



Präsident des Landtags NRW · Postfach 10 11 43 · 40002 Düsseldorf

An die
Vorsitzende der Enquetekommission
„Zukunft einer frauengerechten
Gesundheitsversorgung in NRW“
Frau Marianne Hürten MdL

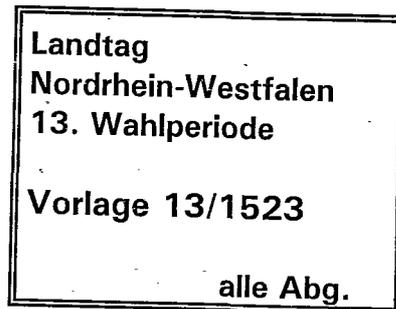
Telefonzentrale: (0211) 88 4 - 0
Durchwahl: 2079

Auskunft erteilt: Frau Trotzewitz

Geschäftszeichen: 1.5

Düsseldorf, 6. Juni 2002

im Hause



**Ihr Auftrag vom 15.11.2001: Weitere Fragen zur Gesundheitsversorgung in
Deutschland**

Sehr geehrte Frau Hürten,

anliegend übersenden wir Ihnen unsere Ausarbeitung zu den folgenden Fragen, mit deren Beantwortung Sie uns beauftragt hatten:

1. Wie sind die politischen und finanziellen Zuständigkeiten für die einzelnen Versorgungsbereiche geregelt (Bund, Länder, Krankenkassen, Ärzteschaft), wer hat die Gesetzgebungskompetenz?
2. Wie wird über die Finanzierung neuer Versorgungsformen und die Aufnahme neuer Maßnahmen in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung entschieden (Rolle des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen)?
3. Wer entscheidet über die Aus-, Fort- und Weiterbildung des medizinischen Personals bzw. über die Aufnahme neuer Bildungsinhalte in die Prüfungsordnungen?

Der Beantwortung des obigen Fragenkataloges gingen intensive Recherchearbeiten voraus, in deren Verlauf sich Vielschichtigkeit und Komplexität des gesamten Themenbereiches herausstellten. Dies traf insbesondere für die Beantwortung der Frage 1 zu. Daher haben wir die Medizinische Hochschule Hannover, Abteilung Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung unter Leitung von Herrn Prof. Dr. F.W. Schwartz mit der Bearbeitung beauftragt. Das nunmehr vorliegende Ergebnis dieser Ausarbeitung erhalten Sie als „Gesamtpaket“ mit den von uns bearbeiteten Fragen 2 und 3.

Wir hoffen, dass diese Ausarbeitung für die weitere Arbeit der Enquetekommission hilfreich ist und würden uns zur weiteren Optimierung unserer Arbeit über Rückmeldungen freuen. Da diese Ausarbeitung sicherlich nicht nur für Ihre Enquetekommission interessant sein dürfte, sondern z. B. auch für den Ausschuss Arbeit, Gesundheit, Soziales und Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge, beabsichtigen wir, sie als Vorlage oder Information dem Parlament zur Verfügung stellen. Dies entspricht dem grundlegenden Arbeitsprinzip der Allgemein zugänglichkeit der Ausarbeitungen des Parlamentarischen Beratungs- und Gutachterdienstes sowie der bisherigen Praxis.

Mit freundlichen Grüßen


Dr. Jürgen Ockermann



Fragen zur Gesundheitsversorgung in Deutschland

- I. Wie sind die politischen und finanziellen Zuständigkeiten für die einzelnen Versorgungsbereiche geregelt (Bund, Länder, Krankenkassen, Ärzteschaft), wer hat die Gesetzgebungskompetenz?**

(Erstellt im Auftrag des Parlamentarischen Beratungs- und Gutachterdienstes des Landtags NRW von Herrn Dr. Matthias Wismar, Frau Dr. Anke Bramesfeld, Frau Ute Brasselt, Herrn Markus Wörz, Frau Daniela Albrecht, Medizinische Hochschule Hannover, Abteilung Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung [Direktor Prof. Dr. F.W. Schwartz])

- II. Wie wird über die Finanzierung neuer Versorgungsformen und die Aufnahme neuer Maßnahmen in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung entschieden (Rolle des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen)?**

- III. Wer entscheidet über die Aus-, Fort- und Weiterbildung des medizinischen Personals bzw. über die Aufnahme neuer Bildungsinhalte in die Prüfungsordnungen?**

I. Wie sind die politischen und finanziellen Zuständigkeiten für die einzelnen Versorgungsbereiche geregelt (Bund, Länder, Krankenkassen, Ärzteschaft), wer hat die Gesetzgebungskompetenz?

Gesundheitsversorgung in Deutschland: finanzielle und politische Zuständigkeiten

Matthias Wismar, Anke Bramesfeld, Ute Brasseit, Markus Wörz, Daniela Albrecht
Medizinische Hochschule Hannover,
Abt. Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung
(Direktor Prof. Dr. F.W. Schwartz)

Erstellt im Auftrag des Parlamentarischen Beratungs- und Gutachterdienstes des
Landtags Nordrhein-Westfalen

1	EINLEITUNG	6
1.1	GUTACHTENAUFTRAG UND OPERATIONALISIERUNG DER FRAGESTELLUNG	7
1.1.1	Stand der Forschung	7
1.1.2	Herleitung des analytischen Modells	8
1.1.3	Einschluss- und Ausschlusskriterien	9
2	FINANZIELLE ZUSTÄNDIGKEITEN NACH TRÄGERSCHAFTEN, SEKTOREN DES VERSORGUNGSKONTINUUMS UND LEISTUNGSARTEN	10
2.1	GESUNDHEITSFÖRDERUNG	14
2.1.1	Definition	14
2.1.2	Arten der Gesundheitsförderung	15
2.1.3	Leistungen zur Gesundheitsförderung im Einzelnen	18
2.2	PRÄVENTION	20
2.2.1	Definition	20
2.2.2	Präventionsarten	20
2.2.3	Leistungen zur Prävention im Einzelnen	23
2.3	FRÜHERKENNUNG	25
2.3.1	Definition	25
2.3.2	Arten der Früherkennung	25
2.3.3	Leistungen der Früherkennung im Einzelnen	26
2.4	DIAGNOSTIK UND THERAPIE	28
2.4.1	Definition	28
2.4.2	Arten der Diagnostik und Therapie	28
2.4.3	Leistungen der Diagnostik und Therapie im Einzelnen	31
2.5	SELBSTHILFE/PATIENTENGRUPPEN	34
2.5.1	Definition	34
2.5.2	Arten der Selbsthilfe	35
2.5.3	Leistungen zur Selbsthilfe im Einzelnen	37
2.6	REHABILITATION	38
2.6.1	Definition	39
2.6.2	Arten der Rehabilitation	40
2.6.3	Leistungen zur Rehabilitation im Einzelnen	41
2.7	PFLEGE	49
2.7.1	Definition	49
2.7.2	Pflegearten	49
2.7.3	Leistungen zur Pflege im Einzelnen	50
3	POLITISCHE ZUSTÄNDIGKEITEN NACH RECHTSSYSTEMATIK UND SEKTOREN DES VERSORGUNGSKONTINUUMS	52
3.1	EINLEITUNG	52
3.2	BEGRIFFSBESTIMMUNG	52
3.3	POLITISCHE ZUSTÄNDIGKEITEN AUS DEM BLICKWINKEL DER RECHTSSYSTEMATIK	53
3.3.1	Das Grundgesetz als Dreh- und Angelpunkt der Kompetenzzuweisung	53
3.3.2	Gesetzgebungskompetenz Bund und Länder	53
3.3.3	Die EG	54
3.3.4	Die Gemeinden	56
3.3.5	Die gemeinsame Selbstverwaltung im Gesundheitswesen: Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen, Ausschuss Krankenhaus und der Koordinierungsausschuss	58
3.4	POLITISCHE ZUSTÄNDIGKEITEN AUS DEM BLICKWINKEL DER EINZELNEN SEKTOREN DES VERSORGUNGSKONTINUUMS	60
3.4.1	Politische Zuständigkeiten in der Gesundheitsförderung	60
3.4.2	Politische Zuständigkeiten in der Prävention	63
3.4.3	Politische Zuständigkeiten bei der Früherkennung	65
3.4.4	Politische Zuständigkeiten in der Diagnostik und Therapie	65
3.4.5	Politische Zuständigkeiten in der Selbsthilfe	68
3.4.6	Politische Zuständigkeiten in der Rehabilitation	69

3.4.7 Politische Zuständigkeiten in der Pflege.....	70
4 ANHANG.....	71
4.1 TRÄGER IM EINZELNEN	71
4.2 RICHTLINIEN.....	73
4.3 ABBILDUNGSVERZEICHNIS	74
4.4 TABELLENVERZEICHNIS	74
5 LITERATUR.....	75

Abkürzungsverzeichnis

ABM	Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen
AFG	Arbeitsförderungsgesetz
AHB	Anschlussheilbehandlung
ArbSchG	Arbeitsschutzgesetz
ASiG	Arbeitssicherheitsgesetz
ÄZQ	Zentralstelle der deutschen Ärzteschaft zur Qualitätssicherung in der Medizin
BA	Bundesanstalt für Arbeit
BÄK	Bundesärztekammer
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
BAuA	Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
BfA	Bundesversicherungsanstalt für Angestellte
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BMA	Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BPfIV	Bundespflegeverordnung
BSHG	Bundessozialhilfegesetz
BVG	Bundesversorgungsgesetz
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DMP	Disease-Management-Programme
DPWV	Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband
DRGs	Diagnosis Related Groups
DVO	Durchführungsverordnungen
EG	Europäische Gemeinschaft
EGKS	Europäische Gemeinschaft für Kohle und Stahl
EU	Europäische Union
EURATOM	Europäische Atomgemeinschaft
EWG	Europäische Wirtschaftsgemeinschaft
GASP	Gemeinsame Außen- und Sicherheitspolitik
GesVG	Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens
GF	Gesundheitsförderung
GG	Grundgesetz
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GRV	Gesetzliche Rentenversicherung
GUV	Gesetzliche Unfallversicherung
HBFG	Hochschulbauförderungsgesetz
IfSG	Infektionsschutzgesetz
KJHG	Kinder- und Jugendhilfegesetz
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KiTas	Kindertagesstätten
KMK	Kultusministerkonferenz
NAKOS	Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung Selbsthilfegruppen

ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
ÖGDG	Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst
OLG	Oberlandesgericht
PKV	Private Krankenversicherung
PsychKG	Landesrecht, Landesgesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke
Psych-PV	Psychiatriepersonalverordnung
RPK	Rehabilitation für psychisch Kranke
RKI	Robert Koch-Institut
RVO	Reichsversicherungsordnung
SAM	Strukturanpassungsmaßnahmen
SGB III	Sozialgesetzbuch, Drittes Buch – Arbeitsförderung
SGB V	Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung
SGB VI	Sozialgesetzbuch, Sechstes Buch – Gesetzliche Rentenversicherung
SGB VII	Sozialgesetzbuch, Siebtes Buch – Gesetzliche Unfallversicherung
SGB VIII	Sozialgesetzbuch, Achtes Buch – Kinder- und Jugendhilfe
SGB IX	Sozialgesetzbuch, Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen
SGB XI	Sozialgesetzbuch, Elftes Buch – Soziale Pflegeversicherung
SPDi	Sozialpsychiatrischer Dienst
SPV	Soziale Pflegeversicherung
StBA	Statistisches Bundesamt
STIKO	Ständige Impfkommission
WfB	Werkstätten für behinderte Menschen

1 Einleitung

Die Gesundheitsversorgung in Deutschland ist gleichermaßen Kostenfaktor und Zukunftsbranche [1,2]. Die neue Gesundheitsausgabenrechnung weist für das Jahr 1998¹ einen Anteil von 10,9% am Bruttoinlandsprodukt (BIP) aus [3]. Nach Angaben des Sozialberichts belief sich der Anteil der Gesundheitsausgaben am Sozialbudget im Jahr 2000² auf 10,9% [4]. Allein der Anteil der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) beträgt knapp 7,6% des BIP. Gleichzeitig ist das Gesundheitswesen eine dynamische Wirtschaftsbranche, sowohl im Bereich der Arzneimittel als auch der Medizingeräte. Die große wirtschaftliche Bedeutung der Gesundheitsversorgung spiegelt sich auch in den Beschäftigungszahlen wider. Laut Gesundheitsberichterstattung des Bundes waren 1995 gut 4 Mio. Erwerbstätige im Gesundheitswesen beschäftigt [5]. Eine neuere Arbeitsmarktstudie weist allein für Nordrhein-Westfalen knapp 960.000 Beschäftigte im Jahr 1998 aus [6].

Die Gesundheitsversorgung in Deutschland ist im Wandel. Das neuerdings gesteigerte Interesse an Prävention und Gesundheitsförderung, die Betonung der Patientenorientierung einschließlich der Selbsthilfe, aber auch neue Versorgungsformen wie Modellprojekte, Strukturverträge, Integrationsversorgung, Disease-Management-Programme sowie das neue Krankenhausentgeltsystem sind Ausdruck dieses Wandels.

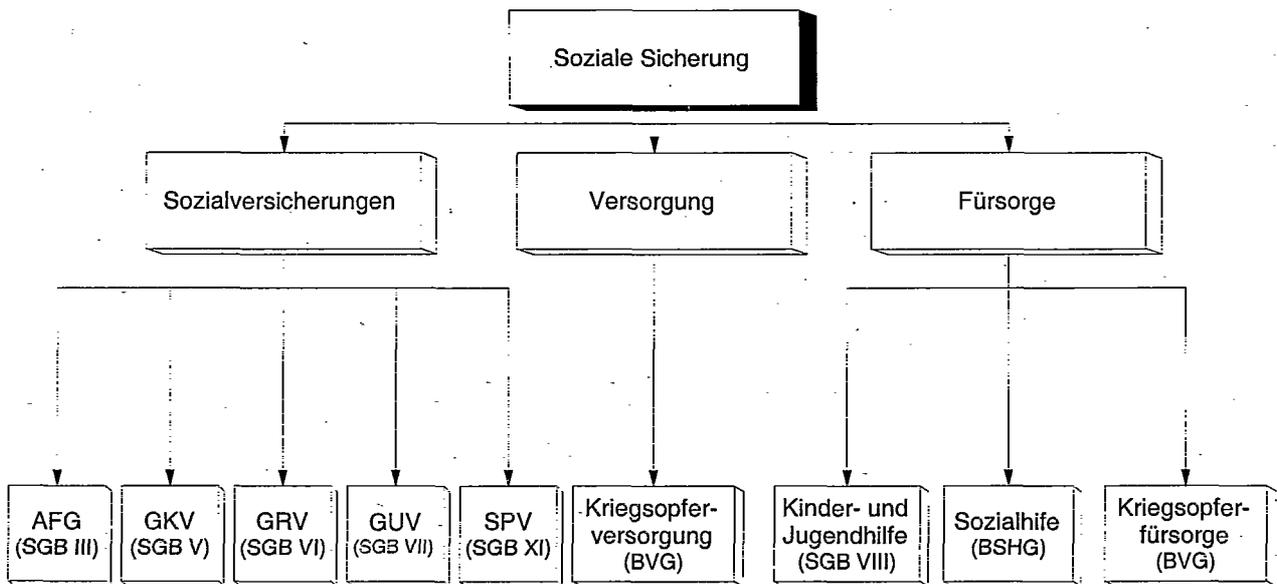


Abb. 1: Schematische Darstellung des Systems der sozialen Sicherung

¹ 1998 ist das letzte verfügbare Berichtsjahr der neuen Gesundheitsausgabenrechnung.

² Vorläufige Ergebnisse. Die Definition von Gesundheit am Sozialbudget umfasst Vorbeugung/Rehabilitation, Krankheit, Arbeitsunfall, Berufskrankheit, Invalidität.

Die Unübersichtlichkeit der Gesundheitsversorgung ist aber nicht allein durch ihre Größe und Dynamik verursacht. Zahlreiche Träger und Akteure sind in die Gesundheitsversorgung involviert; so sind neben den Sozialversicherungen auch die Vorsorge- und Fürsorgesysteme der sozialen Sicherung an der Versorgung beteiligt. Sie spielen insbesondere bei der Versorgung chronisch Kranker eine wichtige Rolle. Darüber hinaus trägt der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) auch zur Gesundheitsversorgung bei, bspw. durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) oder die Gesundheitsämter in den Kommunen.

Auf der vertikalen Organisationsachse erstreckt sich die Gesundheitsversorgung von der Europäischen Gemeinschaft (EG) bis zu den kommunalen Einrichtungen. Gleichzeitig ist die Gesundheitsversorgung aber auch auf fast jeder Ebene horizontal durch unterschiedliche Träger gegliedert. Dabei überschneiden sich die Zuständigkeiten, die häufig auf unterschiedlichen rechtlichen Grundlagen ausgeübt werden.

Vor diesem Hintergrund ist es das Anliegen des vorliegenden Gutachtens, die finanziellen und politischen Zuständigkeiten zu entwirren und einen strukturierten Überblick über die Gesundheitsversorgung in Deutschland zu geben.

1.1 Gutachtauftrag und Operationalisierung der Fragestellung

Die Fragestellung des Gutachtens lautet:

Wie sind die politischen und finanziellen Zuständigkeiten für die einzelnen Versorgungsbereiche geregelt? Wer hat die Gesetzgebungskompetenz?

1.1.1 Stand der Forschung

Aktuelle und qualitativ hochwertige Gesamtdarstellungen der gesundheitlichen Versorgung sind rar. Für die Landespolitik sind sie entweder aufgrund ihrer Gliederungssystematik oder ihres thematischen Schwerpunkts nur bedingt geeignet.

Eine umfassende Darstellung des Gesundheitswesens in Deutschland liegt als Lehrbuch vor [7]. Die Darstellung ist nach den Bereichen „öffentliches Gesundheitswesen“, „soziale Sicherung“, „gesetzliche Krankenversicherung“, „Pflegeversicherung“ und „private Krankenversicherung“ gegliedert, um anschließend verschiedene Bereiche der Leistungserbringung aufzuführen. Damit liegt der Schwerpunkt der Darstellung auf den jeweiligen Trägerschaften der Finanzierung und nicht der Versorgung. Aspekte der Politikverflechtung, der überlappenden Zuständigkeiten und der unterschiedlichen Finanzierungsströme in den einzelnen Versorgungsbereichen werden dort nicht dargestellt.

Der Gesundheitsbericht für Deutschland, der vom Statistischen Bundesamt herausgegeben wird, enthält ebenfalls Übersichten zu Ressourcen und Gesundheitsversorgung (gegliedert nach Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderung, ambulante Gesundheitsversorgung, stationäre und teilstationäre Gesundheitsversorgung, Industrie, Forschung und Verwaltung sowie Erwerbstätige) [5]. Der Schwerpunkt liegt hier jedoch auf der Darstel-

lung der Leistungen und nicht auf den finanziellen, politischen und gesetzgeberischen Zuständigkeiten.

Auch aus Public Health-Perspektive gibt es umfassende Darstellungen der Versorgungsbereiche [8]. Zwar werden hier in den Einzelkapiteln auch Fragen der Finanzierung und politischen Zuständigkeit diskutiert, insgesamt erfolgt die Darstellung jedoch eher problemorientiert.

Im Rahmen der Länderserie „Health Care in Transition“ des European Observatory on Health Systems liegt eine hochwertige aktuelle Übersicht zum deutschen Gesundheitssystem vor [9]. Beschrieben werden die Planungs- und Managementfunktionen sowie die Finanzierung des Gesundheitssystems. Insgesamt fokussiert die Darstellung aber auf den Zuständigkeitsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung. Damit werden Versorgungsbereiche wie Gesundheitsförderung, Prävention oder Früherkennung, die für die Landesgesundheitspolitik und die mit diesem Gutachten verbundenen Zwecke wichtig sind, systematisch unterbelichtet.

Ein umfassende Darstellung der politischen und finanziellen Zuständigkeiten nach Versorgungsbereichen, wie sie mit dem vorliegenden Gutachten intendiert wird, liegt bisher nicht vor. Die oben genannten Arbeiten dienen jedoch als Ausgangsbasis dieses Gutachtens.

1.1.2 Herleitung des analytischen Modells

Für die Struktur des Gutachtens und um einen einfachen, transparenten und einheitlichen Zugang zu gewährleisten, wird das Modell des Versorgungskontinuums als analytisches Modell vorgeschlagen.

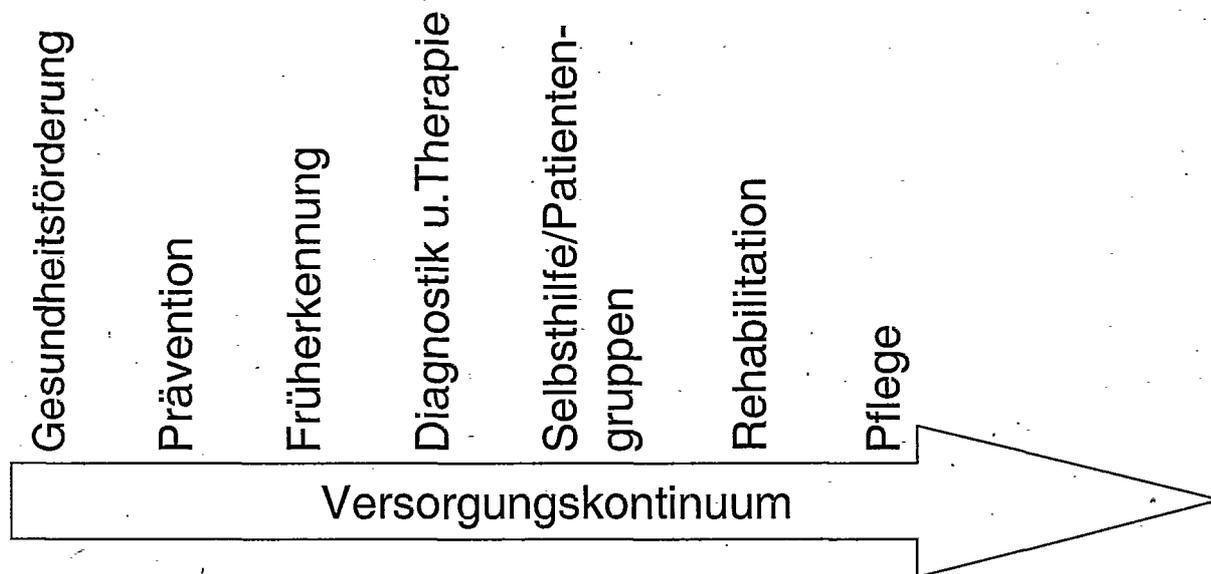


Abb. 2: Modell des Versorgungskontinuums

Das Modell des Versorgungskontinuums ordnet in abstrakter Weise unterschiedliche gesundheitliche Versorgungsbereiche. Stilisiert beschreibt es die unterschiedlichen Versorgungsbereiche von Maßnahmen, von der Förderung der Gesundheit und Vermeidung von Krankheit bis hin zur Pflege. Diese logische Anordnung soll keinen „sequentiellen“ Krank-

heitsverlauf suggerieren, bei dem der Patient bzw. die Patientin die einzelnen Versorgungsbereiche nacheinander durchschreitet. In der Wissenschaft wird heute davon ausgegangen, dass ein angemessenes System der Versorgung die einzelnen Versorgungsbereiche dem Patienten bzw. der Patientin gleichzeitig oder in unterschiedlicher Reihenfolge zur Verfügung stellt [10]. Für eine Gesamtdarstellung des Versorgungssystems und der politischen und finanziellen Zuständigkeiten ist das Modell des Versorgungskontinuums jedoch sachgerecht.

Der systematische Vorteil dieses Modells ist darin zu sehen, dass es

- das Gesamtsystem abbildet, ohne unzulässige Schwerpunkte zu bilden (z.B. Schwerpunkt auf Behandlung)
- den Wandel des Krankheitspanoramas hin zu den chronischen Erkrankungen einbezieht
- die Einführung neuer Leistungen und Versicherungszweige erfasst.

Der analytische Vorteil dieses Modells ist darin zu sehen, dass

- für jeden Versorgungsbereich die politische Zuständigkeit, aber auch die Politikverflechtung transparent wird
- die unterschiedlichen Finanzierungsquellen transparent werden.

Der didaktische Vorteil dieses Modells ist darin zu sehen, dass

- das klare Gliederungsprinzip den Zugang zu den Inhalten des Gutachtens erleichtert
- die Darstellung für interessierte Laien und Experten bzw. Expertinnen gleichermaßen transparent ist.

Ausgehend von dem abstrakten Modell des Versorgungskontinuums ist es möglich, die Rechtsgrundlagen, die gesetzgeberischen und finanziellen Zuständigkeiten für jeden Versorgungsbereich darzustellen.

1.1.3 Einschluss- und Ausschlusskriterien

Die systematische Gliederung nach dem Versorgungskontinuum orientiert sich im Wesentlichen an den Sachleistungen bzw. an Sachleistungssurrogaten (Geldleistungen, die sachgebunden sind, z.B. in der Pflegeversicherung). Reine Geldleistungen wie Sterbegeld, Lohnfortzahlung im Krankheitsfall, Erwerbsminderungsrenten u.ä. werden nicht berücksichtigt. Ebenfalls bleiben Maßnahmen unberücksichtigt, die lediglich einen mittelbaren Gesundheitsbezug aufweisen, wie z.B. der gesundheitliche Verbraucherschutz oder Maßnahmen zur Wasser-, Boden- und Luftqualität. Diese Maßnahmen können nicht im engeren Sinne zur Gesundheitsversorgung gerechnet werden. Hinzu kommt, dass die systematische Erfassung dieser gesundheitsrelevanten Bereiche auf einem so genannten „health-impact-assessment“ zu beruhen hätte, bei dem alle Politikbereiche, von der Verkehrs-, über die Bildungs- bis zur Agrarpolitik einbezogen werden müssten. Dies würde den Charakter des Gutachtenauftrags grundlegend ändern und den Rahmen sprengen.

2 Finanzielle Zuständigkeiten nach Trägerschaften, Sektoren des Versorgungskontinuums und Leistungsarten

Für die Gesundheitsversorgung in Deutschland gibt es keinen rechtlich fixierten Leistungskatalog. Zwar ist z.B. die abrechnungsfähige ärztliche Tätigkeit durch eine Vielzahl von Positionen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab vertraglich zwischen den Verbänden der Kassen und der Ärzte festgelegt, der Gesetzgeber jedoch begnügt sich mit der Festlegung allgemeiner Grundsätze und der Definition von Leistungsarten. Konkretisiert werden diese allgemeinen Grundsätze und Leistungsarten auf unterschiedliche Art.

Um jedoch die politische und finanzielle Zuständigkeit festzustellen, reicht es aus, die Leistungsarten den jeweiligen Trägern zuzuordnen.

In der folgenden Tabelle ist diese Zuordnung vorgenommen worden. Allerdings müssen zwei Besonderheiten beachtet werden:

- Die Gesundheitsförderung ist ein außerordentlich vielgestaltiger Sektor des Versorgungskontinuums mit Unterschieden in den Initiativen und Projekten zwischen Kommunen und Bundesländern. Da eine abschließende Darstellung aller Leistungen in diesem Bereich unmöglich ist, wurde ein anderes Vorhaben gewählt. Alle wesentlichen Interventionsbereiche, in denen Maßnahmen der Gesundheitsförderung angesiedelt sind (wie z.B. KiTa, Schule etc.), sind systematisch dargestellt.
- Der Bereich Diagnostik/Therapie, der weitgehend auf dem SGB V §§ 27ff und den dazu analogen Regelungen in den anderen Sozialgesetzbüchern, Versorgungs- und Fürsorgegesetzen beruht, wurde um neue Versorgungsformen erweitert, wie z.B. das ambulante Operieren. Dies findet sich zwar auch im SGB V, nicht aber im Leistungsrecht selbst, da es prinzipiell durch den Anspruch auf ambulante und stationäre Behandlung abgedeckt ist. Um aber diese neueren Leistungen nicht zu vernachlässigen, wurden sie in die Darstellung und Analyse mit aufgenommen.

Tab. 1: Gesundheitsversorgung in Deutschland nach Sektoren des Versorgungskontinuums und Leistungsarten

Gesundheitsförderung	Prävention	Früherkennung	Diagnostik/Therapie	Selbsthilfe/Patientengruppen	Rehabilitation	Pflege
◆ Gesundheitsliche Aufklärung	◆ Impfungen gegen Infektionskrankheiten	◆ Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten	◆ Niedergelassene Ärzte/Fachärzte	◆ Förderung der Selbsthilfe	◆ Medizinische Rehabilitation	◆ Häusliche (Kranken) Pflege
◆ Individuelle Gesundheitsförderung	◆ Karies Gruppenprophylaxe	◆ Früherkennung von Krebserkrankungen	◆ Für amb. Versorgung ermächtigte Klinikärzte	◆ Patientinformation u. -beratung	◆ einschließlich Anschlußheilbehandlung	◆ Teilstationäre Pflege
◆ GF in Kitas	◆ Karies Individualprophylaxe	◆ von Krebserkrankungen	◆ Prä- und poststation. Behandlung	◆	◆ Teilhabe am Arbeitsleben	◆ Stationäre Pflege
◆ Schulische GF	◆ Unfallverhütung im Betrieb	◆ Kinderuntersuchungen (U1-U9)	◆ Universitätspolikliniken	◆	◆ Teilhabe am Arbeitsleben	◆ Stationäre Hospize
◆ Betriebliche GF	◆ Arbeitsschutzmaßnahmen	◆ Kinder- und Jugendzahngesundheitsuntersuchungen	◆ Ambulante Notfallversorgung	◆	◆ Leben in der Gemeinschaft	
◆ Kommunale GF	◆ Beratung und Leistungen zur Empfängnisverhütung	◆ Schuleingangsuntersuchung	◆ Rettungsdienst	◆	◆ Medizinische Rehabilitation für Mütter	
◆ Medizinische Vorsorge		◆ Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen	◆ Ambulante Krankenpflege	◆	◆	
			◆ Heil- und Hilfsmittel	◆	◆	
			◆ Arznei-/Verbandsmittel	◆	◆	
			◆ Med. Maßn. zur Herbeiführung einer Schwangerschaft	◆	◆	
			◆ Ambulantes Operieren im Krankenhaus	◆	◆	
			◆ Sozialpädiatrische Zentren	◆	◆	
			◆ Psychiatrische Institutsambulanzen	◆	◆	
			◆ Soziotherapie	◆	◆	
			◆ Sozialpsychiatrischer Dienst	◆	◆	
			◆ Niedergelassene Zahnärzte	◆	◆	
			◆ Kieferorthopädische Behandlung	◆	◆	
			◆ Zahnersatz	◆	◆	
			◆ Voll- und teilstationäre Krankenh. behandl.	◆	◆	

Wird die finanzielle Zuständigkeit nach Trägerschaften dargestellt, so besteht die Gefahr, dass der Eindruck entsteht, alle Träger hätten gleichen Anteil an der Finanzierung der jeweiligen Leistungsart. Dies ist jedoch keineswegs der Fall. Vielmehr unterscheiden sich die einzelnen Träger

- nach ihrem Anteil an der Finanzierung der Gesundheitsversorgung in Deutschland insgesamt;
- nach ihrem Anteil an der Finanzierung der jeweiligen Sektoren des Versorgungskontinuums;
- nach ihrem Anteil an der Finanzierung der verschiedenen Leistungsarten.

Um angemessen zu differenzieren, müssten die Leistungsausgaben der Träger insgesamt sowie nach Sektoren und Leistungsarten quantifiziert werden. Dies ist aufgrund der Datenlage nicht möglich. Zwar liegen mit der neuen Gesundheitsausgabenrechnung [3] und dem Sozialbudget [4] umfassende statistische Materialien vor, allerdings sind diese aufgrund der Erfassung, des Kalkulationsgerüsts und der Gliederungstiefe für eine akkurate Quantifizierung nach Versorgungssektoren und Leistungsarten nicht geeignet. Zudem ist das aktuellste vorliegende Berichtsjahr der Gesundheitsausgabenrechnung das Jahr 1998. Dennoch ist die Präsentation von grober Größenangabe das kleinere Übel, da so dem Leser bzw. der Leserin die Orientierung ermöglicht wird, freilich unter dem Vorbehalt, dass eine angemessene Quantifizierung nicht möglich ist.

Vom finanziellen Umfang her betrachtet, liegt die maßgebliche Zuständigkeit der Finanzierung der Gesundheitsversorgung insgesamt bei den Trägern der GKV (Abb. 3 und 4).

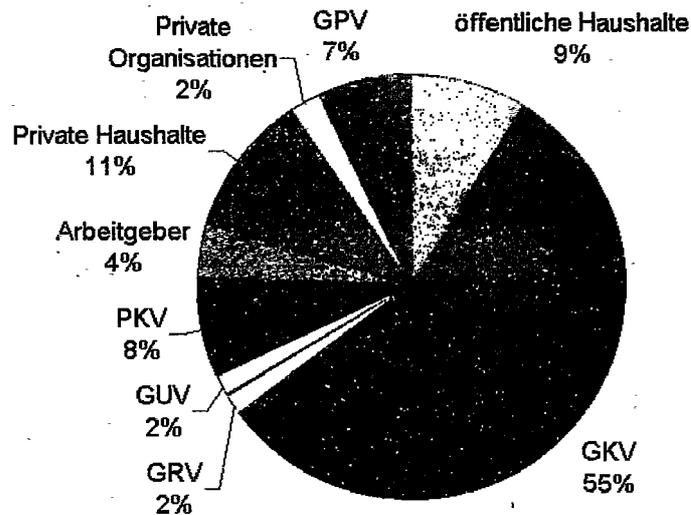


Abb. 3: Gesundheitsausgaben 1998³ nach Ausgabenträgern [3]⁴

Eine Gewichtung der finanziellen Bedeutung der einzelnen Sektoren des Versorgungskontinuums stellt sich als schwierig dar, da die Gesundheitsausgabenrechnung eine andere Systematik verwendet. Auch die Aufstellung nach der Berechnungsgrundlage des Sozialbudgets kann nur als ein Annäherungswert verstanden werden. Hier zeigt sich allerdings, dass die Vorsorge und Rehabilitation im Funktionsbereich Gesundheit nur einen geringen Anteil hat. Es ist daher anzunehmen, dass der Großteil der Kosten auf den Sektor „Diagnostik und Therapie“ entfällt.

