöhten Zuzahlungen für Arzneimittel veranlassen manche Patientinnen und Patienten, preiswertere rezeptfreie Medikamente ohne vorherige Konsultation ihrer Ärztin oder ihres Arztes und ohne die damit verbundenen Wartezeiten direkt in der Apotheke zu erwerben.
- Das gestiegene Gesundheitsbewusstsein führt dazu, dass die Nachfrage nach solchen Präparaten steigt, die nicht rezeptpflichtig beziehungsweise nicht verordnungsfähig sind. Dies gilt insbesondere für viele alterntative Heilmethoden.
- Der (weitgehende) Ausschluss von nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln aus der Erstattungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen im Jahr 2004 führte dazu, dass derartige Präparate nun von den Patientinnen und Patienten privat gekauft werden.

Im Jahr 2004 entfielen mehr als 80 Prozent des Arzneimittelumsatzes (zu Endverbraucherpreisen) auf rezeptpflichtige Arzneimittel. Weitere fünf Prozent machten verordnete rezeptfreie Arzneimittel und weitere 13 Prozent frei verkäufliche rezeptfreie Arzneimittel in Apotheken aus, die auf dem Wege der Selbstmedikation erworben wurden (siehe Abbildung: Der Arzneimittelmarkt in Deutschland 2008).

Anlage 52:

Statistisches Landesamt Baden-Württemberg:

Vorausrechnung nach Altersgruppen, Ländlicher Raum, https://www.statistik-bw.de/BevoelkGebiet/Vorausrechnung/98015023.tab? R=RK05 [23.08.17]

Vorausrechnung nach Altersgruppen

CSV

Bevölkerungsvorausrechnung bis 2035 mit Wanderungen nach 5 Altersgruppen

Ländlicher Raum insgesamt

Jahr	Insgesamt	Davon im Alter von ... bis unter ... Jahren				
		unter 20	20 - 40	40 - 60	60 - 85	85 und mehr
2014[1)]	3.620.822	727.558	823.178	1.120.008	855.148	94.930
2015	3.643.759	724.095	838.605	1.116.451	867.394	97.214
2016	3.657.703	718.859	848.737	1.109.361	882.125	98.621
2017	3.669.768	713.441	857.423	1.100.871	898.527	99.506
2018	3.677.882	709.659	861.566	1.090.727	915.595	100.335
2019	3.684.415	706.758	863.075	1.078.491	932.345	103.746
2020	3.689.969	704.540	861.270	1.066.676	948.980	108.503
2021	3.693.736	703.887	856.994	1.052.976	966.073	113.806
2022	3.696.407	703.640	851.444	1.038.902	982.940	119.481
2023	3.697.819	704.225	845.081	1.022.538	999.762	126.213
2024	3.697.978	704.635	838.153	1.006.138	1.015.346	133.706
2025	3.697.750	705.425	830.750	990.815	1.030.495	140.265
2026	3.697.223	706.812	821.549	976.701	1.047.658	144.503
2027	3.696.470	707.436	813.140	964.523	1.067.580	143.791
2028	3.695.811	708.001	804.007	955.044	1.085.695	143.064
2029	3.695.234	708.781	795.345	947.284	1.101.948	141.876
2030	3.694.762	709.084	786.822	943.225	1.119.094	136.537

Anlage 53:

Kassenärztliche Bundesvereinigung, Presseseminar:

Ambulante Versorgung: Herausforderungen und Ziele, 11.06.2015

http://www.kbv.de/media/sp/2015_06_11_Presseseminar_KBV_v07.pdf

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Ambulante Versorgung: Herausforderungen und Ziele

Presseseminar der KBV am 11. Juni 2015

Dr. Andreas Gassen, Vorstandsvorsitzender der KBV
Dipl.-med. Regina Feldmann, Vorstand der KBV

Honorarverhandlungen 2016

Schwerpunkte

1. Anpassung des Orientierungswertes für das Jahr 2016
2. Veränderungsraten der Morbiditätsorientierten Gesamtvergütung
3. Empfehlungen zur extrabudgetären Vergütung (Versorgungsziele)

Anpassung des Orientierungswertes für das Jahr 2016

§§

§ 87 Abs. 2g SGB V

Bei der Anpassung des Orientierungswertes sind insbesondere

- die Entwicklung der für Arztpraxen relevanten Investitions- und Betriebskosten, […]
- Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven, […] sowie
- die allgemeine Kostendegression bei Fallzahlsteigerungen, […]

zu berücksichtigen.

Die Beratungen zur Anpassung des Orientierungswertes werden wie im vergangenen Jahr geführt.

Veränderungsraten der Morbiditätsorientierten Gesamtvergütung

- Der Gesetzgeber hat in **§ 87a SGB V** bestimmt, welche Faktoren bei der Veränderung der Gesamtvergütung der niedergelassenen Ärzte zu berücksichtigen sind.
- Dazu zählt auch die Veränderung der Krankheitslast der Versicherten, d.h. die Veränderung der Häufigkeit und Schwere der ambulant behandelten Erkrankungen.
- Mit dem **Klassifikationsmodell** des Bewertungsausschusses wird die Morbiditätsstruktur der Versicherten im vertragsärztlichen Versorgungsbereich ermittelt und deren Veränderung berechnet.
- Mit Hilfe des Klassifikationsmodells wird ein Morbiditätsindex ermittelt. Dessen Veränderung von Jahr 1 zu Jahr 2 ist die **diagnosebezogene Veränderungsrate**. Diese wird für jede Kassenärztliche Vereinigung (KV) getrennt ermittelt.
- Daneben wird – ebenfalls für jede KV – lediglich mit Bezug auf Alter und Geschlecht ein **Demografie-Index** berechnet. Dessen Veränderung drückt den mit der Alterung der Bevölkerung veränderten Behandlungsbedarf aus.

→ Aktuell werden Diskussionen über eine Anpassung des Klassifikationsverfahrens geführt.

Versorgungsziele

Beschlusslage

Die Krankenkassen und die KBV haben im Bewertungsausschuss im Rahmen der Honorarverhandlungen 2015 folgendes beschlossen:

> *Der Bewertungsausschuss wird prüfen, ob die Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung mit Wirkung zum 1. Januar 2016 angepasst werden soll, um gemeinsame Versorgungsziele im haus- und fachärztlichen Bereich besser erreichen zu können.“*

Welchen Herausforderungen der ambulanten Versorgung muss sich die Selbstverwaltung stellen?

Versorgungskapazität

„Ärztemangel“

- Steigendes Durchschnittsalter bei bevorstehender Ruhestandswelle
- Mehr Gewicht auf Vereinbarkeit von Beruf und Familie
- Mehr Angestelltenverhältnisse, Teilzeit etc.

Versorgungsbedarf

„Mehr und veränderter Bedarf“

- Demografische Entwicklung:
  - Höhere Lebenserwartung / steigende Anzahl Menschen hohen Alters
  - Urbanisierung
- Morbiditätsveränderung
- „Ambulantisierung“
- Medizinischer Fortschritt

Die Schere zwischen **Versorgungskapazitäten** und **Versorgungsbedarf** geht immer weiter auseinander. Sicherstellung wird immer anspruchsvoller.

Entwicklung der Vertragsärzte in 2014: Fortsetzung der Trends der vergangenen Jahre

Versorgungskapazität

- **Mehr Vertragsärzte, aber Rückgang bei Hausärzten und einzelnen Facharztgruppen**
  - 164.947 Ärzte/psychologische Psychotherapeuten (+ 1,4 %), davon 22.957 psychologische Psychotherapeuten (+ 3,4 %)
  - Hausärzte (- 0,5 %), Kinder- und Jugendärzte (- 0,3 %), Chirurgie (- 1,1 %) und Nervenheilkunde (- 0,2 %)
- **Durchschnittsalter der Ärzte steigt**
  - 2009: 51,9 Jahre 2014: 53,9 Jahre
- **Teilzeittätigkeit der niedergelassenen Ärzte nimmt zu**
  - 22.336 in Teilzeit tätige Ärzte/psychologische Psychotherapeuten (+ 13,5 %)
- **Zahl der Angestellten steigt**
  - 24.560 angestellte Ärzte/psychologischen Psychotherapeuten in Praxen/Einrichtungen (+ 9,2 %)
  - das entspricht 15 % der Ärzte und psychologischen Psychotherapeuten im ambulanten Bereich

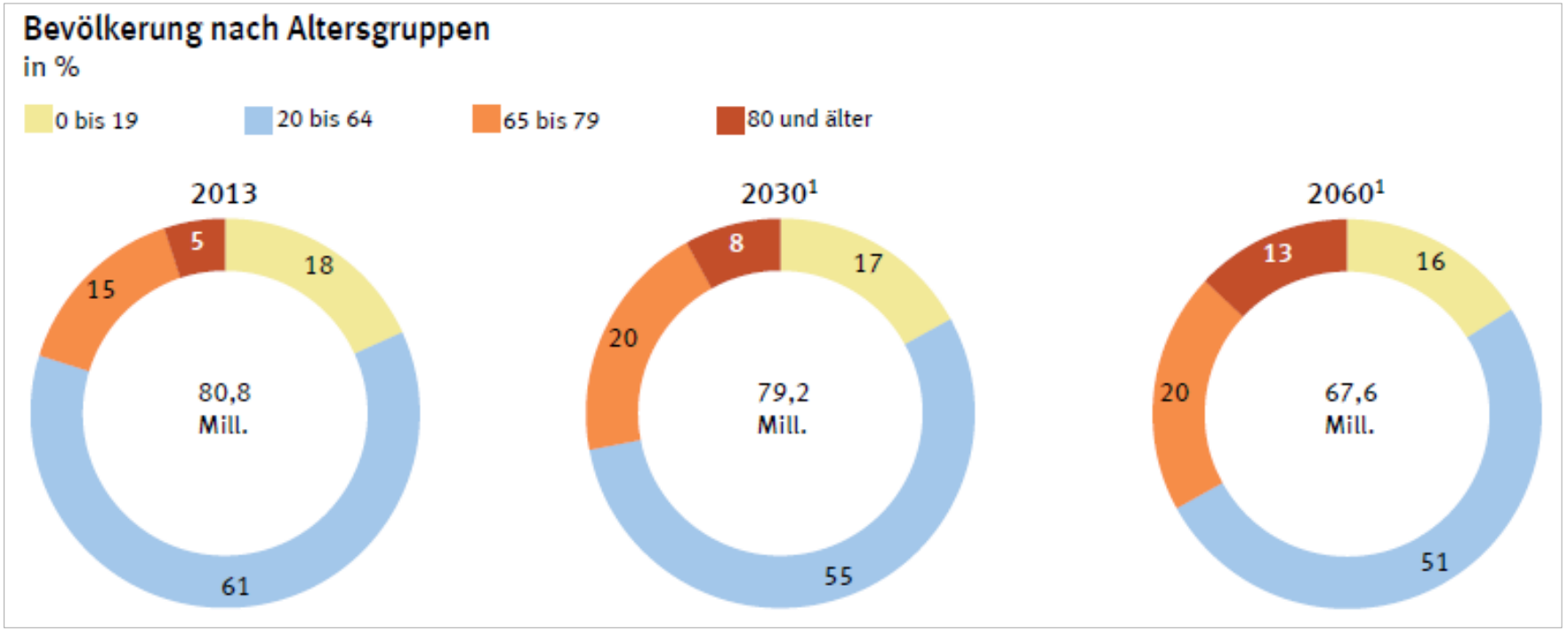
Quelle: Aktuelle Ärztestatistik der KBV für das Jahr 2014
Prozentangaben stellen die Veränderung zum Vorjahr (2013) dar.

Versorgungsbedarf

Demografische Entwicklung

Steigende Lebenserwartung

Anteile der Altersgruppen in Deutschland 2013 bis 2060

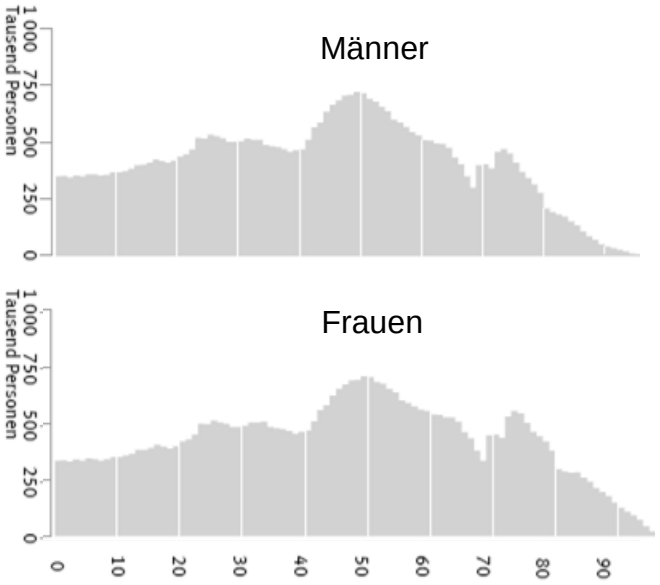


Variante 1: Kontinuität bei schwächerer Zuwanderung
Quelle: Statistisches Bundesamt 2015, 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung

In 2013 war jeder fünfte Deutsche älter als 65 Jahre. In 2060 wird es jeder dritte sein.

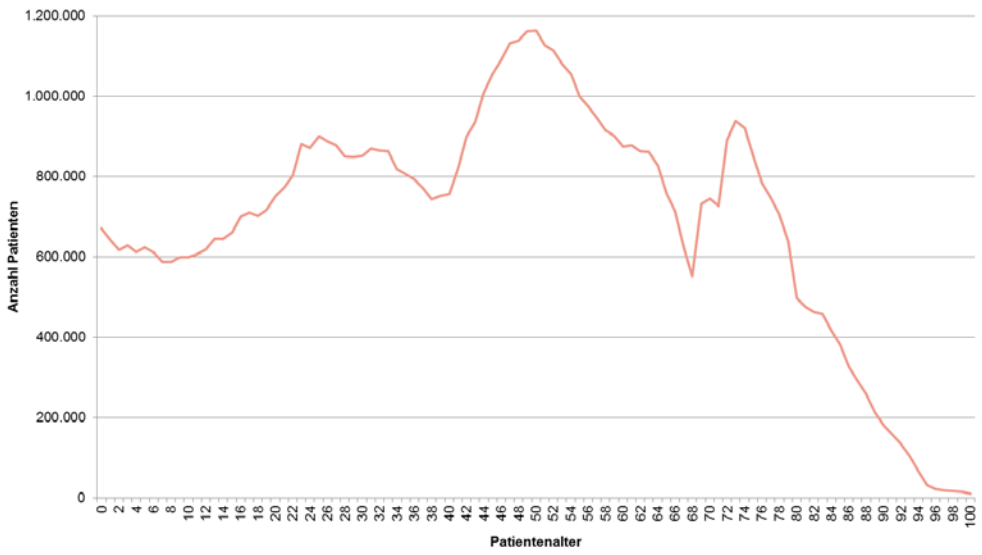
Die Bevölkerungsstruktur bestimmt den Versorgungsbedarf der ambulanten Versorgung

Bevölkerungspyramide 2013



Quelle: Statistisches Bundesamt 2015, 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung

GKV-Patienten in der vertragsärztlichen Versorgung nach Patientenalter in 2013



Quelle: KBV-Abrechnungsstatistik

Die demografische Entwicklung spiegelt sich in der Patientenstruktur der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung wider.

Entwicklung der Morbidität

- Zunahme von Zivilisationskrankheiten
- häufigeres Auftreten altersbedingter chronischer Krankheiten, bedingt durch:
  - Demografische Alterung
  - Anstieg des individuellen Krankheitsrisikos mit zunehmendem Lebensalter
- Neue Krankheitsbilder (z.B. Burn-out) und Multimorbidität

→ Auch bei rückläufiger Bevölkerung bleibt der Bedarf an Ärzten hoch

Trend: Ambulant statt stationär

Es findet eine allgemeine Leistungsverlagerung von stationär zu ambulant statt („Ambulantisierung der Medizin“):

- Medizinischer und technischer Fortschritt ermöglicht die ambulante Durchführung von Leistungen.
- Die durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus sinkt und führt zu steigendem ambulanten Behandlungsbedarf.
- Viele Leistungen, die für die Grundversorgung der Patienten entscheidend sind, werden an Krankenhäusern nicht erbracht bzw. es gibt keine entsprechenden Abteilungen mehr.

Die Herausforderungen der Versorgung bedeuten konkreten Handlungsbedarf für die Selbstverwaltung

Unter Berücksichtigung der Trends in Bezug auf die

Versorgungskapazität

und der Herausforderungen aufgrund des aktuellen und künftigen

Versorgungsbedarfs

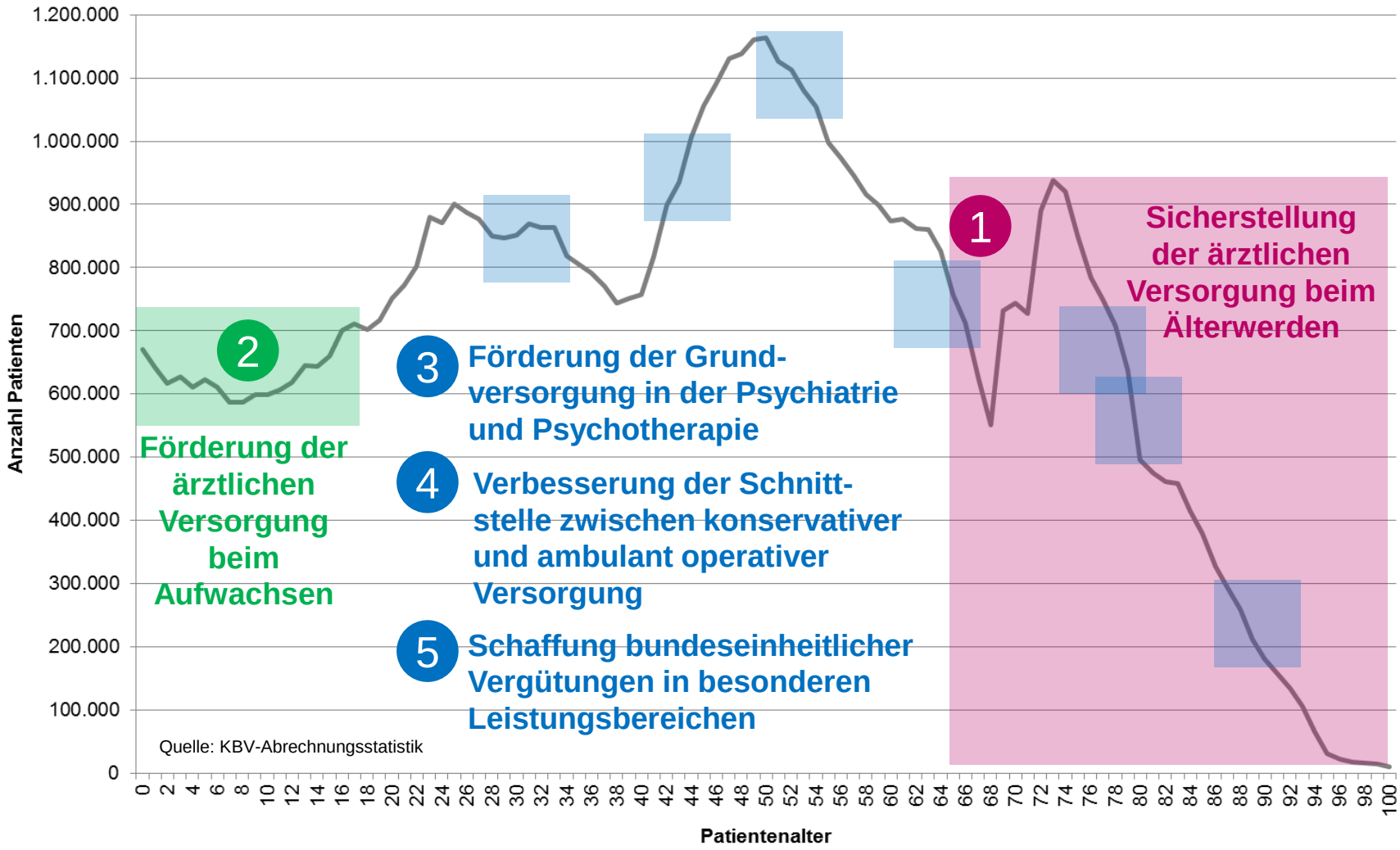
ist die Definition und Umsetzung konkreter **Versorgungsziele** in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung wichtig.