³ Die der Abbildung zugrunde liegenden Daten beruhen auf der neuen Gesundheitsausgabenrechnung. Aktuellere Daten sind noch nicht verfügbar.

⁴ Die Gesundheitsausgabenrechnung umfasst Träger, die in diesem Gutachten nicht eingeschlossen sind, wie z.B. die Private Krankenversicherung und private Organisationen.

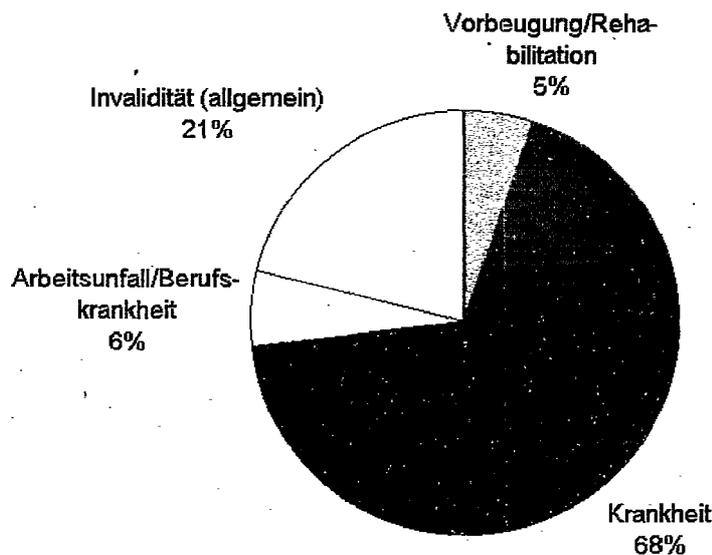


Abb. 4: Leistungen nach Funktionen der Sozialbudgets, Bundesrepublik Deutschland 2001 [4]⁵

2.1 Gesundheitsförderung

Aufgrund der Vielzahl der Projekte in der Gesundheitsförderung und aufgrund der Tatsache, dass viele von ihnen einer regionalen und zeitlichen Begrenzung unterliegen, wird auf eine empirische Gesamtdarstellung zu den Aktivitäten der Gesundheitsförderung in diesem Abschnitt verzichtet. Dargestellt werden jedoch ausgewählte wichtige Interventionsbereiche.

2.1.1 Definition

Gesundheitsförderung soll Menschen befähigen, mehr Eigenbestimmung über ihre Gesundheit zu erlangen und sie zu verbessern. Ziel ist der größtmögliche Gesundheitsgewinn für die Bevölkerung, die Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten, das Stärken von Menschenrechten und der Aufbau sozialer Ressourcen (WHO, die Jakarta Erklärung 1989). Gesundheitsförderung umfasst damit Maßnahmen, die auf die Veränderung und Förderung sowohl des individuellen und des kollektiven Gesundheitsverhaltens als auch der Lebensverhältnisse abzielen, die Gesundheit und Gesundheitsverhalten jedes Einzelnen und ganzer Gruppen beeinflussen [11]. Gesundheitsfördernde Maßnahmen haben somit keinen spezifischen Krankheitsbezug, sondern fördern den allgemeinen Erhalt der Gesundheit. Zielgruppen sind ganze Bevölkerungen oder Subpopulationen, ungeachtet

⁵ Die der Grafik zugrunde liegenden Werte für 2001 beruhen auf Schätzungen.

ihres spezifischen Krankheitsrisikos und individuellen Gesundheitsstatus. Prioritäre Handlungsfelder in der Gesundheitsförderung sind nach der Ottawa-Charta der WHO von 1986: (1) Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik, (2) gesundheitsfördernde Lebenswelten schaffen, (3) gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen, (4) persönliche Kompetenzen entwickeln und (5) Gesundheitsdienste neu orientieren.

2.1.2 Arten der Gesundheitsförderung

2.1.2.1 Gesundheitliche Aufklärung

Gesundheitliche Aufklärung wird durch eine Vielzahl von Institutionen durchgeführt, u.a. auf Bundesebene durch die BZgA, auf Länder- und kommunaler Ebene durch den ÖGD und durch die Krankenkassen. Die Tätigkeit der BZgA wird aus Steuermitteln und Drittmitteln finanziert. Der ÖGD hat im Bereich Gesundheitsförderung eine Initiativfunktion auf kommunaler Ebene [12]. Die Gesundheitsämter fördern und schützen die Gesundheit der Menschen. Bestehen Fragen hinsichtlich der Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung, werden alle Bürger kostenlos beraten [13]. Der Bundesgesetzgeber verpflichtet die Krankenkassen und den ÖGD im SGB V zur Kooperation in der Gesundheitsförderung. Er fügt jedoch keine Vorschläge zur Ausgestaltung und Finanzierung bei [12].

2.1.2.2 Individuelle Gesundheitsförderung

Maßnahmen zur individuellen Gesundheitsförderung können seit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 wieder von den Krankenkassen auf Grundlage des SGB V finanziert werden. Die Spitzenverbände haben sich auf die Handlungsfelder Bewegung, Ernährung, Stress und Suchtmittelkonsum und auf Kriterien zur Umsetzung der Maßnahmen geeinigt [14]. Die Förderung findet in Form von Kursen statt. Individuelle Gesundheitsförderung kann auch – ebenfalls finanziert über die Krankenkassen - in Form von Einzelberatungen durch Ärzte in der Praxis im Rahmen der ärztlichen Versorgung erfolgen.

2.1.2.3 Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten

Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten (KiTas) findet u.a. durch regelmäßige Aktionen der Erzieherinnen, u.a. gemeinsames Frühstück, Projektwochen zur Gesundheit, Bewegungs- und Entspannungsübungen statt [10]. Auch der ÖGD und die Kassen engagieren sich in Kindergärten mittels der Gruppenprophylaxe bei der Zahngesundheit,⁶ die durch niedergelassene und angestellte Zahnärzte der Gesundheitsämter durchgeführt wird und von ÖGD und Kassen finanziert wird. Die BZgA unterstützt Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten mittels Informationsmaterialien und Begleitforschung. Ihre Arbeit wird durch Bundesmittel gefördert. Auch die öffentliche Jugendpflege wird z.B. über Erziehungsberatungsstellen in KiTas tätig. Auf kommunaler und regionaler Ebene bestehen

⁶ Nähere Erläuterung im Kapitel Prävention.

häufig Kooperationen mit Verbänden, Vereinen (z.B. für Bewegungsförderung) oder der jeweiligen Landesvereinigung für Gesundheit.

2.1.2.4 Gesundheitsförderung in Schulen

Gesundheitserziehung gilt in den Ländern als wesentlicher Bestandteil des Bildungs- und Erziehungsauftrages der Schule [15]. Gesundheitliche Themenbereiche werden daher in einem bestimmtem Umfang in den Lehrplänen der Länder festgeschrieben. Zusätzlich werden im Ermessen des Lehrkörpers Einzelaktionen, Projekte und Programme durchgeführt. Die Schulgesundheitspflege (Jugendärztlicher und Jugendzahnärztlicher Dienst), zu der auch die Schuleingangsuntersuchung⁷ und die Gruppenprophylaxe bei der Zahngesundheit⁸ gehören, liegen im Verantwortungsbereich der Gesundheitsämter. Diese führen auch Unterricht in den Schulen durch. Eine wichtige Rolle bei der Gesundheitsförderung in Schulen spielt auch die BZgA. Auch die Krankenkassen können sich gesundheitsförderlich in der Schule engagieren. Finanziert werden die Schulgebäude, das Inventar etc. über die Kommunen, das Personal hingegen – also der Unterricht – über die Länder.

2.1.2.4 Betriebliche Gesundheitsförderung

An der betrieblichen Gesundheitsförderung ist eine Vielzahl von Akteuren aus staatlichen Arbeitsschutzbehörden, Berufsgenossenschaften, Krankenkassen, Verbänden der Sozialpartner sowie Arbeitsschutzdiensten beteiligt [16].⁹ Dementsprechend heterogen sind auch die Trägerschaften, Finanzierungsweisen und gesetzlichen Grundlagen. Bei der betrieblichen Gesundheitsförderung (in Abgrenzung zum Arbeitsschutz und betrieblichem Gesundheitsschutz) geht es nicht nur um die Vermeidung arbeitsbedingter Gesundheitsschäden, sondern generell um die Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen mit dem Ziel, vor allem die individuelle Leistungsfähigkeit und Arbeitszufriedenheit zu erhöhen [17]. Wesentliche Elemente betrieblicher Gesundheitsförderung sind z.B. Mitarbeiterbefragungen, Gesundheitszirkel, betriebliches Vorschlagswesen, Gesundheitsbildung im Betrieb und gesundheitliche Berichterstattung [11].

2.1.2.6 Kommunale Gesundheitsförderung

Kommunale Gesundheitsförderung wird im Rahmen ihrer finanziellen Möglichkeiten von den Kommunen und Städten selbst, vom ÖGD und neuerdings auch von Krankenkassen betrieben. Selbstverständlich spielen auch freie Träger wie Wohlfahrtsverbände, Vereine Bürgerinitiativen etc. eine Rolle. Elemente sind u.a. kommunale Gesundheitsberichter-

⁷ Nähere Erläuterung im Kapitel Früherkennung.

⁸ Nähere Erläuterung im Kapitel Prävention.

⁹ Schwerpunktmäßig sind die Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten sowie arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren Aufgabe der Unfallversicherungsträger (Berufsgenossenschaften, SGB VII), welche vom Arbeitgeber finanziert werden. Auf deren Tätigkeiten wird im Kapitel Prävention eingegangen. An dieser Stelle soll lediglich die betriebliche Gesundheitsförderung der Krankenkassen auf Grundlage des § 20 Abs. 2 SGB V [Prävention und Selbsthilfe] Erwähnung finden, die die o.g. Maßnahmen ergänzen und eher krankheitsunspezifisch angelegt sind.

stattung, Netzwerkbildung wie z.B. das „Gesunde Städte-Netzwerk“ [18], integrierte Gesundheits- und Stadtentwicklungsplanung, integrierte Umwelt- und Gesundheitsverträglichkeitsprüfungen und kommunale Gesundheitskonferenzen.

2.1.2.5 Medizinische Vorsorge

Medizinische Vorsorgeleistungen und auch die medizinische Vorsorge für Mütter sollen eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, beseitigen bzw. Krankheiten verhüten oder deren Verschlimmerung vermeiden. Damit kann man sie im weiteren Sinne zu den primärpräventiven Maßnahmen zählen. Medizinische Vorsorgeleistungen werden im Rahmen der ambulanten Versorgung oder auch in anerkannten Kurorten durch Ärzte und andere Gesundheitsberufe erbracht und durch die Krankenkassen finanziert. Die medizinischen Vorsorgeleistungen werden in drei Stufen erbracht: (1) ambulante Vorsorgeleistungen (2) ambulante Vorsorgekuren (3) stationäre Vorsorgekuren. Bei der Vorsorge für Mütter können die Vorsorgeleistungen in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks oder einer gleichartigen Einrichtung erbracht werden; die Leistung kann in Form einer Mutter-Kind-Maßnahme erbracht werden.

Tab. 2: Finanzierung der Gesundheitsförderung nach Leistungsarten und Trägern

Leistungsarten	Träger der/des				
	GKV	ÖGD-Gesetze der Länder	Schulgesetze / Rahmenrichtlinien / Lehrpläne der Länder	KJHG	GG ¹⁰
Gesundheitliche Aufklärung	X	X			X
Individuelle Gesundheitsförderung	X				
Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten	X	X		X	X
Schulische Gesundheitsförderung	X	X	X	X	X
Betriebliche Gesundheitsförderung	X				
Kommunale Gesundheitsförderung	X	X			
Medizinische Vorsorge	X				

¹⁰ Gemeint ist hier die Tätigkeit der BZgA, bei der es sich um eine auf Grundlage des Grundgesetzes durch den Bund ernannte Bundesoberbehörde handelt und die weitgehend aus Steuermitteln finanziert wird.

2.1.3 Leistungen zur Gesundheitsförderung im Einzelnen

Gesundheitliche Aufklärung

- ÖGD-Gesetze der Länder: Trotz der unterschiedlichen gesetzlichen Vorschriften in den Ländern stimmen die vom ÖGD wahrzunehmenden Aufgaben in den Grundzügen überein. Hierzu gehören: Gesundheitsförderung und Gesundheitsvorsorge, zielgruppenorientierte Gesundheitserziehung und –aufklärung über vermeidbare Risikofaktoren und Hinführung zu einer gesunden Lebensführung, Beratung von Schwangeren sowie von Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern, Beratung von Einrichtungen und Trägern hinsichtlich gesundheitsfördernder Gestaltung, Jugendgesundheitspflege, Kooperation der Krankenkassen und des ÖGD in der Gesundheitsförderung, Koordination der kommunalen Gesundheitsförderung, etc.
- Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) als eine Gesundheitsbehörde des Bundes hat das Ziel, die Bereitschaft der Bürgerinnen und Bürger zu einem verantwortungsbewussten, gesundheitsgerechten Verhalten und zur sachgerechten Nutzung des Gesundheitssystems zu fördern. Sie führt dazu bundesweite Aufklärungskampagnen durch und stärkt durch Qualitätssicherungsmaßnahmen die Effektivität und Effizienz gesundheitlicher Aufklärung
- § 1 SGB V [Solidarität und Eigenverantwortung]: Aufklärung und Beratung der Versicherten, Hinwirkung auf gesunde Lebensverhältnisse

Individuelle Gesundheitsförderung

- § 20 Abs. 1 SGB V [Prävention und Selbsthilfe]: Kursangebote der Kassen zu Bewegung, Ernährung, Stressreduktion und Entspannung, Reduzierung des Genuss- und Suchtmittelkonsums
- § 28 SGB V [Ärztliche und zahnärztliche Behandlung]: Individuelle Beratungsgespräche im Rahmen der ärztlichen Behandlung, welche Tätigkeiten zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten umfasst

Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten

- Gemeinsames Frühstück und/oder Mittagessen, Bewegungs- und Entspannungsförderung, persönliche Hygiene, Ernährungsaufklärung, Unfallprävention etc.
- ÖGD-Gesetze der Länder: Beratung zur gesundheitsförderlichen Einrichtung von Kindertagesstätten
- GG/Tätigkeit der BZgA: Beratung zu pädagogischen Konzepten, Einwirkung auf Themen der Gesundheitsförderung in Aus-, Fort- und Weiterbildung der Erzieherinnen und Erzieher, konsensuelle Entwicklung, Verbreitung und Implementierung von Leitlinien und Qualitätskriterien
- § 21 SGB V [Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe)] Gruppenprophylaxe wird vom ÖGD und den Kassen durchgeführt

- § 14 SGB VIII [Erzieherischer Kinder- und Jugendschutz]
- § 16 SGB VIII [Allgemeine Förderung der Erziehung in der Familie]
- § 22 SGB VIII [Grundsätze der Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen]
- § 28 SGB VIII [Erziehungsberatung]

Schulische Gesundheitsförderung

- Schulgesetze, Rahmenrichtlinien, Lehrpläne der Länder: Gesundheitsförderlicher Unterricht (Gesundheitserziehung) gemäß den Rahmenrichtlinien und Lehrplänen der Länder bzw. den Empfehlungen der Kultusministerkonferenz (KMK) zu den Themenbereichen Hygiene/Zahngesundheitspflege; Ernährungserziehung; Sexualerziehung und AIDS-Prävention; Suchtprävention; Erste-Hilfe-Themen; Durchführung von Einzelaktionen wie z.B. gemeinsames Frühstück, Projektwochen zur Gesundheit, Bewegungs- und Entspannungsübungen; Ansätze der Organisationsentwicklung wie z.B. der Aufbau von Netzwerken wie „Gesunde Schule“
- ÖGD-Gesetze der Länder: Durchführung des jugendärztlichen/zahnärztlichen Dienstes, der Schuleingangsuntersuchungen und von Unterricht durch die Gesundheitsämter
- BZgA: Weiterleitung von Informationsmaterialien an die Schulen, Organisation von Wanderausstellungen oder Projekten, Durchführung von Unterricht
- § 20 Abs. 1 SGB V [Prävention und Selbsthilfe]. Ausgestaltung durch die Spitzenverbände der Krankenkassen: Interventionen im Setting Schule mit den Interventionsbereichen physische Umwelt, psycho-soziale Umwelt, Abläufe/Organisation, Verhaltensmuster u.a
- § 21 SGB V [Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe)]
- § 28 SGB VIII [Erziehungsberatung], Veranstaltung von Elternabenden in Schulen, Fortbildung für Lehrerinnen und Lehrer durch Erziehungsberatungsstellen
- Kooperationsprogramme von Schulen, Kassen und ÖGD: Im Rahmen von Programmen wie z.B. „Klasse 2000“ werden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter örtlicher Gesundheitsämter, Jugendämter, Suchtberatungsstellen, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Gesundheits- und Sozialpädagoginnen und -pädagogen sowie Erzieherinnen und Erzieher als „Gesundheitsförderer“ in Schulen tätig.

Betriebliche Gesundheitsförderung

- § 20 Abs. 2 SGB V [Prävention und Selbsthilfe]. Handlungsfelder in den Ausführungen durch die Spitzenverbände sind: Arbeitsbedingte körperliche Belastungen, Betriebsverpflegung, psychosozialer Stress und Genuss- und Suchtmittelkonsum.

Kommunale Gesundheitsförderung

- Kommunen / Städte finanzieren z.B. die Gesundheitsbildung Erwachsener, die von Einrichtungen des Bildungs-, Sozial- und Gesundheitswesens angeboten werden, organisieren die Teilnahme an Netzwerken wie z.B. das „Gesunde-Städte-Netzwerk“, richten Landesgesundheitskonferenzen ein und unterstützen Landesvereinigungen für Gesundheit.
- Aufgaben der Gesundheitsförderung und Gesundheitsvorsorge durch den ÖGD, s.o. „Gesundheitliche Aufklärung“.
- § 20 Abs. 1 SGB V [Prävention und Selbsthilfe]. Ausgestaltung durch die Spitzenverbände: Interventionen im Setting Kommune bzw. Stadtteil mit den Interventionsbereichen soziale Ungleichheit, psychosoziales Umfeld, physisches Umfeld, Ernährung, Bewegung, Stressreduktion/Entspannung, gesundheitsgerechter Umgang miteinander, legale und illegale Suchtmittel, etc.

Medizinische Vorsorge

- § 23 SGB V [Medizinische Vorsorgeleistungen]: Beseitigung einer Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde. In diesem Zusammenhang haben Versicherte Anspruch auf ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln. Die ambulante Vorsorgeleistung kann auch in anerkannten Kurorten erbracht werden.
- § 24 SGB V [Medizinische Vorsorge für Mütter]

2.2 Prävention¹¹

2.2.1 Definition

Prävention im Sinne von Primärprävention umfasst alle spezifischen Aktivitäten vor Eintritt einer fassbaren physiologischen oder psychischen Schädigung. Gesundheitspolitisches Ziel ist die Neuerkrankungsrate einer Erkrankung in einer Bevölkerung (oder die Eintrittswahrscheinlichkeit bei einem Individuum) zu senken [19]. Zielgruppe der Primärprävention sind Bevölkerungsgruppen und Individuen mit einem spezifischen Erkrankungsrisiko, welches jedoch ausdrücklich noch nicht zur Erkrankung geführt hat.

2.2.2 Präventionsarten

2.2.2.1 Impfungen gegen Infektionskrankheiten

Die Schutzimpfungen gegen Infektionskrankheiten zählen zu den effektivsten und kostengünstigsten Präventivmaßnahmen in der Medizin [20]. Die Impfungen haben zum einen den Schutz des Individuums zum Ziel und zum anderen führen sie zu einem Kollektivschutz, d.h. das Auftreten von Epidemien wird verhindert. Außerdem tragen die Schutz-

¹¹ Im hiesigen Zusammenhang wird unter Prävention die Verhinderung von Erkrankung im Sinne der Primärprävention verstanden.

impfungen zu einer Kostensenkung im Gesundheitswesen bei [20]. Früher war das Impfen die Hauptaufgabe der Gesundheitsämter, heute werden die Impfungen zu 85 bis 90% von den niedergelassenen Ärzten durchgeführt. Die restlichen 10 bis 15 % entfallen auf die betriebsärztlichen Dienste und den ÖGD [20]. Die Schutzimpfungen, die von der Ständigen Impfkommision (STIKO) empfohlen werden, können zu Lasten der meisten gesetzlichen Krankenkassen abgerechnet werden. Da die Impfungen jedoch keine Pflichtleistungen der Krankenkassen sind, variieren die Abrechnungsmodalitäten und Vergütung je nach Krankenkasse und Bundesland. D.h. durch die uneinheitliche Kostenübernahme der Krankenkassen sind die Abrechnungen der Ärzte für die Impfleistungen sehr zeitaufwendig [20]. Die obersten Landesgesundheitsbehörden können bestimmen, dass die Gesundheitsämter kostenlos Schutzimpfungen durchführen.

2.2.2.2 *Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe)*

Die zahnmedizinische Gruppenprophylaxe beinhaltet sowohl die Zahngesundheitserziehung, als auch die Durchführung spezieller Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Zahngesundheit. Die Gruppenprophylaxe sollte darüber hinaus in eine generelle Erziehung (in der Familie) zu gesunder Lebensweise eingebettet sein. Die Gruppenprophylaxe wird in Kindergärten und Schulen durchgeführt und ist für Kinder vorgesehen, die das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben. In Schulen und Behinderteneinrichtungen werden die Maßnahmen bis zum sechzehnten Lebensjahr durchgeführt. Die Krankenkassen haben sich zusammen mit den Zahnärzten und den zuständigen Stellen für die Zahngesundheitspflege (Länderebene) an den Kosten für die Maßnahmen zu beteiligen. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen schließen mit den zuständigen Stellen für Zahngesundheitspflege über die Durchführung der Maßnahmen Rahmenvereinbarungen ab. Die Jugendzahnpflege des ÖGD ergänzt die Leistungen der GKV zur Verhütung von Zahnerkrankungen.¹²

2.2.2.3 *Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe)*

Die Individualprophylaxe umfasst Maßnahmen zur Verhütung von Zahn- und Zahnfleischerkrankungen, wobei das Vorsorgeprogramm individuell zusammengestellt wird. Neben der Untersuchung auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten wird der Mundhygienestatus erstellt. Laut SGB V können Versicherte, die das sechste, aber noch nicht das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, einmal in jedem Kalenderhalbjahr die Untersuchungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen in Anspruch nehmen.

2.2.2.4 *Unfallverhütung im Betrieb*

Die Unfallverhütung im Betrieb ist Aufgabe des Arbeitgebers und des Arbeitnehmers; sie wird im Rahmen der Unfallverhütungsvorschriften (§ 15 SGB VII) der Berufsgenossen-

¹² Darüber hinaus sammelt der ÖGD mit der Jugendzahnpflege Daten zum Gesundheitszustand der Zähne von Kindergarten- und Schulkindern. Die Daten stehen für epidemiologische Zwecke zur Verfügung.

schaften geregelt. Der Arbeitgeber ist dafür verantwortlich, dass die Vorschriften im Betrieb beachtet werden und der Arbeitnehmer muss diese befolgen. Die Unfallverhütungsvorschriften umfassen Maßnahmen, die den Eintritt von Schäden durch Unfälle oder Berufskrankheiten vermeiden oder einschränken sollen [21]. Die Beiträge für die Unfallversicherung werden allein von den Arbeitgebern gezahlt. Die Beitragshöhe richtet sich nach dem Umlagebedarf der Berufsgenossenschaften, der Größe des Unternehmens und nach seiner Gefährlichkeit.

2.2.2.5 Arbeitsschutzmaßnahmen

Der Arbeitgeber ist für die Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten im Betrieb verantwortlich. Zu seiner Unterstützung hat der Arbeitgeber Sicherheitsfachkräfte und Betriebsärzte zu bestellen, die ihn in Fragen des Arbeitsschutzes beraten. Zum Arbeitsschutz zählen alle Maßnahmen, die dazu beitragen, Leben und Gesundheit der arbeitenden Menschen zu schützen, ihre Arbeitskraft zu erhalten und die Arbeit menschengerecht zu gestalten [10]. Die grundlegenden Rechtsvorschriften für den Arbeitsschutz stellen das Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG), das Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG) und das SGB VII (Gesetzliche Unfallversicherung) dar. Aufgabe der Gewerbeaufsichtsämter¹³ und Berufsgenossenschaften ist die Überwachung der Einhaltung von Arbeitsschutzmaßnahmen [10].

2.2.2.6 Beratung und Leistungen zur Empfängnisverhütung

Die Beratung zur Empfängnisverhütung umfasst Maßnahmen, die Fragen zur Empfängnisregelung, die erforderlichen Untersuchungen und die Verordnung von empfängnisregelnden Mitteln betreffen. Bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres haben Versicherte Anspruch auf ärztlich verordnete empfängnisverhütende Mittel. Neben der GKV, die diese Leistung vorsieht, bieten dies auch Gesundheitsämter an.

Tab. 3: Finanzierung der Prävention nach Leistungsarten und Trägern

Leistungsarten	Träger der/des					
	GKV	GUV	ÖGD	GRV	BSHG	KJHG
Impfungen gegen Infektionskrankheiten	X		X		X	X
Karies Gruppenprophylaxe	X		X			X
Karies Individualprophylaxe	X					X
Unfallverhütung im Betrieb		X				
Arbeitsschutzmaßnahmen		X		X		
Beratung und Leistungen zur Empfängnisverhütung	X		X		X	X

¹³ Jedes Land hat seine eigene Arbeitsschutzaufsicht.

2.2.3 Leistungen zur Prävention im Einzelnen

Die Zuständigkeit der Krankenversicherung für die Prävention wird im § 1 Abs.1 SGB V [Solidarität und Eigenverantwortung] beschrieben. Darüber hinaus wird die Mitverantwortung der Versicherten für ihre Gesundheit hervorgehoben [22]. Weiterhin ist im § 20 Abs.1 SGB V [Prävention und Selbsthilfe] festgelegt, dass die Kassen Leistungen zur primären Prävention vorsehen sollen. Im § 23 Abs. 1 SGB V [Medizinische Vorsorgeleistungen] ist festgelegt, dass die Versicherten Anspruch auf Leistungen zur Krankheitsverhütung haben. Personen, die weder krankenversichert noch anspruchsberechtigt für Leistungen durch BVG oder GUV sind, haben Anspruch auf die Finanzierung der gleichen Leistungsarten im Rahmen der Sozialhilfe (BSHG oder SGB VIII).

Impfungen gegen Infektionskrankheiten

- § 23 Abs. 9 SGB V [Medizinische Vorsorgeleistungen]
- § 20 IfSG [Schutzimpfungen und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe]
- ÖGDG der Länder oder vergleichbare Gesetzgebung
- § 40 SGB VIII [Krankenhilfe]
- § 37 BSHG [Hilfe bei Krankheit und vorbeugende Hilfe]

Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe)

- § 21 SGB V [Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe)]
- ÖGDG der Länder oder vergleichbare Gesetzgebung
- § 40 SGB VIII [Krankenhilfe]

Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe)

- § 22 SGB V [Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe)]
- § 40 SGB VIII [Krankenhilfe]
- Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe) in Verbindung mit § 92 SGB V [Richtlinien der Bundesausschüsse]

Unfallverhütung im Betrieb ¹⁴

- § 14 SGB VII [Grundsatz]
- § 15 SGB VII [Unfallverhütungsvorschriften]
- § 16 SGB VII [Geltung bei Zuständigkeit anderer Unfallversicherungsträger und für ausländische Unternehmen]
- § 17 SGB VII [Überwachung und Beratung]
- § 18 SGB VII [Aufsichtspersonen]

¹⁴ „Die §§ 14 bis 25 SGB VII befassen sich mit der organisatorischen und inhaltlichen Ausgestaltung der Unfallverhütung, ihrer Überwachung und Beratung, der Zusammenarbeit mit den Krankenkassen und den für den Arbeitsschutz zuständigen Landesbehörden sowie der Aus- und Fortbildung.“ [39]

- § 19 SGB VII [Befugnisse der Aufsichtspersonen]
- § 20 SGB VII [Zusammenarbeit mit Dritten]
- § 21 SGB VII [Verantwortung des Unternehmers, Mitwirkung der Versicherten]
- § 22 SGB VII [Sicherheitsbeauftragte]
- § 23 SGB VII [Aus- und Fortbildung]
- § 24 SGB VII [Überbetrieblicher arbeitsmedizinischer und sicherheitstechnischer Dienst]
- § 25 SGB VII [Bericht gegenüber dem Bundestag]
- § 3 ArbSchG [Grundpflichten des Arbeitgebers]

Arbeitsschutzmaßnahmen ¹⁵

- soziale Schutzvorschriften
Z.B. das Frauenarbeitsschutzgesetz, das Mutterschutzgesetz und Jugendarbeitsschutzgesetz.
- technische Schutzvorschriften
Diese betreffen alle Maßnahmen zur Gestaltung der Arbeitsstätte und des Arbeitsplatzes. Z.B. Arbeitsstättenverordnung, Bildschirmarbeitsverordnung.
- medizinische Schutzvorschriften
Diese bestehen für Arbeitnehmer, die besonders gefährliche Arbeiten verrichten müssen. Z.B. Unfallverhütungsvorschriften § 15 SGB VII, Gefahrstoffverordnung. ¹⁶
- § 31 Abs.1 SGB VI [Sonstige Leistungen]
- EU-Rahmenrichtlinie 89/391/EWG [Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Arbeitnehmer bei der Arbeit]. ¹⁷

Beratung und Leistungen zur Empfängnisverhütung

- § 24a SGB V [Empfängnisverhütung]
- § 24b SGB V [Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation]
- Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch in Verbindung mit § 92 SGB V [Richtlinien der Bundesausschüsse]
- ÖGDG der Länder oder vergleichbare Gesetzgebung
- § 36 BSHG [Hilfe zur Familienplanung]
- § 36a BSHG [Hilfe bei Sterilisation]
- § 40 SGB VIII [Krankenhilfe]

¹⁵ Es existiert eine sehr große Anzahl von Arbeitsschutzvorschriften. In diesem Gutachten wird jedoch nur auf die grundlegenden Gesetze und Vorschriften eingegangen, um eine gewisse Übersichtlichkeit zu wahren.

¹⁶ Vgl. Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen; <http://www.stmas.bayern.de>.

¹⁷ Diese Richtlinie wird als das europäische Grundgesetz des Arbeitsschutzes bezeichnet.

2.3 Früherkennung

Der Anteil der Ausgaben an der Früherkennung von Krankheiten lag 1998 nach Angaben der neuen Gesundheitsausgabenrechnung bei knapp 0,7% an den Gesamtausgaben [3]. Die finanzielle Zuständigkeit ist zwar weit gestreut, der ganz überwiegende Anteil jedoch wird durch die GKV getragen.

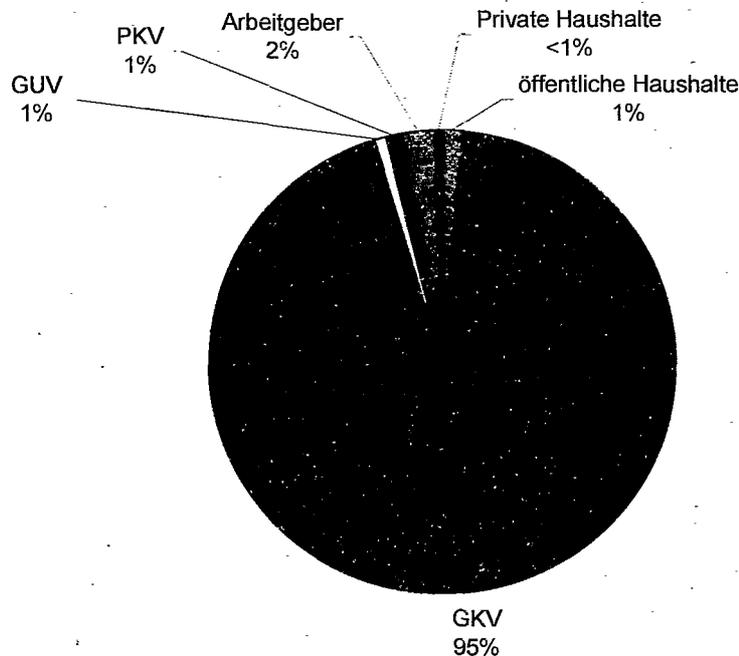


Abb. 5: Ausgaben für Früherkennung von Krankheiten nach Ausgabenträgern 1998 gemäß der neuen Gesundheitsausgabenrechnung [3]

2.3.1 Definition

Früherkennung, auch häufig als Sekundärprävention bezeichnet, umfasst alle Maßnahmen zur Entdeckung symptomloser Krankheitsfrühstadien. Zielgruppe sind Bevölkerungsgruppen mit spezifischen Erkrankungsrisiken. Ziel ist es, durch möglichst frühzeitiges Erkennen einer Erkrankung und der darauf hin zügig folgenden Behandlung das Fortschreiten einer Krankheit zu verhindern bzw. deren Umkehr zu bewirken [19].

2.3.2 Arten der Früherkennung

Die gesetzlich determinierten Früherkennungsmaßnahmen werden durch die einzelnen Leistungen im Folgenden ausreichend beschrieben. Sie werden sämtlich im vierten Abschnitt des SGB V geregelt. Hauptfinanzierer von Früherkennungsmaßnahmen sind die Krankenkassen. Personen, die nicht krankenversichert sind, erhalten dieselben Leistungen im Rahmen der Sozialhilfe (BSHG und KJHG).

2.3.3 Leistungen der Früherkennung im Einzelnen

Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten, insbesondere Herz-Kreislauf- und Nierenkrankheiten sowie des Diabetes mellitus.

- § 25 Abs. 1 SGB V [Gesundheitsuntersuchungen]
- § 37 BSHG [Hilfe bei Krankheit und vorbeugende Hilfe]
- Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien in Verbindung mit § 92 Abs. 1 SGB V [Richtlinien der Bundesausschüsse]

Früherkennung von Krebserkrankungen (Frauen: Brust, Genitale, Dickdarm; Männer: Prostata, Dickdarm, Haut)

- § 25 Abs. 2 SGB V [Gesundheitsuntersuchungen]
- § 37 BSHG [Hilfe bei Krankheit und vorbeugende Hilfe]
- Krebsfrüherkennungs-Richtlinien in Verbindung mit § 92 Abs.1 SGB V [Richtlinien der Bundesausschüsse]

Kinderuntersuchung (U1-U9)

- § 26 SGB V [Kinderuntersuchung]
- § 37 BSHG [Hilfe bei Krankheit und vorbeugende Hilfe]
- Kinder-Richtlinien in Verbindung mit § 92 Abs. 1 SGB V [Richtlinien der Bundesausschüsse]
- Richtlinien zur Jugendgesundheitsuntersuchung in Verbindung mit § 92 Abs. 1 SGB V [Richtlinien der Bundesausschüsse]
- Richtlinien über die Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten in Verbindung mit § 92 Abs. 1 SGB V [Richtlinien der Bundesausschüsse]

Schuleingangsuntersuchung

- ÖGDG der Länder oder vergleichbarer Gesetzgebung, wie Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens (1934) in Verbindung mit dem Schulgesetz.

Kinder- und Jugendzahngesundheit

- ÖGDG der Länder oder vergleichbarer Gesetzgebung, wie Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens (1934) in Verbindung mit dem Schulgesetz.

Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen

- § 196 RVO [Ärztliche Betreuung, Hebammenhilfe, Versorgung mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln]
- § 36 BSHG [Hilfe zur Familienplanung]
- Mutterschafts-Richtlinien in Verbindung mit § 92 SGB V [Richtlinien der Bundesausschüsse]

Tab. 4: Finanzierung der Früherkennung nach Leistungsarten und Trägern

Leistungsart	Träger der/des			
	GKV	BSHG	KJHG	ÖGD Gesetze der Länder
Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten	X	X		
Früherkennung von Krebserkrankungen	X	X		
Kinderuntersuchung	X	X	X	
Schuleingangsuntersuchung				X
Kinder- und Jugendzahngesundheit				X
Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen	X	X	X	

2.4 Diagnostik und Therapie

2.4.1 Definition

Diagnostik bezeichnet das Sammeln und Erheben von Symptomen, um sie Krankheitskategorien zuordnen zu können, bzw. das Vorliegen anderer Krankheiten auszuschließen. Zielgruppe sind Individuen, welche das medizinische System um Hilfe ersuchen.

Therapie im Kontext der vorliegenden Arbeit befasst sich mit Maßnahmen und Interventionen, die medizinischerseits unternommen werden, um Krankheiten zu heilen, Symptome zu beheben oder zu lindern und den Krankheitsverlauf günstig zu beeinflussen.

Nicht im gesetzlichen System vorgesehene Therapiemöglichkeiten, wie Selbstmedikation, Laiensysteme aber auch private Therapieangebote im psychologisch/psychotherapeutischen Umfeld, oder im plastisch-chirurgischen Bereich, werden in der vorliegenden Übersicht nicht berücksichtigt.

Ehe- und Erziehungsberatungsstellen, Sexualberatungsstellen, Suchtberatungsstellen sowie diverse andere psychologische Beratungsstellen bieten zusätzlich zu ihrem Beratungsangebot auch qualifizierte psychotherapeutische Hilfe an und leisten dadurch einen Beitrag zur therapeutischen Versorgung. In den soweit vorhandenen Gesetzesgrundlagen dieser Beratungsstellen, z.B. der Erziehungsberatungsstellen (§ 28 KJHG) oder der Suchtberatungsstellen (ÖGDG und Äquivalente) wird jedoch lediglich von einem Beratungsauftrag gesprochen. Aus diesem Grund und der fehlenden Notwendigkeit einer offiziellen medizinischen Indikation zum Einleiten einer Therapie, werden Psychotherapien in Beratungsstellen, also außerhalb des im SGB V gesetzten Rahmens, in diesem Abschnitt nicht berücksichtigt.

2.4.2 Arten der Diagnostik und Therapie

Diagnostik- und Therapieleistungen teilen sich auf in ambulante und stationär, bzw. teilstationär erbrachte Leistungen. Darüber hinaus wird eine Unterteilung vorgenommen in ambulante bzw. stationäre Leistungen, die für alle Fachgebiete grundsätzlich zur Verfügung stehen und in solche, die nur für besondere Indikationen (psychiatrische Erkrankungen, Transplantationen etc.) geschaffen sind.

Die Grundleistungen für Diagnostik und Therapie sind im dritten Kapitel [Leistungen der Krankenversicherung] des fünften Abschnitts des SGB V, im § 27 [Krankenbehandlung] niedergelegt. Besondere Arten der Leistungserbringung, wie etwa die ambulante Behandlung durch ermächtigte Klinikärzte oder in Institutsambulanzen, sind durch ihre spezifische Beziehung zu Krankenhäusern und Vertragsärzten gekennzeichnet. Sie werden deshalb im diesbezüglichen vierten Kapitel des SGB V [Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern] beschrieben. Die dort behandelten Arten der Leistungserbringung beziehen sich faktisch jedoch alle auf die im dritten Kapitel, fünfter Abschnitt definierten Leistungen.

Wie Tabelle 5 zeigt, werden Diagnostik- und Therapieleistungen durch eine Vielzahl von Trägern finanziert. Die Hauptlast entfällt jedoch auf die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Leistungsarten, die von den unterschiedlichen Trägern finanziert werden, decken sich weitgehend. Personen, die weder krankenversichert noch anspruchsberechtigt für Leistungen durch BVG oder GUV sind, haben Anspruch auf die Finanzierung der gleichen Leistungsarten im Rahmen der Sozialhilfe (BSHG oder KJHG).

So verweist das KJHG in Hinblick auf die zu finanzierenden Leistungsarten auf die einschlägigen Regelungen im BSHG, das wiederum das gesamte Leistungsspektrum des SGB V (Drittes Kapitel erster Abschnitt) als maßgeblich definiert. Das BVG hingegen definiert die Leistungsarten eigenständig, wenn auch analog zu den Regelungen im SGB V. Ebenso wird im SGB VII verfahren. Auf spezielle Leistungen, wie z.B. das ambulante Operieren wird nicht ausdrücklich verwiesen. Durch den allgemeinen Anspruch auf ambulante und stationäre Behandlung ist dieses aber mit eingeschlossen.

Der Sozialpsychiatrische Dienst (SPDi) ist eine Sonderform der ambulanten psychiatrischen Behandlung, die keine ärztlichen Maßnahmen einschließt, sondern überwiegend von Sozialarbeitern, Psychologen oder Fachpflegern erbracht wird. Er weist von Land zu Land und teilweise auch von Dienst zu Dienst unterschiedliche Finanzierungsformen auf. Meist sind dies Mischfinanzierungen an denen Länder, Kommunen und die Träger der Dienste beteiligt sein können [23]. Bis zur Einführung der Soziotherapie im Januar 2002 finanzierten in Baden-Württemberg sogar die Krankenkassen den SPDi mit.

Tab. 5: Finanzierung von Diagnostik und Therapie nach Leistungsarten und Trägern

Leistungsart	Träger der/des					Landes- finan- zierung	Übrige Finan- zierung
	GKV	BSHG	KJHG	GUV	BVG		
Niedergelassene Ärzte und Fachärzte	X	X	X	X	X		
Für ambulante Versorgung ermächtigte Klinikärzte	X	X	X	X	X		
Prä- und poststationäre Be- handlung	X	X	X	X	X		
Universitätspolikliniken	X	X	X	X	X		
Ambulante Notfallversor- gung	X	X	X	X	X		
Rettungsdienst	X	X	X	X	X	X	
Ambulante Krankenpflege	X	X	X	X	X		
Heilmittel und Hilfsmittel	X	X	X	X	X		
Arznei- und Verbandsmittel	X	X	X	X	X		
Medizinische Maßnahmen zum Herbeiführen einer Schwangerschaft	X	X	X	(X)	X		
Ambulantes Operieren im Krankenhaus	X	X	x	X	X		
Sozialpädiatrische Zentren	X	X	X	X	X		
Psychotherapeuten	X	X	X		X		
Psychiatrische Institutsam- bulanzen	X	X	X	X	X		
Soziotherapie	X	X	X	X	X		
Sozialpsychiatrischer Dienst (SPDi)						X	X
Niedergelassene Zahnärzte	X	X	X	X	X		
Kieferorthopädische Be- handlung	X	X	X	X	X		
Zahnersatz	X	X	X	X	X		
Voll- und teilstationäre Krankenhausbehandlung	X	X	X	X	X	X	

2.4.3 Leistungen der Diagnostik und Therapie im Einzelnen

2.4.3.1 Ambulante Diagnostik und Therapie in allen medizinischen Fachgebieten

Niedergelassene Ärzte und Fachärzte

- § 28 Abs. 1 SGB V [Ärztliche und zahnärztliche Behandlung]
- § 37 Abs. 2 BSHG [Hilfe bei Krankheit und vorbeugende Hilfe], § 11 BVG [Umfang/Voraussetzungen der Heilbehandlung]
- § 40 SGB VIII [Krankenpflege]
- § 28 SGB VII [Ärztliche und zahnärztliche Behandlung]
- § 95 SGB V [Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung]

Zur ambulanten Versorgung ermächtigte Klinikärzte

- § 116 SGB V [Ambulante Behandlung durch Krankenhausärzte] in Verbindung mit § 96 SGB V [Zulassungsausschüsse]

Prä- und poststationäre Behandlung [1-3 Tage innerhalb von 5 Tagen, Behandlung im Krankenhaus, aber ohne Unterkunft und Verpflegung]

- § 115a SGB V [Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus]

Universitätspolikliniken

- § 117 SGB V [Polikliniken] in Verbindung mit § 75 Abs. 3 SGB V [Inhalt und Umfang der Sicherstellung]
- § 120 SGB V [Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen]

Ambulante Notfallversorgung

- § 75 Abs. 1 SGB V [Inhalt und Umfang der Sicherstellung] ¹⁸

Rettungsdienst

- Rettungsgesetze der Länder
- § 133 SGB V [Versorgung mit Krankentransportleistungen]

Ambulante Krankenpflege

- § 37 SGB V [Häusliche Krankenpflege]
- § 37 Abs. 1 BSHG [Hilfe bei Krankheit und vorbeugende Hilfe]
- § 40 SGB VIII [Krankenpflege]
- Häusliche Krankenpflege-Richtlinien

Heilmittel [z.B. Physio-, Ergo-, Logopädie] und Hilfsmittel [z.B. Brille, Gehhilfe]

- § 32 SGB V [Heilmittel] und § 33 SGB V [Hilfsmittel] in Verbindung mit § 27 SGB V [Krankenbehandlung]
- § 37 Abs. 1 BSHG [Hilfe bei Krankheit und vorbeugende Hilfe]
- § 11 BVG [Umfang/Voraussetzungen der Heilbehandlung]
- § 40 SGB VIII [Krankenpflege]
- § 30 SGB VII [Heilmittel], § 31 SGB VII [Hilfsmittel]

¹⁸ Nach vertragsärztlichen Grundsätzen und Vergütungen (Einzelleistungen).

- Heilmittel-Richtlinie und Hilfsmittel-Richtlinie in Verbindung mit § 92 Abs. 1 SGB V [Richtlinien der Bundesausschüsse]

Arznei- und Verbandsmittel

- § 31 SGB V [Arznei- und Verbandsmittel] in Verbindung mit § 27 SGB V [Krankenbehandlung]
- § 37 Abs. 1 BSHG [Hilfe bei Krankheit und vorbeugende Hilfe]
- § 11 BVG [Umfang/Voraussetzungen der Heilbehandlung], § 40 SGB VIII [Krankenhilfe]
- § 29 SGB VII [Arznei- und Verbandsmittel]
- Arzneimittel-Richtlinien in Verbindung mit § 92 Abs. 1 SGB V [Richtlinien der Bundesausschüsse]

Übernahme finanzieller Eigenleistungen [bei Zuschüssen, Teilkostenübernahme und Zuzahlung]

- § 28 Abs. 2 BSHG [Personenkreis] Eigenleistungen (bei Zuschüssen, Teilkostenübernahme und Zuzahlung)
- § 12 Abs. 2 BVG [Umfang/Voraussetzungen der Krankenbehandlung] (bei Zahnersatz bis zu 80%)

2.4.3.2 Ambulante Diagnostik und Therapie in spezifischen medizinischen Fachgebieten

Medizinische Maßnahmen zum Herbeiführen einer Schwangerschaft

- § 27a SGB V [Künstliche Befruchtung]
- § 37 Abs. 1 BSHG [Hilfe bei Krankheit und vorbeugende Hilfe]
- § 40 SGB VIII [Krankenhilfe]
- Richtlinien über künstliche Befruchtung in Verbindung mit § 92 Abs. 1 SGB V [Richtlinien der Bundesausschüsse]

Ambulantes Operieren im Krankenhaus

- § 115b SGB V [Ambulantes Operieren im Krankenhaus]

Sozialpädiatrische Zentren

- § 119 SGB V [Sozialpädiatrische Zentren] in Verbindung mit § 96 SGB V [Zulassungsausschüsse]
- § 120 Abs. 2 SGB V [Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen]

Psychotherapeuten

- § 28 Abs. 3 SGB V [Ärztliche und Zahnärztliche Behandlung]
- § 37 Abs. 1 BSHG [Hilfe bei Krankheit und vorbeugende Hilfe]
- § 11 BVG [Umfang/Voraussetzungen der Heilbehandlung], § 40 SGB VIII [Krankenhilfe]
- § 95 SGB V [Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung]
- Psychotherapie-Richtlinien in Verbindung mit § 92 Abs. 1 SGB V [Richtlinien der Bundesausschüsse]

Psychiatrische Institutsambulanzen ¹⁹

- § 118 SGB V [Psychiatrische Institutsambulanzen]
- § 120 Abs. 2 SGB V [Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen]

Soziotherapie

- § 37a SGB V [Soziotherapie]
- § 37 Abs. 1 BSHG [Hilfe bei Krankheit und vorbeugende Hilfe]
- § 40 SGB VIII [Krankenhilfe]
- § 132b SGB V [Versorgung mit Soziotherapie]
- Soziotherapie-Richtlinien in Verbindung mit § 92 Abs. 1 SGB V [Richtlinien der Bundesausschüsse]

Sozialpsychiatrischer Dienst (SPDi)

- Landesgesetze über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke [PsychKG] oder vergleichbare Gesetze ²⁰

Niedergelassene Zahnärzte

- § 28 Abs. 2 SGB V [Ärztliche und zahnärztliche Behandlung]
- § 37 Abs. 1 BSHG [Hilfe bei Krankheit und vorbeugende Hilfe]
- § 11 BVG [Umfang/Voraussetzungen der Heilbehandlung]
- § 40 SGB VIII [Krankenhilfe]
- § 28 SGB VII [Ärztliche und zahnärztliche Behandlung]
- Richtlinien für die vertragsärztliche Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen in Verbindung mit § 92 Abs. 1 SGB V [Richtlinien der Bundesausschüsse]

Kieferorthopädische Behandlung

- Richtlinien für die kieferorthopädische Behandlung in Verbindung mit § 92 Abs. 1 SGB V [Richtlinien der Bundesausschüsse]
- § 29 SGB V [Kieferorthopädische Behandlung]
- § 37 Abs. 1 BSHG [Hilfe bei Krankheit und vorbeugende Hilfe]
- § 40 SGB VIII [Krankenhilfe]

Zahnersatz

- § 30 SGB V [Zahnersatz]
- § 37 Abs. 1 BSHG [Hilfe bei Krankheit und vorbeugende Hilfe]
- § 11 BVG [Umfang/Voraussetzungen der Heilbehandlung]
- § 40 SGB VIII [Krankenhilfe]

2.4.3.3 Voll- und teilstationäre Diagnostik und Therapie in allen medizinischen Fachgebieten

voll- und teilstationäre Krankenhausbehandlung

- § 39 SGB V [Krankenhausbehandlung]

¹⁹ Durch das Gesundheitsreformgesetz 2000 wurde die Ermächtigung zum Betreiben von Institutsambulanzen, die bisher auf die psychiatrischen Krankenhäuser begrenzt war, auf Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen mit regionalen Versorgungspflichten ausgeweitet.

²⁰ z.B. Gesetz über Vereinheitlichung des Gesundheitswesens in Verbindung mit den Unterbringungsgesetzen.

- § 37 Abs. 1 BSHG [Hilfe bei Krankheit und vorbeugende Hilfe]
- § 11 BVG [Umfang/Voraussetzungen der Heilbehandlung], § 40 SGB VIII [Krankenhilfe]
- § 107 Abs. 1 SGB V [Krankenhäuser, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen] und § 108 SGB V [Zugelassene Krankenhäuser]
- Krankenhauspflege-Richtlinie
- Bundespflegesatzverordnung (BPfIV)
- Krankenhausfinanzierungsgesetz
- Krankenhausgesetze der Länder

2.4.3.4 Voll- und teilstationäre Diagnostik und Therapie in spezifischen medizinischen Fachgebieten

Zusätzlich zu den genannten Rechtsgrundlagen für die voll- und teilstationäre Diagnostik und Therapie gelten für:

psychiatrische Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und psychiatrische Kliniken:

- Psychiatriepersonalverordnung (Psych-PV)
- Unterbringungsgesetze der Länder²¹

Transplantationszentren

- Transplantationsgesetz

2.5 Selbsthilfe/Patientengruppen

2.5.1 Definition

Selbsthilfe- und Patientengruppen sind Zusammenschlüsse direkt und indirekt von einer spezifischen Krankheit Betroffener (Patienten, deren Angehörige und Freunde) zur Bewältigung gemeinsamer Probleme, die meist in einem Zusammenhang mit der Erkrankung stehen [7]. Selbsthilfe- und Patientengruppen können fachliche Unterstützung suchen, haben aber grundsätzlich Laiencharakter. Aktivitäten der Selbsthilfe- und Patientengruppen können psychosoziale Unterstützung, konkrete tätliche Hilfe und Informationsangebote umfassen [7]. Ihre Tätigkeiten werden mittlerweile als vielfältige und wirksame Ergänzung der institutionellen bzw. professionellen gesundheitlichen Versorgung anerkannt [24].

Genauer voneinander abzugrenzen wären Selbsthilfegruppen, Patientengruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen. Während bei Selbsthilfegruppen die gegenseitige Hilfe, Information und das Gespräch in der Gruppe im Vordergrund stehen, vertreten Selbsthilfeorganisationen (z.B. Rheuma-Liga, Multiple-Sklerose Gesellschaft, Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte) zusätzlich nach außen gerichtete Ziele, z.B. Beeinflussung der Gesetzgebung, Vernetzung und Informationsaustausch [25]. Pati-

²¹ Psychiatrische Abteilungen/Krankenhäuser, die an der Versorgung nach Unterbringungsrecht teilnehmen, sind Versorgungs-Sektoren zugeteilt. Diese werden in den entsprechenden Referaten der Landesregierungen definiert.

entenschutzorganisationen wie z.B. die Notgemeinschaft Medizingeschädigter helfen Patienten bei der Durchsetzung ihrer Rechte im Schadensfall. Selbsthilfekontaktstellen vermitteln Beratungssuchenden Adressen über existierende Selbsthilfegruppen vor Ort und helfen Interessierten beim Aufbau einer Selbsthilfegruppe. Die beiden „Säulen“ der Selbsthilfegruppen und Selbsthilfekontaktstellen sind auf kommunaler, manchmal auch auf Landes- und Bundesebene organisiert (z.B. Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V., Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen - NAKOS). Diese unterstützen die praktische Arbeit der Selbsthilfegruppen bzw. -kontaktstellen vor Ort organisatorisch und inhaltlich, vertreten die Interessen der in Selbsthilfegruppen Tätigen und tragen zur themenrelevanten Forschung bei. Patientengruppen sind im Gegensatz zu Selbsthilfegruppen häufiger an Kliniken, therapeutischen Einrichtungen und Arztpraxen angegliedert, werden also von Institutionen initiiert und betrieben. Selbsthilfegruppen arbeiten auf eigener Initiative und selbstorganisiert, tragen sich finanziell meist selbst und die Mitglieder engagieren sich weitestgehend ehrenamtlich.

Aufgrund des weitgehend selbst organisierten, auf Basis von Freiwilligenarbeit und Ehrenamt erbrachten Großteil der Leistungen in der Selbsthilfe ist die Gesetzgebung hinsichtlich der Finanzen, wie sie in der untenstehenden Tabelle aufgeführt sind, nur additiv und komplementär zu verstehen.

2.5.2 Arten der Selbsthilfe

2.5.2.1 *Patienteninformation und -beratung*

Zu den Leistungen der Patienteninformation und -beratung können einmal die klassischen Beratungstätigkeiten des niedergelassenen Arztes im Rahmen der Diagnosestellung und Therapie, die Beratungstätigkeiten im Rahmen / Anschluss eines stationären Aufenthaltes, die Beratungstätigkeit der Krankenkassen und die Beratung durch den ÖGD gezählt werden. Auch die Ärztekammern und eine Vielzahl von freien Trägern, wie z.B. Verbraucherberatungsstellen und Wohlfahrtsverbände bieten Patienteninformation und -beratung an. Die Zahl an elektronischen Patienten-Informationssystemen (auch kommerzieller Anbieter) im Internet nimmt beständig zu.

Mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 hat der Bundesgesetzgeber neue und zusätzliche Möglichkeiten der Finanzierung der Patientenberatung geschaffen, die vor allem die Krankenkassen zu einer intensiveren Unterstützung der Patienten und Versicherten verpflichten. Hierzu gehören z.B. Beratungsleistungen durch unabhängige Patientenberatungsstellen im Rahmen des § 65b SGB V²² und deren Vernetzung. Beratungen und Patientenschulungen für chronisch Kranke können auch als ergänzende Leistungen zur Rehabilitation (§ 43 Abs. 3 SGB V) und im Rahmen von bisher modellhaft, ab Sommer 2002

²² Eine Auflistung und Beschreibung der derzeit durch die GKV und durch Bundesmittel finanzierten Beratungsstellen findet sich unter www.g-k-v.com/patientenberatung.html

für bestimmte Krankheiten regelhaft, durchgeführten „Disease-Management-Programmen“ durchgeführt werden.

2.5.2.2 Förderung der Selbsthilfe

Die institutionelle Förderung der Selbsthilfe durch etablierte Systeme sozialer Sicherung ist in der Bundesrepublik Deutschland relativ neu und macht zusammen mit der Finanzierung über Gelder der öffentlichen Hand (Ländermittel und Mittel der Kommunen) den kleineren Anteil aus.²³

Der Anteil der Ausgaben zur Förderung der Selbsthilfe an den Gesundheitsausgaben lag 1998 nach Angaben der neuen Gesundheitsausgabenrechnung insgesamt bei gut 0,2%. Als ausschließlicher Ausgabenträger wurden private Organisationen ohne Erwerbsinteresse benannt [3]. Private Finanzierungsformen, wie z.B. über Eigenmittel der Träger, Spenden, Stiftungsgelder und Sponsoring spielen die größere Rolle bzw. gewinnen noch an Bedeutung. Seit mehreren Jahren unterstützen die gesetzlichen Krankenkassen die Selbsthilfe zur Prävention oder Rehabilitation von Krankheiten und Behinderungen sowie die Selbsthilfekontaktstellen durch immaterielle und finanzielle Hilfen. Gefördert werden sollen Selbsthilfegruppen, ihre Kontaktstellen und die Selbsthilfeorganisationen. Die finanziellen Mittel von dieser Seite werden jedoch noch nicht in vollem Maße ausgeschöpft. Zur Unterstützung der Selbsthilfe nach dem im Zusammenhang mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 reformierten § 20 SGB V haben die Spitzenverbände der Krankenkassen im Interesse einer einheitlichen Rechtsanwendung gemeinsam und einheitlich Grundsätze zur Förderung der Selbsthilfe beschlossen [24].

Selbsthilfekontaktstellen finanzieren sich zu unterschiedlichen Anteilen aus folgenden Quellen: kommunale Mittel, Landesmittel, Spenden und Sponsoring, Wohlfahrtsverbände, Eigenmittel, Strukturanpassungsmaßnahmen (SAM) und ABM (SGB III) und BSHG, Krankenkassen.

Seitens der europäischen Ebene werden Patientengruppen der von einer seltenen Krankheit Betroffenen und deren Dachvereinigungen mit dem „Programm für seltene Krankheiten,“ unterstützt. Dieses Programm, das Teil des 5. Rahmenprogramms ist, erstreckt sich über fünf Jahre und umfasst ein Budget von 6,5 Millionen Euro (1,3 Millionen pro Jahr).

²³ In einer Befragung der Selbsthilfevereinigungen auf Bundesebene im Jahre 1997 durch die Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) wurde ermittelt, dass der Anteil der öffentlichen Hand am Gesamtbudget dieser Vereinigungen durchschnittlich 7,7 % und der Anteil der Krankenkassen 1,8 % betrug (Thiel, Wolfgang 1998).

Tab. 6: Finanzierung von Selbsthilfe und Patientengruppen nach Trägern

Leistungsarten	Träger der/des								
	GKV	GRV	GUV	SGB IX	SPV	ÖGD	Landesfinanzierung	Bundesfinanzierung	Freie Träger u. Vereine
Förderung der Selbsthilfe	X	X	X	X			X	X	X
Patienten-Information und -beratung	X			X	X	X			X

2.5.3 Leistungen zur Selbsthilfe im Einzelnen

2.5.3.1 Patienteninformation und -beratung

- § 1 SGB V [Solidarität und Eigenverantwortung]: Die Krankenkassen haben den Versicherten (...) durch Aufklärung, Beratung und Leistungen zu helfen und auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken.
- § 28 SGB V [Ärztliche und zahnärztliche Behandlung]: Individuelle Beratungsgespräche im Rahmen der ärztlichen Behandlung, welche Tätigkeiten zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten umfasst.
- § 43 Abs. 3 SGB V [Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation]: Patientenschulung für chronische Kranke
- § 65 b SGB V [Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung]: Bundesinitiative Modellvorhaben Patientenberatungsstellen: Die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung fördern seit 01.07.2001 im Rahmen des § 65 b SGB V Einrichtungen im Rahmen von Modellvorhaben, die sich die gesundheitliche Information, Beratung und Aufklärung von Verbrauchern und Patienten zum Ziel gesetzt haben (unabhängige Patientenberatungs-Institutionen). Damit soll die Möglichkeit der Kassen, künftig unabhängige Beratungs- und Informationsstellen zu unterstützen, erweitert werden und modellhaft auf Bundes- und Landesebene gefördert werden; hierfür werden 10 Mio. DM je Kalenderjahr im Gesetz festgelegt.
- § 66 SGB V [Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern]: Kassen können Patienten bei der Verfolgung von Schadenersatzansprüchen nach Behandlungsfehlern unterstützen
- §§ 136 ff. SGB V [Qualitätsprüfung im Einzelfall]: Bereitstellung von Daten zur Qualitätssicherung, die als Grundlage der Patienteninformation und -beratung dienen könnten

- § 140 b SGB V [Verträge zu integrierten Versorgungsbereichen]: Patienten- und problembezogene Versorgungsdesigns, z.B. integrierte Versorgungsformen, in deren Zusammenhang Patienten intensiv beraten und in die Behandlungsplanung einbezogen werden sollen.
- § 275 SGB V [Begutachtung und Beratung]: Der Medizinische Dienst der Krankenkassen kann Patienten auch direkt beraten.
- § 9 SGB IX [Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten]: Zu berücksichtigende Umstände bei der Gestaltung von Leistungen (persönliche Lebenssituation, Alter, Geschlecht, Familie, religiöse und weltanschauliche Bedürfnisse); Gestaltungsfreiheit, Zustimmungspflicht des Leistungsberechtigten; Selbstbestimmung soll erreicht werden durch intensive Beratung, Meinungs austausch, Angebot von Alternativen.
- § 26 SGB IX [Leistungen zur medizinischen Rehabilitation]: Behinderungen/ chronische Krankheiten, Minderung der Erwerbsfähigkeit vermeiden, überwinden, mindern, Verschlimmerung verhüten; Anleitung, eigene Heilkräfte zu entwickeln; Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder
- § 7 SGB XI [Aufklärung, Beratung] Aufklärung und Beratung der Versicherten zur gesunden Lebensführung, Teilnahme an gesundheitsfördernden Maßnahmen

2.5.3.2 Förderung der Selbsthilfe

- § 20 Abs. 4 SGB V [Prävention und Selbsthilfe] Förderung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen, die sich die Prävention oder die Rehabilitation von Versicherten bei bestimmten Krankheiten zum Ziel gesetzt haben, durch die Krankenkassen
- nähere Bestimmung der Förderungsbedingungen und der Krankheitsbilder in den „Gemeinsamen und einheitlichen Grundsätzen der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Förderung der Selbsthilfe gemäß § 20 Abs. 4 SGB V vom 10. März 2000“
- § 15 SGB VI [Leistungen zur medizinischen Rehabilitation] in Verbindung mit § 29 SGB IX [Förderung der Selbsthilfe]
- § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB VI [Sonstige Leistungen]
- § 27 SGB VII [Umfang der Heilbehandlung] in Verbindung mit § 26 Abs. 2 Nr. 1 und 3-7 und Abs. 3 des SGB IX [Leistungen zur medizinischen Rehabilitation]
- § 40 BSHG [Leistungen der Eingliederungshilfe] in Verbindung mit § 26 SGB IX [Leistungen zur medizinischen Rehabilitation]

2.6 Rehabilitation

Die Rehabilitationsstatistik gibt Auskunft über die Fälle nach Trägern der Finanzierung. Dies ist nur ein mittelbarer Indikator, der keine Aussagen über den Anteil an der finanziellen Zuständigkeit zulässt. Zumindest zeichnet sich ein recht klares Bild, dass 92% aller Reha-Fälle in die Zuständigkeit der GRV und der GKV fallen.

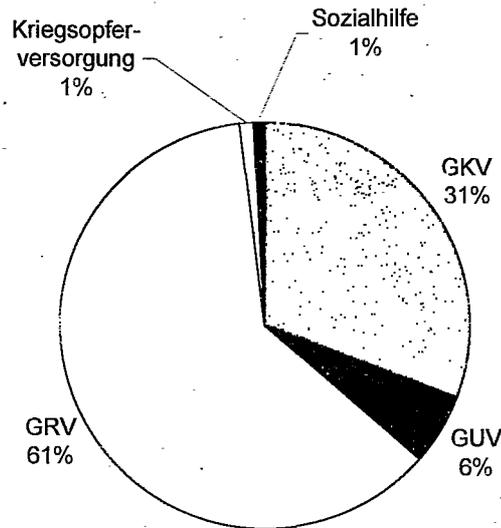


Abb. 6: Anteil der Rehabilitationsfälle nach Trägern 1995 [3] ²⁴

2.6.1 Definition

Rehabilitation beinhaltet alle Maßnahmen medizinischer, beruflicher und sozialer Art, die erforderlich sind, um dem behinderten Menschen die bestmöglichen körperlichen, seelischen und sozialen Bedingungen zu schaffen. Diese sollen ihn befähigen, aus eigener Kraft einen möglichst normalen Platz in der Gesellschaft zu behalten oder wiederzube-kommen [26] Rehabilitation umfasst die folgenden Bereiche: medizinische Rehabilitation, berufliche Rehabilitation (Teilhabe am Arbeitsleben) und soziale Rehabilitation (Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft).

Die Rehabilitationsleistungen gliedern sich in die Leistungsarten medizinische, berufliche und soziale Rehabilitation. Das Rehabilitationswesen wurde mit dem Inkrafttreten des Neunten Buches des Sozialgesetzbuchs Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen erheblich reformiert. Die Leistungen zur beruflichen Rehabilitation wurden in Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und die Leistungen zur sozialen Rehabilitation in Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft umbenannt. Damit soll die Anlehnung an das Konzept der Weltgesundheitsorganisation zum Ausdruck gebracht werden. Die Ermöglichung eines selbstbestimmten Lebens für Behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen wird in den Mittelpunkt des Gesetzes gestellt (Bundestagsdrucksache 14/5074). Mit Ausnahme von geringen Verbesserungen, änderte diese Umbenennung in materieller Hinsicht bislang jedoch nur wenig.

²⁴ 1995 ist das letzte Berichtsjahr der Rehabilitationsstatistik.

Rehabilitation und Tertiärprävention werden oft begrifflich gleichgesetzt. Es besteht jedoch ein Unterschied insofern, als dass die Rehabilitation auf die Wiedereingliederung abzielt, während die Tertiärprävention auf die Vermeidung von Folgeerkrankungen fokussiert.

2.6.2 Arten der Rehabilitation

2.6.2.1 Medizinische Rehabilitation

Die medizinische Rehabilitation erfolgt bei Gesundheitsschäden mit funktionalen Einschränkungen. Ziel ist die Heilung oder die Linderung von Krankheiten oder die Prävention von Folgeerkrankungen. Die medizinische Rehabilitation ist die Basis für weiterführende (schulische, berufliche, soziale) Maßnahmen zur Wiedereingliederung [7]. Sie kann in ambulanter, stationärer und teilstationärer Form erbracht werden. Eine Sonderform der medizinischen Rehabilitation ist die so genannte Anschlussheilbehandlung (AHB). Als AHB werden ambulante/teilstationäre und stationäre Leistungen zur Rehabilitation bezeichnet, die sich **unmittelbar** oder im engen zeitlichen Zusammenhang an eine Krankenhausbehandlung anschließen. Die Dauer der AHB ist abhängig von der Indikation und dem Rehabilitationsverlauf. AHB werden typischerweise nach Herzinfarkt, Wirbelsäulenoperationen, nach Amputationen oder akuten Gelenkrheumaschüben verordnet.

2.6.2.2 Teilhabe am Arbeitsleben (früher: Berufliche Rehabilitation)

Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sollen bei geminderter Erwerbsfähigkeit eine adäquate Berufstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt oder in einer Werkstatt für Behinderte ermöglichen. Eine finanzielle Unabhängigkeit und ein angemessener Lebensstandard soll erreicht werden.

2.6.2.3 Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (früher: Soziale Rehabilitation)

Die soziale Rehabilitation soll dem Rehabilitanden einen angemessenen Platz in der Gesellschaft ermöglichen. Ziel ist die Wiedereingliederung in das familiäre, berufliche, politische und kulturelle Leben.