Die Herausforderungen der Versorgung bedeuten konkreten Handlungsbedarf für die Selbstverwaltung

Hinsichtlich des Beschlusses zur Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung hat die KBV für die diesjährigen Honorarverhandlungen einen Katalog von Versorgungszielen erarbeitet,
um **gemeinsame Ziele**

- zu diskutieren und auszuloten,
- zu priorisieren
- und geeignete Umsetzungsmaßnahmen im Bewertungsausschuss zu beschließen.

Versorgungsziele aus Sicht der KBV



1 Sicherstellung der ärztlichen Versorgung beim Älterwerden

Beim Älterwerden besteht besonderer Förderungsbedarf u.a. in folgenden Versorgungsbereichen:

1. Ambulante palliativmedizinische Versorgung
2. Behandlung von Patienten mit lang andauernden, lebensverändernden Krankheiten (chronisch kranke Patienten)
3. Versorgung von (pflegebedürftigen) Patienten zu Hause oder in Pflege- /Altenheimen/beschützenden Wohnheimen
4. Geriatrische Versorgung

1 Sicherstellung der ärztlichen Versorgung beim Älterwerden

Wie hat die Selbstverwaltung die Versorgung von älter werdenden Patienten bisher gefördert?

1. Schritt

- ca. 112,1 Mio. € jährlich zur Förderung der geriatrischen und palliativmedizinischen Versorgung (288. BA-Sitzung am 22.10.2012)
- Einführung der Leistungen zum 1. Oktober 2013 (309. BA-Sitzung am 27.06.2013)

2. Schritt

- ca. 118 Mio. € zur Förderung von Leistungen von nichtärztlichen Praxisassistenten, insbesondere von Hausbesuchen (335. BA-Sitzung am 24.09.2014)
- Einführung der Leistungen zum 1. Januar 2015 (339. BA-Sitzung)

1 Sicherstellung der ärztlichen Versorgung beim Älterwerden

Folgende Maßnahmen zur Realisierung des Versorgungsziels hat die KBV den Krankenkassen vorgeschlagen:

1. Förderung der palliativen Versorgung
2. Ausbau der Förderung der Delegation von Leistungen
3. Förderung der Versorgung in Heimen/beschützenden Wohnheimen

1 Sicherstellung der ärztlichen Versorgung beim Älterwerden

1 Förderung der palliativen Versorgung

Warum ist die ambulante palliativmedizinische Versorgung förderungswürdig?

- Beratung/Behandlung eines schwerstkranken und sterbenden Patienten erfordert eine „besondere“ Form der Versorgung und des Umgangs - sowohl in Bezug auf den Patienten als auch die Betreuungs- und Bezugspersonen
- Beratung/Abstimmung über geeignete Behandlungsmaßnahmen im Rahmen der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung ist wichtiger Bestandteil
- Koordinierung der palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung in Zusammenarbeit mit anderen Spezialisten (z. B. andere Vertragsärzte, Pflegedienste, Hospize) nimmt viel Zeit in Anspruch.

1 Sicherstellung der ärztlichen Versorgung beim Älterwerden

1. Förderung der palliativen Versorgung
2. Ausbau der Förderung der Delegation von Leistungen

Umsetzungsideen:

(1) Einführung eines Zuschlags zu den Hausbesuchen von nicht-ärztlichen Praxisassistenten (NäPA) für Patienten in palliativmedizinischer Behandlung

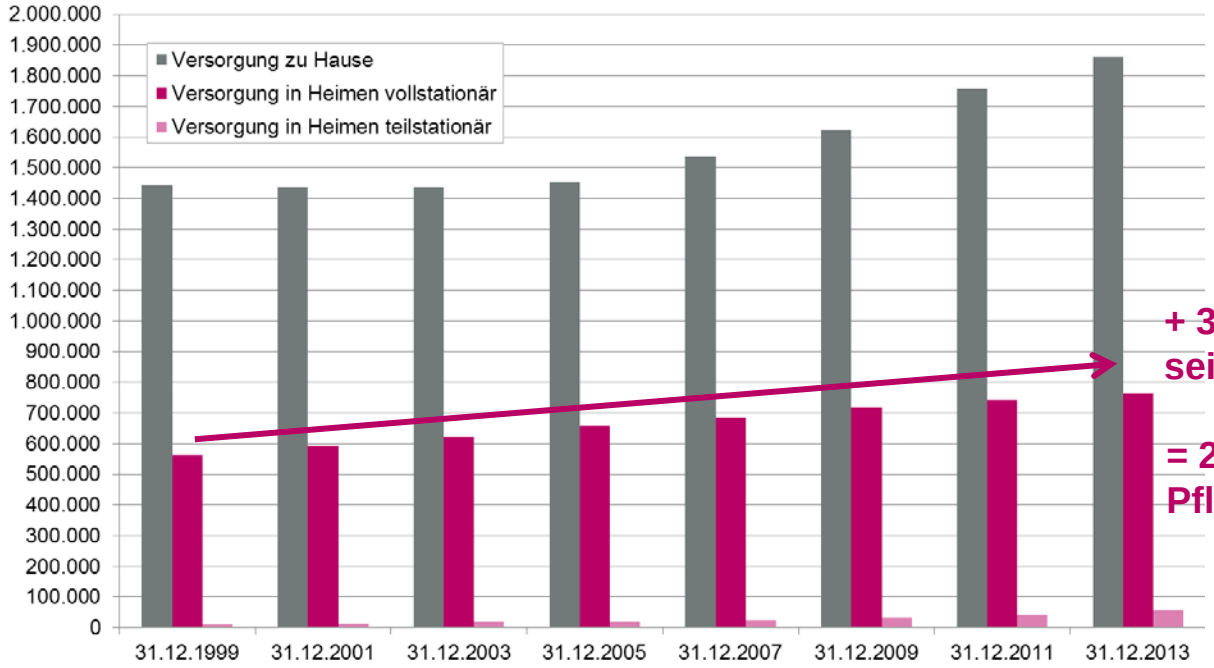
- Begründung: höherer Zeitbedarf und größere Behandlungsintensität durch die NäPA
- Praxen, die die Kriterien für die Anstellung einer NäPA-erfüllen, haben ca. 54.000 palliativmedizinische Behandlungsfälle

(2) Einführung eines Zuschlags zu den bestehenden hausärztlichen palliativmedizinischen Leistungen für Hausärzte mit einer 40 Stunden Kurs-Weiterbildung in Palliativmedizin

1 Sicherstellung der ärztlichen Versorgung beim Älterwerden

3 Förderung der Versorgung in Heimen/beschützenden Wohnheimen

Entwicklung der Pflegebedürftigen nach Versorgungsart:



Gesamtzahl Pflegebedürftige
2013: ca. 2,6 Mio.
1999: ca. 2,0 Mio.

+ 35,8% seit 1999

= 29% aller Pflegebedürftigen

Quelle: Statistisches Bundesamt, Pflegstatistiken (erscheinen alle 2 Jahre)

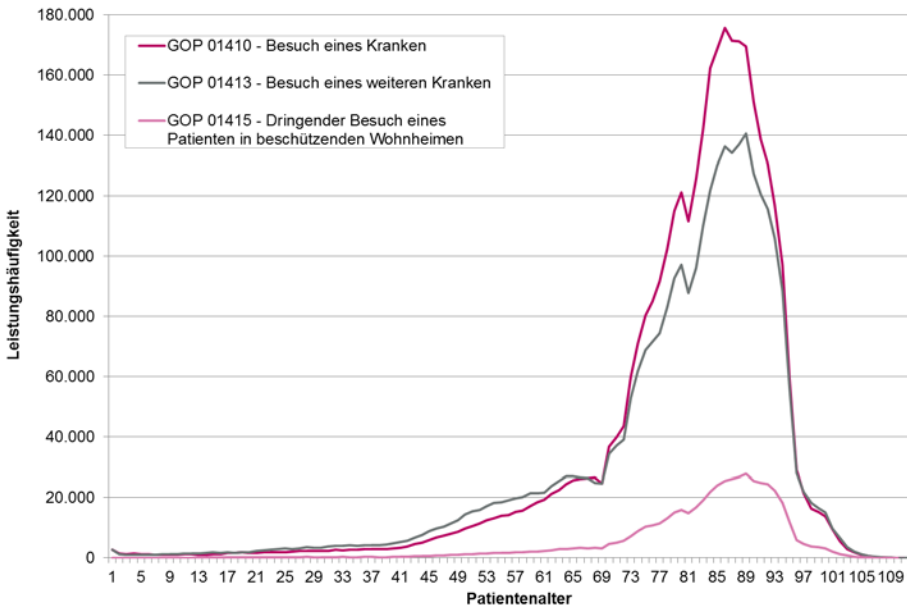
Ca. 764.000 Pflegebedürftige (29%) leben in Heimen (vollstationär) und sind ärztlich zu versorgen – Tendenz steigend.

1 Sicherstellung der ärztlichen Versorgung beim Älterwerden

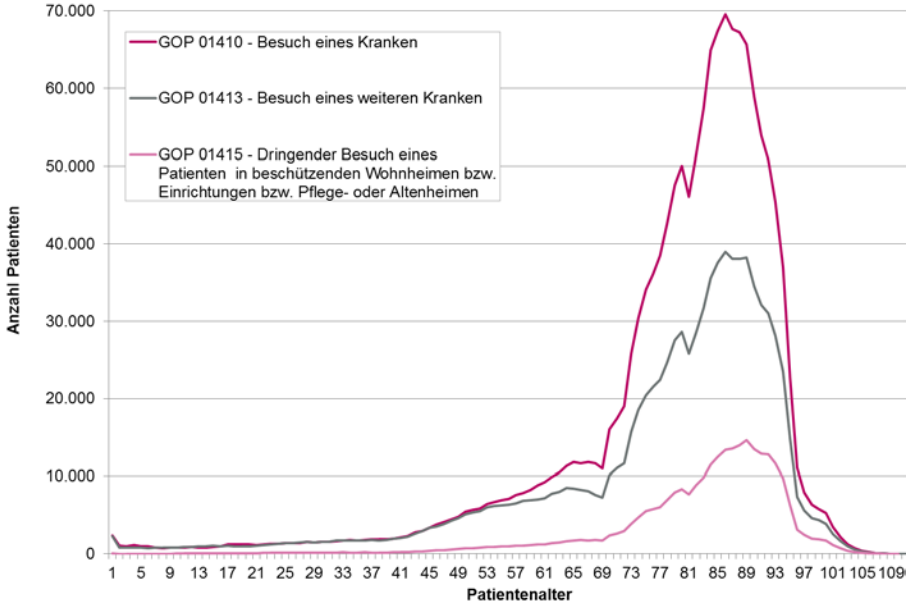
3 Förderung der Versorgung in Heimen/beschützenden Wohnheimen

Altersverteilung der Besuche eines (weiteren) Kranken Q4/2013:

Leistungshäufigkeit



Anzahl Patienten



Vertragsärzte besuchen Patienten im Alter von über 65 Jahren durchschnittlich 2,5mal im Quartal und nehmen häufig Mitbesuche von Kranken vor.

1 Sicherstellung der ärztlichen Versorgung beim Älterwerden

3 Förderung der Versorgung in Heimen/beschützenden Wohnheimen

Umsetzungsideen:

(1) Höherbewertung des Besuchs eines Kranken bei paralleler Angleichung der Bewertung des Mitbesuchs eines weiteren Kranken, da der Behandlungsaufwand vergleichbar ist

(2) Vergütung beider Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, d.h. extrabudgetär, zu festen Preisen und ohne Mengenbegrenzung (kurz: EGV-Vergütung)

1 Sicherstellung der ärztlichen Versorgung beim Älterwerden

4 Ausblick: Geriatrische Versorgung

Ziel

- Aufbau einer Spezifischen Geriatrischen Versorgung in der vertragsärztlichen Versorgung, z. B. durch geriatrische Schwerpunktpraxen
- Abschluss einer Vereinbarung nach § 118a SGB V (Geriatrische Institutsambulanzen)
- Bedarfsorientierte Erweiterung der vertragsärztlichen Versorgungsangebote für geriatrische Patienten in der ambulanten Versorgung
  - Ambulantes Angebot für Patienten ist wünschenswert, da im Alter das Leben in der eigenen Häuslichkeit bewahrt werden sollte und stationäre Angebote flächendeckend nicht erreichbar sind.

2 Förderung der ärztlichen Versorgung beim Aufwachsen

Beim Aufwachsen besteht besonderer Förderungsbedarf u.a. in folgenden Versorgungsbereichen:

1. Sozialpädiatrische Versorgung von Patienten

2. Behandlung von Patienten mit lang andauernden, lebensverändernden Krankheiten (chronisch kranke Patienten)

2 Förderung der ärztlichen Versorgung beim Aufwachsen

Wie hat die Selbstverwaltung die pädiatrische Versorgung bisher gefördert?

1. Schritt

- ca. 12,5 Mio. € jährlich v.a. zur Förderung der sozialpädiatrischen Versorgung (288. BA-Sitzung am 22.10.2012)
- Einführung einer neuen Leistung für die sozialpädiatrisch orientierte eingehenden Beratung, Erörterung und Abklärung zum 1. Oktober 2013 (309. BA-Sitzung am 27.06.2013)

2. Schritt

- ca. 14 Mio. € zur Förderung der pädiatrischen Versorgung (335. BA-Sitzung am 24.09.2014)
- Aufnahme einer neuen Leistung für die weiterführende sozial-pädiatrisch orientierte Versorgung zum 1. Januar 2015 (340. BA-Sitzung)

2 Förderung der ärztlichen Versorgung beim Aufwachsen

Folgende Maßnahme zur Realisierung des Versorgungsziels hat die KBV den Krankenkassen vorgeschlagen:

1 Förderung des Transitionsprozesses

2 Förderung der ärztlichen Versorgung beim Aufwachsen

1 Förderung des Transitionsprozesses

Warum ist die Überleitung eines chronisch kranken Jugendlichen von der kinder- und jugendärztlichen Versorgung in die Erwachsenenmedizin (Transition) förderungswürdig?

- Zielgerichtete und strukturierte Überleitung des Patienten an den weiterbehandelnden Haus-/Facharzt ist für die weitere Behandlung sehr wichtig
- Überleitung ist für den Arzt jedoch sehr zeitaufwändig
  - Ausführliches Überleitungsgespräch mit dem Patienten und der Bezugs- oder Kontaktperson
  - Erstellung eines Abschlussberichts an den weiterbehandelnden Arzt (Diagnosen, Befunde, Medikationsplan, besondere Hinweise…)
  - Konsultation bzw. konsiliarische Beratung mit dem weiterbehandelnden Arzt

2 Förderung der ärztlichen Versorgung beim Aufwachsen

1 Förderung des Transitionsprozesses

Umsetzungsidee:

- Einführung einer eigenen Gebührenordnungsposition für die Überleitung eines chronisch kranken Jugendlichen von der kinder- und jugendärztlichen Versorgung in die Erwachsenenmedizin zur Abbildung des ärztlichen Aufwands
  - ca. 140.000 chronische Patienten im Alter von 15 bis 18 Jahren in pädiatrischer Behandlung
    - davon ca. 20.000 Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1, Essstörungen, Epilepsie, Morbus Crohn oder Colitis Ulcerosa
    - davon ca. 90.000 Asthma-Patienten
  - Transition erfolgt einmalig

BARMER-GEK: *„spezielle Leistungen sind weder im EBM noch im DRG-System abgebildet“ (BARMER-GEK hat einen Selektivvertrag „Transition“)*

3 Förderung der Grundversorgung in der Psychiatrie und Psychotherapie

In der Psychiatrie und Psychotherapie besteht besonderer Förderungsbedarf in folgenden Versorgungsbereichen:

1. Grundversorgung von Patienten

2. Vergütung der Vertragsärzte/Psychotherapeuten

3 Förderung der Grundversorgung in der Psychiatrie und Psychotherapie

Folgende Maßnahme zur Realisierung des Versorgungsziels hat die KBV den Krankenkassen vorgeschlagen:

1. Förderung der Gesprächsführung außerhalb der Richtlinien-Psychotherapie

3 Förderung der Grundversorgung in der Psychiatrie und Psychotherapie

1 Förderung der Gesprächsführung außerhalb der Richtlinien-Psychotherapie

Warum ist die Gesprächsführung außerhalb der Richtlinien-Psychotherapie (RL-PT) förderungswürdig?