Aus dieser Überblicksdarstellung ergibt sich nun unter Berücksichtigung der übergeordneten Leistungsarten (medizinische Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft) folgende Finanzierungsquellen für die verschiedenen Leistungsarten. Im Rahmen dieses Gutachtens kann nicht erläutert werden, welcher Träger in welchen Fällen zuständig ist. Der Hinweis soll genügen, dass die bei weitem größten Träger der medizinischen Rehabilitation die Träger der GRV und der GKV sind und dass der bei weitem größte Träger der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben die BA ist. Bei den Rehabilitationseinrichtungen gibt es keine duale Finanzierung, d.h. auch die Investitionskosten werden von den Rehabilitationsträgern übernommen.

Tab. 7: Finanzierung der Rehabilitation nach Leistungsarten und Trägern

Leistungsart	Träger der/des							übrige Finanzierung
	AFG	GKV	GRV	GUV	KJHG	BSHG	BVG	
Medizinische Rehabilitation		X	X	X	X	X	X	
Teilhabe am Arbeitsleben (vormals: Berufliche Rehabilitation)	X	(X) ²⁵	X	X	X	X	X	
Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (vormals: Soziale Rehabilitation)				X	X	X	X	
Medizinische Rehabilitation für Mütter		X						
Niederschwellige Angebote für psychisch kranke Menschen						X ²⁶		X ²⁷

2.6.3 Leistungen zur Rehabilitation im Einzelnen

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation²⁸

Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe, soweit deren Leistungen unter ärztlicher Aufsicht oder auf ärztliche Anordnung ausgeführt werden

- § 27 SGB V [Krankenbehandlung]
- § 9 SGB VI [Aufgabe der Leistungen zur Teilhabe]
- § 15 SGB VI [Leistungen zur medizinischen Rehabilitation] in Verbindung mit § 26 SGB IX [Leistungen zur medizinischen Rehabilitation]
- § 27 SGB VII [Umfang der Heilbehandlung] in Verbindung mit § 26 Abs. 2 Nr. 1 und 3-7 und Abs. 3 des SGB IX [Leistungen zur medizinischen Rehabilitation]
- § 11 BVG [Umfang/Voraussetzungen der Heilbehandlung]
- § 40 BSHG [Leistungen der Eingliederungshilfe] Verbindung mit § 26 SGB IX [Leistungen zur medizinischen Rehabilitation]

²⁵ Betrifft nur die Rehabilitation für psychisch Kranke (RPK), die auch von der GKV finanziert wird.

²⁶ Für Tagesstätten wird zunehmend eine Regelfinanzierung durch die Landeswohlfahrtsverbände (z.B. in Baden Württemberg) gewährt.

²⁷ Spenden, Stiftungen, Mitgliedsbeiträge

²⁸ Nach § 32 SGB XI kann auch die SPV medizinische Leistungen zur Rehabilitation erbringen, dies aber nur ausnahmsweise und vorläufig, wenn eine sofortige Leistungserbringung notwendig ist.

Zahnärztliche Behandlung:

- § 27 SGB V [Krankenbehandlung]
- § 15 SGB VI [Leistungen zur medizinischen Rehabilitation] in Verbindung mit § 26 SGB IX [Leistungen zur medizinischen Rehabilitation]
- § 27 SGB VII [Umfang der Heilbehandlung] in Verbindung mit § 26 Abs. 2 Nr. 1 und 3-7 und Abs. 3 des SGB IX [Leistungen zur medizinischen Rehabilitation]
- § 11 BVG [Umfang/Voraussetzungen der Heilbehandlung]
- § 40 BSHG [Leistungen der Eingliederungshilfe] in Verbindung mit § 26 SGB IX [Leistungen zur medizinischen Rehabilitation]

Psychotherapie:

- § 27 SGB V [Krankenbehandlung]
- § 15 SGB VI [Leistungen zur medizinischen Rehabilitation] in Verbindung mit § 26 SGB IX [Leistungen zur medizinischen Rehabilitation]
- § 27 SGB VII [Umfang der Heilbehandlung] in Verbindung mit § 26 Abs. 2 Nr. 1 und 3-7 und Abs. 3 des SGB IX [Leistungen zur medizinischen Rehabilitation]
- § 40 BSHG [Leistungen der Eingliederungshilfe] in Verbindung mit § 26 SGB IX [Leistungen zur medizinischen Rehabilitation]

Arznei- und Verbandmittel:

- § 31 SGB V [Arznei- und Verbandmittel]
- § 15 SGB VI [Leistungen zur medizinischen Rehabilitation] in Verbindung mit § 26 SGB IX [Leistungen zur medizinischen Rehabilitation]
- § 27 SGB VII [Umfang der Heilbehandlung] in Verbindung mit § 26 Abs. 2 Nr. 1 und 3-7 und Abs. 3 des SGB IX [Leistungen zur medizinischen Rehabilitation]
- § 11 BVG [Umfang/Voraussetzungen der Heilbehandlung]
- § 40 BSHG [Leistungen der Eingliederungshilfe] in Verbindung mit § 26 SGB IX [Leistungen zur medizinischen Rehabilitation]

Heilmittel:

- § 32 SGB V [Heilmittel], § 15 SGB VI [Leistungen zur medizinischen Rehabilitation] in Verbindung mit § 26 SGB IX [Leistungen zur medizinischen Rehabilitation]
- § 27 SGB VII [Umfang der Heilbehandlung] in Verbindung mit § 26 Abs. 2 Nr. 1 und 3-7 und Abs. 3 des SGB IX [Leistungen zur medizinischen Rehabilitation]
- § 11 BVG [Umfang/Voraussetzungen der Heilbehandlung]
- § 40 BSHG [Leistungen der Eingliederungshilfe] in Verbindung mit § 26 SGB IX [Leistungen zur medizinischen Rehabilitation]

Hilfsmittel sowie Körperersatzstücke:

- § 33 SGB V [Hilfsmittel], § 15 SGB VI [Leistungen zur medizinischen Rehabilitation] in Verbindung mit § 26 SGB IX [Leistungen zur medizinischen Rehabilitation]
- § 27 SGB VII [Umfang der Heilbehandlung] in Verbindung mit § 26 Abs. 2 Nr. 1 und 3-7 und Abs. 3 des SGB IX [Leistungen zur medizinischen Rehabilitation]

- § 40 BSHG [Leistungen der Eingliederungshilfe] in Verbindung mit § 26 SGB IX [Leistungen zur medizinischen Rehabilitation]

Krankenhausbehandlung:

- § 39 SGB V [Krankenhausbehandlung]
- § 15 Abs. 2 SGB VI [Leistungen zur medizinischen Rehabilitation] in Verbindung mit § 21 SGB IX [Verträge mit Leistungserbringern]
- § 11 BVG [Umfang/Voraussetzungen der Heilbehandlung]

Ambulante Rehabilitationsleistungen:

- § 40 SGB V [Leistungen zur medizinischen Rehabilitation]

Stationäre Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung:

- § 40 SGB V [Leistungen zur medizinischen Rehabilitation]
- § 15 SGB VI [Leistungen zur medizinischen Rehabilitation] in Verbindung mit § 26 SGB IX [Leistungen zur medizinischen Rehabilitation]
- § 33 SGB VII [Behandlung in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen]
- § 11 BVG [Umfang/Voraussetzungen der Heilbehandlung]

Belastungserprobung und Arbeitstherapie:

- § 42 SGB V [Belastungserprobung und Arbeitstherapie], § 9 SGB VI [Aufgabe der Leistungen zur Teilhabe] in Verbindung mit § 26 SGB IX [Leistungen zur medizinischen Rehabilitation]
- § 27 SGB VII [Umfang der Heilbehandlung] in Verbindung mit § 26 Abs. 2 Nr. 1 und 3-7 und Abs. 3 des SGB IX [Leistungen zur medizinischen Rehabilitation]
- § 11 BVG [Umfang/Voraussetzungen der Heilbehandlung]
- § 40 BSHG [Leistungen der Eingliederungshilfe] in Verbindung mit § 26 SGB IX [Leistungen zur medizinischen Rehabilitation]

Stufenweise Wiedereingliederung:

- § 74 SGB V [Stufenweise Wiedereingliederung], § 15 SGB VI [Leistungen zur medizinischen Rehabilitation] in Verbindung mit § 28 SGB IX [Stufenweise Wiedereingliederung]

Medizinische Rehabilitation für Mütter:

- § 41 SGB V [Medizinische Rehabilitation für Mütter] (wird nur von der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht)

Früherkennung und Frühförderung/heilpädagogische Leistungen:

- § 43a SGB V [Nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen]
- § 40 BSHG [Leistungen der Eingliederungshilfe] in Verbindung mit § 26 SGB IX [Leistungen zur medizinischen Rehabilitation]

Förderung der Selbsthilfe

- § 15 SGB VI [Leistungen zur medizinischen Rehabilitation] in Verbindung mit § 29 SGB IX [Förderung der Selbsthilfe]
- § 27 SGB VII [Umfang der Heilbehandlung] in Verbindung mit § 26 Abs. 2 Nr. 1 und 3-7 und Abs. 3 des SGB IX [Leistungen zur medizinischen Rehabilitation]

- § 40 BSHG [Leistungen der Eingliederungshilfe] in Verbindung mit § 26 SGB IX [Leistungen zur medizinischen Rehabilitation]

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Rehabilitation) Insbesondere:

Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes, einschließlich Leistungen zur Beratung und Vermittlung, Trainingsmaßnahmen und Mobilitätshilfen

- § 3 SGB III [Leistungen der Arbeitsförderung] in Verbindung mit den §§ 33-54 SGB IX [Kap. 5: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben]
- § 16 SGB VI [Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben] in Verbindung mit den §§ 33-38 und 40 SGB IX
- § 35 SGB VII [Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben] in Verbindung mit den §§ 33-38,40,41 SGB IX
- § 40 BSHG [Leistungen der Eingliederungshilfe] in Verbindung mit § 33 SGB IX [Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben]
- § 26 BVG in Verbindung mit den §§ 33-38 und 40 SGB IX

Berufsvorbereitung einschließlich einer wegen der Behinderung erforderlichen Grundausbildung

- § 3 SGB III [Leistungen der Arbeitsförderung] in Verbindung mit den §§ 33-54 SGB IX [Kap. 5: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben]
- § 16 SGB VI [Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben] in Verbindung mit den §§ 33-38 und 40 SGB IX
- § 35 SGB VII [Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben] in Verbindung mit den §§ 33-38, 40, 41 SGB IX
- § 40 BSHG [Leistungen der Eingliederungshilfe] in Verbindung mit § 33 SGB IX [Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben]
- § 26 BVG in Verbindung mit den §§ 33-38 und 40 SGB IX

Berufliche Anpassung und Weiterbildung, auch soweit die Leistungen einen zur Teilnahme erforderlichen schulischen Abschluss einschließen

- § 3 SGB III [Leistungen der Arbeitsförderung] in Verbindung mit den §§ 33-54 SGB IX [Kap. 5: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben]
- § 16 SGB VI [Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben] in Verbindung mit den §§ 33-38 und 40 SGB IX
- § 35 SGB VII [Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben] in Verbindung mit den §§ 33-38, 40, 41 SGB IX
- § 40 BSHG [Leistungen der Eingliederungshilfe] in Verbindung mit § 33 SGB IX [Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben]
- § 26 BVG in Verbindung mit den §§ 33-38 und 40 SGB IX

Berufliche Ausbildung, auch soweit die Leistungen in einem zeitlich nicht überwiegenden Abschnitt schulisch durchgeführt werden

- § 3 SGB III [Leistungen der Arbeitsförderung] in Verbindung mit den §§ 33-54 SGB IX [Kap. 5: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben]

- § 16 SGB VI [Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben] in Verbindung mit den §§ 33-38 und 40 SGB IX
- § 35 SGB VII [Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben] in Verbindung mit den §§ 33-38, 40, 41 SGB IX
- § 40 BSHG [Leistungen der Eingliederungshilfe] in Verbindung mit § 33 SGB IX [Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben]
- § 26 BVG in Verbindung mit den §§ 33-38 und 40 SGB IX

Sonstige Hilfen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben, um behinderten Menschen eine angemessene und geeignete Beschäftigung oder eine selbständige Tätigkeit zu ermöglichen und zu erhalten

- § 3 SGB III [Leistungen der Arbeitsförderung] in Verbindung mit den §§ 33-54 SGB IX [Kap. 5: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben]
- § 16 SGB VI [Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben] in Verbindung mit den §§ 33-38 und 40 SGB IX
- § 35 SGB VII [Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben] in Verbindung mit den §§ 33-38, 40, 41 SGB IX
- § 40 BSHG [Leistungen der Eingliederungshilfe] in Verbindung mit § 33 SGB IX [Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben]
- § 26 BVG in Verbindung mit den §§ 33-38 und 40 SGB IX

Medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen

- § 3 SGB III [Leistungen der Arbeitsförderung] in Verbindung mit den §§ 33-54 SGB IX [Kap. 5: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben]
- § 16 SGB VI [Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben] in Verbindung mit den §§ 33-38 und 40 SGB IX
- § 35 SGB VII [Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben] in Verbindung mit den §§ 33-38, 40, 41 SGB IX
- § 40 BSHG [Leistungen der Eingliederungshilfe] in Verbindung mit § 33 SGB IX [Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben]
- § 26 BVG in Verbindung mit den §§ 33-38 und 40 SGB IX

Kraftfahrzeughilfe

- § 3 SGB III [Leistungen der Arbeitsförderung] in Verbindung mit den §§ 33-54 SGB IX [Kap. 5: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben]
- § 16 SGB VI [Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben] in Verbindung mit den §§ 33-38 und 40 SGB IX, § 35 SGB VII [Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben] in Verbindung mit den §§ 33-38, 40, 41 SGB IX
- § 40 BSHG [Leistungen der Eingliederungshilfe] in Verbindung mit § 33 SGB IX [Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben]
- § 26 BVG in Verbindung mit den §§ 33-38 und 40 SGB IX

Arbeitsassistenz

- § 3 SGB III [Leistungen der Arbeitsförderung] in Verbindung mit den §§ 33-54 SGB IX [Kap. 5: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben]
- § 16 SGB VI [Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben] in Verbindung mit den §§ 33-38 und 40 SGB IX
- § 35 SGB VII [Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben] in Verbindung mit den §§ 33-38, 40, 41 SGB IX
- § 40 BSHG [Leistungen der Eingliederungshilfe] in Verbindung mit § 33 SGB IX [Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben]
- § 26 BVG in Verbindung mit den §§ 33-38 und 40 SGB IX

Ausbildungszuschüsse zur betrieblichen Ausführung von Bildungsleistungen

- § 3 SGB III [Leistungen der Arbeitsförderung] in Verbindung mit den §§ 33-54 SGB IX [Kap. 5: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben]
- § 16 SGB VI [Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben] in Verbindung mit den §§ 33-38 und 40 SGB IX
- § 35 SGB VII [Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben] in Verbindung mit den §§ 33-38, 40, 41 SGB IX
- § 40 BSHG [Leistungen der Eingliederungshilfe] in Verbindung mit § 33 SGB IX [Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben]
- § 26 BVG in Verbindung mit den §§ 33-38 und 40 SGB IX

Eingliederungszuschüsse

- § 3 SGB III [Leistungen der Arbeitsförderung] in Verbindung mit den §§ 33-54 SGB IX [Kap. 5: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben]
- § 16 SGB VI [Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben] in Verbindung mit den §§ 33-38 und 40 SGB IX
- § 35 SGB VII [Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben] in Verbindung mit den §§ 33-38, 40, 41 SGB IX
- § 40 BSHG [Leistungen der Eingliederungshilfe] in Verbindung mit § 33 SGB IX [Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben]
- § 26 BVG in Verbindung mit den §§ 33-38 und 40 SGB IX

Zuschüsse für Arbeitshilfen im Betrieb

- § 3 SGB III [Leistungen der Arbeitsförderung] in Verbindung mit den §§ 33-54 SGB IX [Kap. 5: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben]
- § 16 SGB VI [Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben] in Verbindung mit den §§ 33-38 und 40 SGB IX
- § 35 SGB VII [Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben] in Verbindung mit den §§ 33-38, 40, 41 SGB IX
- § 40 BSHG [Leistungen der Eingliederungshilfe] in Verbindung mit § 33 SGB IX [Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben]
- § 26 BVG in Verbindung mit den §§ 33-38 und 40 SGB IX

Teilweise oder volle Kostenerstattung für eine befristete Probebeschäftigung

- § 3 SGB III [Leistungen der Arbeitsförderung] in Verbindung mit den §§ 33-54 SGB IX [Kap. 5: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben]
- § 16 SGB VI [Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben] in Verbindung mit den §§ 33-38 und 40 SGB IX
- § 35 SGB VII [Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben] in Verbindung mit den §§ 33-38, 40, 41 SGB IX
- § 40 BSHG [Leistungen der Eingliederungshilfe] in Verbindung mit § 33 SGB IX [Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben]
- § 26 BVG in Verbindung mit den §§ 33-38 und 40 SGB IX

Leistungen im Eingangsverfahren und Berufsbildungsbereich der Werkstätten für behinderte Menschen

- § 3 SGB III [Leistungen der Arbeitsförderung] in Verbindung mit den §§ 33-54 SGB IX [Kap. 5: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben]
- § 16 SGB VI [Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben] in Verbindung mit den §§ 33-38 und 40 SGB IX
- § 35 SGB VII [Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben] in Verbindung mit den §§ 33-38, 40, 41 SGB IX
- § 40 BSHG [Leistungen der Eingliederungshilfe] in Verbindung mit § 33 SGB IX [Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben]
- § 26 BVG in Verbindung mit den §§ 33-38 und 40 SGB IX

Leistungen im Eingangsverfahren und Berufsbildungsbereich der Werkstätten für behinderte Menschen

- § 3 SGB III [Leistungen der Arbeitsförderung] in Verbindung mit den §§ 33-54 SGB IX [Kap. 5: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben]
- § 16 SGB VI [Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben] in Verbindung mit den §§ 33-38 und 40 SGB IX
- § 35 SGB VII [Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben] in Verbindung mit den §§ 33-38, 40, 41 SGB IX
- § 40 BSHG [Leistungen der Eingliederungshilfe] in Verbindung mit § 33 SGB IX [Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben]
- § 26 BVG in Verbindung mit den §§ 33-38 und 40 SGB IX
- Rehabilitation für psychisch Kranke (RPK)
- Empfehlungsvereinbarung (1986) zwischen den Spitzenverbänden der Rentenversicherer, Arbeitsverwaltung und Krankenversicherer auf der Basis der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation

Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (soziale Rehabilitation)

Hilfsmittel und Hilfen, die nicht in § 31 [Hilfsmittel] und § 33 SGB IX [Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben] genannt sind

- § 40 BSHG [Leistungen der Eingliederungshilfe] in Verbindung mit § 55 SGB IX [Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft]

Heilpädagogische Leistungen

- § 40 BSHG [Leistungen der Eingliederungshilfe] in Verbindung mit § 55 SGB IX [Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft]

Hilfen zum Erwerb praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten

- § 40 BSHG [Leistungen der Eingliederungshilfe] in Verbindung mit § 55 SGB IX [Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft]

Hilfen zur Verständigung mit der Umwelt

- § 40 BSHG [Leistungen der Eingliederungshilfe] in Verbindung mit § 55 SGB IX [Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft]

Hilfen bei der Beschaffung, Ausstattung und Erhaltung einer Wohnung

- § 40 BSHG [Leistungen der Eingliederungshilfe] in Verbindung mit § 55 SGB IX [Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft]

- § 27c BVG

Hilfen zum selbstbestimmten Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten

- § 40 BSHG [Leistungen der Eingliederungshilfe] in Verbindung mit § 55 SGB IX [Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft]

Hilfen zur Teilhabe am gesellschaftlichen und kulturellen Leben

- § 40 BSHG [Leistungen der Eingliederungshilfe] in Verbindung mit § 55 SGB IX [Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft]

Weitere Leistungen der Eingliederungshilfe

- § 40 BSHG [Leistungen der Eingliederungshilfe] in Verbindung mit § 55 SGB IX [Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft] (BAR 2001)

Wohn- und Übergangsheime, therapeutische Wohngemeinschaften für psychisch Kranke²⁹

- § 100 BSHG [Sachliche Zuständigkeit des überörtlichen Trägers] in Verbindung mit § 39 BSHG [Personenkreis und Aufgabe]³⁰

niederschwellige Angebote für psychisch kranke Menschen: Tagesstätten, Patientenclubs, Begegnungsstätten, Kontaktstellen

Keine Gesetzesgrundlage. Die niederschweligen Angebote entstehen aus Initiativen unterschiedlichster Akteure mit unterschiedlichsten Trägerschaften heraus.

²⁹ Übergangsheime, Langzeitwohnheime und betreutes Wohnen werden als soziale Rehabilitation unter dem Titel "Hilfen zum selbstbestimmten Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten (§ 40 BSHG in Verbindung mit § 55 SGB IX)" verstanden. Hierfür müssen seitens der Bewohner entweder private Mittel oder Sozialhilfe nach § 97 BSHG (örtliche Zuständigkeit) aufgewendet werden.

³⁰ Wohnheime für psychisch kranke Menschen fallen in die Zuständigkeit der Länder, während betreute Wohnmöglichkeiten der Verantwortung der Kommunen unterliegt. Zunehmend etablieren sich gemeinsame Budgets der kommunalen- und Landeswohlfahrtsträger zur besseren Koordinierung dieser Wohnformen.

2.7 Pflege

2.7.1 Definition

„Pflege besteht darin, dem kranken oder auch gesunden Individuum bei der Verrichtung von Aktivitäten zu helfen, die seiner Gesundheit oder der Wiederherstellung seiner Gesundheit oder auch einem friedlichen Sterben förderlich sind“ [27].

2.7.2 Pflegearten

Pflege wird als Grund- und Behandlungspflege erbracht. Zur Grundpflege gehört beispielsweise Waschen, Baden, Betten, Mund-, Haar- und Nagelpflege, während Behandlungspflege z.B. Verbandwechsel oder Injektionen umfasst. Pflege wird in verschiedenen Kombinationen als Kranken-, Alten-, Haus- und Familienpflege geleistet [7]. Es ist zwischen häuslicher bzw. ambulanter Pflege einerseits und stationärer Pflege bzw. Heimpflege andererseits zu unterscheiden. Bei der häuslichen Pflege gewähren manche Sozialleistungsträger Kurzzeitpflege in vollstationären Einrichtungen für Übergangszeiten oder sonstige Krisensituationen. Teilstationäre Pflege wird in Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege erbracht, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann. In stationären Hospizen wird palliativ-medizinische Versorgung erbracht.

Tab. 8: Finanzierung der Pflege und Hospize nach Leistungsarten und Trägern

Leistungsarten	Träger der/des				
	GKV	GUV	SPV	BSHG	BVG
Häusliche (Kranken)pflge	X ³¹	X ³²	X	X	X
Kurzzeitpflege			X	X	X
Teilstationäre Pflege			X	X	X
Stationäre Pflege/Heimpflege			X	X	X
Stationäre Hospize	X			X	

³¹ Die gesetzliche Krankenversicherung übernimmt die Kosten für häusliche Krankenpflege nur, wenn Krankenhauspflege geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird (§ 37 SGB V).

³² Die gesetzliche Unfallversicherung übernimmt die Kosten für häusliche Krankenpflege nur, wenn Krankenhauspflege geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird (§ 32 SGB VII).

2.7.3 Leistungen zur Pflege im Einzelnen

Leistungen bei Pflegebedürftigkeit, insbesondere:

Häusliche (Kranken-)Pflege

- § 37 SGB V [Häusliche Krankenpflege]
- § 32 SGB VII [Häusliche Krankenpflege]
- §§ 36-40 SGB XI [Leistungen bei häuslicher Pflege]
- § 69 BSHG [Häusliche Pflege]
- § 26c BVG

Kurzzeitpflege

- § 42 SGB XI [Kurzzeitpflege]
- § 68 BSHG [Inhalt]
- § 26c BVG

Teilstationäre Pflege

- § 41 SGB XI [Tagespflege und Nachtpflege]
- § 68 BSHG [Inhalt]
- § 26c BVG

Stationäre Pflege/Heimpflege

- § 43 SGB XI [Inhalt der Leistung]
- § 68 BSHG [Inhalt]
- § 26c BVG
- Stationäre Hospize
- § 39a SGB V [Stationäre und ambulante Hospizleistungen]
- § 38 BSHG [Leistungserbringung, Vergütung, Fahrkosten]

Darüber hinaus existieren folgende Leistungsarten bei Pflegebedürftigkeit:

Pflegesachleistung

- (§ 36 SGB XI)
- (§ 68 BSHG)

Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen

- (§ 37 SGB XI)

Kombination von Geldleistung und Sachleistung

- (§ 38 SGB XI)

Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson

- (§ 39 SGB XI)

Pflegehilfsmittel und technische Hilfen

- (§ 40 SGB XI)
- (§ 68 BSHG)

Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen

- (§ 44 SGB XI)

Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

- (§ 45 SGB XI)

Solange Versicherte infolge eines Versicherungsfalles der GUV so hilflos sind, dass sie für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in erheblichem Umfang der Hilfe bedürfen, wird Pflegegeld gezahlt, eine Pflegekraft gestellt oder Heimpflege gewährt (§ 44 SGB VII).

Die Leistung in Bezug auf stationäre Hospize besteht in einem Zuschuss zu stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen, in denen palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, wenn eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie des Versicherten nicht erbracht werden kann (§ 39a SGB V, § 38 BSHG).

3 Politische Zuständigkeiten nach Rechtssystematik und Sektoren des Versorgungskontinuums

3.1 Einleitung

In diesem Kapitel wird die Analyse der politischen Zuständigkeit für die Gesundheitsversorgung in Deutschland von zwei Seiten angegangen. Zunächst soll, nach einer einleitenden Definition des Begriffs „politische Zuständigkeit“, die Fragestellung vom Ausgangspunkt der Rechtssystematik angegangen werden. Die Fragestellung lautete dementsprechend: welche Institutionen haben welche politischen Zuständigkeiten für die Gesundheitsversorgung in Deutschland? In einem zweiten Schritt bildet das Versorgungskontinuum (vgl. Abbildung 2) den Ausgangspunkt. Die Fragestellung lautet: In welchen Versorgungsbereichen (Gesundheitsförderung, Prävention, Früherkennung etc.) sind welche Institutionen politisch zuständig. Während die Beantwortung der ersten Frage Aufschluss über die Kompetenz der jeweiligen Instanzen gibt, beleuchtet die Beantwortung der zweiten Fragestellung die für die Versorgungsbereiche spezifischen Abgrenzungen und Verflechtungen der politischen Zuständigkeit.

3.2 Begriffsbestimmung

Der Begriff „politische Zuständigkeit“ für die Gesundheitsversorgung in Deutschland ist gesetzlich nicht fixiert und bedarf für die weitere Bearbeitung der Fragestellung einer Begriffsbestimmung. Zwei Definitionsmöglichkeiten lassen sich unterscheiden. Zum einen kann „politische Zuständigkeit“ im engeren Sinne verstanden werden. Dann sind darunter ausschließlich die Institutionen zu fassen, die über gesetzgeberische Kompetenzen verfügen. Für Deutschland sind dies der Bund, die Länder und in eingeschränktem Umfang die Europäische Gemeinschaft. Wird der Begriff der politischen Zuständigkeit weiter gefasst, im Sinne einer eigenständigen Definition und Erfüllung von öffentlichen Aufgaben oder der weitreichenden Erledigung von öffentlichen bzw. hoheitlichen Aufgaben auch durch nicht-staatliche bzw. staatsmittelbare Institutionen, so ist in Teilfunktionen die kommunale Selbstverwaltung, aber auch die Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) mit einzubeziehen. Beide Definitionen schließen sich nicht notwendiger Weise aus. Da wichtige politische Entscheidungen für die Gesundheitsversorgung in Deutschland sowohl in den Kommunen als auch in der Selbstverwaltung der GKV vollzogen werden, erscheint eine Auslassung dieser Dimension der politischen Zuständigkeit als unangemessen. Zumal der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in der Vergangenheit als „kleiner Gesetzgeber“ bezeichnet wurde [28] und gegenwärtig juristische Auseinandersetzungen gerade um diese Kompetenzen geführt werden.

3.3 Politische Zuständigkeiten aus dem Blickwinkel der Rechtssystematik

3.3.1 Das Grundgesetz als Dreh- und Angelpunkt der Kompetenzzuweisung

Dreh- und Angelpunkt der Zuschreibung von politischen Zuständigkeiten für die Gesundheitsversorgung in Deutschland ist das Grundgesetz. Durch die ausschließliche, die konkurrierende und die Rahmengesetzgebung ist die Gesetzgebungskompetenz zwischen Bund und Ländern geregelt. Ebenso werden im Grundgesetz die Prinzipien der Zuständigkeiten der Kommunen festgelegt sowie das europäische Recht im deutschen verankert.

3.3.2 Gesetzgebungskompetenz Bund und Länder

Die Ausübung der staatlichen Befugnisse und die Erfüllung der staatlichen Aufgaben ist nach Art. 30 GG Sache der Länder, soweit das Grundgesetz keine anderen Regelungen trifft oder zulässt. Diese anderen Regelungen werden durch die ausschließliche Gesetzgebung, die konkurrierende Gesetzgebung und die Rahmengesetzgebung vorgenommen [9].

Die ausschließliche Gesetzgebung definiert die Kompetenzen, die exklusiv dem Bund vorbehalten sind.³³ Unmittelbare Bedeutung für die Gesundheitsversorgung in Deutschland haben die Gegenstände der ausschließlichen Gesetzgebung nicht. Bestenfalls die Statistik für Bundeszwecke Art. 73 Abs. 11 GG mag Berührungspunkte aufweisen.

Im Fall der konkurrierenden Gesetzgebung können die Bundesländer lediglich Bereiche gesetzlich regeln, die durch das entsprechende Bundesgesetz nicht abgedeckt sind (Art. 72 Abs. 1 GG). Der Bund darf nur in den Fällen Gesetze erlassen, die eine bundeseinheitliche Regelung erfordern (Art. 72 Abs. 2 GG). Zu den Gegenständen der konkurrierenden Gesetzgebung, die für die Gesundheitsversorgung in Deutschland relevant sind, zählen

- die öffentliche Fürsorge (Art. 74 Abs.10 GG);
- die Versorgung der Kriegsbeschädigten und Kriegshinterbliebenen und die Fürsorge für die ehemaligen Kriegsgefangenen (Art 74 Abs.10 GG);

³³ Gegenstände der ausschließlichen Gesetzgebung nach Art. 73 GG: 1. die auswärtigen Angelegenheiten sowie die Verteidigung einschließlich des Schutzes der Zivilbevölkerung; 2. die Staatsangehörigkeit im Bund; 3. die Freizügigkeit, das Passwesen, die Ein- und Auswanderung und die Auslieferung; 4. das Währungs-, Geld- und Münzwesen, Maße und Gewichte sowie die Zeitbestimmung; 5. die Einheit des Zoll- und Handelsgebietes, die Handels- und Schifffahrtsverträge, die Freizügigkeit des Warenverkehrs und den Waren- und Zahlungsverkehr mit dem Ausland einschließlich des Zoll- und Grenzschutzes; 6. der Luftverkehr; 6a. der Verkehr von Eisenbahnen, die ganz oder mehrheitlich im Eigentum des Bundes stehen (Eisenbahnen des Bundes), der Bau, die Unterhaltung und das Betreiben von Schienenwegen der Eisenbahnen des Bundes sowie die Erhebung von Entgelten für die Benutzung dieser Schienenwege; 7. das Postwesen und die Telekommunikation; 8. die Rechtsverhältnisse der im Dienste des Bundes und der bundesunmittelbaren Körperschaften des öffentlichen Rechtes stehenden Personen; 9. der gewerbliche Rechtsschutz, das Urheberrecht und das Verlagsrecht; 10. die Zusammenarbeit des Bundes und der Länder a) in der Kriminalpolizei, b) zum Schutze der freiheitlichen demokratischen Grundordnung, des Bestandes und der Sicherheit des Bundes oder eines Landes (Verfassungsschutz) und c) zum Schutze gegen Bestrebungen im Bundesgebiet, die durch Anwendung von Gewalt oder darauf gerichtete Vorbereitungshandlungen auswärtige Belange der Bundesrepublik Deutschland gefährden, sowie die Einrichtung eines Bundeskriminalpolizeiamtes und die internationale Verbrechensbekämpfung; 11. die Statistik für Bundeszwecke.

- [...] Schutz gegen Gefahren, die bei Freiwerden von Kernenergie oder durch ionisierende Strahlen entstehen [...](Art. 74 Abs. 11a GG)
- das Arbeitsrecht einschließlich [...] des Arbeitsschutzes [...] sowie die Sozialversicherung einschließlich der Arbeitslosenversicherung (Art. 74 Abs. 12 GG)
- die Maßnahmen gegen gemeingefährliche und übertragbare Krankheiten bei Menschen und Tieren, die Zulassung zu ärztlichen und anderen Heilberufen und zum Heilgewerbe, den Verkehr mit Arzneien, Heil- und Betäubungsmitteln und Giften (Art. 74 Abs. 19 GG)
- die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflegesätze (Art. 74 Abs. 19a GG)

Wenn die Länder dem Bund das Recht einer Rahmengesetzgebung zugestehen, behalten sie dennoch eine wesentliche legislative Mitbestimmung. Dies trifft insbesondere auf die Bereiche höhere Bildung, Naturschutz, Landschaftsgestaltung, Regionalplanung und Wasserwirtschaft zu. Die Länder können weiterhin alle nicht durch das Bundesgesetz geregelten Bereiche gestalten. So sind sie verantwortlich für Erziehung und Kultur als Ausdruck ihrer „Kulturhoheit“. Sie sind ebenfalls verantwortlich für die Festlegung der Befugnisse der Landesregierung und der Polizei [9].

Daneben hat der Bund das Recht, Bundesoberbehörden zu errichten, solange dies für die Erledigung der Aufgaben notwendig ist.

Der Bund hat insgesamt von der konkurrierenden Gesetzgebung intensiv Gebrauch gemacht. Dies trifft auch für die gesundheitliche Versorgung in Deutschland zu, die maßgeblich durch die wohlfahrtsstaatlichen Aufgaben und die Sozialversicherung erbracht werden. Damit liegen Kernkompetenzen – und nicht zuletzt große Teile des für die Gesundheitsversorgung relevanten Sozialbudgets - in der politischen Zuständigkeit des Bundes.

Die eigentliche Stärke der Bundesländer liegt in ihrer Teilnahme am Gesetzgebungsprozess des Bundes durch den Bundesrat. Die gesamte innere Verwaltung liegt in ihren Händen und ihre Verwaltungen setzen die meisten Bundesgesetze und Rechtsverordnungen um.

3.3.3 Die EG

Der gesundheitspolitischen Zuständigkeit der Europäischen Gemeinschaft³⁴ sind rechtlich enge Grenzen gesetzt. Zwar gab es schon lange eine Reihe gesundheitsbezogener Maßnahmen, jedoch erst mit dem Vertrag von Maastricht wurde mit der Einführung des Art. 129 der EG eine ausdrückliche gesundheitspolitische Kompetenz zugewiesen. Um Art.

³⁴ Mit dem Vertrag von Maastricht wurde die Europäische Wirtschaftsgemeinschaft (EWG) in Europäische Gemeinschaft (EG) umbenannt. Zusammen mit der Europäischen Gemeinschaft für Kohle und Stahl (EGKS) und der European Atomic Energy Community (EURATOM) bilden sie die Europäischen Gemeinschaften. Die Europäische Staatengemeinschaft hat gemeinsame Institutionen wie das Europäische Parlament, die Kommission, den Rat, den Europäischen Gerichtshof. Die Europäische Union (EU) wiederum umspannt die Europäischen Gemeinschaften sowie die Gemeinsame Außen- und Sicherheitspolitik (GASP) und die Zusammenarbeit in den Bereich Justiz und Inneres.

129 zu konkretisieren und in operationalisierbare Programme überzuleiten, wurde von der Kommission ein Aktionsprogramm im Bereich der öffentlichen Gesundheit aufgelegt. Das Aktionsprogramm umfasste acht Einzelprogramme:³⁵

- Gesundheitsförderung
- Gesundheitsberichterstattung
- AIDS und andere übertragbare Krankheiten
- Krebs
- Seltene Krankheiten
- Verhütung von Verletzungen
- Umweltbedingte Krankheiten
- Suchtprävention

Aufgrund des begrenzten Budgets und der Vielzahl der Projekte hatten die meisten Maßnahmen im Rahmen des Aktionsprogramms eher initialisierende und unterstützende Wirkung. Vielfach wurde eine europaübergreifende Vernetzung von Einzelinitiativen oder Strukturen befördert.

Der neue Aktionsrahmen verzichtet auf die Definition einzelner Programme und setzt Schwerpunktthemen.

Während die politische Zuständigkeit der EG für die gesundheitliche Versorgung der Mitgliedstaaten sehr begrenzt ist, hat sich in den letzten Jahren wissenschaftlich belegen lassen, dass indirekt der Europäische Gründungsvertrag erhebliche Konsequenzen für die Gesundheitsversorgung der Mitgliedstaaten hat bzw. haben kann.

Zunächst zeigt sich, dass die so genannten vier Freiheiten, der freie Personen-, Waren-, Dienstleistungs- und Kapitalverkehr, die gleichzeitig die freie Mobilität von Ärzten, Pflegepersonal, Patienten, Arzneimitteln, Medizinprodukten und vielem andern mehr garantieren, Auswirkungen auf die Gesundheitswesen der Mitgliedstaaten haben. So ließ sich aufgrund einer Gesetzes- und Rechtsprechungsanalyse auf europäischer Ebene belegen, dass 233 Verordnungen, Richtlinien, Entscheidungen und Rechtssprüche sich explizit gleichzeitig auf die so genannten vier Freiheiten und Strukturen bzw. Prozesse der gesundheitlichen Versorgung beziehen. Vielfach waren diese Interventionen der Europäischen Ebene von marginaler Bedeutung. Jedoch hat sich in vergleichenden Studien gezeigt, dass sich dieser Strom der europäischen Rechtsetzung und Rechtsprechung im nationalen Recht in den Institutionen und z.T. auch in der unmittelbaren Versorgung niedergeschlagen hat.

Neben den vier Freiheiten spielt das Wettbewerbsrecht eine Rolle, das gegenwärtig als noch nicht ausgelotet gelten kann. Die besondere Bedeutung des europäischen Wettbe-

³⁵ Neben den 8 Programmteilen wurden Maßnahmen in den Bereichen Sicherheit von Blut und Blutprodukten, Berichte über den Gesundheitsstatus in der EU, Berichte zur Integration der Gesundheitserfordernisse in andere Politiken der Gemeinschaft, sowie verschiedene Studien zu vorrangigen Gesundheitsproblemen, Entwicklungen der Gesundheitssysteme und Meinungsumfragen. Ausserdem wurden eine Strategie und rechtliche Instrumente im Kampf gegen Tabakprodukte (z.B. Werbung) entwickelt, Untersuchungen zur öffentlichen Meinung durchgeführt, sowie ein Netzwerk zur Überwachung und Kontrolle von Infektionskrankheiten etabliert.

werbsrechts liegt darin, dass es unmittelbar für alle Mitgliedstaaten gilt, während in Deutschland der juristische Grundsatz gilt, dass da, wo es ein spezielles Sozialrecht gibt, das Wettbewerbsrecht nachrangig ist. In Konflikt mit dem europäischen Wettbewerbsrecht steht gegenwärtig die Festbetragsregelung, aber auch der Koordinierungsausschuss. Im Rahmen der Festbetragsregelung obliegt es den Krankenkassen, Obergrenzen für die maximale Erstattungshöhe von Arzneimitteln in den jeweiligen Festbetragsgruppen zu bestimmen. Nach Ansicht der Kläger und dem erstinstanzlichen Urteil des OLG Düsseldorf ist in diesem Fall das europäische Wettbewerbsrecht anzuwenden. Preisfestsetzungen sind jedoch nach dem Wettbewerbsrecht verboten. Der Gesetzgeber sah sich auf Grund dieses Sachverhalts gezwungen, zeitweilig die Festsetzung selbst vorzunehmen und die Rechtswegzuweisung zu verändern, um strittige Fragen, die das Wettbewerbsrecht betreffen, zukünftig vor Sozialgerichten zu verhandeln. Die Festbetragsregelung ist sicherlich kein Kernbestandteil der Selbstverwaltung. Wenn allerdings das Urteil Schule machen sollte, so sind auch der Koordinierungsausschuss, der Ausschuss Krankenhaus, der Bundesausschuss Ärzte und Krankenkassen und schlussendlich alle Kollektivverträge dem Generalverdacht der wettbewerbswidrigen Kartellbildung ausgesetzt.

Aber auch die Sozialpolitik, die im Rahmen der europäischen Integration vorangetrieben wurde, hat Auswirkungen auf die Gesundheitssysteme der Mitgliedstaaten. Direkt durch die Arbeitsschutzrichtlinien und indirekt beispielsweise durch Vorschriften zu Arbeitszeiten. So bleibt festzuhalten, dass die explizite Kompetenz der EG heute noch begrenzt ist. Mittelbar jedoch zeitigt die europäische Integration Auswirkung auf die Gesundheitsversorgung der Mitgliedstaaten.

3.3.4 Die Gemeinden

Die wesentliche Grundlage der politischen Zuständigkeit der Gemeinden ist im Art. 28 Abs. 2 GG verankert: „Den Gemeinden muß das Recht gewährleistet sein, alle Angelegenheiten der örtlichen Gemeinschaft im Rahmen der Gesetze in eigener Verantwortung zu regeln“. Somit besteht prinzipiell eine Allzuständigkeit der Gemeinden, die freilich durch das Grundgesetz begrenzt ist, indem das Recht auf Selbstverwaltung nur im Rahmen der Gesetze eingeräumt ist. Demnach sind die Aktivitäten der Gemeinden auf keine speziellen Aufgaben begrenzt, sondern sie können grundsätzlich auf jedem lokalen Gebiet tätig werden. Hinzu kommt, dass die Gemeinden nicht nur Aufgaben wahrnehmen, die ihnen ausdrücklich zugewiesen sind, sondern sie können auch neue Aufgaben definieren und aufgreifen. Allerdings sind die Gemeinden lediglich subsidiär zuständig, d.h. solange nicht andere Verwaltungsträger die Aufgabe übernommen haben [29].

Nach Gisevius [29] lassen sich vier kommunale Aufgabentypen unterscheiden:

- **Freiwillige Selbstverwaltungsaufgaben:** Die Gemeinde entscheidet eigenverantwortlich, ob und wie eine Aufgabe erledigt wird.
- **Selbstverwaltungspflichtaufgaben:** Die Erfüllung der Aufgabe ist vorgeschrieben, die Ausführungsmodalitäten sind der kommunalen Entscheidungskompetenz vorbehalten.

- **Aufgaben des übertragenen Wirkungskreises:** Die Gemeindeverwaltung handelt weisungsgebunden als Staatsverwaltung und vollzieht somit höhere Anordnungen in eigenem Namen.
- **Auftragsangelegenheiten:** Die Gemeinden werden als unterste staatliche Gliederung tätig.

Faktisch sind also im Sinne der politischen Zuständigkeit die Gemeinden nur bei den freiwilligen Selbstverwaltungsaufgaben tätig, da alle anderen bereits auf übergeordneter Ebene gesetzlich definiert sind. Auch bei den Selbstverwaltungspflichtaufgaben finden sich Bereiche, die die Gesundheitsversorgung betreffen können, wie z.B. im Rahmen der Jugendhilfe, der Sozialhilfe und der Schulträgerschaft. In der Vergangenheit ist es jedoch zu einer immer stärkeren Ausweitung der Selbstverwaltungspflichtaufgaben auf Kosten der freiwilligen Aufgaben gekommen [30].

Tab. 9: Systematik des Selbstverwaltungsrechts (nach [29])

Hoheiten	Erläuterung
Personalhoheit	Sie räumt den Gemeinden das Recht ein, das Personal auszuwählen, anzustellen zu befördern und zu entlassen.
Organisationshoheit	Sie umfasst das Recht zur eigenen Gestaltung der Verwaltungsorganisation.
Planungshoheit	Sie räumt den Gemeinden das Recht ein, Bauleitpläne (Flächennutzungs- und Bebauungspläne) in eigener Verantwortung aufzustellen, um das Gemeindegebiet zu ordnen und zu gestalten.
Rechtsetzungshoheit	Sie enthält das Recht, kommunale Satzungen zu erlassen.
Finanzhoheit	Sie gibt den Gemeinden das Recht zu eigenverantwortlicher Einnahmen- und Ausgabenwirtschaft.
Steuerhoheit	Sie räumt den Gemeinden das Recht zur Erhebung von Steuern ein (soweit dieses Recht nicht durch übergeordnete Gesetze zum Finanzausgleich wieder rückgängig gemacht wurde).

Die Wurzeln der kommunal verankerten modernen öffentlichen Gesundheitspflege reichen bis in das 19. Jahrhundert zurück. Eine zentrale Stellung in der kommunalen Gesundheitspolitik nimmt der ÖGD ein. Einerseits nehmen die Gesundheitsämter Aufgaben der staatlichen Gesundheitsaufsicht wahr, andererseits üben sie gesundheitsfördernde Gestaltungsfunktionen aus, wenngleich der erste Aufgabenkreis dominiert. Seit den 70er Jahren wird die kommunale Ebene verstärkt als ein wichtiges Handlungsfeld der Gesundheitsförderung wahrgenommen. Dies spiegelt sich u.a. in Projekten wie z.B. der Deutschen Herzkreislauf-Präventionsstudie mit ihrem gemeindebezogenen Präventionsansatz oder dem Forschungsverbund „Laienpotential, Patientenaktivierung und Gesundheitsselbsthilfe“ wider. Nicht zuletzt aufgrund dieser gemeindebezogenen Orientierung sind mittlerweile zahl-

reiche Landesgesetze für den ÖGD neu gefasst worden. Zu den prominenten Aktivitäten zählen auch die kommunale Gesundheitsberichterstattung als Planungsgrundlage sowie die Gesundheitsförderungskonferenzen [31]. Im Rahmen des Gesunde-Städte-Netzwerks, dem die Ottawa-Charta aus dem Jahre 1986 zugrunde liegt, wurden mittlerweile allein in Deutschland 45 Kommunen und 7 Berliner Bezirke vernetzt,³⁶ mit dem Ziel, das Leitbild der „Gesunden Stadt“ zu etablieren und gesundheitsfördernde Lebenswelten und Lebensweisen zu entwickeln [32]. Insbesondere in Nordrhein-Westfalen ist im Rahmen der ortsnahen Koordinierung [33] und der Gesundheitsförderung die Bedeutung der kommunalen Ebene hervorgehoben worden.

3.3.5 Die gemeinsame Selbstverwaltung im Gesundheitswesen: Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen, Ausschuss Krankenhaus und der Koordinierungsausschuss

In der Bundesrepublik Deutschland kommt der gemeinsamen Selbstverwaltung zwischen den Verbänden der Ärzte bzw. den Verbänden der Krankenhäuser und den Verbänden der gesetzlichen Krankenkassen eine zentrale Regulierungsfunktion zu. Das wichtigste Gremium im Bereich der niedergelassenen Ärzte ist der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (vgl. zum Folgenden [34]). Der Bundesausschuss setzt sich aus einem unparteiischen Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern, neun Vertretern der Ärzte, drei Vertretern der Ortskrankenkassen, zwei Vertretern der Ersatzkassen, je einem Vertreter der Betriebskrankenkassen, der Innungskrankenkassen, der landwirtschaftlichen Krankenkassen und der Bundesknappschaft zusammen § 91 Abs. 2 SGB V [Bundesausschüsse]. Insgesamt besteht der Bundesausschuss damit aus 21 Mitgliedern. Da das SGB V in Bezug auf die krankenversicherungsrechtlichen Ansprüche der Versicherten nur einen groben Rahmen vorgibt, kommt dem Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen die Funktion zu, die Konkretisierung dieses Anspruchrahmens vorzugeben. Dabei kommen verschiedene Rechtsetzungsinstrumente zur Anwendung:

1. Die Gesamtverträge, die zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen geschlossen werden. In den Gesamtverträgen wird die Höhe der Gesamtvergütung festgelegt.
2. Der Bundesmantelvertrag, der zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung geschlossen wird. Im Bundesmantelvertrag werden die Rechte und Pflichten der Vertragsärzte und der Versicherten festgelegt. Zudem sind die Richtlinien Bestandteil des Bundesmantelvertrags. Die Verabschiedung von Richtlinien durch den Bundesausschuss haben den Zweck, eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche ambulante Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Da die Richtlinien Bestandteil des Bundesmantelvertrags sind, ist der einzelne Vertragsarzt bei der Behandlung an diese Richtlinien gebunden.

³⁶ Stand Dezember 2001; <http://www.gesunde-staedte-netzwerk.de/>, aufgesucht am 30.04.2002.

Wie bereits weiter oben angegeben wurde der Bundesausschuss aufgrund dieser Normsetzungskompetenz als „kleiner Gesetzgeber“ [28] bezeichnet. Diese Kompetenz zur Normsetzung ist nicht unumstritten (s.u.). Der Bundesausschuss hat bisher 20 Richtlinien beschlossen (vgl. Tabelle im Anhang), die im Wesentlichen den Vorgaben des § 92 SGB V [Richtlinien der Bundesausschüsse] entsprechen. Danach sollen die Bundesausschüsse³⁷ Richtlinien über folgende Themenbereiche beschließen:³⁸

1. ärztliche Behandlung,
2. zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz sowie kieferorthopädische Behandlung,
3. Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten,
4. ärztliche Betreuung bei Schwangerschaft und Mutterschaft,
5. Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden,
6. Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, Krankenhausbehandlung, häuslicher Krankenpflege und Soziotherapie,
7. Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit,
8. Verordnung von im Einzelfall gebotenen medizinischen Leistungen und die Beratung über die medizinischen, berufsfördernden und ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation,
9. Bedarfsplanung,
10. medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft nach § 27a Abs. 1 SGB V,
11. Maßnahmen nach den §§ 24a SGB V [Empfängnisverhütung] und 24b SGB V [Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation]

In der Vergangenheit geriet der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen vermehrt ins Kreuzfeuer der Kritik, was vor allem mit seinen Kompetenzen, Leistungsausschlüsse vorzunehmen und Festbeträge festzusetzen, zu tun hat. Gegenwärtig ist eine Vorlage des Bundessozialgerichts an das Bundesverfassungsgericht zur Frage anhängig, ob dem Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen das in den §§ 35 und 36 SGB V eingeräumte Recht, für Arzneimittel bzw. Hilfsmittel Festbeträge festzusetzen, mit Art. 12, Art. 20 und Art. 80 GG vereinbar ist. Kritiker des Bundesausschusses leiten hier eine fragwürdige demokratische Legitimation des Bundesausschusses und seiner Kompetenz, Richtlinien für die vertragsärztliche Versorgung zu verabschieden, insgesamt ab (vgl. hierzu auch www.aktionsbuendnis.org).

³⁷ Strenggenommen gibt es zwei Bundesausschüsse, nämlich den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen und den Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen.

³⁸ Vgl. § 92 SGBV.

Mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 wurde die Selbstverwaltungsstruktur durch die Schaffung zweier neuer Gremien erheblich erweitert. Mit dem Ausschuss Krankenhaus wurde ein Äquivalent des Bundesausschusses für den stationären Sektor geschaffen, das allerdings nur mit der Kompetenz ausgestattet sein wird, Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus zu überprüfen. Kommt die Überprüfung zu einem negativen Ergebnis, so dürfen diese Leistungen nicht mehr zu Lasten der GKV im Krankenhaus erbracht werden. Der Ausschuss Krankenhaus besteht nach § 137c SGB V aus 21 Mitgliedern, davon neun Repräsentanten aus den gesetzlichen Krankenkassen, fünf Vertretern der Deutschen Krankenhausgesellschaft, vier Vertretern der Bundesärztekammer sowie dem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern (§ 137c SGB V).

Mit dem Koordinierungsausschuss wurde durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz zusätzlich ein neues Steuerungsgremium geschaffen, welches dazu dienen soll, eine sektorübergreifende Verzahnung zu gewährleisten und für eine einheitliche Methodik bei der Sichtung und Aufbereitung wissenschaftlichen Datenmaterials zur Bewertung von Wirksamkeit und Kosten medizinischer Diagnostik und Therapien zu sorgen [35]. Nach § 137e SGB V hat der Koordinierungsausschuss folgende Aufgaben: Er übernimmt die Geschäftsführung für die Bundesausschüsse und den Ausschuss Krankenhaus, er soll insbesondere auf der Grundlage evidenzbasierter Leitlinien die Kriterien für eine im Hinblick auf das diagnostische und therapeutische Ziel ausgerichtete zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung für mindestens zehn Krankheiten je Jahr beschließen, bei denen Hinweise auf unzureichende, fehlerhafte oder übermäßige Versorgung bestehen und deren Beseitigung die Morbidität und Mortalität der Bevölkerung nachhaltig beeinflussen kann. Zudem soll der Koordinierungsausschuss dem BMG geeignete chronische Krankheiten empfehlen, für die strukturierte Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme - DMP) entwickelt werden sollen. Bislang wurden vier Krankheiten ausgewählt, für die DMPs entwickelt werden sollen: Diabetes mellitus (Typ 1 und 2), koronare Herzkrankheit, beide unter besonderer Berücksichtigung von Bluthochdruck, chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen und Brustkrebs.

3.4 Politische Zuständigkeiten aus dem Blickwinkel der einzelnen Sektoren des Versorgungskontinuums

3.4.1 Politische Zuständigkeiten in der Gesundheitsförderung

3.4.1.1 Gesundheitliche Aufklärung

Die Hauptakteure der Gesundheitsförderung im Bereich der gesundheitlichen Aufklärung sind die Kassen, der ÖGD und die BZgA.

Da die Sozialversicherung Gegenstand der konkurrierenden Gesetzgebung des Bundes ist, unterliegen auch die gesundheitsförderlichen Aufgaben der Kassen vorerst der Regelungskompetenz des Bundes. So verpflichtet der Bundesgesetzgeber die Krankenkassen

und den ÖGD bspw. im SGB V zur Kooperation in der Gesundheitsförderung. Die Krankenkassen der GKV sind, wie alle Träger der Sozialversicherung, Selbstverwaltungskörperschaften des öffentlichen Rechts, die unter staatlicher Aufsicht organisatorisch und finanziell selbständig die ihnen staatlich zugewiesenen Aufgaben aus eigenem Recht (Satzung) durchführen [7]. Die Ausführungen des SGB, also z.B. auch einzelne Maßnahmen der Gesundheitsförderung, werden jedoch von der Selbstverwaltung der Kassen (z.B. in Vereinbarungen der Spitzenverbände) oder von der Gemeinsamen Selbstverwaltung der Kassen und Ärzte (z.B. in den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen) spezifiziert. Für Inhalte der Gesundheitsförderung bei den Ärzten sind insbesondere die Präventionsbeauftragten der Landesärztekammern und der Kassenärztlichen Vereinigungen zuständig [36].

Im Bereich des öffentlichen Gesundheitsdienstes obliegt die Zuständigkeit für die Gesundheitsfürsorge den Ländern. Die Aufgaben des ÖGD sind somit in den Bundesländern unterschiedlich geregelt. Maßgeblich für den ÖGD in den Ländern sind jedoch einmal das Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens (GesVG) von 1934 mit einigen Durchführungsverordnungen (DVO) und zum anderen eine Vielzahl von Spezialgesetzen.³⁹ In den meisten Ländern existieren mittlerweile eigene Gesundheitsdienstgesetze. Bei der BZgA handelt es sich um eine auf Grundlage des Grundgesetzes durch den Bund ernannte Bundesoberbehörde, die dem BMG nachgeordnet ist.

3.4.1.2 Individuelle Gesundheitsförderung

Hauptakteure der hier ausgewählten Maßnahmen der individuellen Gesundheitsförderung sind die Kassen und die niedergelassenen Ärzte. Für die politischen Zuständigkeiten gelten also dieselben Bedingungen, wie sie bei der gesundheitlichen Aufklärung umrissen sind. Die inhaltliche Ausgestaltung der Maßnahmen im Rahmen des § 20 SGB V wurde durch die Spitzenverbände der Krankenkassen vorgenommen [14]. Die Leistungen zur individuellen Gesundheitsförderung (z.B. Beratungsgespräche), die im Rahmen der ärztlichen Behandlung auf Grundlage des § 28 SGB V [Ärztliche und zahnärztliche Behandlung] erbracht werden, werden durch den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen festgelegt.

3.4.1.3 Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten

In den Kindertagesstätten (KiTas) sind die Erzieherinnen und Erzieher in Kooperation mit den Kommunen, dem ÖGD, der BZgA und den Kassen gesundheitsförderlich tätig. Gesetzgeberische Kompetenzen haben zum einen die Länder, die ihre jeweils eigenen KiTa-Gesetze verabschieden. In diesen wird Gesundheitsförderung jedoch in den seltensten Fällen näher umrissen; Erwähnung finden allenfalls Grundsätze zur allgemeinen Förderung der Persönlichkeit der Kinder, Anregung zur Entwicklung der Kreativität und Erlebnisfähigkeit etc. Die Länder haben auch über die Gesetzgebungskompetenz und Wei-

³⁹ Vgl. <http://www.wernerschell.de>.

sungsbefugnis für den ÖGD einen mittelbaren Einfluss auf die Gesundheitsförderung in KiTas. Zum anderen verfügt der Bund über gesetzgeberische Kompetenzen, z.B. bei den in einzelnen Fällen bestehenden Kooperationen mit Erziehungsberatungsstellen, die auf Grundlage des SGB VIII (KJHG) in KiTas tätig werden können. Träger des SGB VIII bzw. KJHG sind die Verbände der freien Wohlfahrtspflege und die Träger der öffentlichen Jugendpflege (Jugendämter). Für die gesundheitsförderlichen Tätigkeiten der BZgA und das - z.Zt. noch sehr vereinzelt vorkommende - gesundheitsförderliche Engagement der Kas- sen in KiTas gilt das bei der gesundheitlichen Aufklärung Gesagte.

3.4.1.4 Schulische Gesundheitsförderung

Für die Gesundheitsförderung in Schulen gilt, dass Bildung grundsätzlich der Länderhoheit obliegt. Die mit den Schulgesetzen der Länder vorgegebenen Bildungsziele werden durch die Lehrpläne, für die der Kultusminister des jeweiligen Landes zuständig ist, konkretisiert. Die Ausgestaltung des Unterrichts entlang der Rahmenrichtlinien und Lehrpläne geschieht durch die Konferenzen der Schulen bzw. die Lehrer selbst. Eine wichtige Rolle spielen weiterhin Rechtsvorschriften des Bundes und der Länder zum Bildungsrecht, Berichte und Empfehlungen der Kultusministerkonferenz (z.B. [15]) und seitens der supranationalen Ebene Empfehlungen des Europarates (z.B. zur „Gesundheitserziehung in Schulen einschließlich der Aus- und Fortbildung der Lehrer auf diesem Gebiet“ vom 18.04.1988).

3.4.1.5 Betriebliche Gesundheitsförderung

Die politischen Zuständigkeiten bei der betrieblichen Gesundheitsförderung erstrecken sich über eine Vielfalt von Akteuren der gesetzlichen Unfallversicherung (Unfallverhütung und Arbeitsschutz, Verhütung von Berufskrankheiten), der staatlichen Gewerbeaufsicht, der Gewerkschaften und Arbeitgeberverbände (Tarifpartner) und der gesetzlichen Krankenversicherung.⁴⁰ Der Bundesgesetzgeber verpflichtet die Unfallversicherungsträger und Krankenkassen zur Kooperation. Hierzu existieren Rahmenvereinbarungen zwischen den Spitzenverbänden der Unfall- und Krankenversicherung. Die Krankenkassen können jedoch seit Neufassung des § 20 Abs. 2 SGB V im Rahmen des GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 wieder selbst initiativ werden und den Arbeitsschutz ergänzende Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durchführen. Die Interventionsbereiche, Zielgruppen und Handlungsfelder wurden von den Spitzenverbänden der Krankenkassen selbst vereinbart [14].

3.4.1.6 Kommunale Gesundheitsförderung

Als wichtigster Akteur für die gemeindebezogene Gesundheitsförderung werden die Gesundheitsämter bzw. der öffentliche Gesundheitsdienst angesehen [37]. Für die kommunale Gesundheitsförderung sind aufgrund der Länderhoheit für den Bereich der Gesund-

⁴⁰ Die politischen Zuständigkeiten für die Unfallverhütung, die Verhinderung von Berufskrankheiten und für den Arbeitsschutz werden beim Versorgungsbereich Prävention beschrieben.

heit die Länder mit ihren Gesundheitsdienstgesetzen bzw. anderen Gesetzen für den ÖGD maßgebliche Gesetzgebungsinstanz (vgl. Ausführungen bei gesundheitlicher Aufklärung). Auf Länderebene haben sich zahlreiche Gesundheitsminister-Konferenzen der Programmatik der Gesundheitsförderung angeschlossen. Weiterhin spielt bei Netzwerkprojekten, wie z.B. dem „Gesunde-Städte-Netzwerk“ der WHO, die kommunale Ebene eine Rolle. Zur Teilnahme gehört die politische Unterstützung für kommunale Gesundheitsförderung durch den Rat der Stadt, die an erster Stelle des 9-Punkte-Programmes steht, welches den Beitritt ins Netzwerk regelt [32]. Auch die Krankenkassen werden mittlerweile vereinzelt im Rahmen des § 20 SGB V gesundheitsförderlich in Kommunen tätig (vgl. gesundheitliche Aufklärung).

3.4.1.7 Medizinische Vorsorge

Für die politischen Zuständigkeiten bei der medizinischen Vorsorge gelten die gleichen Bedingungen, wie sie oben für die Tätigkeit der Kassen und Ärzte bei der gesundheitlichen Aufklärung beschrieben sind.

3.4.2 Politische Zuständigkeiten in der Prävention

3.4.2.1 Politische Zuständigkeiten der Impfungen gegen Infektionskrankheiten

Die gesetzliche Grundlage auf Bundesebene bildet das Infektionsschutzgesetz (IfSG), das am 01.01.2001 das Bundes-Seuchengesetz ablöste. Neben den Leistungsverträgen der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Krankenkassen bilden die berufsgenossenschaftlichen Grundsätze weitere rechtliche Bestimmungen [20]. Des Weiteren obliegt dem ÖGD (auf Landes- und kommunaler Ebene) die Aufgabe, übertragbare Krankheiten zu erkennen, zu verhüten und zu bekämpfen. Die jeweiligen Landesgesetze für den ÖGD sind maßgeblich. Das Gesundheitsamt wird als das Kernstück des ÖGD bezeichnet. Die Aufgaben des ÖGD sind uneinheitlich geregelt. Maßgebend für den ÖGD in den Ländern sind zum einen das Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens (GesVG) von 1934 mit einigen Durchführungsverordnungen und zum anderen eine Vielzahl von Spezialgesetzen. Auch wenn in den Ländern unterschiedliche gesetzliche Vorschriften existieren, stimmen die Aufgaben des ÖGD weitestgehend überein.⁴¹ Mittlerweile haben einige Länder eigene Gesundheitsdienstgesetze erarbeitet.

3.4.2.2 Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe)

Die gesetzliche Grundlage für die zahnmedizinische Gruppenprophylaxe bildet das SGB V. So verpflichtet der Bundesgesetzgeber die Krankenkassen, im Zusammenwirken mit den Zahnärzten und dem ÖGD Aufgaben wahrzunehmen, die das Erkennen und Verhüten von Zahnerkrankungen betreffen. Außerdem sollen sich die Träger an den Kosten beteiligen.

⁴¹ Vgl. <http://www.wernerschell.de>.

3.4.2.3 Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe)

Auch bei der Individualprophylaxe bildet das SGB V die gesetzliche Grundlage. Im Rahmen des Gesundheitsreformgesetzes von 1993 wurden prophylaktische Maßnahmen gegen Karies und Zahnfleischentzündungen in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen aufgenommen. Wie bereits bei den Arten der Leistungen erwähnt, wird diese Maßnahme für Kinder von sechs bis neunzehn Jahren von den Kassen bezahlt. Weitere prophylaktische Leistungen regelt der Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen in Verbindung mit dem § 92 SGB V [Richtlinien der Bundesausschüsse].

3.4.2.4 Unfallverhütung im Betrieb

Die Unfallverhütungsvorschriften sind Arbeitsschutzregelungen, die von den Unfallversicherungsträgern ⁴² als autonomes Recht erlassen werden. Genehmigt werden müssen sie durch das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung und der gegebenenfalls zuständigen obersten Landesbehörde. Erarbeitet werden die Unfallverhütungsvorschriften von Fachausschüssen bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften und von Fachgruppen bei den Unfallversicherungsträgern der öffentlichen Hand. Die Unfallverhütungsvorschriften sind für die Arbeitgeber und Arbeitnehmer verbindliche Rechtsnormen [21]. Sie werden durch zahlreiche Richtlinien, berufsgenossenschaftliche Regeln und arbeitsplatzbezogene Schriften ergänzt, um die praktische Umsetzung in den Betrieben zu erleichtern. Die Berufsgenossenschaften sind Körperschaften des öffentlichen Rechts und erfüllen die ihnen gesetzlich übertragenen Aufgaben in paritätischer Selbstverwaltung durch die Mitglieder (Arbeitgeber) und die Versicherten (Arbeitnehmer) (vgl. [21]). Sie stellen neben den staatlichen Arbeitsschutzämtern die wichtigsten außerbetrieblichen Institutionen dar, die den Arbeitsschutz in Deutschland überwachen (vgl. Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz). Im SGB VII ist festgelegt, dass die Berufsgenossenschaften bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mit den Krankenkassen zusammenarbeiten sollen.

3.4.2.5 Arbeitsschutzmaßnahmen

Das Arbeitsschutzsystem in Deutschland beruht auf zwei Säulen (Dualismus). Neben dem staatlichen Arbeitsschutz existiert auch der Arbeitsschutz der gesetzlichen Unfallversicherungsträger. Um zu vermeiden, dass die staatliche und berufsgenossenschaftliche Arbeitsschutzaufsicht doppelt Arbeit verrichtet, sind die zuständigen Landesbehörden und die Unfallversicherungsträger zum Erfahrungsaustausch und Zusammenwirken verpflichtet. Gesetze zum Arbeitsschutz obliegen dem Bund. Dieser erlässt die Arbeitsschutzgesetze und soweit erforderlich mit Zustimmung des Bundesrates. Die Verordnungen dagegen werden überwiegend von der Bundesregierung beschlossen, die i.d.R. auch die Zustimmung vom Bundesrat benötigt. Bei der Erarbeitung der Gesetze und Verordnungen

⁴² Die Unfallversicherungsträger sind die 35 gewerblichen und 20 landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften sowie die 39 Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand.

vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (BMA) findet eine frühzeitige und umfassende Beteiligung der Länder, der Dachverbände der Gewerkschaften und der Arbeitgeber, der Spitzenverbände der Unfallversicherungsträger und der betroffenen Fachverbände statt. Das BMA wird in seinen Aufgaben von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) fachlich unterstützt. Es setzt sich immer mehr ein ganzheitliches Verständnis von Arbeitsschutz durch. Wie bspw. in den EU-Richtlinien zum Arbeitsschutz und deren Umsetzung im ArbSchG, sowie weiteren Verordnungen, wie bspw. die Bildschirmverordnung, mit der 1996 ein Modernisierungsschub vollzogen wurde.⁴³

3.4.2.6 Beratung und Leistungen zur Empfängnisverhütung

Die gesetzliche Grundlage für die Empfängnisverhütung bildet das SGB V. Der Bundesgesetzgeber hat festgelegt, dass die Versicherten Anspruch auf die ärztliche Beratung über Fragen der Empfängnisregelung haben. Bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres bezahlen die Krankenkassen empfängnisverhütende Mittel. Die Richtlinien des Bundesausschusses für Ärzte und Krankenkassen zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch in Verbindung mit § 92 SGBV [Richtlinien der Bundesausschüsse] müssen auch hier berücksichtigt werden. Weiterhin übernimmt der ÖDG eine beratende Funktion für Schwangere, soweit andere Institutionen diese Aufgabe nicht wahrnehmen (maßgeblich sind die jeweiligen Gesetze der Länder, siehe Impfungen gegen Infektionskrankheiten).