- Reduzierung der Termin-Wartezeiten:
  - Studie der Bundespsychotherapeutenkammer (2011): Wartezeit für Erstgespräch bei Therapeuten (Richtlinien-Psychotherapie) = 12,5 Wochen
  - Förderung der Gespräche außerhalb der RL-PT könnte die Wartezeiten reduzieren
- Nicht immer ist eine RL-PT notwendig:
  - Studie der Bundespsychotherapeutenkammer (2011) und KBV-Daten: 30 bis 40 % der Patienten beginnen nach der Probatorik keine RL-PT
  - diesen Patienten wäre mit einem niederschwelligen Behandlungsangebot ohne Antragsverfahren geholfen
- Steigender Bedarf an Gesprächstherapie:
  - Daten der Gesundheitsberichterstattung der Krankenkassen: von 2006 bis 2012 ist ein kontinuierlicher Anstieg bei den Fehlzeiten (am Arbeitsplatz) aufgrund einer psychischen Störung

3 Förderung der Grundversorgung in der Psychiatrie und Psychotherapie

1 Förderung der Gesprächsführung außerhalb der Richtlinien-Psychotherapie

Umsetzungsidee:

- Empfehlung zur Vergütung der Gesprächsleistungen außerhalb der Richtlinien-Psychotherapie zu festen Preisen und ohne Mengenbegrenzungen, um bedarfsgerechte Versorgungsalternativen neben der Richtlinien-Psychotherapie anbieten zu können

4 Verbesserung der Schnittstelle zwischen konservativer und ambulant operativer Versorgung

An der Schnittstelle zwischen konservativer und ambulant operativer Versorgung besteht besonderer Förderungsbedarf u.a. in folgenden Versorgungsbereichen:

1. Ambulante Operationen
2. Behandlung von Patienten mit nosokomialen Infektionen
3. Prä- / Poststationäres Management

4 Verbesserung der Schnittstelle zwischen konservativer und ambulant operativer Versorgung

Folgende Maßnahme zur Realisierung des Versorgungsziels hat die KBV den Krankenkassen vorgeschlagen:

1. Förderung der vertragsärztlichen Versorgung im Rahmen des ambulanten Operierens nach § 115b SGB V (Begleitleistungen)

2. Vergütung prästationäres MRSA-Screening / MRE-Screening

4 Verbesserung der Schnittstelle zwischen konservativer und ambulant operativer Versorgung

1 Förderung der vertragsärztlichen Versorgung im Rahmen des ambulanten Operierens nach § 115b SGB V (Begleitleistungen)

Warum ist das ambulante Operieren nach § 115b SGB V förderungswürdig? Besteht zusätzlicher Förderungsbedarf?

- Trotz der Leistungsverlagerung von stationär zu ambulant zeigt sich:
  - im internationalen Vergleich eine verhältnismäßig niedrige Quote durchgeführter ambulanter Operationen,
  - von 2009 bis 2013 ein leichter Rückgang der Anzahl der ambulant operierenden Vertragsärzte (z. B. Orthopäden - 5% und Chirurgen - 2%),
  - eine Stagnation der Fallzahlen im Abschnitt 31.2 (2011 bis 2013: - 0,6%).

4 Verbesserung der Schnittstelle zwischen konservativer und ambulant operativer Versorgung

1 Förderung der vertragsärztlichen Versorgung im Rahmen des ambulanten Operierens nach § 115b SGB V (Begleitleistungen)

Umsetzungsideen:

- Schaffung einer **bundeseinheitlichen Definition** der ergänzenden Leistungen (**Begleitleistungen**), die in unmittelbarem zeitlichem und medizinischem Zusammenhang mit einem ambulanten Eingriff nach dem Vertrag gemäß § 115b SGB V durchgeführt werden.
- EGV-Vergütung der definierten Begleitleistungen entsprechend der aktuellen Empfehlung des Bewertungsausschusses

→ Das ambulante Operieren würde - auch im Interesse der Patienten - für alle an ambulanten Operationen Beteiligten deutlich attraktiver werden.

4 Verbesserung der Schnittstelle zwischen konservativer und (ambulant) operativer Versorgung

2 Vergütung prästationäres MRSA-Screening / MRE-Screening

Warum ist das prästationäre MRSA-/MRE-Screening förderungswürdig?

- Krankenhäuser fordern immer häufiger von niedergelassenen Ärzten die Durchführung eines prästationären MRSA-/MRE-Screenings bei geplanten Eingriffen
  - für Patienten bedeutet ein positiver MRSA-Abstrich bei der stationären Aufnahmeuntersuchung jedoch häufig eine unmittelbare Entlassung und eine Verschiebung des Eingriffs bis zum Abschluss einer MRSA-Eradikationstherapie
- prästationäres MRSA-Screening im ambulanten Bereich ist ein wirksames Instrument, um das Zirkulieren von MRSA zwischen Alten- und Pflegeheimen, Arztpraxen und Krankenhäusern zu begrenzen
- **Aber:** ärztliche Leistungen im Zusammenhang mit einem ausschließlich prästationären MRSA-Screening sind nicht Gegenstand der MRSA-Leistungen im EBM und können auch nicht anderweitig gesondert nach dem EBM zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung berechnet werden

4 Verbesserung der Schnittstelle zwischen konservativer und (ambulant) operativer Versorgung

2 Vergütung prästationäres MRSA-Screening / MRE-Screening

Umsetzungsideen:

- Vergütung des prästationären MRSA-Screenings und MRE-Screenings und der ggf. erforderlichen MRSA-Eradikationstherapie für Patienten mit entsprechenden Risikofaktoren
  - ein generelles Screening aller Patienten im Vorfeld von elektiven Eingriffen wäre aus Kosten-Nutzen-Gesichtspunkten nicht adäquat

5 Schaffung bundeseinheitlicher Vergütungen in besonderen Leistungsbereichen

Folgende Maßnahme zur Realisierung des Versorgungsziels sieht die KBV:

1. Anpassung der Vergütung im Rahmen der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung (Anlage 11 Bundesmantelvertrag-Ärzte)
2. Vergütung von Kassenanfragen

5 Schaffung bundeseinheitlicher Vergütungen in besonderen Leistungsbereichen

1 Anpassung der Vergütung im Rahmen der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung (Anlage 11 Bundesmantelvertrag-Ärzte)

Welche speziellen Versorgungsfragen werden über diese Vereinbarung vergütet?

Sozialpsychiatrievereinbarung (Anlage 11 zum BMV-Ä)

- Qualifizierte interdisziplinäre sozialpsychiatrische Behandlung von Kindern und Jugendlichen
- eine Kostenpauschale in Abhängigkeit von der Anzahl der nach der Vereinbarung im Quartal erbrachten Behandlungsfälle (EGV)

5 Schaffung bundeseinheitlicher Vergütungen in besonderen Leistungsbereichen

1 Anpassung der Vergütung im Rahmen der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung (Anlage 11 Bundesmantelvertrag-Ärzte)

Umsetzungsidee:

- Aktualisierung der Bewertungen auf Basis der jährlichen Anpassungen des Orientierungswertes

2 Vergütung von Kassenanfragen

Umsetzungsideen:

- Verringerung der Bürokratiekosten durch die Vielzahl der formlosen Anfragen durch die Krankenkassen, mehr Zeit für Versorgung
- Förderung durch bundeseinheitliche Abrechnungsstrukturen
- Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

KBV-Vorschlag für einen Katalog von Versorgungszielen

Aktueller Beratungsstand

- Beratungen im Arbeitsausschuss des Bewertungsausschusses
- Positionierung der Krankenkassen bis Juli/ August angekündigt

Nicht alle Versorgungsziele werden auf der Bundesebene zeitnah verhandelt werden können, so dass die geeigneten Strukturen in einem längerfristigen Prozess gefunden werden sollten, um den aufgezeigten Herausforderungen gerecht zu werden. Diesen Prozess anzustoßen ist aus Sicht der KBV wesentlich, um die anerkanntermaßen hochwertige ambulante Versorgung in Deutschland auch in Zeiten des demografischen Wandels zukunftsfest zu machen.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Anlage 54:

Präsentation Johannes Stingl, Gemeindetag BW:

Standortfaktoren Gesundheitsversorgung, November 2012

GEMEINDETAG
BADEN-WÜRTTEMBERG

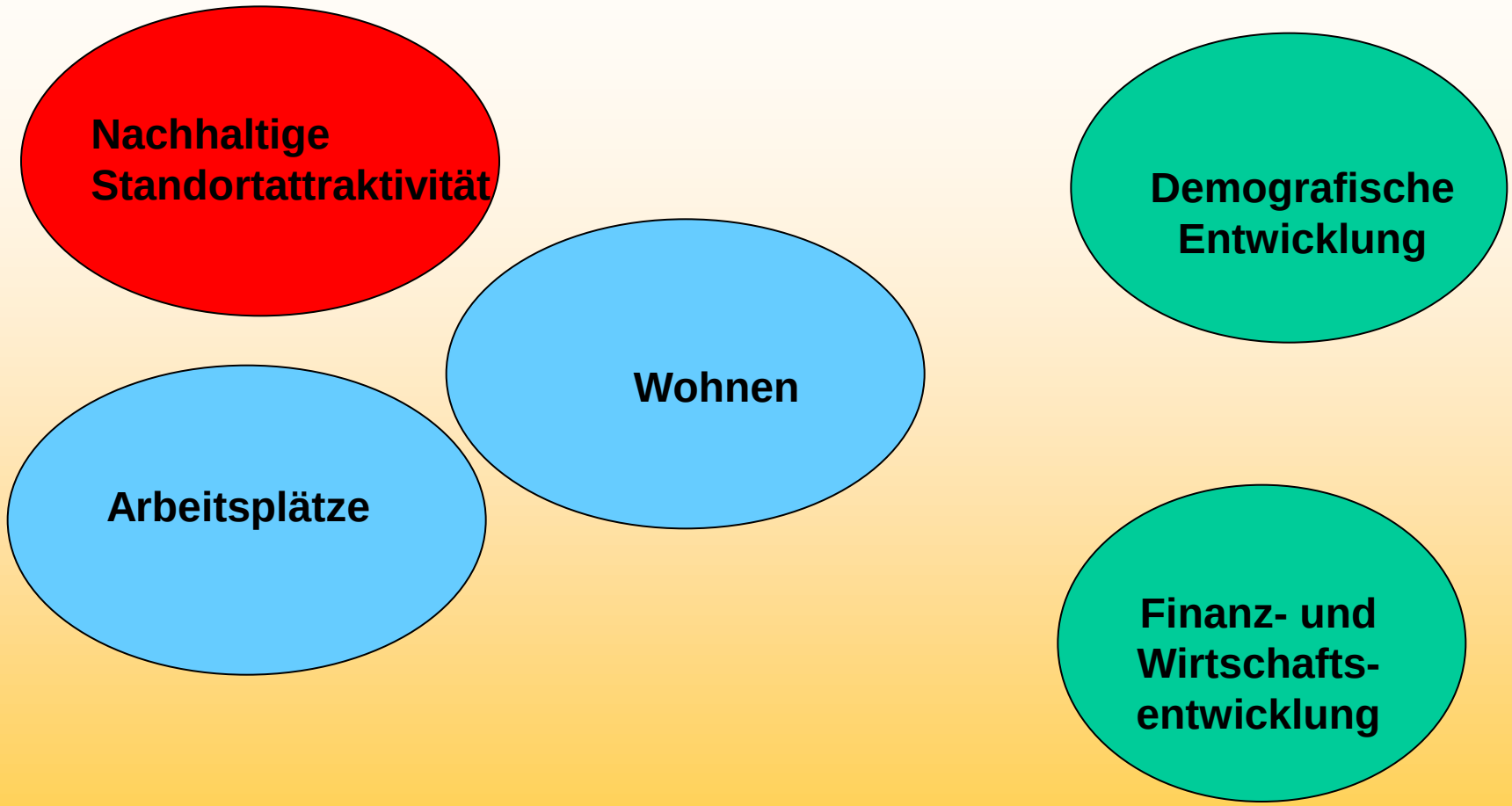
„Kommunale Infrastruktur im demographischen Wandel“

Beigeordneter Johannes Stingl
Gemeindetag Baden-Württemberg

3. Dezember 2012 in Welzheim

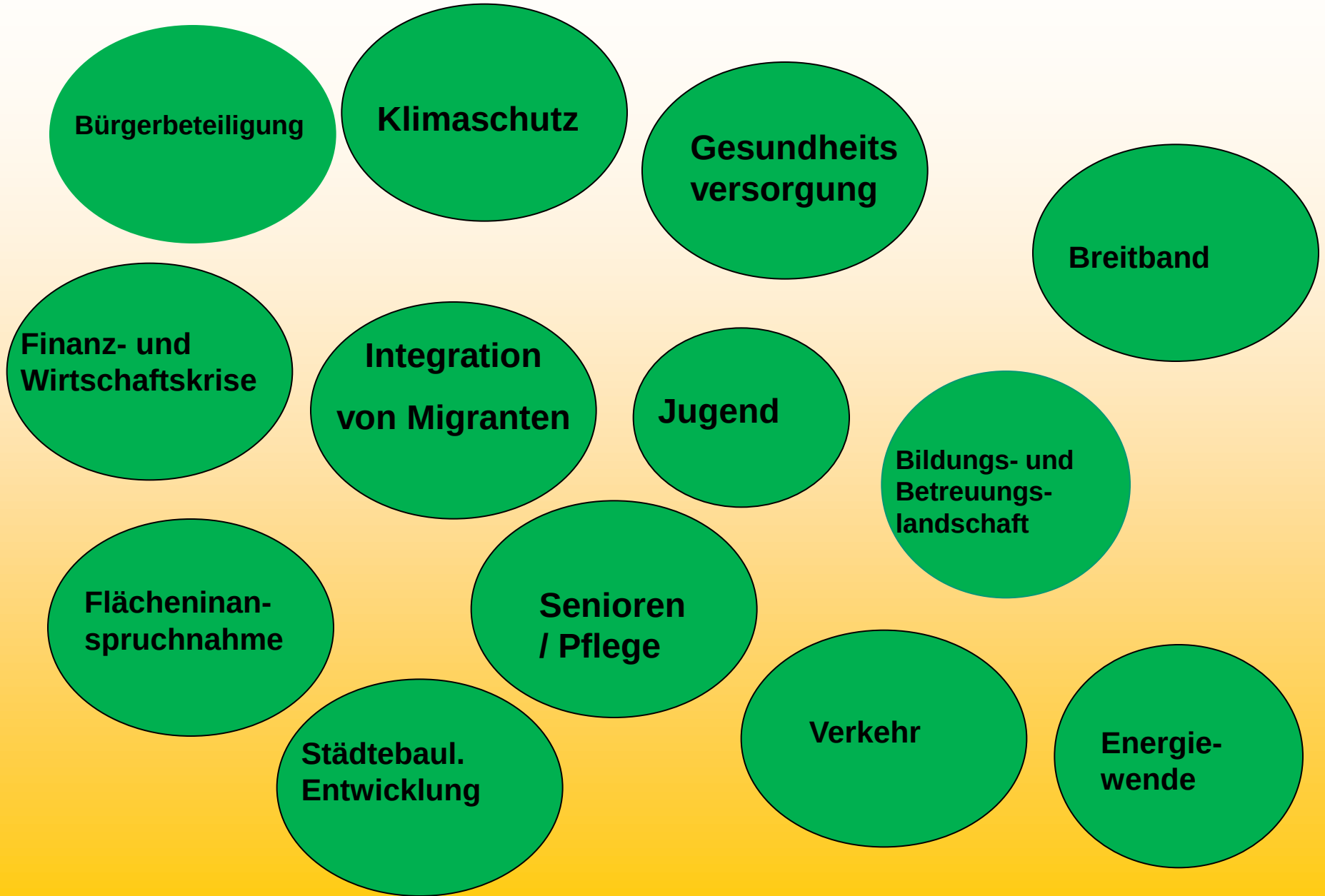
GEMEINDETAG
BADEN-WÜRTTEMBERG

Kommunale Herausforderungen



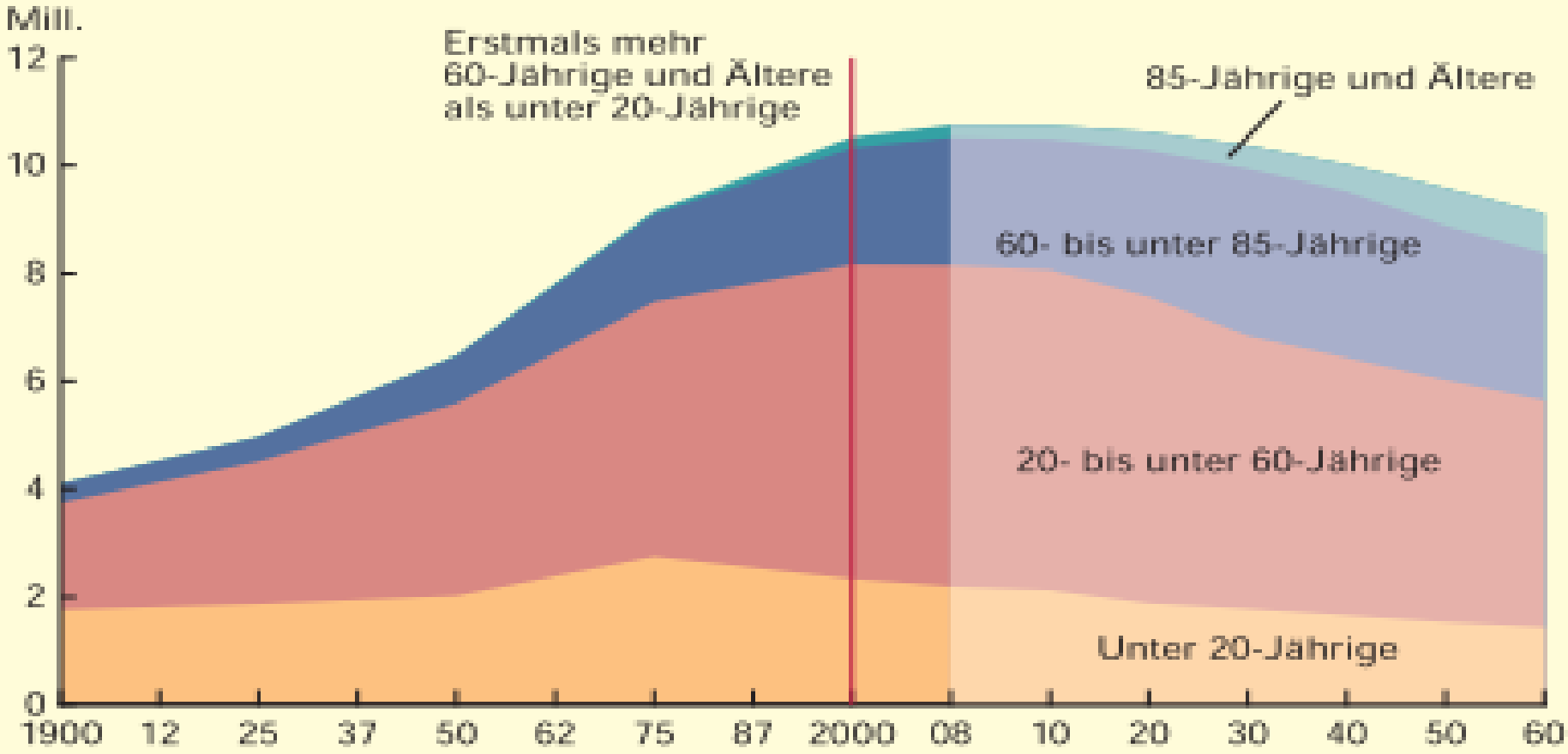
GEMEINDETAG
BADEN-WÜRTTEMBERG

Kommunale Handlungsfelder



S1

Die demografische Zeitenwende: Seit 2000 mehr ältere als jüngere Menschen in Baden-Württemberg*)

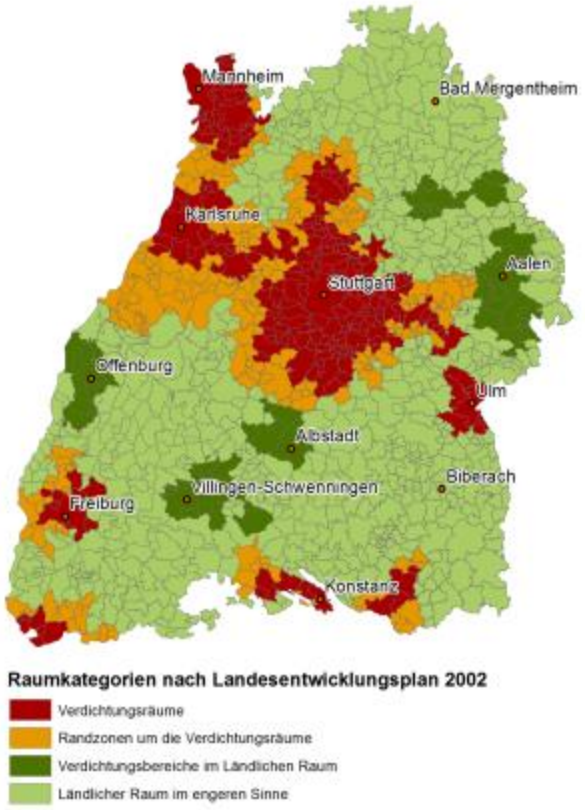


*) Bis 2008 Ist-Werte, danach Vorausrechnung auf Basis 2008 (Hauptvariante).