3.4.3 Politische Zuständigkeiten bei der Früherkennung

Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten, Früherkennung von Krebserkrankungen, Kinderuntersuchung und die Schwangerschaftsvorsorge werden sämtlich im Rahmen des SGB V auf Bundesebene gesetzlich geregelt und determiniert. Jedoch hat der Bund die detaillierte Gestaltungshoheit dieser Paragrafen an die Körperschaften der Selbstverwaltung abgegeben. Das bedeutet, dass der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen die konkrete Ausgestaltung und Realisierung der im SGB V bestimmten Vorsorge- und Screening-Untersuchungen mit juristisch bindender Kraft beschließt.

Schuleingangsuntersuchungen und Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen der Kinder- und Jugendzahngesundheit, werden als Leistungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes in den einzelnen Ländern gesetzlich geregelt. Sie sind als Substitut zu den Kinderuntersuchungen (U1-U9) zu verstehen, die insbesondere diejenigen Kinder erfassen sollen, die unzureichend an den Kinderuntersuchungen teilgenommen haben.

3.4.4 Politische Zuständigkeiten in der Diagnostik und Therapie

In der ambulanten Versorgung basieren, bis auf den SPD_i, sämtliche medizinischen Diagnostik- und Therapieleistungen auf Bundesgesetzgebung wie sie im Rahmen des SGB V fixiert ist. Die detaillierte Ausgestaltung der Paragrafen hat der Bund an die Körperschaft-

⁴³ Vgl. <http://de.osha.eu.int>.

ten der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen delegiert. So ist der Bundesausschuss Ärzte-Krankenkassen verantwortlich für die detaillierte Ausgestaltung der im SGB V festgelegten Leistungen durch Richtlinien. Diese sind juristisch bindend. Ebenso ist die Zulassung von Ärzten zur ärztlichen Tätigkeit und zur Vertragsversorgung rechtlich an die Kassenärztlichen Vereinigungen delegiert.

Auch die stationäre Behandlung wird hinsichtlich ihrer Leistungen auf Bundesebene determiniert. Die konkretere Ausgestaltung der Leistungen erfolgt wieder durch Delegation gesetzgebender Kompetenz an die Spitzenverbände, die Richtlinien erlassen.

Hingegen wird die Logistik der stationären Versorgung (Krankenhausbau, Krankenhausplanung, psychiatrische Unterbringung) rechtlich auf Länderebene geregelt. Darüber hinaus regeln die Länder gesetzlich die Organisation der SPDi's. Eine gesetzliche Grundlage der SPDi's auf Bundesebene existiert nicht.

Die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflegesätze ist Gegenstand der konkurrierenden Gesetzgebung nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG. Die allgemeinen Vorschriften zum Krankenhauswesen, die Grundsätze der Investitionsfinanzierung und die Vorschriften über die Krankenhauspflegesätze werden durch das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), welches vom Bund verabschiedet wurde, geregelt. Nähere Details werden durch Landesrecht bestimmt. Hierzu erlassen die Länder Krankenhausgesetze.⁴⁴

Seit der Verabschiedung des KHGs 1972 gibt es in Deutschland die „*duale Krankenhausfinanzierung*“, d.h., dass die Krankenhausinvestitionen von den Bundesländern und die laufenden (Betriebs-)Kosten von den Krankenversicherungen bezahlt werden.

Das KHG regelt zudem die Planung der Krankenhausversorgung. Nach § 6 KHG müssen die Länder Krankenhauspläne aufstellen, die von der zuständigen Landesregierung periodisch fortgeschrieben werden. Damit ein Krankenhaus öffentliche Mittel für seine Investitionsfinanzierung erhalten kann, muss es in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sein. Zudem begründet die Aufnahme in den Krankenhausplan den Anspruch eines Krankenhauses auf einen Versorgungsvertrag mit den Krankenkassen. Dies ist für die Krankenhäuser von entscheidender Bedeutung, da durchschnittlich ca. 80% der Erlöse eines Krankenhauses durch den Versorgungsvertrag begründet werden.

Bis zum Jahr 2003 bzw. 2004 werden die laufenden Kosten der Krankenhäuser nach der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) aus einem Mix aus Basis- und Abteilungspflegesätzen und Fallpauschalen und Sonderentgelten finanziert. Der krankenhauseinheitliche Basispflegesatz wird für nichtmedizinische Kosten und der abteilungsspezifische Pflegesatz für medizinische Kosten einschließlich Pflege, Arzneimittel, diagnostische und therapeutische Maßnahmen usw. bezahlt. Fallpauschalen sind so konstruiert, dass sie alle Kosten eines stationären Aufenthaltes abdecken sollen. Pro Krankenhausfall wird nur eine Fall-

⁴⁴ In Nordrhein-Westfalen ist dies das Krankenhausgesetz Nordrhein-Westfalen (-KHG NRW-) vom 16. Dezember 1998.

pauschale gezahlt. Im Gegensatz dazu sollen Sonderentgelte zusätzlich zu den gekürzten Tagespflegesätzen gezahlt werden. Sonderentgelte werden nur für Eingriffe entrichtet. Pro Krankenhausfall kann mehr als ein Sonderentgelt abgerechnet werden [9].

In den allermeisten Fällen werden die allgemeinen Krankenhausleistungen durch die GKV finanziert. Daneben finanzieren noch folgende Institutionen: Die private Krankenversicherung, die GUV (nach § 33 SGB VII), die Sozialhilfe (nach § 37 BSHG) und die Kriegsopferversorgung/-fürsorge (§ 11 BVG). Nach § 39 Abs. 4 SGB V [Krankenhausbehandlung] zahlen Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, vom Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an innerhalb eines Kalenderjahres für längstens 14 Tage 9 Euro je Kalendertag an das Krankenhaus, das diesen Betrag an die Krankenkasse weiterleitet (vgl. [9,38]).

Bis zum 1. Januar 2003 bzw. 1. Januar 2004 werden die laufenden Kosten im Krankenhaus noch über dieses Mischsystem aus Basis- und Abteilungspflegesätzen und Fallpauschalen und Sonderentgelten finanziert. Mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 wurden jedoch in dieser Hinsicht im stationären Bereich grundlegende Reformen herbeigeführt, die die Finanzierungsweise der Betriebskosten grundlegend verändern. Das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 führt nun eine neue Form der Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen ein. Ab dem 1. Januar 2003 fakultativ bzw. ab dem 1. Januar 2004 obligatorisch werden die Krankenhäuser die Betriebskosten über Fallpauschalen auf der Grundlage von Diagnosis Related Groups (DRGs) abrechnen. Damit wird auch die gegenwärtige Bundespflegesatzverordnung weitgehend durch das Krankenhausentgeltgesetz abgelöst. Ausgenommen von der neuen Entgeltregelung sind die psychiatrischen/psychotherapeutischen und psychosomatischen Krankenhäuser.

Durch die Einführung pauschalierter Entgelte werden die laufenden Kosten eines Krankenhauses nicht mehr über das alte Mischsystem abgerechnet. Zukünftig wird es folgende Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen geben (nach § 7 des Krankenhausentgeltgesetzes):

- Fallpauschalen auf der Grundlage von DRGs nach einem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog,
- Zusatzentgelte nach einem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog,
- Ergänzende Entgelte bei Überschreiten der Grenzverweildauer der Fallpauschale,
- Zuschläge für Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen,
- Entgelte für Leistungen, die in den Jahren 2003 und 2004 noch nicht von den Fallpauschalen und Zusatzentgelten erfasst werden,
- Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden,
- Qualitätssicherungszuschläge,
- DRG-Systemzuschlag.

3.4.4.1 Sonderstellung der Universitätskliniken (vgl. zum Folgenden: [38])

Den insgesamt 35 Universitätskliniken in Deutschland kommt eine Sonderstellung zu. Die in Universitätskliniken behandelten Patienten sind in der Regel kränker als in den anderen Krankenhäusern. Daraus folgt, dass ihre Behandlung zumeist mit höheren Kosten einher geht. Neben der Krankenbehandlung haben Universitätskliniken den Auftrag zu Forschung und Lehre. Infolge dieser erweiterten Aufgabenstellung haben Universitätskliniken insgesamt vier Finanzierungsquellen:

Für die Investitionsfinanzierung der Universitätskliniken gelten nicht die Regeln des KHG, sondern diejenigen des Hochschulbauförderungsgesetzes (HBFG). Danach finanzieren Bund und Länder die Investitionen der Universitätskliniken jeweils zur Hälfte aus Steuermitteln.

Die laufenden Behandlungskosten werden von den Krankenversicherungen finanziert. Dabei gelten die Vergütungsregeln der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) und ab den Jahren 2003/2004 die des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG)(siehe oben).

Die Personal- und Sachkosten für die medizinische Forschung und Lehre werden aus Steuermitteln der Länder bezahlt. Dies geschieht in der Regel durch einen globalen Zuschuss an das Universitätsklinikum und durch direkte Finanzierung der Gehälter des Forschungs- und Lehrpersonals.

Zudem spielen für die Universitätskliniken in zunehmenden Maße die von Forschungsförderungseinrichtungen, staatlichen Stellen, Industrie und Stiftungen eingeworbenen Drittmittel eine Rolle für die Finanzierung von Forschungsprojekten.

3.4.5 Politische Zuständigkeiten in der Selbsthilfe

3.4.5.1 Politische Zuständigkeiten bei der Förderung der Selbsthilfe

Die bisherige Entwicklung der finanziellen Förderung der Selbsthilfe wird nach einer anfänglichen Zunahme der Mittel als „Institutionalisierung auf niedrigem Niveau“ beschrieben [5]. Da ein wesentliches Element der weitaus größten Zahl der Selbsthilfegruppen die Selbstorganisation und die Erbringung von „Leistungen“ im Rahmen von Freiwilligen-Engagement und Ehrenamt ist, ist die Einflussnahme über den Gesetzgeber und andere Institutionen begrenzt.

Bei den Selbsthilfekontaktstellen verhält sich dies etwas anders. Diese zur institutionellen Unterstützung der Laien- und Selbsthilfearbeit ins Leben gerufenen Kontakt- und Informationsstellen werden finanziell stärker gefördert. Die Hälfte dieser Kontaktstellen befindet sich in Trägerschaft des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes und wird damit (auch) über Bundesmittel finanziert. Weitere sind an Gesundheitsämter, seltener an Krankenkassen angegliedert und werden somit über den ÖGD der Länder bzw. über Krankenkassen (mit-)finanziert. Länder und Kommunen beteiligen sich in unterschiedlichem Umfang über Haushaltszuweisungen an der Finanzierung.

Der Bundesgesetzgeber hat mit der Neugestaltung des § 20 SGB V im Rahmen des GKV-Reform-Gesetzes 2000 auf die Höhe der Zuweisungen der Kassen an Selbsthilfegruppen und –kontaktstellen Einfluss genommen, da das Finanzierungsvolumen seit Einführung des § 20 SGB mit dem Gesundheitsreformgesetz (GRG) 1989 [11] als zu gering angesehen wurde. Seit 1997 existieren Listen von Krankheitsbildern, für die eine Förderung von Selbsthilfe durch die Krankenkassen nach dem SGB V in Frage kommt. Damals wurde eine solche Liste durch die Spitzenverbände der Krankenkassen unter Beteiligung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung erstellt, im Nachzug zum GKV-Reformgesetz 2000 haben die Spitzenverbände gemeinsame und einheitliche Grundsätze zur Förderung der Selbsthilfe [24] zusammen mit der Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte, dem DPWW und der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen beschlossen.

3.4.5.2 Politische Zuständigkeiten bei Patienteninformation und -beratung

Auf Patienteninformation und -beratung wird in dem Falle vom Bundesgesetzgeber Einfluss genommen, wo diese durch die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung, der Rehabilitation und der sozialen Pflegeversicherung durchgeführt wird. Was die vermittelten Inhalte der neu entwickelten Patientenberatungsstellen angeht, die über die Kassen und über Bundesmittel finanziert werden (ca. 35 vom 50 bundesweit existierenden Patientenberatungsstellen), so nehmen die Spitzenverbände der Kassen durch ihre Ausschreibung zur „Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung nach § 65 b SGB V“ Einfluss auf Handlungsfelder und Inhalte. Die übrigen Beratungsstellen finanzieren sich selbst und bestimmen daher auch ihre Inhalte weitgehend selbst. Dies gilt natürlich auch für Beratungstätigkeit durch andere freie Träger, Wohlfahrtsverbände und Kirchen. Die ebenfalls sehr umfangreichen Beratungstätigkeiten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes fallen in den Kompetenzbereich der Länder; Patientenberatung durch den Medizinischen Dienst gehört in den Bereich der Selbstverwaltung der Spitzenverbände der Krankenkassen. Patienteninformation im Kontext ärztlicher Beratungstätigkeit liegt weitestgehend im Ermessen des Arztes, der seine Informationen über Fortbildungsveranstaltungen der Ärztekammern erhält, liegt also im Kompetenzbereich der ärztlichen Selbstverwaltung.

3.4.6 Politische Zuständigkeiten in der Rehabilitation

Zwar ist die Trägerschaft der Rehabilitation sehr fragmentiert, dennoch unterliegen alle Regelungsbereiche der Rehabilitation der konkurrierenden Gesetzgebung. Dies gilt für die Sozialversicherung (AFG, GKV, GRV, GUV, öffentliche Jugendhilfe) nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 12, Die Kriegsopferversorgung und –fürsorge nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 10 und die Sozialhilfe nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 7 GG. Länderspezifische Gesetze zur Rehabilitation gibt es nicht.

Anders als in der Krankenhausplanung, für die die Länder zuständig sind, erfolgt die Planung von Rehabilitationsdiensten und –einrichtungen nach § 19 Abs. 1 SGB XI durch die

Rehabilitationsträger unter Beteiligung der Bundesregierung und der Landesregierungen. Sie haben darauf hinzuwirken, dass die fachlich und regional erforderlichen Rehabilitationsdienste und -einrichtungen in ausreichender Zahl und Qualität zur Verfügung stehen. Dabei haben sie darauf zu achten, dass für eine ausreichende Zahl solcher Rehabilitationsdienste und -einrichtungen Zugangs- und Kommunikationsbarrieren nicht bestehen. Die Verbände behinderter Menschen einschließlich der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, der Selbsthilfegruppen und der Interessenvertretungen behinderter Frauen sowie die für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenverbände werden beteiligt. Deren Anliegen wird bei der Ausgestaltung der Empfehlungen nach Möglichkeit Rechnung getragen (§ 19 Abs. 1 SGB XI).

Verantwortung der Länder ist es, die ausreichende Versorgung mit Wohn- und Übergangsheimen für psychisch kranke Menschen zu gewährleisten, während wiederum die Kommunen für das Angebot an betreuten Wohnmöglichkeiten zuständig sind. Da diese Wohnformen ein Kontinuum im Wiedereingliederungsprozess in das gesellschaftliche Leben darstellen, legen Kommunen und Länder zunehmend ihre Budgets in diesem Bereich zusammen. Die Bereitstellung von niederschweligen Versorgungsangeboten für psychisch kranke Menschen liegt teils in der Hand der Kommunen (etwa durch eine zunehmende Regelfinanzierung von Tagesstätten), teilweise obliegt sie unabhängigen Initiativen.

3.4.7 Politische Zuständigkeiten in der Pflege

Die politische Zuständigkeit für die Pflege unterliegt der konkurrierenden Gesetzgebung. Dies gilt für die SPV nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 12, die Kriegsopferversorgung und -fürsorge nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 10 und die Sozialhilfe nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 7 GG. Zudem gibt es zwei Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen, die Details der Pflege regeln: die Richtlinien über die Verordnung von Krankenhauspflege („Krankenhauspflege-Richtlinien“) und die Richtlinien über die Verordnung von „häuslicher Krankenpflege“. Die Krankenhauspflege-Richtlinien regeln, in welchen Fällen ein Vertragsarzt (d.h. ein niedergelassener Arzt mit „Kassenzulassung“) Krankenhauspflege verordnen darf.

4 Anhang

4.1 Träger im Einzelnen

Träger des AFG

Träger des Arbeitsförderungsgesetzes sind natürliche oder juristische Personen oder Personengesellschaften, die Maßnahmen der Arbeitsförderung selbst durchführen oder durch Dritte durchführen lassen (§ 21 SGB III).

Träger der Arbeitsförderung ist die Bundesanstalt für Arbeit als rechtsfähige bundesunmittelbare Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung. (§ 367 SGB III [Träger der Arbeitsförderung]). Außerdem ist § 37a SGB maßgeblich, in dem festgelegt ist, dass das Arbeitsamt Träger von Arbeitsbeschaffungs- und Strukturmaßnahmen beauftragen kann.

Träger der GKV

Die Träger der GKV (Gesetzliche Krankenversicherung) sind die Allgemeine Ortskrankenkassen, die Betriebskrankenkassen, die Innungskrankenkassen, die Seekrankenkassen, die Landwirtschaftlichen Krankenkassen, die Bundesknappschaft als Träger der knappschaftlichen Krankenversicherung und die Ersatzkassen (§ 4 Abs.2 SGB V).

Träger der GRV

Die Träger der Rentenversicherung für Arbeiter sind die Landesversicherungsanstalten, die Bundesbahnversicherungsanstalt in Rosenheim und die Seekasse in Hamburg (§ 127 SGB VI). Für Beschäftigte sind die Landesversicherungsanstalten als Träger zuständig (§ 128 SGB VI). Die Träger der Rentenversicherung der Angestellten ist die Bundesversicherungsanstalt (BfA) der Angestellten in Berlin (§ 132 SGB VI). Träger der knappschaftlichen Rentenversicherung ist die Bundesknappschaft mit Sitz in Bochum (§ 136 SGB VI).

Träger der Jugendhilfe

Träger der öffentlichen Jugendhilfe sind die örtlichen und überörtlichen Träger. Örtliche Träger sind die Kreise und kreisfreien Städte (Jugendämter) und die überörtlichen Träger (Landesjugendämter) werden vom Landesrecht geregelt (§ 69 SGB VIII).

Träger des BSHG

Die örtlichen Träger der Sozialhilfe sind die kreisfreien Städte und die Landkreise, die Sozialämter eingerichtet haben. Die Länder bestimmen die überörtlichen Träger (§ 96 BSHG); dieses sind z.B. Landeswohlfahrtsverbände, Landessozialhilfverbände, Landessozialämter.

Träger des BVG

Die Träger der Kriegsopferfürsorge sind die kreisfreien Städte, Landkreise und kreisangehörigen Gemeinden mit mehr als 50 000 Einwohnern. Die örtlichen Träger unterhalten Fürsorgestellen für Kriegsopfer. Die überörtlichen Träger sind die Landeswohlfahrtsverbände.

Träger der GUV

Träger der gesetzlichen Unfallversicherung sind die gewerblichen Berufsgenossenschaften, die landeswirtschaftlichen Berufsgenossenschaften, die Gemeindeunfallversicherungsverbände und Unfallkassen der Gemeinden, die Feuerwehr-Unfallkassen, die Eisenbahn-Unfallkasse, die Unfallkasse Post und Telekom, die gemeinsamen Unfallkassen für den Landes- und den kommunalen Bereich, der Bund und die Unfallkassen der Länder (§ 114 SGB VII).

Träger der SPV

Träger der sozialen Pflegeversicherung sind die Pflegekassen. Bei jeder gesetzlichen Krankenkasse ist eine Pflegekasse errichtet worden.

Träger des GG

Hier ist die Tätigkeit der BZgA gemeint, bei der es sich um eine auf Grundlage des Grundgesetzes durch den Bund ernannte Bundesbehörde handelt und die weitgehend aus Steuermitteln finanziert wird.

Träger der Landesfinanzierung

Landesministerien (meistens ist der Bereich Gesundheit mit anderen Bereichen zusammengefasst, vornehmlich mit Arbeit oder Soziales).

Träger der Bundesfinanzierung

Bund

Träger des ÖDG

a) Bundesebene: Das Bundesministerium für Gesundheit, dem mehrere Fachbehörden zur Seite stehen, z.B. die BZgA und das RKI.

b) Landesebene: Ministerien für Gesundheit und Soziales o.ä. (nicht jedes Land hat ein derartiges Ministerium), Landesgesundheitsämter stehen den Ministerien z.B. zur Seite.

c) Kommunale Ebene: das Kernstück ist das Gesundheitsamt vor Ort.

Träger der Schulgesetze/Rahmenrichtlinien/Lehrpläne der Länder

Kultusministerkonferenz (KMK), Kultusminister der Länder.

Sonstige Träger

SPDi: Länder, Kommunen, freie Wohlfahrtsverbände.

4.2 Richtlinien

Die Körperschaften der Selbstverwaltung sind im Rahmen der Bundesausschüsse ermächtigt, Richtlinien zu erlassen, die gesetzlich bindenden Charakter haben. Mit Hilfe dieser Richtlinien werden Paragrafen des SGB V konkretisiert, aber auch andere Bereiche, in denen die Selbstverwaltung Regelungsbedarf sieht (z.B. in der häuslichen Krankenpflege), präzisiert.

Ausschuss	
„Prävention“	<ul style="list-style-type: none"> - „Richtlinie zur Jugendgesundheitsuntersuchung“ - „Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie“ - „Krebsfrüherkennungs-Richtlinie“ - „Kinder-Richtlinie“
„Familienplanung“	<ul style="list-style-type: none"> - „Mutterschafts-Richtlinie“ - „Richtlinie zur Empfängnisverhütung und zum Schwangerschaftsabbruch“ - „Richtlinie zur künstlichen Befruchtung“
„Ärztliche Behandlung“	<ul style="list-style-type: none"> - „Richtlinie über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 135 Abs. 1 SGB V“
„Psychotherapie“	<ul style="list-style-type: none"> - „Psychotherapie-Richtlinie“
„Arzneimittel“	<ul style="list-style-type: none"> - „Arzneimittel-Richtlinie“
„Ausschuss „Heil- und Hilfsmittel / Häusliche Krankenpflege / Rehabilitation/Arbeitsunfähigkeit“	<ul style="list-style-type: none"> - Häusliche Krankenpflege - Rehabilitation (keine Richtlinie in Kraft) - Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie“ - „Heil- und Hilfsmittel-Richtlinie“ - „Richtlinie zur Verordnung häuslicher Krankenpflege“
„Krankenhaus“	<ul style="list-style-type: none"> - „Krankenhauspflege-Richtlinie“ - „Krankentransport-Richtlinie“
„Qualitätsbeurteilung“	<ul style="list-style-type: none"> - Richtlinie über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der „Radiologischen Diagnostik“
„Bedarfsplanung“	<ul style="list-style-type: none"> - „Bedarfsplanungs-Richtlinie – Ärzte“ - „Angestellte-Ärzte-Richtlinie“
„Soziotherapie“	<ul style="list-style-type: none"> - Richtlinien über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung

4.3 **Abbildungsverzeichnis**

Abb. 1: Schematische Darstellung des Systems der sozialen Sicherung.....	6
Abb. 2: Modell des Versorgungskontinuums.....	8
Abb. 3: Gesundheitsausgaben 1998 nach Ausgabenträgern [3]	13
Abb. 4: Leistungen nach Funktionen der Sozialbudgets, Bundesrepublik Deutschland 2001 [4]	14
Abb. 5: Ausgaben für Früherkennung von Krankheiten nach Ausgabenträgern 1998 gemäß der neuen Gesundheitsausgabenrechnung [3].....	25
Abb. 6: Anteil der Rehabilitationsfälle nach Trägern 1995 [3]	39

4.4 **Tabellenverzeichnis**

Tab. 1: Gesundheitsversorgung in Deutschland nach Sektoren des Versorgungskontinuums und Leistungsarten.....	11
Tab. 2: Finanzierung der Gesundheitsförderung nach Leistungsarten und Trägern.....	17
Tab. 3: Finanzierung der Prävention nach Leistungsarten und Trägern	22
Tab. 4: Finanzierung der Früherkennung nach Leistungsarten und Trägern	27
Tab. 5: Finanzierung von Diagnostik und Therapie nach Leistungsarten und Trägern.....	30
Tab. 6: Finanzierung von Selbsthilfe und Patientengruppen nach Trägern.....	37
Tab. 7: Finanzierung der Rehabilitation nach Leistungsarten und Trägern.....	41
Tab. 8: Finanzierung der Pflege und Hospize nach Leistungsarten und Trägern	49
Tab. 9: Systematik des Selbstverwaltungsrechts (nach [29])	57

5 Literatur

- 1 Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Gesundheitswesen in Deutschland: Kostenfaktor und Zukunftsbranche. Band I: Demographie, Morbidität, Wirtschaftlichkeitsreserven und Beschäftigung; Sondergutachten 1996. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 1996.
- 2 Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Gesundheitswesen in Deutschland: Kostenfaktor und Zukunftsbranche. Band II: Fortschritt, Wachstumsmärkte, Finanzierung und Vergütung. Sondergutachten 1997. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 1998.
- 3 Bundesministerium für Gesundheit. Daten des Gesundheitswesens. Ausgabe 2001. Vol. 137, Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 2001.
- 4 Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung. Materialband zum Sozialbudget 2001. (Internetfassung) 2002.
- 5 Statistisches Bundesamt. Gesundheitsbericht für Deutschland: Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Stuttgart: Metzler-Poeschel, 1998.
- 6 Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V.- Institut für Gerontologie an der Universität Dortmund (FfG), Institut Arbeit und Technik - Abteilung Dienstleistungssysteme (IAT), Medizinische Hochschule Hannover - Abteilung Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung (MHH). Gesundheitswesen und Arbeitsmarkt in Nordrhein-Westfalen. Studie im Auftrag des Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf: 2001.
- 7 Beske F, Hallauer JF. Das Gesundheitswesen in Deutschland. Struktur - Leistung - Weiterentwicklung. 3. völlig neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 1999.
- 8 Schwartz FW, Badura B, Leidl R, Raspe H, Siegrist J (Hrsg). Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg, 1998.
- 9 Busse R. Gesundheitssysteme im Wandel: Deutschland. Madrid: Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme, 2000.
- 10 Walter U, Schwartz FW. Prävention: Institutionen und Strukturen. In: Schwartz FW, Badura B, Leidl R, Raspe H, Siegrist J (Hrsg). Das Public Health Buch. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg. 1998: 200-212.

- 11 Brösskamp-Stone U, Kickbusch I, Walter U. Gesundheitsförderung. In: Schwartz FW, Badura B, Leidl R, Raspe H, Siegrist J (Hrsg). Das Public Health Buch. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg. 1998: 141-150.
- 12 Brand H, Schmacke N. Der öffentliche Gesundheitsdienst. In: Schwartz FW, Badura B, Leidl R, Raspe H, Siegrist J (Hrsg). Das Public-Health-Buch: Gesundheit und Gesundheitswesen. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg. 1998: 259-268.
- 13 Kleines Lexikon: Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie. Freistaat Sachsen. Staatsministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie. 2001.
- 14 Spitzenverbände der Krankenkassen. Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 27. Juni 2001. Unveröffentlichtes Manuskript.
- 15 KMK - Kultusministerkonferenz. Zur Situation der Gesundheitserziehung in der Schule. Bericht der Kultusministerkonferenz vom 05./06.11. 1992.
- 16 Lenhardt U. Betriebliche Prävention im Umbruch - Stand und Perspektiven des Arbeitsschutzes und der betrieblichen Gesundheitsförderung in Sachsen-Anhalt. Paper P00-202, Berlin: WZB, 2000.
- 17 Gerecke U. Gesundheitsförderung: Stellenwert in der betriebsärztlichen Ausbildung und in betriebsärztlichem Handeln. Arbeitsmedizin - Sozialmedizin - Umweltmedizin 2000; 35: 275-277.
- 18 BZgA - Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. Schwabenheim a.d. Selz: Verlag Peter Sabo, 1996.
- 19 Schwartz FW, Walter U, Robra BP, Schmidt T. Prävention. In: Schwartz FW, Badura B, Leidl R, Raspe H, Siegrist J (Hrsg). Das Public Health Buch. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg. 1998: 151-170.
- 20 Robert Koch-Institut. Schutzimpfungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Leistungen des Gesundheitswesens. Heft 01/00, Berlin: Verlag Robert Koch-Institut, 2000.
- 21 Gabler-Wirtschafts-Lexikon. 13., vollständig überarbeitete Auflage 1993. Wiesbaden: Gabler Verlag, 1993.

- 22 Schwartz F-W, Badura B, Leidl R, Raspe H, Siegrist J (Hrsg.) Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg, 2000.
- 23 Rössler W. Sozialpsychiatrische Dienste in der Bundesrepublik Deutschland - Ein Überblick. Psychiatrische Praxis 1992; 54: 19-24.
- 24 Spitzenverbände der Krankenkassen. Gemeinsame und einheitliche Grundsätze der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Förderung der Selbsthilfe gemäß § 20 Abs. 4 SGB V vom 10. März 2000.
- 25 Gaus W, Hingst V, Mattern R, Reinhardt G, Seidel HJ, Sonntag H-G. Ökologisches Stoffgebiet. 3., komplett aktualisierte Auflage ed. Stuttgart: Hippokrates Verlag im Georg Thieme Verlag, 1999.
- 26 Rehabilitationsmedizin. Ambulant - Teilstationär - Stationär. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg, 1998.
- 27 Henderson V. Das Wesen der Pflege. In: Schaeffer D, Moers M, Steppe H, Meleis A (Hrsg). Pflege-theorien. Beispiele aus den USA. Bern: Hans Huber. 1997: 39-54.
- 28 Oldiges FJ. Kurfürst, König, Kaiser gar? Gesundheit und Gesellschaft 1998; 1: 28-33.
- 29 Gisevius W. Leitfaden durch die Kommunalpolitik. 4. überarbeitete Aufl. ed. Bonn: J.H.W. Dietz Nachfolger, 1994.
- 30 Gabriel OW, Ahlstick K, Kunz V. Die Kommunale Selbstverwaltung in Deutschland. In: Gabriel OW, Holtmann (Hrsg). Handbuch Politisches System der Bundesrepublik Deutschland. München, Wien: R. Oldenbourg Verlag. 1999: 325-356.
- 31 Trojan A. Kommunale Gesundheitspolitik. In: Wollmann H, Roth R (Hrsg). Kommunalpolitik: Politisches Handeln in den Gemeinden. Opladen: Leske + Budrich. 1998: 780-800.
- 32 Lettau N. Kommunalpolitische Umsetzung der Gesundheitsförderung - Das Gesunde-Städte-Projekt in Deutschland. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung: Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung. Schwabenheim a.d. Selz: Verlag Peter Sabo. 1996: 60-62.
- 33 Sendler H. Ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung - Ein Beitrag zur systematischen Ergänzung der Organisationsstrukturen des Gesundheitswesens. Arbeit und Sozialpolitik 1996; 50: 33-38.

- 34 Butzer H, Kaltenborn M. Die demokratische Legitimation des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen. *MedR - Medizinrecht* 2001; 19: 333-342.
- 35 Zipperer M, am Orde B. Der Koordinierungsausschuss: Genese, Anspruch und Perspektive. *Die Krankenversicherung* Juni 2001; 172-177.
- 36 BÄK - Bundesärztekammer. Ärztliche Gesundheitsförderung und Prävention bei Kindern und Jugendlichen: Fitness (Bewegung / Entspannung und Ernährung). Maßnahmen-Set zu den Ansatzorten "Arztpraxis" und "Schule" für Ärzte und Ärztinnen. Unveröffentlichtes Manuskript. 1999.
- 37 Trojan A. Kommunale Gesundheitspolitik. In: Wollmann H, Roth R (Hrsg). *Kommunalpolitik. Politisches Handeln in den Gemeinden*. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung. 1998: 780-800.
- 38 Knappe E, Neubauer G, Seeger T, Sullivan K. Die Bedeutung von Medizinprodukten im deutschen Gesundheitswesen. 2000.
- 39 Walter U, Schwartz F-W. Gutachten Prävention im deutschen Gesundheitswesen. für Ulf Fink, MdB zur Vorlage für die Kommission Humane Dienste. Unveröffentlichtes Manuskript. 2001.

II. Wie sind die politischen und finanziellen Zuständigkeiten für die einzelnen Versorgungsbereiche geregelt (Bund, Länder, Krankenkassen, Ärzteschaft), wer hat die Gesetzgebungskompetenz?

III. Wer entscheidet über die Aus-, Fort- und Weiterbildung des medizinischen Personals bzw. über die Aufnahme neuer Bildungsinhalte in die Prüfungsordnungen?

Inhalt	Seite
Frage II.	
Wie wird über die Finanzierung neuer Versorgungsformen und die Aufnahme neuer Maßnahmen in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung entschieden (Rolle des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen)?.....	7
Einleitung.....	7
1. Aufnahme neuer Maßnahmen in den Leistungskatalog.....	8
1.1 Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im ambulanten und stationären Sektor.....	8
1.2 Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (§ 91 SGB V).....	9
1.2.1 Begriff.....	9
1.2.2 Zusammensetzung des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen.....	9
1.2.3 Arbeitsausschüsse des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen.....	10
1.2.4 Aufgaben des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen.....	11
1.2.5 Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen.....	13
1.2.6 Übersicht über bisher erlassene Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen.....	14
1.2.7 Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gem. § 135 SGB V (BUB-Richtlinien).....	16
1.3 Ausschuss Krankenhaus (§ 137c SGB V).....	18
1.3.1 Begriff.....	18
1.3.2 Zusammensetzung des Ausschusses Krankenhaus.....	18
1.3.3 Aufgaben des Ausschusses Krankenhaus.....	19
1.3.4 Abstimmung von Arbeitsplan und Bewertungsergebnissen.....	20

1.4	Koordinierungsausschuss (§ 137e SGB V)	20
1.4.1	Begriff.....	20
1.4.2	Zusammensetzung des Koordinierungsausschusses.....	21
1.4.3	Aufgaben des Koordinierungsausschusses (§ 137e Abs. 3, 4 SGB V).....	23
1.4.4	Übersicht über die Arbeitsstruktur des Koordinierungs- ausschusses.....	25
2.	Die Einführung und die inhaltliche Ausgestaltung neuer Ver- sorgungsformen.....	26
2.1	Modellvorhaben (§§ 63 ff. SGB V)	28
2.1.1	Strukturmodelle (§ 63 Abs. 1 und 3 SGB V).....	28
2.1.1.1	Regelungsgegenstand und –zweck.....	28
2.1.1.2	Initiativberechtigte und Vertragspartner.....	28
2.1.1.3	Leistungserbringungsrecht.....	29
2.1.1.4	Beitragssatzstabilität.....	29
2.1.1.5	Beispiele aus der Praxis.....	30
2.1.2	Leistungsmodelle (§ 63 Abs. 2 und 4 SGB V).....	30
2.1.2.1	Regelungsgegenstand und –zweck.....	30
2.1.2.2	Ambulanter Sektor.....	31
2.1.2.3	Stationärer Sektor.....	32
2.1.2.4	Initiativberechtigte und Vertragspartner.....	33
2.1.2.5	Forschung.....	33
2.1.3	Grundsatzregelungen (§ 64 Abs. 2 SGB V)	33
2.1.4	Rechtliche Vorgaben.....	33
2.1.5	Finanzierung von Modellvorhaben.....	34
2.2	Strukturverträge (§ 73a SGB V)	36
2.2.1	Regelungsgegenstand und –zweck.....	36
2.2.2	Vertragspartner (§ 73a Abs. 1 S. 1 SGB V).....	36
2.2.3	Abgrenzung zu Modellvorhaben.....	36
2.2.4	Budgetvereinbarungen (§ 73a Abs. 1 S. 2 SGB V)	37
2.2.5	Einheitlicher Bewertungsmaßstab (§ 73a Abs. 1 S. 4 SGB V).....	37
2.2.6	Rahmenvereinbarungen (§ 73a Abs. 2 SGB V).....	37

2.2.7	Beispiele aus der Praxis.....	38
2.2.8	Finanzierung von Strukturverträgen.....	39
2.3	Integrierte Versorgung (§§ 140a ff. SGB V).....	39
2.3.1	Regelungszweck.....	39
2.3.2	Rahmenvereinbarungen (§§ 140d, e SGB V).....	40
2.3.3	Einzelverträge / Vertragspartner (§ 140b SGB V).....	41
2.3.4	Regelungsgegenstand.....	42
2.3.5	Ausgeschlossene Leistungen.....	42
2.3.6	Leistungserbringungsrecht (§ 140b Abs. 4 SGB V).....	43
2.3.7	Vergütung / Bereinigung der Gesamtvergütungen (§ 140c SGB V).....	43
2.3.8	Finanzierung der integrierten Versorgung.....	44
2.3.9	Teilnahme der Versicherten.....	44
2.3.10	Abgrenzung zu Modellvorhaben und Strukturverträgen.....	44
2.3.11	Beschluss der 74. Gesundheitsministerkonferenz 2001.....	45
2.4	Disease-Management-Programme.....	47
2.4.1	Begriff.....	47
2.4.2	Einrichtung von Disease-Management-Programmen bei chronischen Krankheiten (§ 137f SGB V).....	48
2.4.3	Zulassung von Disease-Management-Programmen (§ 137g SGB V).....	49
2.4.4	Umsetzung von Disease-Management-Programmen.....	49
2.4.5	Finanzierung von Disease-Management-Programmen.....	50

Frage III.

Wer entscheidet über die Aus-, Fort- und Weiterbildung des medizinischen Personals bzw. über die Aufnahme neuer Bildungsinhalte in die Prüfungsordnungen?..... 52

1. Definition..... 52

2.	Akademische Gesundheitsberufe.....	53
2.1	Rechtliche Grundlagen der Ausbildung.....	53
2.2	Fort- und Weiterbildung.....	53
3.	Nicht akademische Fachberufe des Gesundheitswesens.....	55
3.1	Ausbildung.....	55
3.2	Umschulung.....	55
3.3	Weiterbildung.....	55
3.4	Fortbildung.....	56
3.5	Zuständigkeit.....	56
3.6	Rechtliche Grundlagen der Ausbildungen im Einzelnen.....	57
	Literaturverzeichnis.....	62
	<u>Anlage 1:</u>	
	Übersicht über Verträge auf Basis von §§ 63 ff. bzw.	
	§ 73a SGB V zu Praxisnetzen.....	66
	<u>Anlage 2:</u>	
	Übersicht über Modellvorhaben (§§ 63 ff. SGB V)	
	und Strukturverträge (§ 73a SGB V)	
	(ohne Verträge zu Praxisnetzen).....	69

Abkürzungsverzeichnis

AEV	Arbeiter-Ersatzkassen-Verband
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse(n)
BSG	Bundessozialgericht
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
IKK	Innungskrankenkasse(n)
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KK	Krankenkasse(n)
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KVen	Kassenärztliche Vereinigungen
SGB V	Fünftes Sozialgesetzbuch
VdAK	Verband der Angestellten Krankenkassen

Frage II.

Wie wird über die Finanzierung neuer Versorgungsformen und die Aufnahme neuer Maßnahmen in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung entschieden (Rolle des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen)?

Einleitung

Zur Bearbeitung dieser Fragestellung wurde eine grundlegende Unterteilung in die Themenbereiche „Leistungskatalog“ sowie „Neue Versorgungsformen“ vorgenommen.

Anhand dieser Zweiteilung wird eine systematische Aufschlüsselung des komplexen Sachzusammenhangs vorgenommen. In einem ersten Schritt wird die Frage behandelt, wie neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden Eingang in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) finden. Entsprechend der Differenzierung in die Bereiche ambulante und stationäre Versorgung werden die jeweiligen Gremien vorgestellt, die maßgeblich an der Entscheidungsfindung über die Aufnahme neuer Methoden beteiligt sind. Eine Aussage über die einzelnen Finanzierungsmodalitäten, die bei der Aufnahme von neuen Methoden in den Leistungskatalog der GKV möglicherweise eine Rolle spielen, war auch nach eingehender Recherche nicht möglich.

In einem zweiten Schritt werden die verschiedenen Möglichkeiten zur Einführung und zur inhaltlichen Ausgestaltung neuer Versorgungsformen dargestellt. In diesem Zusammenhang wird die gesetzliche Entwicklung seit Mitte 1997 aufgezeigt und der rechtliche Rahmen zur Einführung und Finanzierung neuer Versorgungsformen dargelegt. Darüber hinaus werden ausgewählte Beispiele angeführt, die zeigen in welchen Bereichen es bereits zu einer Umsetzung in die Praxis gekommen ist.

1. Aufnahme neuer Maßnahmen in den Leistungskatalog

Für die Aufnahme neuer Maßnahmen in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wird im Wesentlichen danach unterschieden, ob es sich um ambulant oder stationär erbrachte Leistungen handelt. Die Entscheidungsbefugnis über die Anerkennung solcher Leistungen obliegt den jeweils zuständigen Gremien, die aus der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen gebildet werden. Für den ambulanten Bereich sind dies der **Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen** sowie der **Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen** (vgl. §§ 91, 135 SGB V). Für den stationären Bereich übernimmt der **Ausschuss Krankenhaus**, der mit Inkrafttreten des GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000¹ neu eingeführt worden ist, die entsprechende Funktion (§ 137c SGB V).

Im Folgenden wird die Aufnahme von Leistungen in die GKV anhand der hierfür zuständigen Gremien in Grundzügen dargestellt. Der Focus ist dabei auf die Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im ambulanten und stationären Sektor gerichtet. Im ambulanten Bereich werden vertiefend Aufgaben und Funktion des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen dargestellt. Für den Bereich der zahnärztlichen Versorgung gelten die Ausführungen hierzu im Wesentlichen entsprechend. Etwaige Besonderheiten hinsichtlich der Arbeit des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen mögen der entsprechenden Fachliteratur entnommen werden².

1.1 Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im ambulanten und stationären Sektor

Für den ambulanten Bereich erfolgt die Aufnahme medizinischer Leistungen von Ärzten in die GKV in zwei Stufen:

Auf der ersten Stufe entscheidet zunächst der **Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen**, ob eine bestimmte Leistung in den Leistungskatalog der GKV aufgenommen wird (vgl. §§ 91 Abs. 1, 135 SGB V). Hierzu gibt er in Form von Richtlinien Empfehlungen ab, welche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden Gegenstand der vertragsärztlichen Behandlung sein sollen (§ 92 Abs. 1 SGB V)³. Auf der zweiten Stufe legt der **Bewertungsausschuss** im einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) die Leistungsbeschreibungen und Leistungsbewertungen auf der Basis von Punktzahlen fest. Er bestimmt also, wie die einzelnen Leistungen abzurechnen sind (§ 87 SGB V). Für die Aufnahme von Leistungen in die GKV ergibt sich hieraus, dass neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden erst von den gesetzlichen Kostenträgern erstattet werden dürfen, nachdem der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen sein positives Votum abgegeben und der Bewertungsausschuss einen Eintrag in das Leistungsverzeichnis vorgenommen hat.⁴

Für den Bereich der stationären Versorgung existiert ein entsprechendes zweistufiges Zugangssystem nicht. Dort überprüft der **Ausschuss Krankenhaus**, ob Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die zu Lasten der GKV im Rahmen der Krankenhausbehandlung ange-

¹ Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 vom 22.12.1999, BGBl. I 1999, S. 2626, 2640

² Z.B. Kruschinsky in: Hauck/Noftz, SGB V, K § 135, Rz.4, 11

³ Vgl. Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gem. § 135 Abs. 1 SGB V (BUB-Richtlinien) in der Fassung vom 10.12.1999, zuletzt geändert am 23.08.2001, veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 194 vom 17.10.2001; insgesamt abrufbar unter www.kbv.de

⁴ Kruschinsky in: Hauck/Noftz, SGB V, K § 135, Rz.13

wandt werden oder angewandt werden sollen, ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind (vgl. § 137c Abs. 1 SGB V). Demnach kann der Ausschuss Krankenhaus als Pendant zum Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen im ambulanten Bereich angesehen werden. Im Gegensatz zum ambulanten Bereich ist jedoch die Erbringung von medizinischen Leistungen nicht von der Aufnahme in ein Leistungsverzeichnis abhängig. Insoweit ist der Zugang neuer Verfahren in die GKV für den Bereich der stationären Versorgung weniger formalisiert.⁵

Damit es sektorenübergreifend zu keinen widersprüchlichen Entscheidungen kommt, wurde mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 der **Koordinierungsausschuss** eingeführt. Seine Funktion besteht darin, das Zusammenwirken von ambulantem und stationärem Sektor sicherzustellen, indem er die Arbeit der Bundesausschüsse sowie des Krankenhausausschusses inhaltlich aufeinander abstimmt (vgl. § 137e SGB V).

1.2 Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (§ 91 SGB V)

1.2.1 Begriff

Der 1956 gegründete Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen ist ein auf Bundesebene eingerichtetes Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen. Er beschließt Richtlinien zur Sicherung der ärztlichen Versorgung und nimmt durch seine Tätigkeit regelnden und steuernden Einfluss auf das Zusammenwirken von Ärzten, Krankenkassen und anderen Leistungserbringern.

1.2.2 Zusammensetzung des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen

Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen wird gebildet aus der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, den Bundesverbänden der Krankenkassen sowie der Bundesknappschaft (§ 91 Abs. 1 SGB V). Die Aufsicht über seine Geschäftsführung führt der Bundesminister für Gesundheit (§ 91 Abs. 4 SGB V).

Am 01.01.2001 hat die 12. Amtsperiode des Bundesausschusses begonnen, die vier Jahre dauert und am 31.12.2004 endet. Der Bundesausschuss besteht aus insgesamt 21 Mitgliedern, und zwar aus einem unparteiischen Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern, neun Vertretern der Ärzte, neun Vertretern der Krankenkassen, davon drei Vertreter der Ortskrankenkassen, zwei Vertreter der Ersatzkassen, je ein Vertreter der Betriebskrankenkassen, der Innungskrankenkassen, der landwirtschaftlichen Krankenkassen sowie der Bundesknappschaft (§ 91 Abs. 2 SGB V). Für jedes ordentliche Mitglied werden je fünf Stellvertreter benannt, die insbesondere in den 10 Arbeitsausschüssen des Bundesausschusses tätig sind. Sie sind nicht weisungsgebunden. Den Vorsitz des Bundesausschusses führt z. Zt. Herr Karl Jung, ehemaliger Staatssekretär im Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung. Sein Vertreter ist derzeit Prof. Dr. Herbert Genzel aus München.⁶

Wesentlich für die Zusammensetzung des Bundesausschusses ist, dass die Vertreter der Ärzte und Krankenkassen in gleicher Zahl repräsentiert sind und sich aufgrund paritätischer Besetzung gleichberechtigt gegenüberstehen. Die unterschiedliche Repräsentanz der verschiedenen

⁵ Vgl. Kruschinsky in: Hauck/Noftz, SGB V, K § 137c, Rz.4

⁶ Die vollständige namentliche Nennung der Mitglieder des Bundesausschusses kann abgerufen werden unter www.kbv.de/presse/449.htm.

Krankenkassenarten wurde vom Gesetzgeber beabsichtigt. Er wollte damit die Krankenkassen nach ihrem Gewicht, d.h. nach ihrer Mitgliederzahl im Bundesausschuss berücksichtigen.⁷

Zusammensetzung des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen⁸		
Unparteiische	Vorsitzender	1
	Weitere Mitglieder	2
Ärztevertreter	Mitglieder	9
Krankenkassenvertreter	Mitglieder	9
	<u>Davon:</u>	
	AOK-Bundesverband	3
	VdAK ⁹ /AEV ¹⁰	2
	Bundesverband der Betriebskrankenkassen	1
	Bundesverband der Innungskassen	1
	Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen	1
Bundesknappschaft	1	

1.2.3 Arbeitsausschüsse des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen

Der Bundesausschuss hat insgesamt 10 Arbeitsausschüsse eingesetzt, die ebenfalls aus Vertretern der Ärzte und Krankenkassen gebildet werden. In ihnen findet die Vorbereitung für Beratungen und Beschlussfassungen des Bundesausschusses statt. Die Festlegung der Beratungsthemen für die 12. Amtsperiode ist dabei Sache der Arbeitsausschüsse. Aufgabengebiet und Zuständigkeit orientieren sich an dem in § 92 SGB V aufgeführten Richtlinien-Katalog.¹¹

Die nachfolgende Tabelle enthält eine Übersicht über die derzeitigen Arbeitsausschüsse des Bundesausschusses und beschreibt, für welche Richtlinien sie jeweils zuständig sind.

⁷ Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung (www.kbv.de/wir_ueber_uns/bundesausschuss2.htm)

⁸ Darstellung nach Kassenärztlicher Bundesvereinigung (www.kbv.de)

⁹ Verband der Angestellten-Krankenkassen

¹⁰ Arbeiter-Ersatzkassen-Verband

¹¹ vgl. Mitteilung des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vom 29.08.2001: "Besetzung des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen für die 12. Amtsperiode", unter www.kbv.de/presse/2217.htm

Arbeitsausschüsse des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen¹²	
Ausschuss „Prävention“	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Krebsfrüherkennungs-Richtlinien ▪ Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien ▪ Jugendgesundheitsuntersuchungs-Richtlinien ▪ Kinder-Richtlinien
Ausschuss „Familienplanung“	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mutterschafts-Richtlinien ▪ Richtlinien zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch ▪ Richtlinien über künstliche Befruchtung
Ausschuss „Ärztliche Behandlung“	<ul style="list-style-type: none"> ▪ BUB-Richtlinien (Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden).
Ausschuss „Psychotherapie“	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Psychotherapie-Richtlinien
Ausschuss „Arzneimittel“	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Arzneimittel-Richtlinien
Ausschuss „Heil- und Hilfsmittel/ Häusliche Krankenpflege/ Rehabilitation/ Arbeitsunfähigkeit“	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Heilmittel-Richtlinien ▪ Hilfsmittel-Richtlinien ▪ Häusliche Krankenpflege-Richtlinien ▪ Rehabilitations-Richtlinien ▪ Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien
Ausschuss „Krankenhaus“	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Krankenhausbehandlungs-Richtlinien ▪ Krankentransport-Richtlinien
Ausschuss „Qualitätsbeurteilung“	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualitätsbeurteilungsrichtlinien
Ausschuss „Bedarfsplanung“	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte ▪ Angestellte-Ärzte-Richtlinie
Ausschuss „Soziotherapie“	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Soziotherapie-Richtlinien

1.2.4 Aufgaben des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen

Der Bundesausschuss hat die Aufgabe, Richtlinien zur Sicherung der ärztlichen Versorgung zu beschließen, die eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung sichern sollen (§ 92 SGB V).

Neben dieser allgemein umschriebenen Richtlinienkompetenz besitzt der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen nach § 135 SGB V spezielle Kompetenzen zur Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sowie zur Überprüfung bereits erbrachter ärztlicher Leistungen.

Wie bereits ausgeführt, dürfen **neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden** nur dann in den Leistungskatalog der GKV aufgenommen werden, wenn der Bundesausschuss sie ausdrücklich anerkannt hat¹³. Demnach gilt für abgelehnte Methoden oder solche, über die er (noch) nicht entschieden hat, grundsätzlich das Verbot der Leistungsgewährung.

Die Frage, ob eine Untersuchungs- und Behandlungsmethode „neu“ i.S.v. § 135 Abs. 1 SGB V ist, beantwortet sich danach, ob sie bisher schon Gegenstand der vertragsärztlichen Versor-

¹² Vgl. www.kbv.de, Arbeitsausschüsse des Bundesausschusses

¹³ Vgl. Ausführungen unter 1.1

gung war oder nicht. Um eine „neue“ Methode handelt es sich nach Auffassung des Bundesausschusses jedenfalls dann, wenn die Methode noch nicht als abrechnungsfähige ärztliche Leistung im einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) enthalten oder dort zwar enthalten ist, aber eine wesentliche Änderung oder Erweiterung der Indikation erfahren hat.¹⁴

Im Rahmen seiner Entscheidung über die Aufnahme neuer Methoden in den Leistungskatalog der GKV überprüft der Bundesausschuss die neue Methode auf ihren diagnostischen und therapeutischen Nutzen sowie auf ihre Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit (§ 135 Abs. 1 S.1 Nr. 1 SGB V). Allerdings kann er von seiner Prüfungscompetenz nur dann Gebrauch machen, wenn ein entsprechender Antrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, einer Kassenärztlichen Vereinigung oder eines Spitzenverbandes der Krankenkassen gestellt wurde (§ 135 Abs. 1 S. 1 SGB V).

Sofern der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen über eine neue Methode ohne sachlichen Grund nicht oder nicht zeitgerecht entschieden hat, kann dem Versicherten u.U. ein Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs. 3 SGB V zustehen. Voraussetzung hierfür ist, dass die Wirksamkeit der Methode medizinisch belegt ist oder sich jedenfalls in der Praxis und der medizinischen Fachdiskussion durchgesetzt hat.

Seit Inkrafttreten des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes¹⁵ ist der Bundesausschuss nunmehr auch für die Überprüfung **bisher erbrachter ärztlicher Leistungen** hinsichtlich ihres Nutzens, ihrer medizinischen Notwendigkeit und ihrer Wirtschaftlichkeit zuständig (§ 135 Abs. 1 S. 2 SGB V). Im Unterschied zu den neuen Methoden erfolgt die Überprüfung bereits erbrachter ärztlicher Leistungen aber von Amts wegen. Die Erweiterung dieser Prüfungscompetenz führte dazu, dass Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gem. § 135 SGB V (sog. BUB-Richtlinien) in Kraft gesetzt wurden, die nähere Verfahrensregelungen zur Überprüfung ärztlicher Leistungen enthalten¹⁶. Vorläufer dieser Richtlinien waren die Richtlinien für Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (sog. NUB-Richtlinien), die seit dem 2. GKV-Neuordnungsgesetz erweitert und schließlich von den sog. BUB-Richtlinien abgelöst worden sind.

¹⁴ Vgl. Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gem. § 135 Abs. 1 SGB V (BUB-Richtlinien) in der Fassung vom 10.12.1999, veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 56 vom 21.03.2000, zuletzt geändert am 23.08.2001, veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 194 vom 17.10.2001; vollständiger Abdruck unter www.kbv.de

¹⁵ Zweites Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 23.06.1997, BGBl. I 1997, S. 1520-1536

¹⁶ Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gem. § 135 Abs. 1 SGB V (BUB-Richtlinien) in der Fassung vom 10.12.1999, zuletzt geändert am 23.08.2001, veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 194 vom 17.10.2001 oder abrufbar unter www.kbv.de

Wesentliche Kompetenzen des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen		
Richtlinienkompetenz (§ 92 SGB V)	<ul style="list-style-type: none"> • Ärztliche Behandlung • Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten • Ärztliche Betreuung bei Schwangerschaft und Mutterschaft • Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden • Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, Krankenhausbehandlung, häuslicher Krankenpflege und Soziotherapie • Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit • Verordnung von im Einzelfall gebotenen medizinischen Leistungen • Beratung über die medizinischen, berufsfördernden und ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation • Bedarfsplanung • Medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft • Maßnahmen nach den § 24a (Empfängnisverhütung) und § 24 b (Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation) 	
Überprüfung von (neuen) Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (§ 135 SGB V)	Neue Methoden: (§ 135 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGB V) <ul style="list-style-type: none"> - diagnostisch/therapeutischer Nutzen - medizinische Notwendigkeit/Wirtschaftlichkeit - Prüfung nur auf Antrag der KBV, einer KV, eines Spitzenverbandes der KK 	Etablierte Verfahren: (§ 135 Abs. 1 S. 2 SGB V) <ul style="list-style-type: none"> - diagnostisch/therapeutischer Nutzen - medizinische Notwendigkeit/Wirtschaftlichkeit - Prüfung von Amts wegen
Qualitätssicherung (§ 135 SGB V)	Gewährleistung einer sachgerechten Anwendung der Methode durch: <ul style="list-style-type: none"> • Empfehlungen über notwendige Qualifikation der Ärzte, der apparativen Anforderungen an Maßnahmen der Qualitätssicherung (§ 135 Abs. 1 Nr. 2 SGB V) • Empfehlungen über die erforderlichen Aufzeichnungen über die ärztliche Behandlung (§ 135 Abs. 1 Nr. 3 SGB V) 	

1.2.5 Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen

Die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen dienen der Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung. Sie konkretisieren die Leistungsverpflichtung des Vertragsarztes, den Leistungsumfang der Krankenkassen sowie das Leistungsrecht des Versicherten. Dadurch gewährleisten sie einen einheitlichen Leistungskatalog für die gesamte Krankenversicherung.

Bei den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen handelt es sich um Rechtsnormen, die gegenüber den Vertragsparteien der Gesamtverträge¹⁷ sowie den Vertragsärzten und den Krankenkassen unmittelbare Bindungswirkung entfalten¹⁸. Ihre Nichtbeachtung bedeutet eine Verletzung der vertragsärztlichen Pflichten und kann zur Anwendung von Disziplinarmaßnahmen führen.

¹⁷ Kassenärztliche Vereinigungen und Verbände der KK (§ 83 Abs. SGB V)

¹⁸ Urteil des BSG vom 16.09.1997

Die Rechtsverbindlichkeit der Richtlinien folgt daraus, dass sie als Bestandteil der Bundesmantelverträge (vgl. § 92 Abs. 8 SGB V) automatisch auch Gegenstand der zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Verbänden der Krankenkassen geschlossenen Gesamtverträge werden (§§ 82 Abs. 1 S. 2, 83 Abs. 1 SGB V). Darüber hinaus ist in den Satzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen geregelt, dass die Richtlinien für die Kassenärztliche Vereinigung und ihre Mitglieder verbindlich sind.

Richtlinien werden durch eine Beschlussfassung im Plenum des Bundesausschusses festgelegt. Hierfür werden im ersten Schritt eingehende Beratungen der zuständigen Arbeitsausschüsse durchgeführt, bestehend aus den jeweiligen Interessenvertretern sowie ggf. hinzugezogener Sachverständiger. In einem zweiten Schritt können mündliche Anhörungen der durch die jeweilige Richtlinie betroffenen Organisationen oder Personen durchgeführt werden. Für die folgenden sechs Richtlinien ist jedoch ein schriftliches Anhörungsverfahren gesetzlich vorgeschrieben:

- Arzneimittel-Richtlinien allgemein, bei der Preisvergleichsliste und der Festbetragsgruppenregelung,
- Rehabilitations-Richtlinien
- Richtlinien über häusliche Krankenpflege
- Heilmittel-Richtlinien
- Hilfsmittel-Richtlinien
- Mutterschaftsrichtlinien

Der Bundesausschuss beschließt Richtlinien mit der absoluten Mehrheit der anwesenden Stimmberechtigten¹⁹. Anschließend sind beschlossene Richtlinien dem Bundesminister für Gesundheit vorzulegen (§ 94 SGB V). Im Falle der Beanstandung (auch einzelner Teile) müssen diese Richtlinien erneut beraten werden. Bei Nichtbeanstandung gelten die Richtlinien als beschlossen. Hierauf veranlasst die Geschäftsstelle des Bundesausschusses die Bekanntmachung im Bundesanzeiger. Rechtsverbindlichkeit erhalten diese Richtlinien in der Regel einen Tag nach ihrer Bekanntmachung im Bundesanzeiger.²⁰

1.2.6 Übersicht über bisher erlassene Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen²¹

Richtlinien-Kurzfassung	Richtlinien-Langfassung	Datum
Angestellte-Ärzte-Richtlinien	Richtlinien über die Beschäftigung von angestellten Praxisärzten in der Vertragsarztpraxis	26.08.2000
Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien	Richtlinien über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung	03.09.1991
Arzneimittel-Richtlinien	Richtlinien über die Verordnung von Arznei- und Verbandmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung	31.08.1993

¹⁹ Siehe Geschäftsordnung des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen
²⁰ Kamke/Hutzler, S.18ff.

²¹ Im Bereich der Rehabilitation ist zur Zeit keine Richtlinie in Kraft.

Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte	Richtlinien der Ärzte und Krankenkassen über die Bedarfsplanung	09.03.1993
BUB-Richtlinien	Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gem. § 135 Abs. 1 SGB V	10.12.1999
Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch-Richtlinien	Richtlinien zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch	10.12.1985
Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien	Richtlinien über die Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten	24.08.1999
Häusliche-Krankenpflege-Richtlinien	Richtlinien über die Verordnung „häuslicher Krankenpflege“ nach §92 Abs. 1 S.2 und Nr. 6 und Abs. 7 SGB V	16.02.2000
Heilmittel-Richtlinien	Richtlinien über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung	11.05.2001
Hilfsmittel-Richtlinien	Richtlinien über die vertragsärztliche Versorgung	17.06.1992
Jugendgesundheitsuntersuchungs-Richtlinien	Richtlinien zur Jugendgesundheitsuntersuchung	26.08.1998
Kinder-Richtlinien	Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres	11.04.1976
Krankenhauspflege-Richtlinien	Richtlinien über die Verordnung von Krankenhauspflege	26.02.1982
Krankentransport-Richtlinien	Richtlinien über die Verordnung von Krankenfahrten und Krankentransportleistungen	17.02.1992
Krebsfrüherkennungs-Richtlinien	Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krebserkrankungen	26.04.1977
Künstliche Befruchtung-Richtlinien	Richtlinien über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung	14.08.1990
Mutterschafts-Richtlinien	Richtlinien über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung	10.12.1985
Psychotherapie-Richtlinien	Richtlinien über die Durchführung der Psychotherapie	11.12.1998
Radiologische Diagnostik-Richtlinien über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung	Richtlinien über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der radiologischen Diagnostik gem. § 136 SGB V	29.09.1992
Soziotherapie-Richtlinien	Richtlinien über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung	23.08.2001

(Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung, Stand: 26.03.2002)

1.2.7 Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gem. § 135 SGB V (BUB-Richtlinien)²²

Auf Antrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, einer Kassenärztlichen Vereinigung oder eines Spitzenverbandes der Krankenkassen überprüft der Bundesausschuss neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Die Prüfung der eingereichten Anträge erfolgt im Arbeitsausschuss „Ärztliche Behandlung“²³. Dieser stellt in regelmäßigen Abständen aus den beantragten Methoden eine Liste zusammen, in der die prioritär zu beratenden Methoden aufgeführt werden²⁴. Diese veröffentlicht der Arbeitsausschuss zu Beginn des Beratungsverfahrens im Bundesanzeiger und im Deutschen Ärzteblatt. Innerhalb einer Frist von sechs Wochen erhalten dann betroffene Organisationen und Personen die Möglichkeit, wissenschaftlich fundierte Unterlagen einzureichen²⁵. Parallel hierzu führt der Ausschuss eigene Recherchen durch. Nach abgelaufener Frist überprüft dieser die vorliegenden Unterlagen auf zuverlässige, wissenschaftlich nachprüfbar Aussagen bezüglich Qualität und Wirkungsweise der Methode²⁶. Die Ergebnisse dieser Überprüfung veröffentlicht der Bundesausschuss in Form seiner Beschlussfassung ebenfalls im Bundesanzeiger und im Deutschen Ärzteblatt²⁷.

Die Beschlussfassungen zu den jeweiligen Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden werden in den Anlagen wie folgt aufgenommen:

- **Anlage A:** Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden
- **Anlage B:** Methoden, die nicht als vertragsärztliche Leistungen zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden dürfen

Die folgenden Tabellen enthalten eine Übersicht über die in der BUB-Richtlinie gefassten Beschlüsse des Bundesausschusses bis August 2001:

Anlage A: Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden	
1.	Ambulante Durchführung der LDL-Elimination als extrakorporales Hämotherapieverfahren
2.	Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger
3.	Diagnostik und Therapie der Schlafapnoe
4.	Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen
5.	Bestimmung der otoakustischen Emissionen
6.	Viruslastbestimmung bei HIV-Infizierten bei bestimmten Indikationen
7.	Osteodensitometrie bei Patienten, die eine Fraktur ohne adäquates Trauma erlitten haben und bei denen gleichzeitig aufgrund anderer anamnestischer und klinischer Befunde ein begründeter Verdacht auf eine Osteoporose besteht
8.	Photodynamische Therapie (PDT) mit Verteporfin bei altersabhängiger feuchter Makuladegeneration mit subfoveolärer klassischer chorioidaler Neovaskularisation

²² In der Fassung vom 10.12.1999 (Bundesanzeiger Nr. 56 vom 21. März 2000), zuletzt geändert am 23.08.2001 (Bundesanzeiger Nr. 194 vom 17.10.2001), vollständiger Abdruck unter www.kbv.de

²³ Vgl. 2.2 der BUB-Richtlinie

²⁴ Vgl. 4. der BUB-Richtlinie

²⁵ Vgl. 5. der BUB-Richtlinie

²⁶ Vgl. 8. ff der BUB-Richtlinie

²⁷ Vgl. 11. der BUB-Richtlinie

Anlage B: Nicht anerkannte Methoden	
1.	Elektro-Akupunktur nach VOLL
2.	„Heidelberger Kapsel“ (Säurewertmessung im Magen durch Anwendung der Endoradiosonde)
3.	Intravasale Insufflation bzw. andere parenterale Infiltration von Sauerstoff und anderen Gasen
4.	Oxyontherapie (Behandlung mit ionisiertem Sauerstoff-/Ozongemisch)
5.	Behandlung mit niederenergetischem Laser (Soft- und Mid-Power-Laser)
6.	Sauerstoff-Mehrschnitt-Therapie nach von Ardenne
7.	Immuno-augmentative Therapie
8.	Lymphozytäre Autovaccine-Therapie bei HIV-Patienten
9.	Magnetfeldtherapie ohne Verwendung implantierter Spulen
10.	Autohomologe Immuntherapie nach Kief
11.	Haifa-Therapie
12.	Doman-Delacato bzw. BIBIC-Therapie
13.	Verfahren der refraktiven Augenchirurgie
14.	Hyperthermiebehandlung der Prostata
15.	Transurethrale Laseranwendung zur Behandlung der Prostata
16.	Hyperbare Sauerstofftherapie
17.	Bioresonanzdiagnostik, Bioresonanztherapie, Mora-Therapie und vergleichbare Verfahren
18.	Autologe Target Cytokine-Behandlung nach Klehr (ATC)
19.	Kombinierte Balneor-Phototherapie (z.B. Psorimed/Psorisal, z.B. Tomesa)
20.	Thermotherapie der Prostata (z.B. transurethrale Mikrowellentherapie der Prostata, TUMT)
21.	Hochdosierte, selektive UVA1-Bestrahlung
22.	Colon-Hydro-Therapie und ihre Modifikationen
23.	Extrakörporale Stoßwellentherapie (ESWT) bei orthopädischen, chirurgischen und schmerztherapeutischen Indikationen
24.	Pulsierende Signaltherapie (PST)
25.	Niedrigdosierter, gepulster Ultraschall
26.	Neurotopische Therapie nach Desnizza und ähnliche Therapien mit Kochsalzlösungsinjektionen
27.	Balneo-Phototherapie (Nicht synchrone Photosoletherapie, Bade-PUVA)
28.	Autologe Chondrozytenimplantation bzw. – transplantation
29.	Aktiv-spezifische Immuntherapie (ASI) mit autologer Tumorzellvakzine
30.	Uterus-Ballon-Therapie
31.	Akupunktur mit Ausnahme der Indikationen chronischer Kopfschmerzen, chronische LWS-Schmerzen, soweit die Behandlung in Modellversuchen nach §§ 63 ff. erfolgt, für die bestimmte Vorgaben entsprechend Ziffer 6.5 der BUB-Richtlinien beschlossen wurden. ²⁸

32.	Ultraviolettbestrahlung des Blutes (UVB)
33.	Hämatogene Oxydationstherapie (HOT), Blutwäsche nach Wehrli
34.	Oxyvenierungstherapie nach Regelsberger (synonym u.a. Intravenöse Sauerstoffinsufflation, Sauerstoff, Infusions-Therapie (SIT), Komplexe intravenöse Sauerstofftherapie (KIS)
35.	Ozon-Therapie, Ozon-Eigenbluttherapie, Sauerstoff-Ozon-Eigenbluttherapie, Oxyontherapie, Hyperbare Ozontherapie
36.	CO2-Insufflation (Quellgasbehandlung)
37.	Behandlung mit ionisiertem Sauerstoff
38.	Selektive UVA1-Bestrahlung

1.3 Ausschuss Krankenhaus (§ 137c SGB V)

1.3.1 Begriff

Für den stationären Bereich ist mit Inkrafttreten des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 der „Ausschuss Krankenhaus“ eingeführt worden, der für die Überprüfung einzelner Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus zuständig ist. Er ist das Pendant zum Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen im ambulanten Bereich und soll im stationären Bereich Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung sichern.