GEMEINDETAG
BADEN-WÜRTTEMBERG

Abgrenzung des Ländlichen Raumes

- Abgrenzung nach LEP 2002 (655 von 1101 Gemeinden)

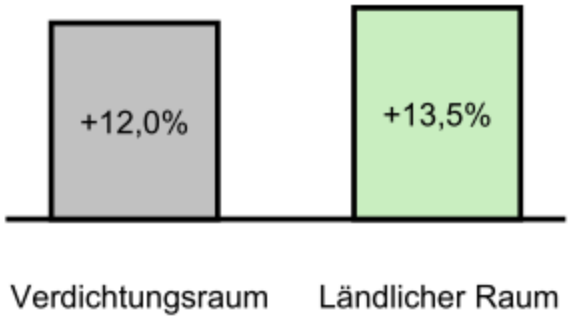


Quelle: IREUS-Studie

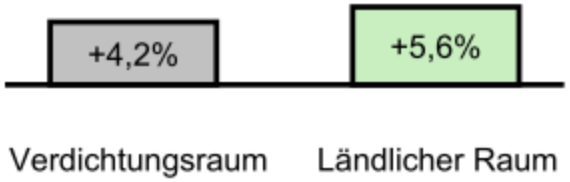
GEMEINDETAG
BADEN-WÜRTTEMBERG

Indikatoren

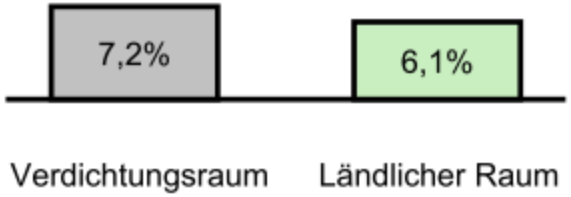
Wirtschaftswachstum 2005-2008



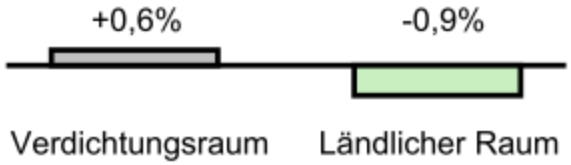
Beschäftigungsentwicklung 2005-2010



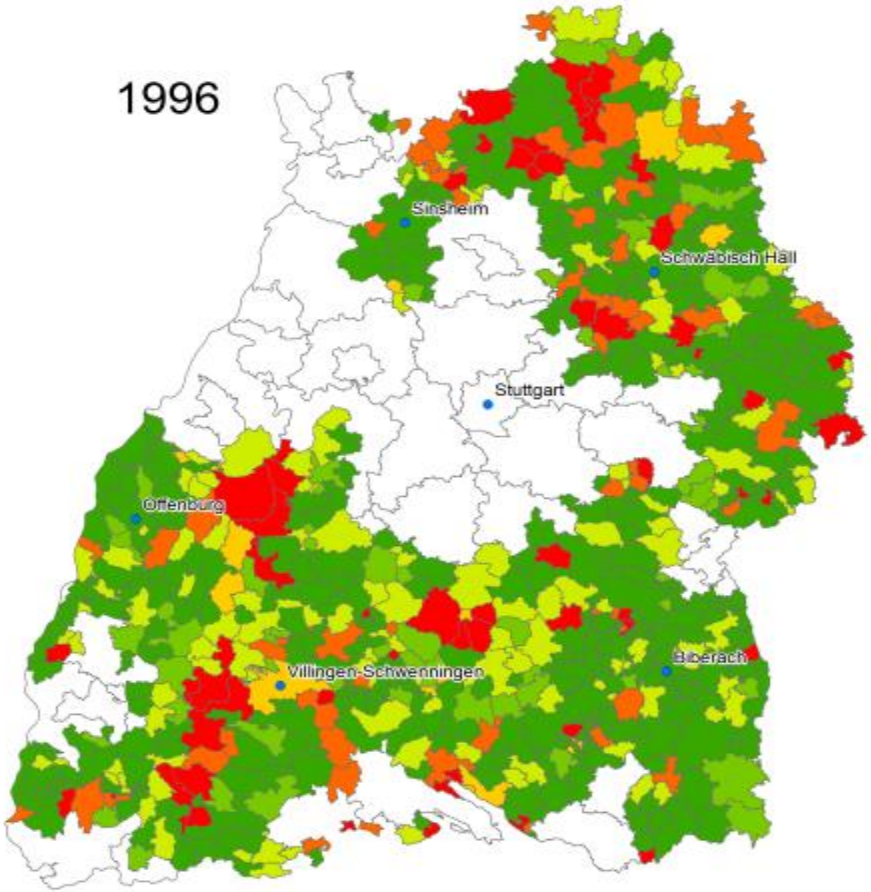
Arbeitslosigkeit 2011

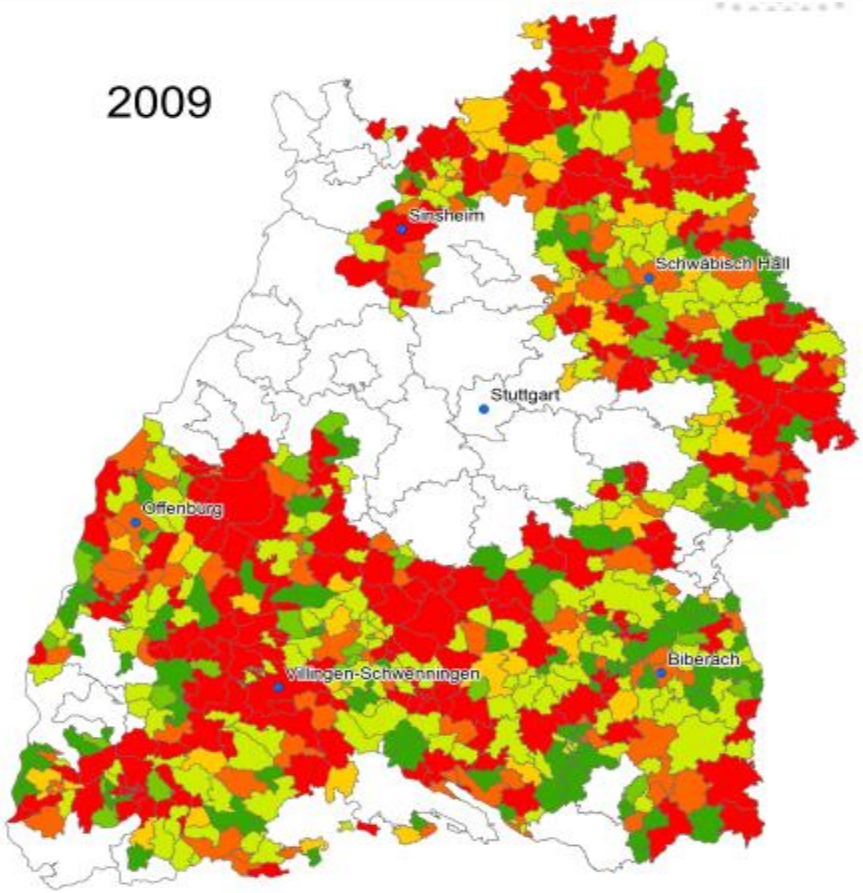


Bevölkerungsentwicklung 2005-2009



Quelle: IREUS-Studie





Demographische Entwicklung
- Geburtenüberschuss und Zuwanderung
- Geburtenüberschuss > Abwanderung
- Sterbeüberschuss < Zuwanderung
- Geburtenüberschuss < Abwanderung
- Sterbeüberschuss > Zuwanderung
- Sterbeüberschuss und Abwanderung

Datengrundlage:
Statistisches Landesamt Baden-Württemberg
Kartengrundlage:
Bundesamt für Kartographie und Geodäsie

Kleinräumiges Nebeneinander von Wachstum und Schrumpfung (!)

Quelle: IREUS-Studie

GEMEINDETAG
BADEN-WÜRTTEMBERG

Kommunale Daseinsvorsorge

- Sozialstaatsprinzip Art 20 Abs. 1 GG mit Konkretisierung § 10 Abs. 2 GemO

- nicht nur Sicherung des Existenzminimums

GEMEINDETAG BADEN-WÜRTTEMBERG

Kommunale Daseinsvorsorge

Klassische Bereiche

- Gas
- Wasser
- Elektrizität
- Abfallbeseitigung
- Abwasser
- Verkehr
- Bildung, Betreuung
- Kultur
- Gesundheit
- Friedhöfe
- Bäder

=

Masterplan Daseins-vorsorge und IKZ

GEMEINDETAG
BADEN-WÜRTTEMBERG

Demographische Entwicklung – Herausforderung für Städte und Gemeinden

Kommunen und Regionen im demographischen Wandel sind im Wettbewerb um

- **Einwohnerinnen und Einwohner**
- **gute Arbeitsmöglichkeiten**
- **attraktive Lebensbedingungen**

GEMEINDETAG
BADEN-WÜRTTEMBERG

Strategien zum demographischen Wandel

- **Demographiesensible Infrastrukturplanung um Attraktivität als Wohn- und Lebensort aufrecht zu erhalten**
- **Flächenmanagement „kompakte Kommune“**
- **Balance zwischen Familie und Beruf ermöglichen (Kinderbetreuung)**
- **Zukunftsorientierte Seniorenpolitik**

GEMEINDETAG
BADEN-WÜRTTEMBERG

Prioritäten in folgenden Handlungsfeldern setzen:

Entwicklung der Infrastruktur frühzeitig steuern

- **Flexible und langfristig bedarfsgerechte Infrastrukturen schaffen**
- **Altersgerechten Umbau der Infrastruktur frühzeitig angehen**
- **Infrastrukturausstattung interkommunal und regional abstimmen**

GEMEINDETAG
BADEN-WÜRTTEMBERG

Standortfaktor Infrastruktur

- IKZ sichert Infrastruktur in der Region.
  „Regional denken!“
  „Als Region attraktiv bleiben!“
- IKZ ist ein **Standortfaktor**,
  vor allem für den ländlichen Raum ...
- ... und kann kommunale Leistungen für Bürger und Wirtschaft verbessern.
- …es gibt aber auch Grenzen

GEMEINDETAG
BADEN-WÜRTTEMBERG

Was ist demographie-fähig? Verwaltung

- Personalwirtschaft, Personalentwicklung
- Finanzwesen, Kasse
- Einkauf, Vergabewesen
- Telefonzentrale
- E-Government, Breitband

GEMEINDETAG
BADEN-WÜRTTEMBERG

Was ist demographie-fähig? Recht / Sicherheit

- Standesamt
- Vollzugsdienst, Verkehrsüberwachung
- Feuerwehr

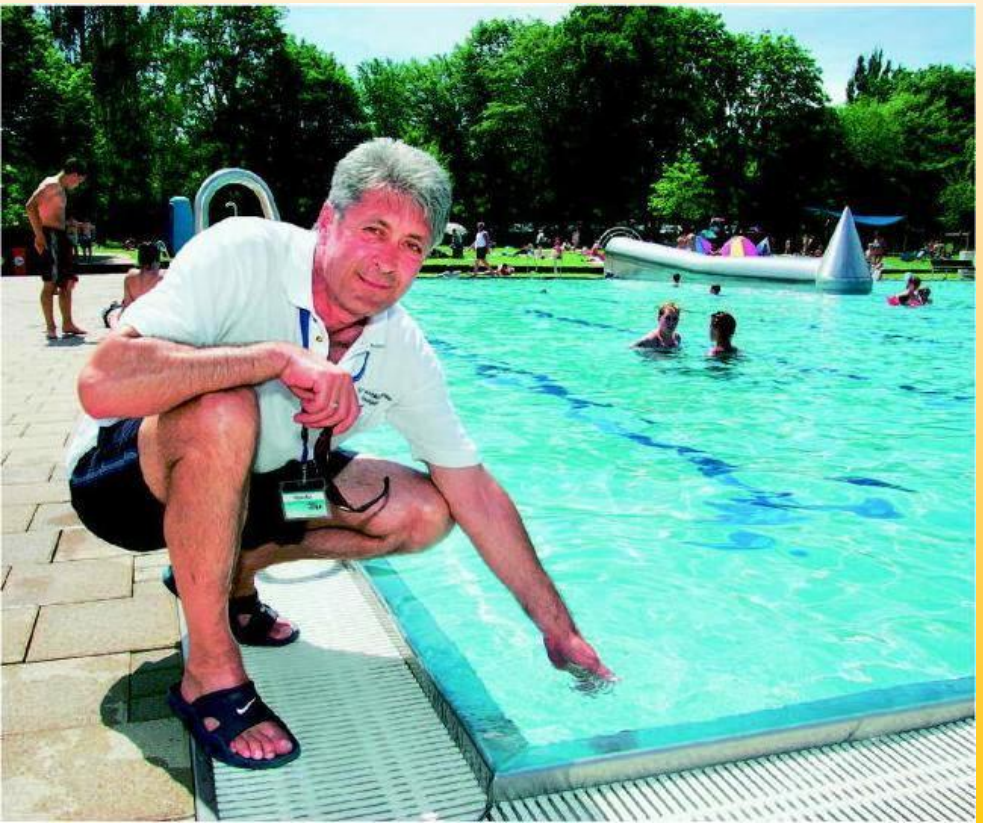
GEMEINDETAG
BADEN-WÜRTTEMBERG

Was ist demographie-fähig? Bildung / Soziales

- Schulen
- Jugendmusikschulen
- Volkshochschulen
- Kinderbetreuung
- Einrichtungen für Senioren
- Gesundheit
- Integration von Migranten

GEMEINDETAG
BADEN-WÜRTTEMBERG

Was ist demographie-fähig? Wirtschaft



- Bäder
- Gewerbegebiete, Gewerbeflächenpool
- Tourismus
- Breitband
- E-Mobility

GEMEINDETAG
BADEN-WÜRTTEMBERG

Danke für Ihre Aufmerksamkeit!

Anlage 55:

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin:

Qualitätsmanagement und die Sicht der Patienten, http://www.aezq.de/aezq/kompendium_q-m-a/3-qualitaetsmanagement-und-die-sicht-der-patienten [23.08.17]

3 QUALITÄTSMANAGEMENT UND DIE SICHT DER PATIENTEN

In ein erfolgreiches Qualitätsmanagement müssen neben dem eigentlichen Leistungsanbieter auch die Kunden einbezogen werden. Im Falle von Arztpraxen sind Kunden vor allem die Patienten, aber auch Apotheker, Medizinproduktehersteller oder andere medizinische Bereiche. Die Patienten stellen die wichtigsten "externen Kunden" einer Arztpraxis dar. Ein Qualitätsmanagement in Arztpraxen ohne Berücksichtigung der Patientensicht ist daher nicht aussagekräftig.

3.1 Anforderungen von Patienten
3.2 Patientenorientierung
3.3 Qualitätsziele zur Patientenorientierung aus Sicht der Ärzteschaft
3.4 Praktische Umsetzung der Patientenorientierung im QM

3.1 Anforderungen von Patienten

Qualitätsbewusste Patienten bewerten nicht nur die erhaltene medizinische, therapeutische, pflegerische Versorgung und das Ergebnis der Behandlung, sondern auch die Informationsvermittlung, die Kommunikation mit den Leistungserbringern, den Eindruck vom Personal (Freundlichkeit, Zuverlässigkeit, Kompetenz, Pünktlichkeit, Wartezeit), den Umgang mit allen Mitarbeitern der Praxis oder der Klinik, den Zugang zur und die Organisation in der Praxis sowie Unterstützungsangebote [2; 14].

3.2 Patientenorientierung

Patientenorientierung heißt, dass sich im Rahmen eines therapiekonformen Betreuungsprozesses alle Beteiligten bemühen, die Erwartungen und Bedürfnisse der Patienten kennen zu lernen und zu erfüllen [3; 4]. Jeder Patient soll als Individuum betrachtet und behandelt werden, mit eigenen persönlichen Bedürfnissen und Erwartungen. Je besser Ärzte wiederum die Erwartungen ihrer Patienten kennen, umso besser können sie diese berücksichtigen. Deshalb ist es erforderlich, die Erwartungen der Patienten kontinuierlich zu ermitteln, die Veränderungen zu erkennen und darauf entsprechend zu reagieren. Patientenorientierung heißt aber auch, durch ein kontinuierliches Qualitätsmanagement Defizite aufzudecken und zu eliminieren.

Solche Defizite aus Patientensicht hat das Berliner Selbsthilfeforum untersucht und in einer Mängelliste zusammen gestellt [12]:

- Ärzte hören zu wenig zu, haben zu wenig Zeit
- Aufklärung und Beratung sind unzureichend
- Ärzte sprechen in einer unverständlichen Wissenschaftssprache
- Ärzte haben einseitige Definitionsmacht, es wird Druck ausgeübt in Richtung bestimmter Behandlungsmethoden
- Ärzte legen ihre Interessen und Informationsquellen nicht offen (Pharmainteressen)
- Patienten stehen bei Behandlungsfehlern allein da
- Patienten wissen nicht, was der Arzt für die Behandlung abrechnet
- Wartezeiten und Dienstleistungsqualität sind unzureichend

Die Patientenorientierung einer Arztpraxis lässt sich daran erkennen, inwieweit die folgenden Anforderungen erfüllt sind [1]:

- Der Arzt nimmt den Patienten und sein spezielles gesundheitliches Problem ernst.
- Der Patient erhält von seinem Arzt eine ausführliche und verständliche Information und Beratung.
- Der Patient erhält von seinem Arzt weiterführende Informationen sowie Hilfs- und Beratungsangebote.
- Der Arzt bezieht den Patienten in alle Entscheidungen bezüglich seiner gesundheitlichen Situation mit ein.
- Der Patient wird von Arzt und Praxispersonal freundlich und respektvoll behandelt.
- Der Patient erhält ohne Probleme Zugang zu seinen Patientenunterlagen.
- Der Arzt akzeptiert, dass der Patient im Zweifelsfall eine zweite Meinung einholen möchte.
- In der Arztpraxis wird der Schutz der Person und Intimsphäre des Patienten gewahrt.
- In der Arztpraxis wird der Schutz der persönlichen Patientendaten gewahrt.
- Die Arztpraxis ist gut zu erreichen.
- Wenn Arzt und Arztpraxis ein Qualitätsmanagement durchführen, ist das für den Patienten erkennbar.

3.3 Qualitätsziele zur Patientenorientierung aus Sicht der Ärzteschaft

Im Jahr 2005 hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung unter der Bezeichnung QEP® – Qualität und Entwicklung in Praxen [7] einen Qualitätszielekatalog veröffentlicht, der die von den Patienten identifizierten Defizite aufgreift und in konkrete Qualitätsziele umsetzt.

Zu diesen Zielen gehören Qualitätsaspekte zu(r):

- **Patientenversorgung**
  Zugang zur ambulanten Versorgung, Durchführung der Versorgung, Patientenunterlagen und Dokumentation
- **Patientenrechten und Patientensicherheit**
  Aufklärung und Einwilligung, Einsichtnahme in Patientenakten, Risiko- und Fehlermanagement, Vertraulichkeit und Schweigepflicht

3.4 Praktische Umsetzung der Patientenorientierung im QM

Gründliche und verständliche Aufklärung

Die gründliche und verständliche Aufklärung und Information des Patienten hat im Qualitätsmanagement eine zentrale Bedeutung. Sie bildet die Basis dafür, informierte Entscheidungen treffen zu können. Der Kranke, der zum Arzt geht und ohne zu hinterfragen befolgt, was die Autorität im weißen Kittel sagt, wird immer seltener. Die Zahl der Patienten nimmt zu, die über diagnostische und therapeutische Maßnahmen und Möglichkeiten der Selbsthilfe aufgeklärt werden wollen, die jeweiligen Implikationen verstehen und letztlich auch mit entscheiden möchten. Dies entspricht der Kernaussage des Konzeptes der gemeinsamen Entscheidungsfindung (Partizipative Entscheidungsfindung, shared decison making): Arzt und Patient treffen auf der Basis geteilter Informationen eine gemeinsam verantwortete Entscheidung, sie gehen eine "therapeutische Allianz" ein [5].

Patienten verstehen oft nur 50% der Informationen, die sie von ihrem Arzt erhalten [10]. Auch bei einem gründlichen mündlichen Aufklärungsgespräch ist keine Garantie gegeben, dass Patienten die vermittelten Inhalte verstanden haben und auch erinnern können. Viele Patienten können sich nach dem Verlassen des Arztzimmers an den Inhalt des Gespräches nicht mehr korrekt erinnern. Deshalb sollten Patienten alles, was sie im Rahmen der Aufklärung über Erkrankung und mögliche Therapieoptionen, sowie die weitere Versorgung und Betreuung an mündlicher Beratung erfahren, – in komprimierter Form – "schwarz auf weiß" mitnehmen können [1]. Das Überzeugende daran ist: Der Patient trägt etwas mit sich nach Hause, das extra für ihn erstellt wurde. Dabei sollte Qualität vor Quantität gehen. Eine individuell auf den Patienten abgestimmte Information wirkt professioneller und persönlicher als ein kopierter Diätplan oder eine übliche Informationsbroschüre. Bewährt haben sich individuelle Beratungsrezepte, Patientenpässe oder Patientenbücher [13], die Einzelinformationen – auch verschiedener Ärzte – integrieren.

Kommunikation

Ob ein Patient vermittelte Informationen zu Nutzen und Nebenwirkung vorgeschlagener Behandlungsoptionen versteht, ist zum einen davon abhängig, in welcher Form diese vermittelt werden [6; 9], zum anderen von der Qualität der Arzt-Patienten-Kommunikation.

Vermittlung von Behandlungsoptionen

Evidenzbasierte Entscheidungsgrundlagen für Arzt und Patient setzen ein Verständnis für den Umgang mit Wahrscheinlichkeiten voraus. Keine Untersuchung ist zu einhundert Prozent sicher, keine Behandlung auf der ganzen Linie wirkungsvoll. Bei Entscheidungen müssen sich Arzt und Patient also immer auf Wahrscheinlichkeiten stützen. Die Bewertung von Nutzen und Risiken ist bei Experten und Laien unterschiedlich. Der Experte stützt seine Bewertungsgrundlagen auf eine (durch die entsprechende Studie) klar definierte Patientengruppe, der Patient selbst erwartet eher eine Ja/Nein-Entscheidung. Eine weitere Hürde bei der Kommunikation von Nutzen und Risiken stellt der so genannte Framing Effekt dar. Das bedeutet, dass die Entscheidung davon abhängt, ob eine Information/Option positiv oder negativ dargestellt wird.

Qualität der Arzt-Patienten-Kommunikation
Zur erfolgreichen Gestaltung der Arzt-Patienten-Kommunikation müssen verschiedene Aspekte berücksichtigt werden [8]:

- Schaffung eines störungsfreien Umfeldes
- Aufbau einer Arbeits- und Vertrauensbeziehung
- Empathie
- Konfliktmanagement
- Echtheit der Beziehung
- Berücksichtigung kommunikationswissenschaftlicher Grundlagen ("die vier Ohren" [11])
- Erkennen und kommunizieren der eigenen Grenzen

Patientenbeschwerden als Instrument im QM
Eine Beschwerde ist nicht gleichzusetzen mit einem Vertrauensbruch zwischen Arzt und Patient. Vielmehr kann sie eine wesentliche Informationsquelle zur Verbesserung der Qualität in der Arztpraxis sein. Patientenbeschwerden sind bedeutende Rückkoppelungen des Versorgungsprozesses; daher sind Beschwerden anzuhören, zu bewerten, und es ist auf sie einzugehen. Der behandelnde Arzt muss auch bei Beschwerdefällen oder Vorschlägen Ansprechpartner des Patienten sein.

Bei individuellen Patientenbeschwerden geht es in erster Linie darum, die vom Patienten identifizierten Nöte, Ängste, Sorgen, Ärgernisse etc. aufzunehmen und im individuellen Fall weiter zu helfen. Diese Aufgaben können von Servicestellen, Patientenbüros oder Patientenombudsleuten wahrgenommen werden. Viele Kliniken haben bereits derartige Servicestellen eingerichtet. Auch Ärztekammern und Kassenärztliche Vereinigungen bieten einen solchen Service für Patienten an.

Wenn es darum geht, ein Meinungsbild der Patienten als Unterstützung des Qualitätsmanagements in der Praxis zu gewinnen, gibt es die nachfolgend dargestellten Möglichkeiten:

Erfassung von Erfahrungen und Zufriedenheit
Die oben genannten Qualitätskriterien aus Patientensicht sollten im Qualitätsmanagement systematisch erfasst werden.

Individuelle Rückmeldungen: z. B. Patientenvorschlagbox
In der Praxis oder in Krankenhausabteilungen werden Boxen aufgestellt. Ein Plakat über der Box ersucht den Patienten, dem Praxisinhaber/der Krankenhausleitung mitzuteilen, was ihm gefallen hat und was verbessert werden sollte. Der Vorteil ist, dass sich hier ein gutes Meinungsbild ergibt, der Nachteil dieser Möglichkeit ist, dass diese Art der Rückmeldung nicht systematisch ist und durch diverse Einflussfaktoren möglicherweise ein verfälschter Eindruck entsteht.

Standardisierte Rückmeldungen von Patienten: z. B. systematische Patientenbefragungen
Häufig eingesetzt werden in diesem Zusammenhang Befragungen, die die subjektive Bewertung der Patienten dokumentieren und mithilfe von "reporting-questions" Situationsbeschreibungen enthalten. Da sich Patientenbewertungen aus verschiedenen Dimensionen zusammensetzen – den Erwartungen und Bedürfnissen; den Vorstellungen und Annahmen bezüglich des Ergebnisses einer Behandlung, persönlichen Einstellungen, realen Erfahrungen in einer Situation und dem gesundheitlichen Outcome – macht es auch Sinn, diese Parameter zu erheben und sie mit der Bewertung der Patienten zu kontrastieren.

Ein solcher Fragebogen kann dazu genutzt werden, die Patientensicht in der einzelnen Praxis zu analysieren und dient im Benchmarking dazu, die Ergebnisse praxisübergreifend vergleichen zu können. Der Erstellung des Fragebogens kommt eine entscheidende Bedeutung zu. Wesentlich ist, die Fragen eindeutig zu formulieren und zahlreiche weitere, in der Literatur zur Entwicklung von Erhebungsinstrumenten zusammengefasste Aspekte zu berücksichtigen. Es empfiehlt sich, bereits vorliegende, validierte Fragebögen zu nutzen (z. B. das Instrument ZAP – Zufriedenheit in der ambulanten Versorgung – Qualität aus Patientenperspektive [2]), die gegebenenfalls im Hinblick auf die Bedürfnisse und Zielsetzungen der jeweiligen Praxis unter fachkundiger Anleitung adaptiert werden können.

Anlage 56:

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, Altersstruktur:

Vertragsärzte- und psychotherapeuten

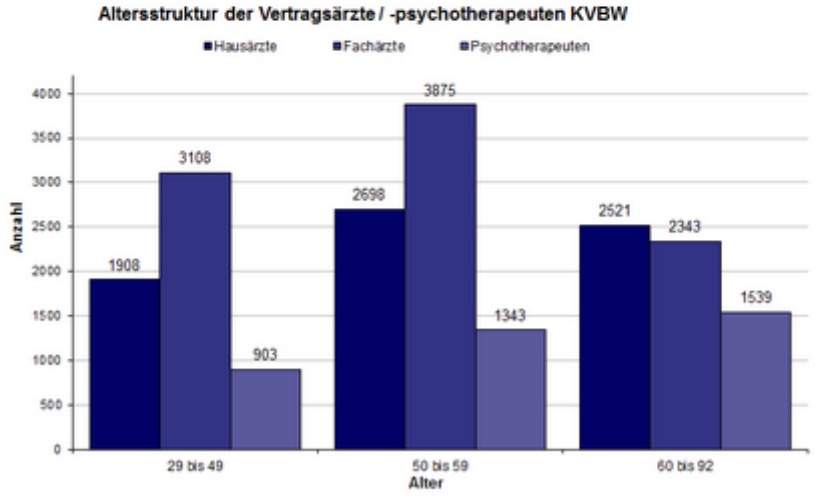
https://www.kvbawue.de/ueber-uns/daten-fakten/altersstruktur-der-aerztetherapeuten/ [24.08.2017]

Altersstruktur

Vertragsärzte und -psychotherapeuten

Die zum Erfassungsdatum bestehende große Anzahl der Vertragsärzte und -psychotherapeuten in den Altersgruppen der 51- bis 55-Jährigen und der 56- bis 60-Jährigen ist alarmierend. Sie macht deutlich, dass in den nächsten zehn bis 15 Jahren in Baden-Württemberg eine Vielzahl von jungen Ärzten und Psychotherapeuten in der ambulanten Versorgung benötigt werden, um zumindest das derzeitige Niveau zu halten. Dieser Nachwuchs ist nicht in Sicht. Und nicht berücksichtigt ist dabei die erschwerende Tatsache, dass auch die Patienten immer älter werden und eher mehr medizinische Hilfe benötigen als weniger. Auch hier ist der hausärztliche Sektor besonders betroffen.

Durchschnittsalter: 55,0 Jahre
Hausärzte: 55,8 Jahre
Fachärzte: 53,8 Jahre
Psychotherapeuten: 56,4 Jahre



Anzahl der Ärzte nach Altersstufen

Stand: 01.01.2017

Anlage 57:

Bundesärztekammer, Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31. Dezember 2013:
Ärzteschaft in der Generationenfalle,
http://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-der-vorjahre/aerztestatistik-2013/ [24.08.2017]

Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31. Dezember 2013

Ärzteschaft in der Generationenfalle

„Der Ärztemangel und der Mangel an Arztstunden sind keine Prognose mehr, sondern in vielen Regionen Deutschlands längst Realität. Und wir müssen davon ausgehen, dass sich dieser Mangel in den nächsten Jahren noch weiter verschärfen wird." Das sagte Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer (BÄK), mit Blick auf die aktuelle Ärztestatistik der BÄK für das Jahr 2013. Montgomery wies darauf hin, dass schon allein aufgrund der Zunahme der Behandlungsintensität in einer alternden Gesellschaft heute mehr Ärztinnen und Ärzte gebraucht werden als früher. Zwischen 2004 und 2012 stieg die Zahl der ambulanten Behandlungsfälle in Deutschland um 136 Millionen und die der stationären um 1,8 Millionen auf 18,6 Millionen Fälle. "Hinzu kommt, dass Dank des medizinischen Fortschritts früher nicht bekannte oder mögliche Eingriffe, Untersuchungen und Therapiemethoden durchführbar geworden sind. Dies erfordert ebenso mehr Personal, wie die durch die wissenschaftliche Entwicklung bedingte zunehmende Spezialisierung der Medizin", so der BÄK-Präsident.

Zugleich wächst eine Ärztegeneration heran, die der Work-Life-Balance eine höhere Bedeutung zumisst und die sich immer häufiger für Teilzeitarbeit entscheidet. Dies trifft sowohl auf Frauen wie auch auf Männer zu. Während im Jahr 2001 noch 31.000 Ärztinnen und Ärzte in Teilzeit arbeiteten, hat sich ihre Zahl nach Angaben des Statistischen Bundesamtes im Jahr 2011 auf 54.000 erhöht. „Junge Menschen mit einer hochqualifizierten Ausbildung sind zu Recht nicht mehr bereit, ihren Lebensstil, ihre Lebensqualität und ihre Arbeitnehmerrechte an den Pforten der Krankenhäuser und Arztpraxen abzugeben", so Montgomery. Vor diesem Hintergrund und mit Blick auf die steigende Behandlungsintensität müsse die Steigerung der Zahl berufstätiger Ärzte um 2,5 Prozent auf 357.252 eingeordnet werden.

Gleichzeitig verabschieden sich immer mehr Ärzte in den Ruhestand. Ihre Zahl erhöhte sich 2013 um 3,8 Prozent (2012: +2,6 Prozent) auf 72.540. "Die Statistik belegt eindeutig, dass die demografische Entwicklung auch die Ärzteschaft erfasst hat. Seit Jahren nimmt das Durchschnittsalter der Ärztinnen und Ärzte zu", erklärte Montgomery. So ist der Anteil der unter 35-jährigen Ärzte nur um 0,8 Prozentpunkte auf 18 Prozent gestiegen, gleichzeitig wuchs aber der Anteil der über 59-Jährigen auf 15,6 Prozent (Vorjahr: 15,4 Prozent). Weiterhin ist der Anteil der 40- bis 49-Jährigen von 27,9 Prozent auf 26,6 Prozent zurückgegangen, während der Anteil der 50-bis 59-Jährigen von 28,1 Prozent auf 28,3 Prozent stieg. Damit gibt es mehr 50- bis 59-jährige als 40- bis 49-jährige Ärztinnen und Ärzte.

Um den Ärztemangel in Deutschland wirksam zu bekämpfen, seien zuallererst mehr Studienplätze in der Humanmedizin notwendig. Ihre Zahl ist im Vergleich zu den 90er Jahren um fünf Prozent gesunken. Darüber hinaus müsse die Arbeit von Ärztinnen und Ärzten wieder attraktiver gestaltet werden, um mehr Berufsanfänger für die kurative Medizin zu begeistern. Neben besserer Anerkennung und Bezahlung der Arbeit in Klinik und Praxis bedürfe es flankierender Maßnahmen wie Abbau von Überstunden und Diensten, Entlastung von Bürokratie, flexible Arbeitszeitregelungen und mehr Angeboten für die Kinderbetreuung. Montgomery: "Es geht um nicht weniger, als die Motivation einer ganzen Generation nachwachsender Ärztinnen und Ärzte."

Anlage 58:

Gemeindetag BW:

Ärztliche Versorgung,

https://gemeindetag-bw.de/internet/themen/%C3%A4rztliche-versorgung

[25.08.2017]

Ärztliche Versorgung

Seite drucken

Foto: Halina Zaremba, Pixelio.de

Die eigene Gesundheit genießt bei den Bürgerinnen und Bürgern den höchsten Stellenwert. Das Ziel des Gemeindetags ist, dass auch in Zukunft in jeder eigenständigen Gemeinde die hausärztliche Versorgung gewährleistet wird.

Wohnortnahe ärztliche Versorgung - in Zukunft nur noch Wunschtraum?

Die ärztliche Versorgung ist das Kernelement der medizinischen Daseinsvorsorge. Aus diesem Grund hat sie neben der persönlichen Sicherheit für die Bürgerinnen und Bürger einen herausragenden Stellenwert. Eigentlich Grund genug für die politischen Entscheider, ebenfalls ein Hauptaugenmerk auf eine bedarfsgerechte, qualitätvolle, flächendeckende und wohnortnahe Hausarztversorgung zu legen. Schon allein deshalb, weil eine funktionierende medizinische Versorgung in einem Innovationsland wie Baden-Württemberg und deren volkswirtschaftliche Bedeutung gar nicht hoch genug einzuschätzen ist. Wer jedoch einen Blick auf die aktuelle Versorgungssituation wirft und sich mit der zu erwartenden Entwicklung der kommenden Jahre beschäftigt, stellt fest: Die Uhren stehen auf fünf vor zwölf und ein schlüssiges Lösungskonzept steht noch aus.

Schon heute ist eine echte flächendeckende Versorgung nicht mehr gegeben. Den für die hausärztliche Versorgungsplanung maßgeblichen Mittelbereichen entsprechend ist noch eine allerorten gute Versorgungssituation vorhanden. Betrachtet man jedoch die Städte und Gemeinden als realistische Lebenswelt der Menschen, erkennt man schon im Jahr 2015 in einigen Regionen erhebliche Versorgungslücken.

Der Gemeindetag Baden-Württemberg hat diese alarmierenden Entwicklung als erster bereits im Jahr 2007 in den landespolitischen Fokus gerückt. Wir werden uns in der politischen Diskussion auch weiter dafür einsetzen, dass eine flächendeckende ärztliche Versorgung im Sinne der Bürgerinnen und Bürger garantiert wird.

Anlage 59:

MLR, ELR:

ELR-Wichtigstes Strukturprogramm des Landes, https://mlr.baden-wuerttemberg.de/de/unsere-themen/laendlicher-raum/laendlichen-raum-staerken/elr/ [28.08.2017]

ELR

Text vorlesen

ELR – Wichtigstes Strukturprogramm des Landes

Für die Landesregierung ist die Förderung des Ländlichen Raums von zentraler Bedeutung. Mit der Ausschreibung des Jahresprogramms 2018 im Entwicklungsprogramm Ländlicher Raum (ELR) rückt die Innenentwicklung stärker in den Fokus. Denn für die Lebensqualität vor Ort sind lebendige und attraktive Ortskerne von zentraler Bedeutung.

Das Entwicklungsprogramm Ländlicher Raum (ELR) zählt zu den wichtigsten Instrumenten des Landes zur integrierten Strukturentwicklung der Kommunen im Ländlichen Raum sowie von ländlich geprägten Orten in den Verdichtungsräumen und in den Randzonen um die Verdichtungsräume. Über Aufnahmeanträge der Gemeinden können sowohl kommunale als auch private Projekte gefördert werden.

Strukturförderung heißt Lebensqualität erhalten und verbessern. Gefördert werden Projekte, die lebendige Ortskerne erhalten, die zeitgemäßes Leben und Wohnen ermöglichen, die eine wohnortnahe Versorgung sichern sowie zukunftsfähige Arbeitsplätze schaffen. Dabei ist die aktive Beteiligung von Bürgerinnen und Bürgern und die interkommunale Zusammenarbeit von besonderer Bedeutung. Projektträger und Zuwendungsempfangende können neben den Kommunen beispielsweise auch Vereine, Unternehmen und Privatpersonen sein.

Was ist neu an der Ausschreibung 2018?

Vielfach ist in den Ortskernen ein immer größer werdender Bestand von älteren, nicht mehr genutzten Gebäuden zu verzeichnen. Baufällige Schuppen und leerstehende Häuser beeinträchtigen das Ortsbild. Sie tragen mittelfristig zu einer Verödung der Ortskerne bei. Um diese Entwicklung aufzuhalten, müssen leer stehende oder ungenutzte Gebäude aktiviert und zu zeitgemäßen Wohn-, Büro- oder Gewerbeflächen umgenutzt werden. Um die Innenentwicklung deutlicher voranzubringen, werden für den Förderschwerpunkt "Wohnen" die Hälfte der zur Verfügung stehenden Fördermittel eingesetzt.

Was bleibt gleich?

- Focus auf Innentwicklung und Schaffung zeitgemäßer Wohnverhältnisse.
- 50 % der Fördermittel für den Förderschwerpunkt Wohnen.
- Förderzuschlag von 5000 € für Wohnbauprojekte mit innovativen Holzbaulösungen.
- Im Mietwohnungsbau Konzentration auf Bestandsgebäude: Förderung der Modernisierung von Mietwohnungen, Schaffung von Mietwohnungen durch Umnutzung leerstehender Gebäude; jedoch keine Neubauförderung auf zuvor unbebauter Fläche.
- Stärkung der Grundversorgung durch Förderung von Dorfgasthäusern, Dorfläden, Metzgereien und Bäckereien.
- Förderung des Umbaus und der Modernisierung von Freibädern nur bei interkommunaler Abstimmung und Zusammenarbeit.

Was ändert sich?

- Erweiterung des Begriffs Grundversorgung (Güter und Dienstleistungen des täglichen bis wöchentlichen Bedarfs einschl. des unregelmäßigen und dringlichen oder lebensnotwendigen Bedarfs innerhalb eines Radius von 50 km). Dadurch können Projekte, die bisher dem Förderschwerpunkt Arbeiten zugeordnet waren dem Förderschwerpunkt Grundversorgung zugeordnet und statt 10 % einen Fördersatz von 20 % erhalten.
- Öffnung der Förderung für Wohnbauprojekte auf Siedlungen bis in der 1960er Jahre, wenn diese mit der historischen Ortsmitte zusammengewachsen sind und Entwicklungsbedarf besteht.
- Erhöhung des Fördersatzes von 40 % auf bis zu 75 % beim unrentierlichen Mehraufwand bei Projekten der kommunalen Flächenaktivierung

Wo liegen die Förderschwerpunkte?

- Wohnen: Erhaltung und Stärkung der Ortskerne insbesondere durch Umnutzung vorhandener Bausubstanz, Maßnahmen zur Erreichung zeitgemäßer Wohnverhältnisse (umfassende Modernisierung), ortsbildgerechte Neubauten in Baulücken, Verbesserung des Wohnumfelds, Entflechtung unverträglicher Gemengelagen und Neuordnung mit Baureifmachung von Grundstücken.
- Grundversorgung: Sicherung der wohnortnahen Grundversorgung mit Waren und Dienstleistungen.
- Arbeiten: Unterstützung von kleinen und mittleren Unternehmen zum Erhalt der dezentralen Wirtschaftsstruktur sowie zur Sicherung und Schaffung von zukunftsfähigen Arbeitsplätzen vor allem in Verbindung mit der Entflechtung unverträglicher Gemengelagen, der Reaktivierung von Gewerbe- und Militärbrachen, einschließlich vorbereitender Maßnahmen wie Baureifmachung von Grundstücken und die dazu notwendige innere Erschließung von Gewerbegebieten.
- Gemeinschaftseinrichtungen: Schaffung und Anpassung von Gemeinbedarfseinrichtungen. Im Fokus stehen die Anpassung und die grundlegende Modernisierung bestehender Einrichtungen.

Was sind Schwerpunktgemeinden?

Wie wichtig ist die Nachhaltigkeit bei der Förderung?

Anlage 60:

Ministerium für Soziales und Integration, Ambulante Versorgung:

Förderprogramm bringt neue Hausärzte aufs Land, https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/de/gesundheit-pflege/medizinische-versorgung/haus-und-landaerzte/ [28.08.17]

AMBULANTE VERSORGUNG

Text vorlesen

Förderprogramm bringt neue Hausärzte aufs Land

© Photographee.eu / Fotolia.com

Die ambulante ärztliche Versorgung in Baden-Württemberg ist sehr gut. Sie wird zum größten Teil über niedergelassene Vertragsärzte, d. h. die Hausärzte und die Gebietsärzte (z. B. Hautärzte, Orthopäden, Kinderärzte usw.) sowie niedergelassene Zahnärzte und Psychotherapeuten wahrgenommen. In geringerem Umfang und besonders bei hochspezialisierten Leistungen und seltenen Erkrankungen nehmen auch Krankenhäuser an der ambulanten ärztlichen Versorgung Teil.

Doch viele junge Ärztinnen und Ärzte zieht es in Städte und Ballungsgebiete, was auf dem Land zum Teil zu erheblichen Nachwuchsproblemen führt – insbesondere im hausärztlichen Bereich.

Die Gründe hierfür sind vielfältig:

- Besonders schwer wiegt, dass mehr Ärztinnen und Ärzte in den Ruhestand gehen als junge Medizinerinnen und Mediziner nachfolgen.
- Hinzu kommen ein zu geringes Interesse der Studierenden am Fach Allgemeinmedizin und Unzulänglichkeiten in der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin.
- Auch die bundesgesetzlich vorgegebene Bedarfsplanung (großräumig und unflexibel) und die unzureichende Nutzung sektorenübergreifender Versorgungsressourcen tragen zu der Verteilungsproblematik bei.
- Ein weiterer wichtiger Faktor ist der an sich erfreuliche Umstand, dass ein großer Teil des ärztlichen Nachwuchses weiblich ist. Es wird immer wichtiger, dass neben dem Beruf auch Platz für ein Familienleben bleibt. Hierauf sind die Versorgungsstrukturen auf dem Land noch nicht ausreichend angepasst.

In Einzelfällen kommt es im ländlichen Raum bereits zu Versorgungsengpässen. Daher müssen alle Beteiligten – Bund, Land, Selbstverwaltung und Kommunen – gemeinsam daran arbeiten, die Versorgungsstrukturen, die Arbeitsbedingungen und die örtliche Infrastruktur an den Bedürfnissen der nachwachsenden Ärztegeneration auszurichten.

Landärzteprogramm: Finanzielle Unterstützung bei Wechsel aufs Land

Um die ambulante medizinische Versorgung der Menschen flächendeckend zu sichern, hat das Sozialministerium das Aktionsprogramm „Landärzte" auf den Weg gebracht. Darin werden die unterschiedlichen Handlungsoptionen des Landes gebündelt.

Das Programm zeigt die Schwachstellen des derzeitigen Systems auf und bietet bundes- sowie landespolitische und strukturelle Lösungsansätze für die bestehenden Probleme. Diese reichen von der Nachwuchsförderung über die Verbesserung der bestehenden Versorgungsstrukturen bis hin zu einer Verbesserung der bundesgesetzlichen Grundlagen der Bedarfsplanung.

Die Landesregierung stellt darüber hinaus ein Förderprogramm mit einer finanziellen Ausstattung in Höhe von insgesamt 6,95 Mio. Euro zu Verfügung. Fördermittel können aktuell in folgenden Bereichen beantragt werden:

Förderbaustein „Landärzte"

Ziel der Förderung im Rahmen des Förderprogramms „Landärzte" ist die Verbesserung der ambulanten hausärztlichen Versorgung. Dies gilt für Fördergebiete im ländlichen Raum, in denen es heute schon Versorgungsengpässe gibt bzw. perspektivisch geben kann (siehe Liste rechts zum Download). Ein Hausarzt erhält bis zu 30.000 Euro Landesförderung, wenn er sich in Baden-Württemberg in einer ländlichen Gemeinde ohne Arzt niederlässt.

Für das Förderprogramm „Landärzte" stehen insgesamt 2 Millionen Euro zur Verfügung. Detaillierte Informationen zu den Fördergebieten, den Fördervoraussetzungen (Projektleitfaden) sowie den Förderantrag finden Sie rechts zum Herunterladen.

Förderbaustein „Kommunale Gesundheitskonferenzen"

Kommunale Gesundheitskonferenzen sollen die Plattform zur Vernetzung der Akteure auf der kommunalen Ebene sein. Dies gilt unter anderem auch für die sektorenübergreifende Planung und Steuerung medizinischer Angebote, um Versorgungsengpässe zu vermeiden und knappe personelle Ressourcen effizient zu verteilen. Im Bedarfsfall soll deshalb in Kreisstrukturgesprächen über neue Ansätze der sektorenübergreifenden Organisation stationärer und ambulanter Versorgung einschließlich Notfallversorgung beraten werden.

Das Land hat die Einrichtung von Kommunalen Gesundheitskonferenzen, einschließlich Kreisstrukturgesprächen, mit insgesamt 1,75 Millionen Euro finanziell unterstützt. Sie finden mittlerweile in 28 Land- und 6 Stadtkreises statt. Damit haben bereits drei Viertel der Land- und Stadtkreise in Baden-Württemberg Kommunale Gesundheitskonferenzen etabliert.

Anlage 61:

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg:

ZuZ: Ziel und Zukunft, Wir fördern ambulante Versorgung

https://www.kvbawue.de/ueber-uns/engagement/zuz-ziel-und-zukunft/ [28.08.2017]

ZuZ: Ziel und Zukunft

Wir fördern ambulante Versorgung

Warum eigentlich Baden-Württemberg?

Mit dem Programm „Ziel und Zukunft: Wir – die Ärzte und Psychotherapeuten in Baden-Württemberg" begegnet die KV Baden-Württemberg dem Ärztemangel und schafft Anreize für die ärztliche Tätigkeit im Südwesten. Im Rahmen des Projekts Ziel und Zukunft (kurz: ZuZ) unterstützen wir in ausgewiesenen Fördergebieten die Niederlassung freiberuflicher Ärzte sowie die Tätigkeit angestellter Ärzte in diesen Praxen, Kooperationen und Nebenbetriebsstätten. Auch für PJ-Studenten, die ein Wahl-Tertial im hausärztlichen Bereich absolvieren, gibt es Fördergeld.

Hier klicken und Kartendarstellung öffnen

Wo wird gefördert?

In ganz Baden-Württemberg greifen:

- monatlicher Zuschuss für das Tertial Allgemeinmedizin im Rahmen des PJ

Die übrigen Fördermaßnahmen sind an ausgewiesene ZuZ-Fördergebiete gebunden.

Für Hausärzte sind aktuell fünf Mittelbereiche ZuZ-Fördergebiete*:

- Donaueschingen
- Eberbach
- Horb
- Ostalb 3/Schwäbischer Wald
- Öhringen

Für Hausärzte ist in den folgenden Mittelbereichen aktuell eine ZuZ-Förderung bezogen auf bestimmte Gemeinden des Mittelbereichs möglich*:

- Backnang
- Bad Mergentheim
- Bad Säckingen
- Balingen
- Bietigheim-Bissingen/Besigheim
- Crailsheim
- Heilbronn
- Herrenberg
- Offenburg
- Ostalb 4/Ellwangen
- Pfullendorf
- Rottenburg
- Rottweil
- Villingen-Schwenningen
- Waldshut-Tiengen

Welche Gemeinde zu welchem Mittelbereich gehört, ergibt sich aus dem Landesentwicklungsplan. Eine Übersicht der Zuordnung sämtlicher Gemeinden in Baden-Württemberg finden Sie unter: Bedarfsplanung: Offen oder gesperrt?

Anlage 62:

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg:

Die regiopraxisKVBW, Gestalten statt Verwalten,

https://www.kvbawue.de/ueber-uns/engagement/regiopraxiskvbw/ [28.08.2017]

Die *regio*praxisKVBW

Gestalten statt verwalten

Das regiopraxis-Modell ist die Antwort der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg auf den Ärztemangel, vor allem in den ländlichen Regionen: Ärztezentren, die hausärztlich orientiert sind, einen exzellenten Service für die Patienten leisten und gleichzeitig erstklassige Arbeitsbedingungen für junge Ärzte bieten. Die regiopraxis KVBW ist ein Modell, das einerseits der Freiberuflichkeit des Arztes Rechnung trägt. Gleichzeitig wird das wirtschaftliche Risiko gesenkt; die jungen Mediziner können in eine bestehende Struktur hineinwachsen.

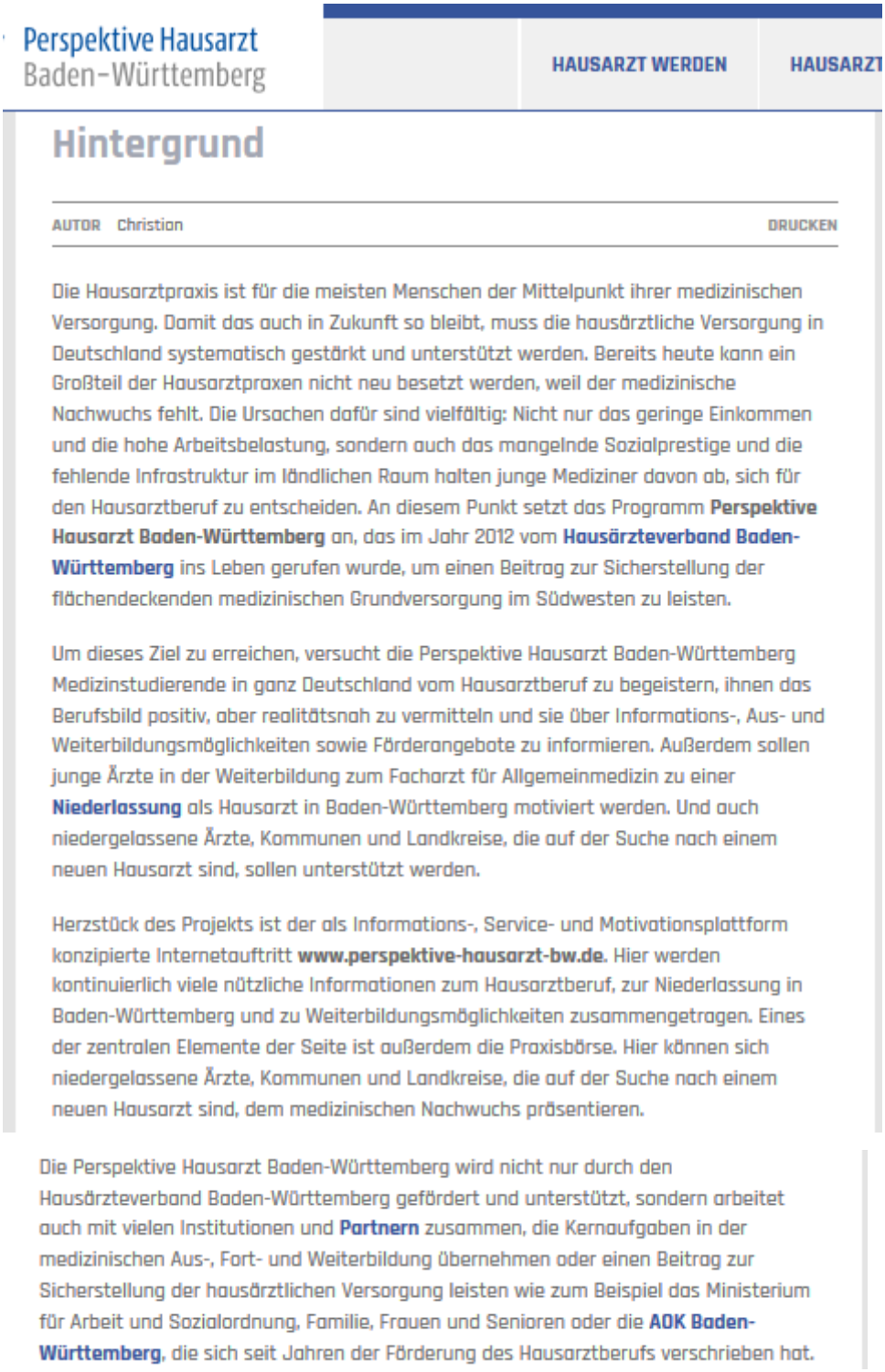
Im Gesundheitszentrum Baiersbronn ist im September 2012 die erste regiopraxis KVBW an den Start gegangen. Sie ist ein Gewinn für den Ort im Schwarzwald und für die Versorgungslandschaft in Baden-Württemberg. Die enge Zusammenarbeit zwischen Kassenärztlicher Vereinigung und den Ärzten vor Ort hat Früchte getragen.

Anlage 63:

Perspektive Hausarzt Baden-Württemberg:

Hintergrund,

http://www.perspektive-hausarzt-bw.de/die-initiative/hintergrund/ [28.08.2017]



Perspektive Hausarzt
Baden-Württemberg

HAUSARZT WERDEN HAUSARZT

Hintergrund

AUTOR Christian DRUCKEN

Die Hausarztpraxis ist für die meisten Menschen der Mittelpunkt ihrer medizinischen Versorgung. Damit das auch in Zukunft so bleibt, muss die hausärztliche Versorgung in Deutschland systematisch gestärkt und unterstützt werden. Bereits heute kann ein Großteil der Hausarztpraxen nicht neu besetzt werden, weil der medizinische Nachwuchs fehlt. Die Ursachen dafür sind vielfältig: Nicht nur das geringe Einkommen und die hohe Arbeitsbelastung, sondern auch das mangelnde Sozialprestige und die fehlende Infrastruktur im ländlichen Raum halten junge Mediziner davon ab, sich für den Hausarztberuf zu entscheiden. An diesem Punkt setzt das Programm **Perspektive Hausarzt Baden-Württemberg** an, das im Jahr 2012 vom **Hausärzteverband Baden-Württemberg** ins Leben gerufen wurde, um einen Beitrag zur Sicherstellung der flächendeckenden medizinischen Grundversorgung im Südwesten zu leisten.

Um dieses Ziel zu erreichen, versucht die Perspektive Hausarzt Baden-Württemberg Medizinstudierende in ganz Deutschland vom Hausarztberuf zu begeistern, ihnen das Berufsbild positiv, aber realitätsnah zu vermitteln und sie über Informations-, Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten sowie Förderangebote zu informieren. Außerdem sollen junge Ärzte in der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin zu einer **Niederlassung** als Hausarzt in Baden-Württemberg motiviert werden. Und auch niedergelassene Ärzte, Kommunen und Landkreise, die auf der Suche nach einem neuen Hausarzt sind, sollen unterstützt werden.

Herzstück des Projekts ist der als Informations-, Service- und Motivationsplattform konzipierte Internetauftritt **www.perspektive-hausarzt-bw.de**. Hier werden kontinuierlich viele nützliche Informationen zum Hausarztberuf, zur Niederlassung in Baden-Württemberg und zu Weiterbildungsmöglichkeiten zusammengetragen. Eines der zentralen Elemente der Seite ist außerdem die Praxisbörse. Hier können sich niedergelassene Ärzte, Kommunen und Landkreise, die auf der Suche nach einem neuen Hausarzt sind, dem medizinischen Nachwuchs präsentieren.

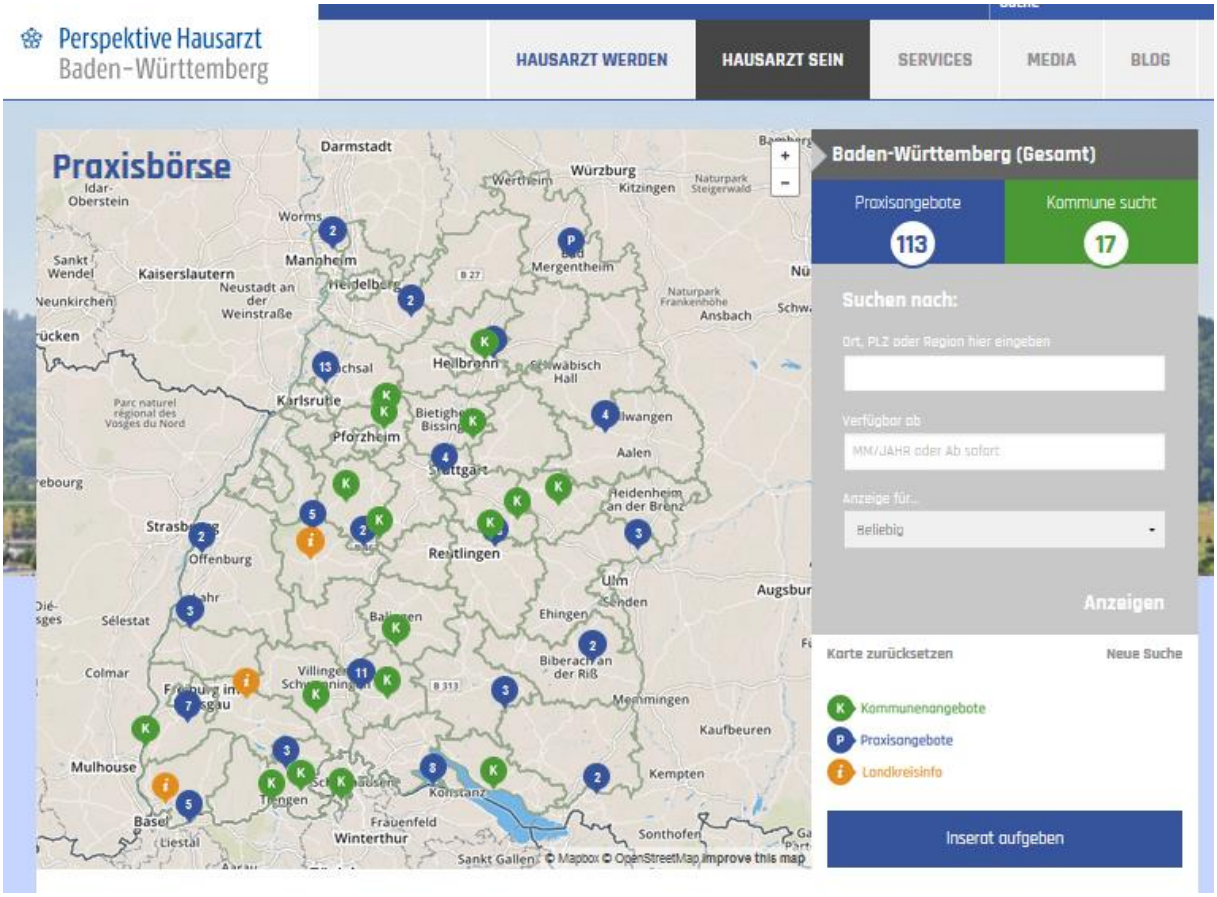
Die Perspektive Hausarzt Baden-Württemberg wird nicht nur durch den Hausärzteverband Baden-Württemberg gefördert und unterstützt, sondern arbeitet auch mit vielen Institutionen und **Partnern** zusammen, die Kernaufgaben in der medizinischen Aus-, Fort- und Weiterbildung übernehmen oder einen Beitrag zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung leisten wie zum Beispiel das Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren oder die **AOK Baden-Württemberg**, die sich seit Jahren der Förderung des Hausarztberufs verschrieben hat.

Anlage 64:

Perspektive Hausarzt Baden-Württemberg:

Praxisbörse,

http://www.perspektive-hausarzt-bw.de/praxisboerse/ [28.08.2017]



Anlage 65:

Landesärztekammer Baden-Württemberg:

Ärztemangel? – Ärztliche Versorgung in Baden-Württemberg

http://www.aerztekammer-bw.de/news/2017/2017-04/pm-daet/index.html

[29.08.2017]

News für Ärzte ›
News für Bürger ›
News für MeFa ›
News für Presse ›

Ärztemangel? - Ärztliche Versorgung in Baden-Württemberg

Die ärztliche Aus- und Weiterbildung, die Leistungshonorierung und die Fernbehandlung stehen nicht nur bei der baden-württembergischen Ärzteschaft im Fokus, sondern sind auch wichtige Themen des 120. Deutschen Ärztetags, der vom 23. bis 26. Mai in Freiburg tagt.

Stuttgart, den 27. April 2017. "Auch Baden-Württemberg ist vom Ärztemangel betroffen. Patienten klagen zu Recht über lange Wartezeiten auf Arzttermine sowie überfüllte Wartezimmer, Notfallpraxen und Klinik-Ambulanzen", erklärt Dr. Ulrich Clever, Präsident der Landesärztekammer Baden-Württemberg (Foto).

Dabei gibt es so viele Ärztinnen und Ärzte wie niemals zuvor: 65.420 Mitglieder zählte die Landesärztekammer Baden-Württemberg zum 31.12.2016. Davon waren 48.606 berufstätig; im ambulanten Bereich rund 19.600, im stationären Bereich rund 24.500 Ärztinnen und Ärzte. (Zur Ärztestatistik)

Unter anderem die Arbeitszeitgesetze haben besonders in den Kliniken dafür gesorgt, dass mehr Ärzte eingestellt wurden, die sich zu Mehreren Stellen teilen, für die früher nur ein Arzt benötigt wurde. Jüngere Ärzte achten heute verstärkt auf die Vereinbarkeit von Beruf und Familie, die sogenannte Work-Life-Balance. Immer mehr entscheiden sich daher für ein Angestellten-Arbeitsverhältnis statt für das risikoreiche Einzelkämpferleben eines freiberuflichen, niedergelassenen Arztes.

Dr. Clever konstatiert: "Ältere Niedergelassene finden in allen Landesteilen kaum noch Nachfolger, die ihre Praxen übernehmen wollen. Immer häufiger werden Arztsitze ohne Nachfolge aufgegeben, was die Versorgungssituation vor Ort erschwert und die Übernahmewahrscheinlichkeit der benachbarten Praxen verringert, da die Arbeitsbelastung weiter steigt."

Das drückt sich auch im Ärztemangel aus: aktuell gibt es allein in Baden-Württemberg beispielsweise im hausärztlichen Bereich über 100 Angebote zur Praxisübernahme. Mindestens 20 Kommunen suchen aktiv nach Allgemeinmedizinern. Dr. Clever: "In den nächsten fünf Jahren werden in Baden-Württemberg etwa 500 Hausärzte fehlen, weil niedergelassene Ärzte in den Ruhestand gehen und nicht genügend Nachwuchsmediziner zur Verfügung stehen, um diese Lücke zu schließen. Diese Entwicklung macht auch vor dem fachärztlichen Bereich nicht halt; lokale Versorgungsengpässe werden uns leider auch künftig begleiten."

Aus- und Weiterbildung. Zur Lösung des Problems seien erhebliche Anstrengungen nötig, so der Kammerpräsident: "Hier reicht es nicht aus, wie häufig gefordert, die Studienplatzkapazitäten zu erhöhen: Denn wer die Ausbildung der Mediziner ändert, muss etwa zwölf Jahre warten, bis die Ergebnisse in der Patientenversorgung ankommen, denn so lange dauern Studium und Facharztweiterbildung." Die Aktivitäten der Ärztekammer seien da effizienter: Durch Erhöhung der Attraktivität der Allgemeinmedizin beispielsweise konnte in den letzten Jahren eine Zunahme der Zahl der Facharztprüfungen erreicht werden: 2011 gab es im Südwesten nur 122 Prüfungen in der Allgemeinmedizin, im vergangenen Jahr waren es bereits 188. Weiterbildungsverbünde, die den Ärztinnen und Ärzten die Organisation ihrer Weiterbildung erleichtern, führen ebenfalls dazu, dass die Bereitschaft zur Niederlassung steigt. Und die finanzielle Förderung durch das Land, die Kommunen und die Vertragsärzteschaft tun ein Übriges. "Die Landesärztekammer Baden-Württemberg hat gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung und der Krankenhausgesellschaft eine Koordinierungsstelle für die ambulante Weiterbildung von Hausärzten eingerichtet. Darüber hinaus wird sie gemeinsam mit den Universitäts-Lehrstühlen für Allgemeinmedizin ein Kompetenzzentrum Weiterbildung einrichten. Es wird junge Mediziner durch die Weiterbildung führen und begleiten", freut sich Dr. Clever. Darüber hinaus könne die Weiterbildung, die früher nahezu ausschließlich in Krankenhäusern stattfand, inzwischen auch im ambulanten Sektor geschehen, zumal zahlreiche Leistungen wie beispielsweise das Ambulante Operieren durch die Fortentwicklung der Medizin von Kliniken in Praxen verlagert wurden.

Fernbehandlung. Erstmals in Deutschland gestattet die Landesärztekammer Baden-Württemberg, dass ärztliche Behandlungen ausschließlich über Kommunikationsnetze durchgeführt werden. In einer Erprobungsphase wird dies im Rahmen von Modellprojekten geschehen. „Hierbei geht es nicht um eine Verlagerung oder Veränderung der bisherigen ärztlichen Versorgung, sondern um eine Ergänzung. Ein offenes Angebot, wie es im Ausland bereits erfolgreich praktiziert wird, und von dem wir wissen wollen, ob es auch bei uns Akzeptanz in der Ärzteschaft und bei den Patienten findet“, erläutert Dr. Clever. Außerdem wolle die Landesärztekammer die qualitativ hochwertige gesundheitliche Fernberatung von Ärztinnen und Ärzten möglichst lokal und mit dem Kammersiegel versehen bieten – und Patienten nicht zumuten, sich an zumindest fragwürdige kommerzielle Anbieter im Ausland zu wenden.

Vergütung. Der Kammerpräsident sieht auch bei der Vergütung ärztlicher Leistungen Entwicklungspotenzial. Sie müsse attraktiver gestaltet werden, um junge Ärzte im Lande zu halten. "Großbritannien, Skandinavien und die Schweiz bieten vielfach attraktivere Rahmenbedingungen für die ärztliche Berufsausübung - unter anderem gehört dazu auch das Salär", analysiert Dr. Clever. Ziel der Ärzteschaft sei es, unter anderem im privatärztlichen Bereich eine moderne und kontinuierlich auf dem Stand des medizinischen Fortschritts und der Kostenentwicklung gehaltene ärztliche Gebührenordnung zu schaffen, die gleichzeitig den Patienten vor finanzieller Überforderung und den Arzt vor einem ruinösen Unterbietungswettbewerb schütze.

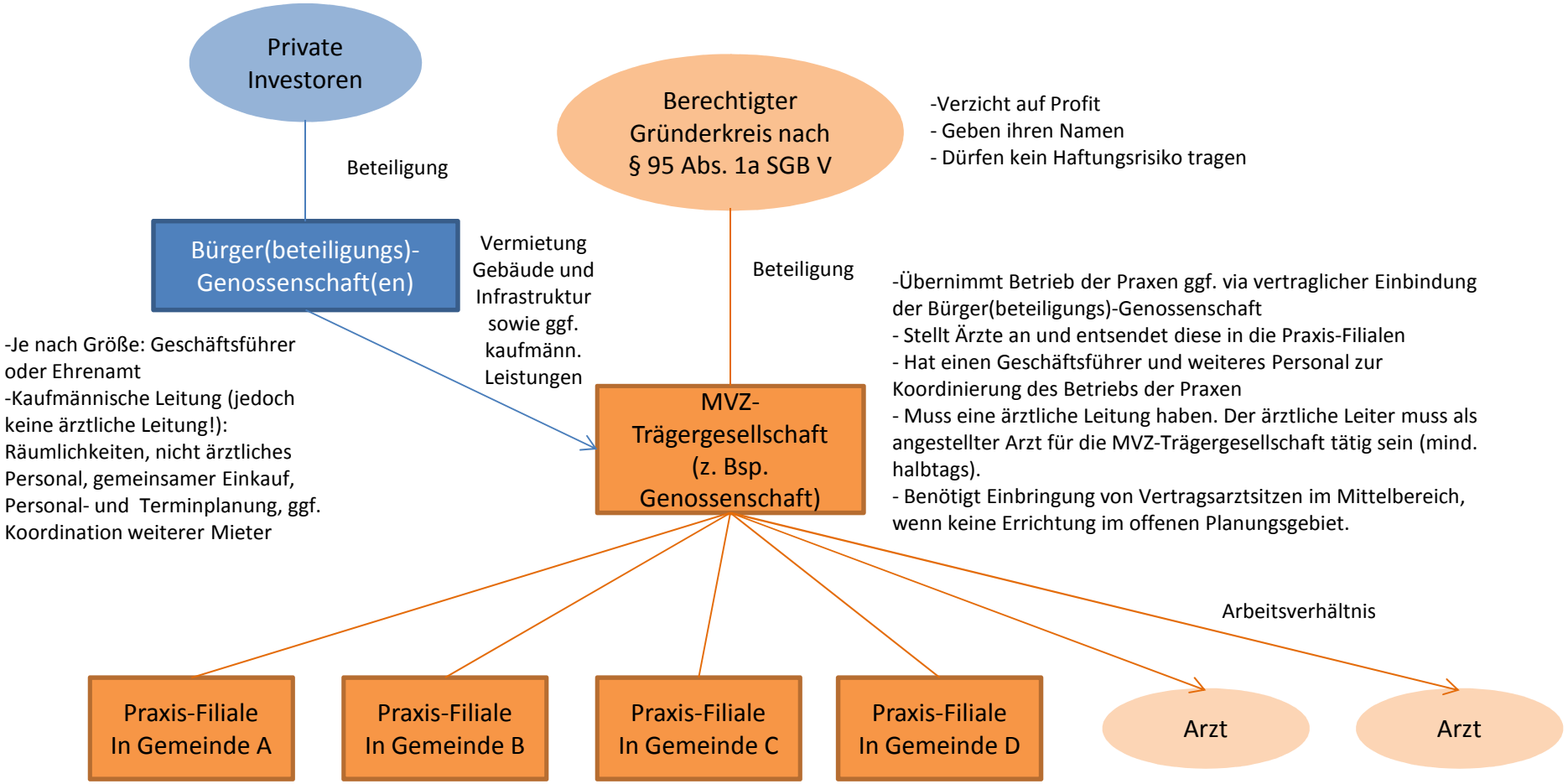
Deutscher Ärztetag. Der 120. Deutsche Ärztetag tagt vom 23. bis 26. Mai in Freiburg. Der Deutsche Ärztetag ist die Hauptversammlung der Bundesärztekammer, das „Parlament der Ärzteschaft“, und findet einmal jährlich an wechselnden Orten statt. Die 17 deutschen Ärztekammern entsenden insgesamt 250 Delegierte zum Deutschen Ärztetag.

Gerade im Bundestags-Wahljahr ist mit zahlreichen gesundheitspolitischen Beschlüssen zu rechnen. Darüber hinaus wird sich der Ärztetag unter anderem mit der Reform der Ärztlichen Weiterbildung und der Novelle der privatärztlichen Gebührenordnung befassen. Außerdem steht die Digitalisierung im Gesundheitswesen auf der Agenda, nicht zuletzt vor dem Hintergrund, dass die Landesärztekammer Baden-Württemberg durch regionale Regelungen hier derzeit bundesweit führend ist.

Anlage 66:

Gemeindetag BW:

Folien: Konzept Genossenschaftliche Modelle zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung



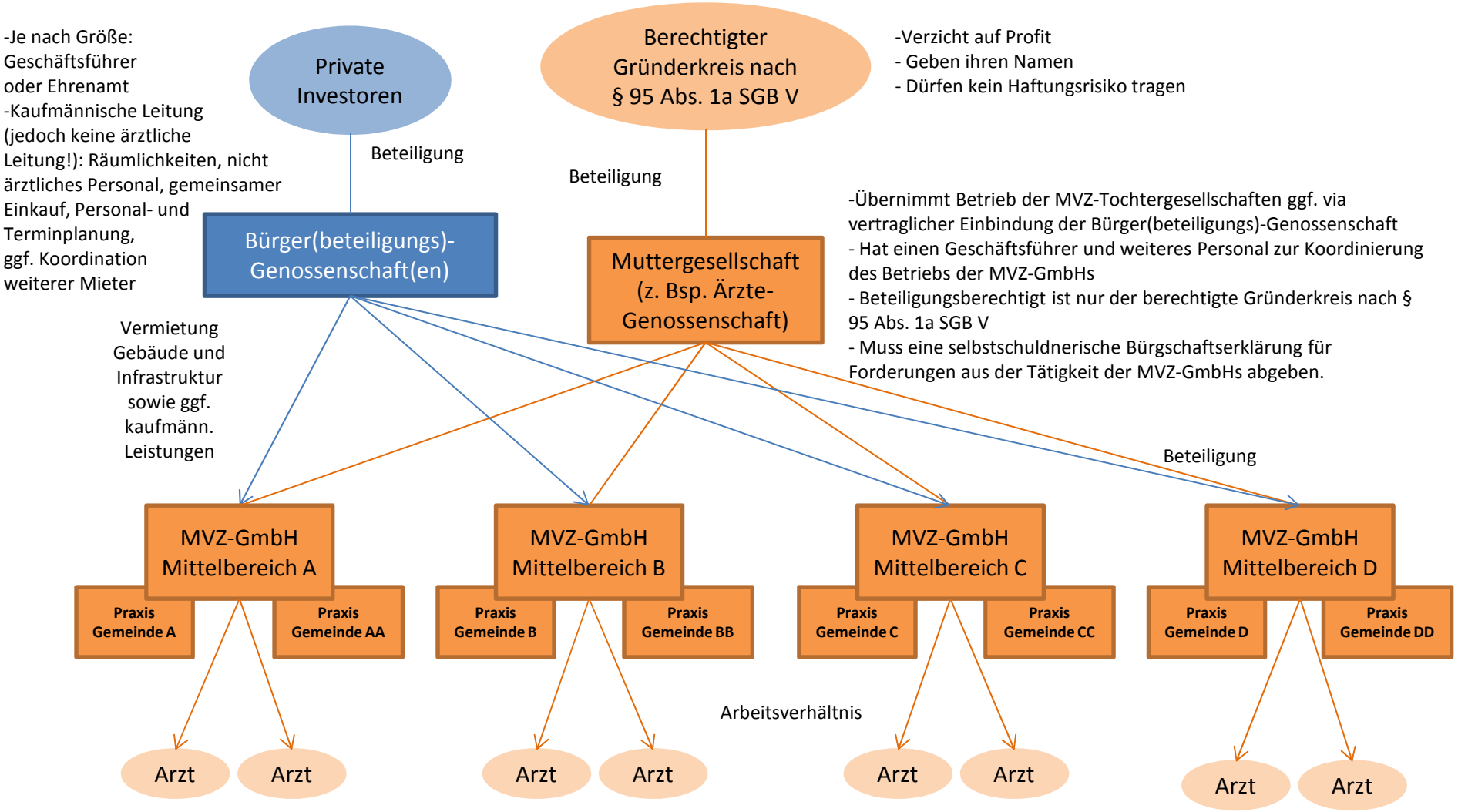
Praxis-Filialen:
-Sind rechtlich unselbständige Filialen der MVZ-Trägergesellschaft.
- Können nur im offenen Planungsgebiet eröffnet werden, da zur Einbringung eines Vertragsarztsitzes (bspw. durch Verzicht auf die Zulassung durch mind. zwei zugelassene Vertragsärzte und Anstellung im MVZ) ein rechtlich eigenständiges MVZ im Mittelbereich benötigt wird → Notwendigkeit der Örtlichkeit des MVZ.
-Können sich von der MVZ-Trägergesellschaft abspalten und sich (als eG oder GmbH) selbständig machen.

Modellidee 1 *Zentrale MVZ-Genossenschaft für offene Planungsgebiete*

Stand: 15.05.2017

bwgv

Gemeindetag Baden-Württemberg



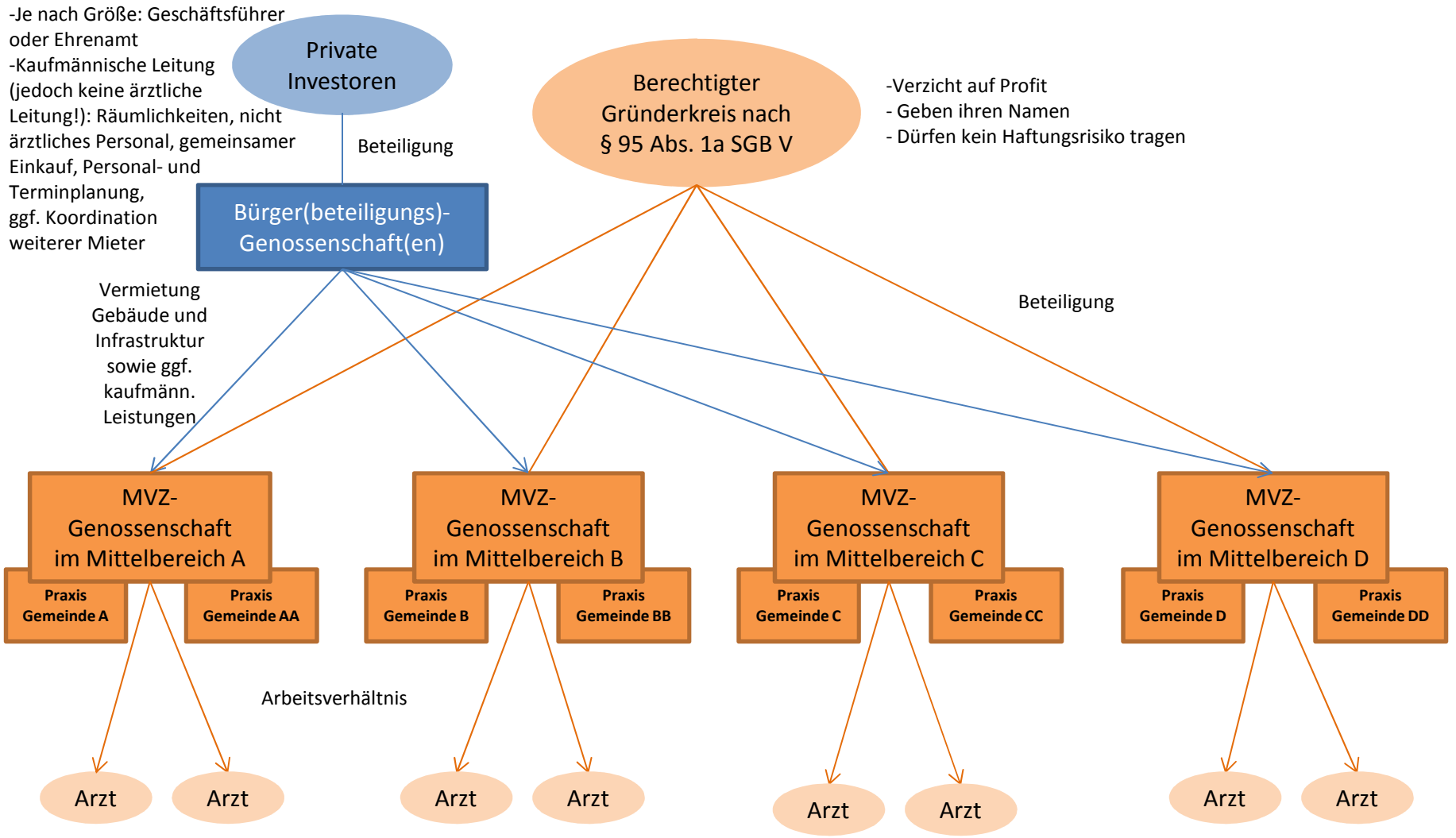
MVZ-GmbHs (Tochtergesellschaften):
- Stellen Ärzte an und entsenden diese in die Praxen im Mittelbereich.
- Benötigen Einbringung von Vertragsarztsitzen im Mittelbereich, wenn keine Errichtung im offenen Planungsgebiet.
- Benötigen einen ärztlichen Leiter. Dieser muss in der MVZ-GmbH als angestellter Arzt tätig sein (mind. halbtags).
- Können sich durch Anteilserwerb leicht von der Muttergesellschaft abspalten und sich (als eG oder GmbH) selbständig machen.

Alternatividee 2 *Holdingstruktur für gesperrte Planungsgebiete*

Stand: 15.05.2017

bwgv

Gemeindetag Baden-Württemberg



MVZ-Genossenschaften:

-Übernehmen Betrieb der Praxen im Mittelbereich ggf. via vertraglicher Einbindung der Bürger(beteiligungs)-Genossenschaft
- Stellen Ärzte an
- Haben einen Geschäftsführer und weiteres Personal zur Koordinierung des Betriebs der Praxen.
- Benötigen einen ärztlichen Leiter. Dieser muss in der MVZ-Genossenschaft als angestellter Arzt tätig sein (mind. halbtags).
- Benötigen Einbringung von Vertragsarztsitzen im Mittelbereich (Zulassungsrecht), wenn keine Errichtung im offenen Planungsgebiet.

Alternatividee 3 *Dezentrale MVZ-Genossenschaften für gesperrte Planungsgebiete*

Stand: 15.05.2017

bwgv

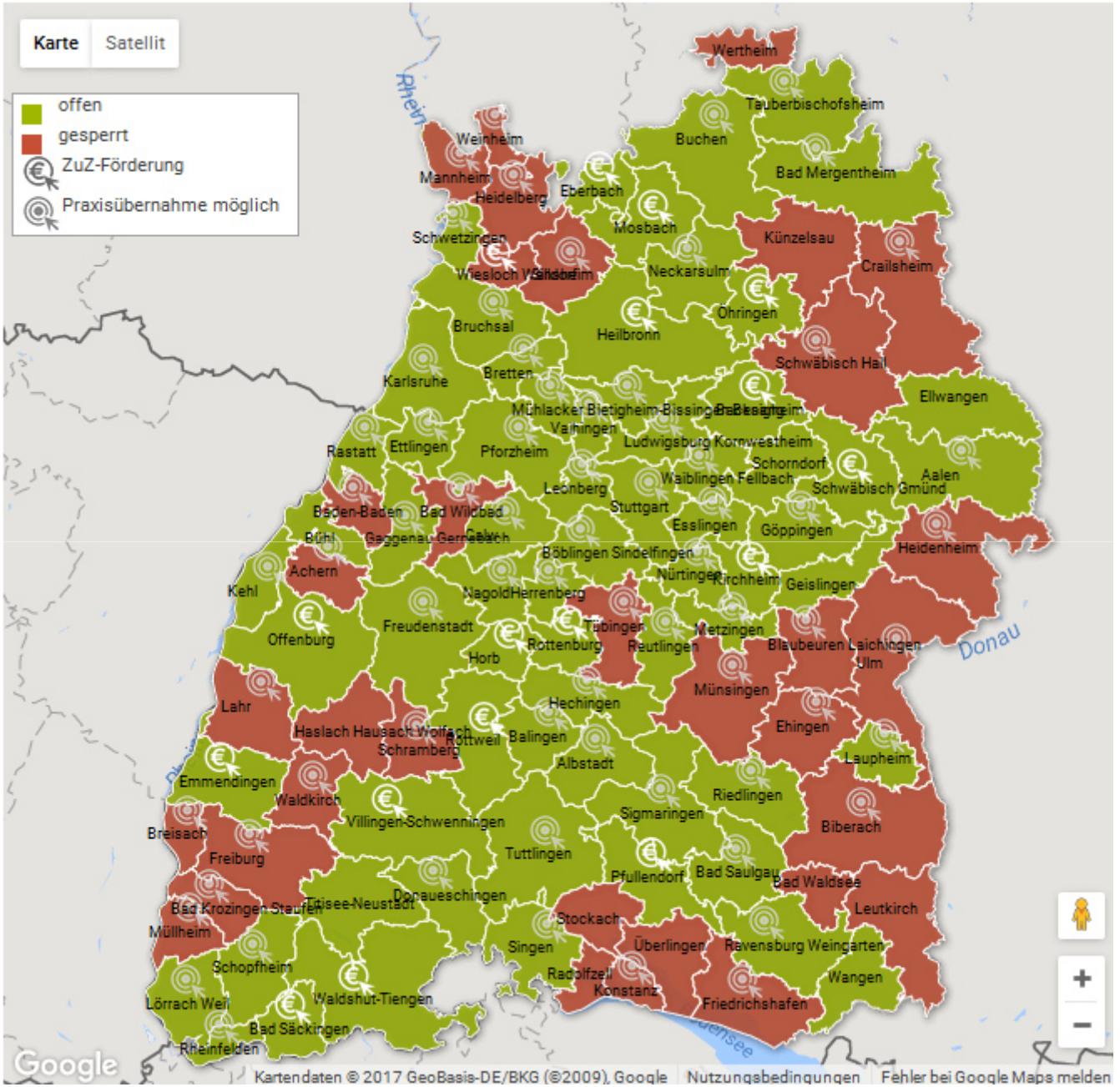
Gemeindetag Baden-Württemberg

Mittelbereiche Hausärzte
Stand: 15.02.2017
(letzte Sitzung des Landesausschusses)

Quelle: KVBW,
http://www.kvbawue.de/praxis/niederlassung/bedarfsplanung-offen-oder-gesperrt/?no_cache=1&tx_kvbwversorgungsstand_pi1%5Bmode%5D=doctorgroups

Gesperrte Gebiete: Neuniederlassung oder Anstellung nur möglich bei Übernahme einer Praxis eines Vorgängers oder Tätigkeit im Jobsharing (Beschränkung der Leistung eines Vertragsarztes zugunsten eines weiteren Arztes).

Offene Gebiete: Neugründungen von Praxen oder Anstellung ohne Leistungsbeschränkungen jederzeit möglich.



Anlage 67:

Kompetenzzentrum Allgemeinmedizin:

Ausbildung,

https://www.kompetenzzentrum-allgemeinmedizin.de/public/ausbildung.shtml

[29.08.17]

KompetenzZentrum
Allgemeinmedizin Baden-Württemberg

fördern - koordinieren - sichtbar machen

UniversitätsKlinikum Heidelberg

Ausbildung

Das Fach Allgemeinmedizin ist an den 5 Universitätsstandorten in unterschiedlicher Weise in der Lehre vertreten. Im Rahmen des KompetenzZentrum wird ein verstärkter Austausch auf Ebene der Lehrenden in der Allgemeinmedizin angestrebt, mit dem Ziel die Qualität der Lehre in der Allgemeinmedizin weiter zu verbessern.

Durch einen standortübergreifenden, kontinuierlichen Austausch auf Dozentenebene besteht die Chance, gemeinsam neue Lehrstrategien bzw. Prüfstrategien für die Allgemeinmedizin zu entwickeln und diese umzusetzen.

An den Abteilungen und Lehrbereichen in Baden-Württemberg soll das schon jetzt gute Niveau der Lehre in der Allgemeinmedizin durch stetigen Austausch, Harmonisierung von Lehrinhalten und Qualifizierung der akademischen Lehrpraxen fortentwickelt werden.

Die Professionalisierung der akademischen Lehrpraxen für die Unterrichtung von Medizinstudierenden im Blockpraktikum Allgemeinmedizin und im sog. "Praktischen Jahr (PJ)" ist uns ein besonderes Anliegen. Hier haben Medizinstudierende die besondere Chance, die Versorgungswirklichkeit praxisnah kennenzulernen und in einem 1:1 Verhältnis von einem erfahrenen Hausarzt die praktische Arbeit mit Patienten zu erlernen.

Im Rahmen des KompetenzZentrum soll ein einheitlich hoher Standard für diesen Ausbildungsabschnitt u.a. durch spezielle Qualifizierungsprogramme für PJ-Praxen und Qualitätszirkel für Lehrpraxen geschaffen werden.

» **DEGAM Summerschool**

» **Schwarzwälder Winterschool Allgemeinmedizin**

» **DEGAM Nachwuchsakademie**

Anlage 68:

Kompetenzzentrum Allgemeinmedizin:

Forschung,

https://www.kompetenzzentrum-allgemeinmedizin.de/public/forschung.shtml

[29.08.17]

KompetenzZentrum
Allgemeinmedizin Baden-Württemberg

fördern - koordinieren - sichtbar machen

UniversitätsKlinikum Heidelberg

Forschung

Ohne erfolgreiche Forschung ist jedes Fach, auch die Allgemeinmedizin, für den studentischen Nachwuchs unattraktiv, erreicht kein akademisches Profil und wird im Gesundheitssystem nicht seiner Bedeutung entsprechend wahrgenommen. Durch ein Qualifizierungsprogramm für Nachwuchsforscher mit curricularer Unterstützung und Mentoring (Methodentrainingsprogramm HeiTrain©) sollen engagierte junge WissenschaftlerInnen für die Forschung in der Allgemeinmedizin gewonnen werden. Neben fachspezifischen Themen und Versorgungsforschung werden im KompetenzZentrum übergreifende Fragen der Zukunftssicherung der Hausarztmedizin in Baden-Württemberg bearbeitet.

Anlage 69:

Verbundweiterbildung^{plus}:

Allgemeinmedizin Baden-Württemberg, Landtage,

https://www.weiterbildung-allgemeinmedizin.de/public/landtage.jsp [29.08.17]

Verbundweiterbildung^{plus}
Allgemeinmedizin Baden-Württemberg

Landtage

Für angehende Hausärzte scheint eine Niederlassung in ländlichen Regionen weniger attraktiv als in der Stadt. Daher ist zukünftig insbesondere im ländlichen Raum mit einem Engpass der hausärztlichen Versorgung zu rechnen. Um hier gegenzusteuern, wurde im Rahmen des Programms Verbundweiterbildung^{plus} das innovative Konzept der "Landtage" entwickelt.

Ziel der "Landtage" ist es, bestehende Informationsdefizite zu beseitigen und angehenden Hausärzten ländliche Regionen als mögliches späteres Arbeitsfeld näher zu bringen. Hierzu fahren angehende Ärzte in Weiterbildung in ländliche Regionen Baden-Württembergs und kommen dort ins Gespräch mit Bürgermeistern und Hausärzten.

Ablauf und Organisation der Landtage orientiert sich an den Gegebenheiten der spezifischen Region. Teilnehmer sind Ärzte in Weiterbildung, Bürgermeister und ggf. in der Region tätige Hausärzte. Als fester Bestandteil findet am Vormittag eine Vorstellung des Programms Verbundweiterbildung^{plus} statt. Außerdem haben die Regionen am Vormittag Gelegenheit, sich zu präsentieren. Im Anschluss tauschen sich die Ärzte in Weiterbildung, Bürgermeister und ggf. in der Region praktizierenden Hausärzte in kleinen Gruppen von 3-4 Personen aus. Nachmittags finden entweder fachspezifische Fortbildungen statt (z. B. Sono-Kurs) und/oder die Ärzte in Weiterbildung haben Gelegenheit, in eine örtliche Praxis mitzugehen, um den Dialog zu vertiefen, oder einfach die Region besser kennenzulernen.

Folgende Landtage haben bereits stattgefunden und sind in Planung:

- 19.10.2016 - Vaihingen an der Enz
- 25.09.2014 - Calw
- 19.09.2013 - Hohenlohe
- 19.09.2013 - Ortenau
- 15.06.2012 - St. Blasien / Landkreis Waldshut
- 12.10.2012 - Aglasterhausen / Odenwald
- 21.10.2011 - Bad Urach / Landkreis Reutlingen
- 27.05.2011 - Rosenberg / Landkreis Ostalbkreis
- 20.05.2011 - Sigmaringendorf / Landkreis Sigmaringen