1.3.2 Zusammensetzung des Ausschusses Krankenhaus

Der Ausschuss Krankenhaus wird gebildet aus vier Vertretern der Bundesärztekammer, fünf Vertretern der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und neun Vertretern der Spitzenverbände der Krankenkassen sowie dem unparteiischen Vorsitzenden des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (§ 137c Abs. 1 SGB V). Danach sind sowohl die Seite der Krankenkassen als auch die Seite der Krankenhäuser und Ärzte gleichgewichtig vertreten. Insofern ist der „Ausschuss Krankenhaus“ dem Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen nachempfunden.

Nach der konstituierenden Sitzung des Ausschusses Krankenhaus in Siegburg am 29.08.2001 hat er im September 2001 seine Arbeit aufgenommen. Zum Ausschussvorsitzenden wurde Herr Herwig Schirmer gewählt.

Die Aufsicht über die Geschäftsführung des Ausschusses führt das Bundesministerium für Gesundheit (§ 137c Abs. 2 S. 7 SGB V).

Zusammensetzung des Ausschusses Krankenhaus		
Vorsitzender		
Vertreter der Leistungserbringer	Mitglieder	9
	<u>Davon:</u>	
	Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)	5
	Bundesärztekammer	4
Vertreter der Krankenkassen	Mitglieder	9
	<u>Davon:</u>	
	AOK-Bundesverband	3
	VdAK ²⁹ /AEV ³⁰	2
	Bundesverband der Betriebskrankenkassen	1
	Bundesverband der Innungskrankenkassen	1
	Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen	1
Bundesknappschaft	1	
Vorsitzender des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen		1

1.3.3 Aufgaben des Ausschusses Krankenhaus

Der Ausschuss Krankenhaus überprüft auf Antrag neue oder bereits angewandte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die im Rahmen der Krankenhausbehandlung zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen angewandt werden. Antragsberechtigt sind die jeweiligen Spitzenverbände der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft sowie der jeweilige Bundesverband der Krankenhausträger. Nach Antragstellung überprüft der Ausschuss Krankenhaus die ärztliche Methoden darauf hin, ob sie für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse erforderlich sind (§ 137c Abs. 1 S.1 SGB V). Kommt der Ausschuss im Rahmen seiner Prüfung zu dem Ergebnis, dass die Methode diesen Kriterien nicht entspricht, darf sie im Rahmen der Krankenhausbehandlung nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erbracht werden (§ 137c Abs. 1 S. 2 SGB V). Andernfalls wird die ärztliche Methode Bestandteil des Leistungskatalogs der GKV und damit erstattungsfähig. Weitere Voraussetzungen, wie die Aufnahme in ein Leistungsverzeichnis, sind im Gegensatz zum Bereich der ambulanten Versorgung nicht erforderlich.³¹

Bei seinen Entscheidungen hat der Ausschuss Krankenhaus „*dafür Sorge zu tragen, dass der medizinische Fortschritt in den Krankenhäusern nicht behindert wird. Insbesondere bei Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die im Rahmen klinischer oder multizentrischer*

²⁹ Verband der Angestellten-Krankenkassen
³⁰ Arbeiter-Ersatzkassen-Verband
³¹ Vgl. Kruschinsky in: Hauck/Noftz, SGB V, K § 137c, Rz.5

Studien unter Verantwortung von Hochschulkliniken angewandt werden“, haben die Krankenkassen „die notwendige stationäre Versorgung der in die Studien einbezogenen Patienten mit den Krankenhausentgelten zu vergüten“.³²

Ein ablehnendes Votum, das der Ausschuss Krankenhaus hinsichtlich einer Methode abgegeben hat, die im Rahmen einer klinischen Studie überprüft wird, entfaltet in diesem Fall keine Sperrwirkung.

Aufgaben des Ausschusses Krankenhaus	
Überprüfung neuer und etablierter Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (§ 137c Abs.1 SGB V)	Erforderlichkeit der Methode: <ul style="list-style-type: none">▪ Ausreichende, zweckmäßige, wirtschaftliche Versorgung der Versicherten?▪ Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse
	Prüfung nur auf Antrag: <ul style="list-style-type: none">▪ eines Spitzenverbandes der Krankenkassen▪ der Deutschen Krankenhausgesellschaft▪ oder eines Bundesverbandes der Krankenhausträger

1.3.4 Abstimmung von Arbeitsplan und Bewertungsergebnissen

Nach § 137c Abs. 1 S. 3 SGB V haben die Ausschussmitglieder eine enge Abstimmung mit den Bundesausschüssen der (Zahn-)Ärzte und Krankenkassen sicherzustellen. Hierzu haben sie Arbeitspläne und Bewertungsergebnisse der beteiligten Gremien so rechtzeitig auf einander abzustimmen, dass die notwendige sektorenübergreifende Betrachtung erfolgen kann.³³

1.4 Koordinierungsausschuss (§ 137e SGB V)

1.4.1 Begriff

Der Koordinierungsausschuss, der durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 eingeführt worden ist, ist ein neues, bundesweites Steuerungsinstrument der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten, Krankenhäusern und Krankenkassen. Er koordiniert im Vorfeld die Arbeit der Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen sowie Zahnärzte und Krankenkassen und des Ausschusses Krankenhaus. Auf diese Weise soll er ihr abgestimmtes Entscheidungsverhalten sichern und damit zu einer sektorenübergreifenden Verzahnung beitragen. Allerdings ist er gegenüber den genannten Ausschüssen nicht weisungsberechtigt und damit kein „Oberausschuss“. In sektorenübergreifenden Angelegenheiten gibt er Empfehlungen gegenüber den inhaltlich betroffenen Ausschüssen ab, deren Entscheidungskompetenz dadurch jedoch nicht beschnitten wird.³⁴

³² BT-Drs. 14/1245, S. 90

³³ BT-Drs. 14/1245, S. 90

³⁴ Vgl. Bericht des BT-Gesundheitsausschusses, BT-Drs. 14/1977 S. 177; Zipperer/Orde, „Der Koordinierungsausschuss“, in: KrV, Juni 2001, S. 174

Für die Krankenkassen, die zugelassenen Krankenhäuser sowie die Vertragsärzte sind die Beschlüsse des Koordinierungsausschusses unmittelbar verbindlich (§ 137e Abs. 3 S. 2 SGB V). Sie stellen eine Art „Behandlungskorridor“ dar, den die Leistungserbringer nicht ohne sachlichen Grund verlassen dürfen.

1.4.2 Zusammensetzung des Koordinierungsausschusses

Nach § 137e Abs. 1 SGB V ist der Koordinierungsausschuss von den Spitzenorganisationen, die die Bundesausschüsse der Ärzte/Zahnärzte und Krankenkassen sowie den Ausschuss Krankenhaus bilden, als Arbeitsgemeinschaft zu errichten. Er setzt sich aus den Vorsitzenden der Bundesausschüsse und dem Vorsitzenden des Ausschusses Krankenhaus sowie paritätisch aus neun Vertretern der Leistungserbringer und der Krankenkassen zusammen (§ 137e Abs. 2 SGB V).

Entsprechend diesem Gesetzesauftrag haben die betreffenden Spitzenverbände einen **Errichtungsvertrag** abgeschlossen, in dem die „Arbeitsgemeinschaft Koordinierungsausschuss e.V.“ als Trägerorganisation und der davon getrennte „Koordinierungsausschuss“ als Beschlussorgan gegründet werden. Insoweit wird auch von einem janusköpfigen Koordinierungsausschuss gesprochen³⁵. Die „Arbeitsgemeinschaft Koordinierungsausschuss“ hat sich am 28.06.2001 konstituiert und verfügt über eine Geschäftsstelle in Siegburg³⁶. Sie ist neben der Errichtung des „Beschlussorgans Koordinierungsausschuss“ zuständig für die Schaffung wesentlicher Arbeitsgrundlagen, die der Ausschuss zur Erfüllung seiner gesetzlichen Aufgaben braucht. Sie ist insbesondere zuständig für die Regelung der Organisation, des Verfahrens sowie der Finanzen. Das ergibt sich zum einen aus dem Errichtungsvertrag und zum anderen aus der Satzung der Arbeitsgemeinschaft, die Bestandteil des Errichtungsvertrages ist.³⁷ Am 26.09.2001 fand in Berlin die konstituierende Sitzung des Koordinierungsausschusses statt, der aus insgesamt 21 Mitgliedern besteht. Zum Vorsitzenden wurde Staatssekretär a. D. Karl Jung gewählt und zum Stellvertreter Staatssekretär a. D. Herwig Schirmer.

Die Zusammensetzung des „Koordinierungsausschusses“ als Beschlussorgan sowie der „Arbeitsgemeinschaft Koordinierungsausschuss“ wird durch die nachfolgenden Tabellen angezeigt:

Zusammensetzung des Koordinierungsausschusses		
Vorsitzender		
Vorsitzende	- Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen	1
	- Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen	1
	- Ausschuss Krankenhaus	1
Vertreter der Leistungserbringer	Mitglieder	9

³⁵ Vgl. hierzu insgesamt Zipperer, „Schwierige Umsetzung“, in: Forum für Gesundheitspolitik Okt. 2000, www.gid-online.com/forum/

³⁶ Anschrift Arbeitsgemeinschaft Koordinierungsausschuss: Auf dem Seidenberg 3a, 53721 Siegburg, Tel.: 02241/9388-0

³⁷ Vgl. Zipperer/Orde, „Der Koordinierungsausschuss“, in: KrV, Juni 2001, S. 175; zu den weiteren Aufgaben der „Arbeitsgemeinschaft Koordinierungsausschuss vgl. Ausführungen unter 1.4.3

	<u>Davon:</u>	
	Kassenärztliche Bundesvereinigung	3
	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung	2
	Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)	3
	Bundesärztekammer	1
Vertreter der Krankenkassen	Mitglieder	9
	<u>Davon:</u>	
	AOK-Bundesverband	3
	VdAK ³⁸ /AEV ³⁹	2
	Bundesverband der Betriebskrankenkassen	1
	Bundesverband der Innungskrankenkassen	1
	Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen	1
	Bundesknappschaft	1

Zusammensetzung der „Arbeitsgemeinschaft Koordinierungsausschuss e.V.“		
Vorstand		
Mitgliederversammlung bestehend aus:⁴⁰		
Vertreter der Leistungserbringer	Mitglieder	9
	<u>Davon:</u>	
	Kassenärztliche Bundesvereinigung	3
	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung	2
	Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)	3
	Bundesärztekammer	1
Vertreter der Krankenkassen	Mitglieder	9
	<u>Davon:</u>	
	AOK-Bundesverband	3
	VdAK ⁴¹ /AEV ⁴²	2
	Bundesverband der Betriebskrankenkassen	1
	Bundesverband der Innungskrankenkassen	1
	Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen	1
	Bundesknappschaft	1

³⁸ Verband der Angestellten-Krankenkassen

³⁹ Arbeiter-Ersatzkassen-Verband

⁴⁰ Für die Stimmverteilung ist die Aufteilung in § 137e Abs. 2 SGB V zugrunde gelegt worden, aber ohne die drei Ausschussvorsitzenden

⁴¹ Verband der Angestellten-Krankenkassen

⁴² Arbeiter-Ersatzkassen-Verband

Die Aufsicht über den Koordinierungsausschuss als Beschlussorgan sowie die „Arbeitsgemeinschaft Koordinierungsausschuss“ führt das Bundesministerium für Gesundheit. (vgl. § 137e Abs. 6 S. 1 SGB V und §§ 94 Abs. 2 S. 1 SGB X i.V.m. 88 SGB IV). Diesem sind die vom Koordinierungsausschuss gefassten Beschlüsse vorzulegen (vgl. §§ 137e Abs. 3 S. 2 i.V.m. 94 SGB V).

1.4.3 Aufgaben des Koordinierungsausschusses (§ 137e Abs. 3, 4 SGB V)

Der Koordinierungsausschuss hat im Wesentlichen drei zentrale Aufgaben zu erfüllen:

- die gemeinsame Geschäftsführung für die Bundesausschüsse der Ärzte/Zahnärzte und Krankenkassen (§ 137e Abs. 2 S. 4 SGB V),
- die Erarbeitung von Kriterien für eine zweckmäßig und wirtschaftliche Leistungserbringung für mindestens zehn Krankheiten pro Jahr sowie die zu ihrer Umsetzung und Evaluierung notwendigen Verfahren (§ 137e Abs. 3 S. 1 Nr. 1 SGB V),
- die Abgabe von Empfehlungen gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit
 - a) für bis zu sieben, mindestens vier geeignete chronische Krankheiten, für die strukturierte Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme) entwickelt werden sollen, sowie
 - b) für die Anforderungen an die Ausgestaltung dieser Behandlungsprogramme (vgl. § 137f Abs. 1, 2 SGB V).

Entsprechend der oben beschriebenen Zweiteilung des Koordinierungsausschusses in Trägerorganisation und Beschlussorgan erfolgt auch die Wahrnehmung seiner Aufgaben:

Für den Bereich der **gemeinsamen Geschäftsführung** ist die „Arbeitsgemeinschaft Koordinierungsausschuss“ zuständig. Sie führt sowohl ihre eigenen Geschäfte - bzw. die des Koordinierungsausschusses - als auch die der anderen drei sektoralen Ausschüsse. Daher fällt z.B. die Einstellung des gesamten Personals, das für die gemeinsame Geschäftsführung eingesetzt wird, in ihren Aufgabenbereich. Dies umfasst auch das in den anderen drei Ausschüssen und ihren Arbeitsausschüssen benötigte Personal. In dem Errichtungsvertrag ist im einzelnen festgelegt, welche Aufgaben die „Arbeitsgemeinschaft Koordinierungsausschuss“ im Rahmen ihrer Geschäftsführungsbefugnis zu erfüllen hat. Dazu gehört neben der organisatorischen Vorbereitung und Durchführung von Sitzungen aller Ausschüsse und ihrer Arbeitsausschüsse insbesondere auch deren juristische Beratung und Betreuung durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit der Befähigung zum Richteramt. Darüber führt die Arbeitsgemeinschaft die Auswertung von Berichten über medizinische Verfahren sowie die Koordination des mit den Ausschüssen und ihren Arbeitsausschüssen geführten Schriftwechsels von der Arbeitsgemeinschaft durch.⁴³

Die **Festlegung von Kriterien** für eine zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung erfolgt dagegen durch den Koordinierungsausschuss als Beschlussorgan. Er soll pro Jahr mindestens zehn relevante Krankheitsbilder auswählen, bei denen Hinweise auf medizinische Über-, Unter- oder Fehlversorgung der Versicherten vorliegen. Auf der Grundlage evidenzbasierter Leitlinien sollen schließlich Kriterien entwickelt werden, nach denen eine medizinisch zweckmäßige und wirtschaftliche Behandlung der Versicherten zu erfolgen hat. Zur Vorbereitung derartiger Entscheidungen ist eine bei der „Arbeitsgemeinschaft Koordinierungsausschuss“ angesiedelte sachverständige Stabsstelle eingerichtet worden, die den Koordinie-

⁴³

Vgl. hierzu insgesamt Zipperer, „Schwierige Umsetzung“, in: Forum für Gesundheitspolitik Okt. 2000, www.gid-online.com/forum/

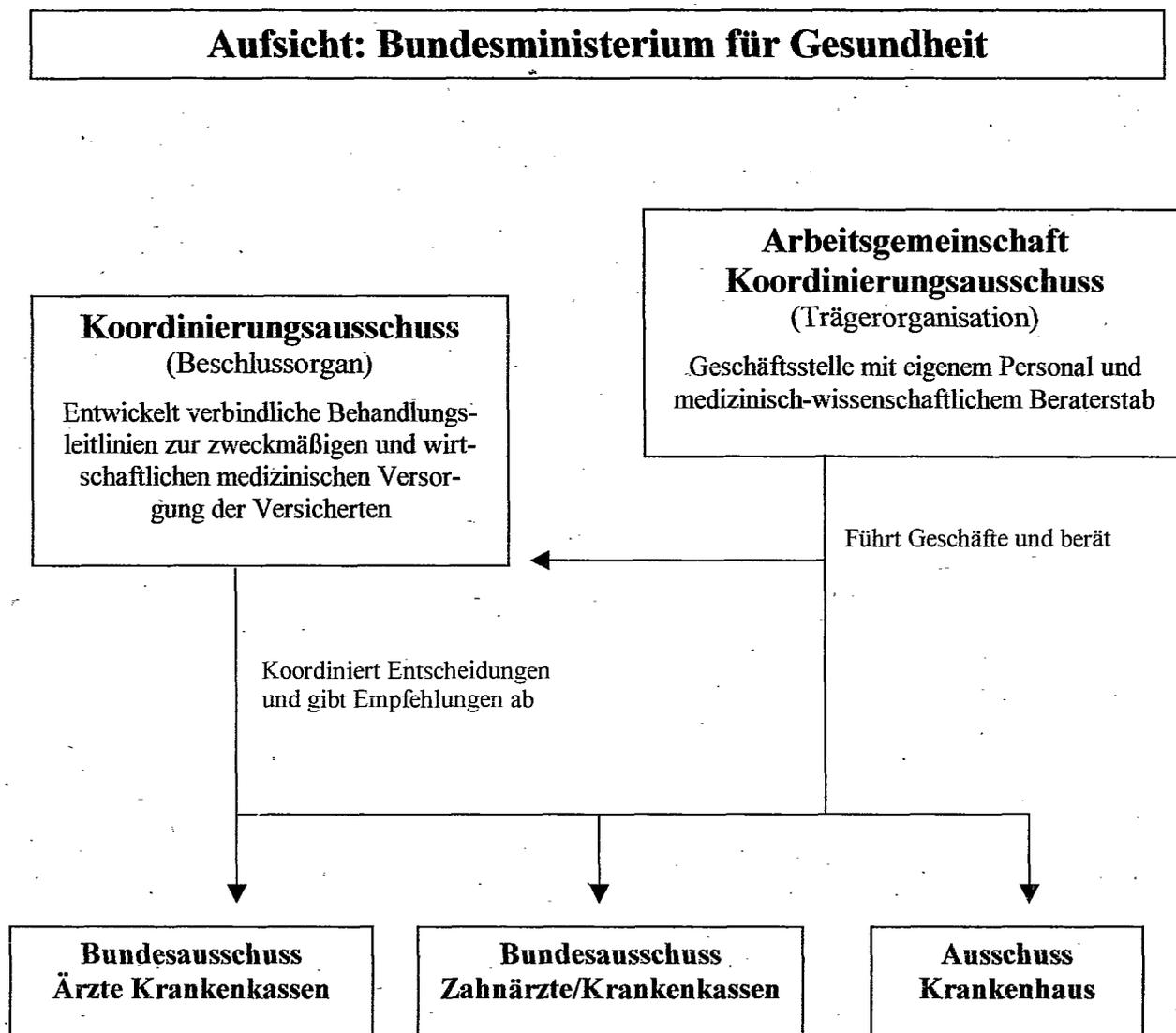
rungsausschuss berät und falls erforderlich auch externen Sachverstand einholt (vgl. § 137e Abs. 3 S. 4 SGB V). Derzeit sind als relevante Krankheitsbilder u.a. im Gespräch: Diabetes, Herz-Kreislaufkrankungen, Rückenschmerz, Asthma, Tumorerkrankungen, Alkohol- und Drogensucht, Depression, Schizophrenie, Niereninsuffizienz und degenerative Gelenkerkrankungen. Eine abschließende Entscheidung hat der Koordinierungsausschuss derzeit noch nicht getroffen.

Seit Anfang 2002 kommt dem Koordinierungsausschuss die weitere Aufgabe zu, mindestens **vier geeignete chronische Krankheiten** zu empfehlen, für die Disease-Management-Programme entwickelt werden sollen. Sobald das Bundesministerium für Gesundheit die empfohlenen Krankheiten endgültig festgelegt hat, legt der Koordinierungsausschuss Empfehlungen für die Anforderungen an die Ausgestaltung der Behandlungsprogramme vor. Am 28.01.2002 hat der Koordinierungsausschuss folgende chronische Krankheiten empfohlen, für die Disease-Management-Programme entwickelt werden sollen:

- Diabetes mellitus (Typ 1 und 2)
- Chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen
- Brustkrebs
- Koronare Herzerkrankungen (KHK).

Auf eine einvernehmliche Empfehlung hinsichtlich der Anforderungen an die Ausgestaltung der Disease-Management-Programmen konnte sich der Koordinierungsausschuss in seiner Sitzung vom 11.03.2002 nicht verständigen. Es ist aber geplant, noch bis Mitte Mai 2002 eine entsprechende Empfehlung abzugeben.

1.4.4 Übersicht über die Arbeitsstruktur des Koordinierungsausschusses⁴⁴



⁴⁴

Vgl. hierzu Zipperer, KrV / Juni 2001, S. 174; Abdruckdienst des AOK-Bundesverbandes, psg Politik, Presseservice Gesundheit, Ausgabe 9, 21.09.2001

2. Die Einführung und die inhaltliche Ausgestaltung neuer Versorgungsformen

Seit Mitte 1997 hat der Gesetzgeber insgesamt drei Vertragsformen in das Fünfte Buch des Sozialgesetzbuches (SGB V) aufgenommen, die den Aufbau neuer Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsstrukturen der Leistungserbringung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ermöglichen. Bei diesen handelt es sich um **Modellvorhaben (§§ 63 ff. SGB V)**, **Strukturverträge (§ 73a SGB V)** sowie **Verträge zur integrierten Versorgung (§§ 140a ff. SGB V)**. Mit ihnen sind der Selbstverwaltung der GKV weitreichende Instrumente an die Hand gegeben worden, die die Erprobung neuer Versorgungsformen zur Steigerung der Effizienz und Wirtschaftlichkeit der Patientenversorgung ermöglichen.

Durch Modellvorhaben und Strukturverträge, die mit Inkrafttreten des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes⁴⁵ am 01. Juli 1997 eingeführt worden sind, können neu entwickelte Ideen und Konzepte zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen oder der medizinischen Leistungen erprobt werden. Während im Rahmen von Modellvorhaben die Erprobung neuer Versorgungsformen sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich möglich ist, beziehen sich Strukturverträge ausschließlich auf den Bereich der ambulanten Versorgung.

Daneben ist mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000⁴⁶ ab dem 01.01.2000 eine dritte Vertragsform eingeführt worden, die integrierte Versorgung. Ihr primäres Ziel ist die Entwicklung neuer Versorgungsformen, die die starre Aufgabenteilung zwischen ambulantem und stationärem Sektor durchbrechen und auf eine sektorenübergreifende Vernetzung hinwirken. Damit sollen vor allem Doppeluntersuchungen vermieden werden sowie bessere Voraussetzungen für eine patientengerechte Versorgung geschaffen werden.

Insgesamt lassen sich die hierdurch einfühzbaren neuen Versorgungsformen in zwei Kategorien unterteilen: in „Versorgungsmodelle“ und in „medizinische Modelle“⁴⁷. Versorgungsmodelle fragen danach, „wie“ medizinische Leistungen möglichst effizient im System der GKV erbracht werden können. Sie organisieren deshalb die Leistungserbringung in neuen Formen und führen auch neue Budgetregelungen und Vergütungsformen ein. Im Unterschied dazu überprüfen medizinische Modelle ausschließlich die Zweckmäßigkeit medizinischer Leistungen. Hierzu führen sie neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden ein, die sonst nicht im Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) enthalten sind. Auf diese Weise können Leistungen - in dem vom Gesetzgeber vorgegebenen Rahmen - nicht nur unter klinischen Bedingungen getestet, sondern auch auf ihre Praxistauglichkeit überprüft werden.

Ordnet man nun die drei Vertragsformen den jeweiligen Kategorien zu, so ergibt sich folgende Einteilung:

Modellvorhaben können als „Strukturmodelle“ (§ 63 Abs. 1 SGB V) oder als „Leistungsmodelle“ (§ 63 Abs. 2 SGB V) durchgeführt werden (vgl. unter 2.1). Während die „Strukturmodelle“ zur Kategorie der Versorgungsmodelle gehören, werden die „Leistungsmodelle“ der Kategorie der medizinischen Modelle zugeordnet.

Da die Strukturverträge (§ 73a SGB V) eher den o.g. „Strukturmodellen“ ähneln, werden diese auch in die Kategorie der Versorgungsmodelle eingeordnet.

⁴⁵ Zweites Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 23.06.1997, BGBl I 1997, S. 1520-1536

⁴⁶ Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 vom 22.12.1999, BGBl I 1999, 2626, 2640

⁴⁷ Vgl. hierzu Orłowski in: Die BKK 1997, S. 111; Harald in: Dt. Ärzteblatt 1998, A-3277

Die integrierte Versorgung (§§ 140a ff. SGB V), die größere Parallelen zu den Modellvorhaben aufweist, lässt sich sowohl in die Gruppe der Versorgungs- als auch der medizinischen Modelle einordnen. Sie stellt damit eine Mischform dar.

<p style="text-align: center;">Versorgungsmodelle</p> <p style="text-align: center;">organisieren die Leistungserbringung in neuen Formen</p>	<p style="text-align: center;">medizinische Modelle</p> <p style="text-align: center;">erproben medizinische Leistungen, die sonst nicht im Leistungsumfang der GKV vorhanden sind</p>
<p style="text-align: center;">Strukturmodelle (§ 63 Abs. 1 SGB V)</p> <p>Weiterentwicklung der Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen der Leistungserbringung</p> <p style="text-align: center;">(siehe Kapitel 2.1.1)</p>	<p style="text-align: center;">Leistungsmodelle (§ 63 Abs. 2 SGB V)</p> <p>Erprobung von (neuen) Leistungen zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten sowie zur Krankenbehandlung</p> <p style="text-align: center;">(siehe Kapitel 2.1.2)</p>
<p style="text-align: center;">Strukturverträge (§ 73a SGB V)</p> <p>Vereinbarung von Versorgungs- und Vergütungsstrukturen (Hausarztmodell, vernetzte Praxen)</p> <p style="text-align: center;">(siehe Kapitel 2.2)</p>	
<p style="text-align: center;">integrierte Versorgung (§§ 140a bis 140h SGB V)</p> <p style="text-align: center;">Ermöglichung einer verschiedenen Leistungssektoren übergreifenden und integrierten Versorgung der Versicherten</p> <p style="text-align: center;">(siehe Kapitel 2.3)</p>	

Darüber hinaus haben seit Anfang diesen Jahres die Krankenkassen und ihre Verbände die Möglichkeit, strukturierte Behandlungsprogramme, sog. **Disease-Management-Programme**, einzurichten (vgl. §§ 137f, g, 266 ff. SGB V). Bei diesen handelt es sich um spezielle Behandlungsprogramme, die die Prävention und die Behandlung für **chronisch Kranke** verbessern sollen. Sie stellen neben Modellvorhaben, Strukturverträgen und integrierter Versorgung eine weitere, neue Form der medizinischen Versorgung dar. Ihr Ziel ist es, einzelne Behandlungsschritte sektorenübergreifend zu steuern und damit Qualität und Wirtschaftlichkeit der Behandlung sicherzustellen. Für die in Disease-Management-Programmen eingeschriebenen Versicherten erhalten die Krankenkassen einen finanziellen Ausgleich dergestalt, dass ihnen erhöhte standardisierte Ausgaben im Risikostrukturausgleich zugeschrieben werden.⁴⁸

⁴⁸ Zu den Einzelheiten siehe Kapitel 2.4

2.1 Modellvorhaben (§§ 63 ff. SGB V)

Modellvorhaben sind in zwei verschiedenen Formen möglich: Entweder als „Strukturmodelle“ (§ 63 Abs. 1 SGB V) oder als „Leistungsmodelle“ (§ 63 Abs. 2 SGB V). Für die Einführung beider Formen gilt gleichermaßen, dass das bestehende gesetzliche System der Leistungserbringung weiterhin zur Verfügung stehen muss. Modellvorhaben haben insoweit also keinen ersetzenden Charakter, sondern regeln vielmehr einen Ausnahmetatbestand.⁴⁹

2.1.1 Strukturmodelle (§ 63 Abs. 1 und 3 SGB V)

2.1.1.1 Regelungsgegenstand und -zweck

„Strukturmodelle“ sind nach § 63 Abs. 1 SGB V Modellvorhaben, die die „Weiterentwicklung der Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen der Leistungserbringung“ zum Gegenstand haben. Bei ihnen geht es nicht um die Frage, „ob“ bestimmte medizinische Leistungen erbracht werden, sondern vielmehr darum „wie“ diese im System der GKV möglichst effizient erbracht werden können. Ziel ist es dabei, Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu verbessern. Die Bezeichnung „Strukturmodell“ wird deshalb verwandt, weil es um Maßnahmen geht, die die Strukturen des Systems der GKV an sich betreffen.⁵⁰

Die Frage, wie „Strukturmodelle“ im Einzelfall ausgestaltet werden können, geht aus der gesetzlichen Regelung allerdings nicht hervor. Der Gesetzgeber hat sich insoweit darauf beschränkt, rechtliche Rahmenbedingungen für die Durchführung von „Strukturmodellen“ zu schaffen (vgl. § 63 Abs. 3 SGB V). Die gegenständliche Ausgestaltung ist dabei der Kreativität und dem Innovationsdrang der Beteiligten überlassen. Sie verfügen über einen weit gefassten Gestaltungsspielraum. So können z.B. zur Weiterentwicklung der Organisationsformen der Leistungserbringung ärztliche sowie nichtärztliche Verbundsysteme oder Modelle zur Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung geschaffen werden. Hierzu sind bislang acht Verträge mit Praxisnetzen in Bayern, Hessen, Niedersachsen, Schleswig-Holstein und Westfalen-Lippe abgeschlossen worden, die der finanziellen und strukturellen Förderung vernetzter Versorgungsstrukturen dienen. Eine Aufstellung der im einzelnen abgeschlossenen Verträge zu Praxisnetzen auf der Grundlage des § 63 SGB V befindet sich im Anhang.

Daneben hat der Gesetzgeber in § 64 SGB V einen Beispielsfall für den Regelungsinhalt von „Strukturmodellen“ geschaffen. Danach können Maßnahmen zur Vermeidung einer unkoordinierten Mehrfachinanspruchnahme von Vertragsärzten durch die Versicherten erprobt werden, um das sog. Doktor-Hopping⁵¹ einzugrenzen.

2.1.1.2 Initiativberechtigte und Vertragspartner

„Strukturmodelle“ können gem. § 64 Abs. 1 S.1 SGB V von den **Krankenkassen** und ihren **Verbänden** (auf Bundes- und Landesebene) sowie den **Kassenärztlichen Vereinigungen** (vgl. § 63 Abs. 6 SGB V) grundsätzlich mit allen zugelassenen Leistungserbringern vereinbart werden. Als Vertragspartner kommen danach in Betracht:

⁴⁹ Vgl. SGB/RVO-Gesamtkommentar, § 63 SGB V, Anm.5

⁵⁰ Kruse in: LPK-SGB V, § 63, Rdn.4; SGB/RVO-Gesamtkommentar, § 63 SGB V, Anm.3; Orłowski in: Die BKK 1997, S. 113

⁵¹ Vgl. zu diesem Begriff: BT-Drs.: 13/7264, S.100

- Einzelne / Gruppen von Vertragsärzten
- Einzelne / Gruppen von Krankenhäusern
- Gemeinschaften von Vertragsärzten und Krankenhäusern
- Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen
- Leistungserbringer von Heil- und Hilfsmitteln
- Apotheker und pharmazeutische Unternehmen
- Leistungserbringer aus dem nichtärztlichen Bereich

Soweit jedoch die vertragsärztliche Versorgung berührt ist, können derartige Modelle nur mit einzelnen bzw. Gruppen von Vertragsärzten oder den Kassenärztlichen Vereinigungen vereinbart werden (§ 64 Abs. 1 S. 2 SGB V). Die Erweiterung auf einzelne und Gruppen von Vertragsärzten ist neu mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 eingeführt worden. Demnach können die Krankenkassen nunmehr auch Direktverträge mit einzelnen Leistungserbringern abschließen, ohne wie bislang auf die Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigungen angewiesen zu sein.

Die nach § 64 Abs. 1 SGB V abgeschlossenen Verträge sind der Aufsichtsbehörde vorzulegen (vgl. § 63 Abs. 5 S. 3 SGB V).

2.1.1.3 Leistungserbringungsrecht

Damit den Selbstverwaltungsgremien in der GKV ein möglichst weiter Gestaltungsspielraum zur Erprobung neuer Maßnahmen im Rahmen von Strukturmodellen zur Verfügung steht, hat der Gesetzgeber ausschließlich für diesen Modelltypus Abweichungen vom bisherigen Regelsystem zugelassen. So können die Krankenkassen und ihre Verbände im Rahmen von „Strukturmodellen“ das gesamte Regelsystem der Leistungserbringung vertraglich suspendieren (§ 63 Abs. 3 S. 1, 1. Hs. SGB V). Im einzelnen sind abweichende Vereinbarungen über die im 4. Kapitel des SGB V (§§ 69 bis 140) geregelte Beziehung der Krankenkassen zu den Leistungserbringern sowie die krankenhausrechtlichen Regelungen und das Pflegesatzrecht möglich. Das bedeutet, dass z.B. vergütungsrechtliche Vorschriften abbedungen werden können. Hierzu gehören u.a. die Vorschriften über die Gesamtvergütungen im ärztlichen Vertragsrecht (§§ 82 ff. SGB V) und über das ambulante Operieren im Krankenhaus (§§ 115 b, 116 SGB V) einschließlich der insoweit geltenden Vergütungsregelungen (§ 120 SGB V)⁵².

2.1.1.4 Beitragssatzstabilität

Um auf der anderen Seite zu verhindern, dass über den Weg der „Strukturmodelle“ Gesamtvergütungen oder Budgets ausgeweitet werden, hat der Gesetzgeber klargestellt, dass der Grundsatz der Beitragssatzstabilität gilt (§ 63 Abs. 3 S. 1, 2. HS. SGB V). Das bedeutet, dass finanzielle Aufwendungen für „Strukturmodelle“ **nicht zusätzlich** zu den ärztlichen Gesamtvergütungen oder Krankenhausbudgets vereinbart werden können. Dementsprechend gelten für „Strukturmodelle“ auch bestimmte Verrechnungsvorschriften (§ 64 Abs. 3 SGB V), die ein Überschreiten des Gesamtfinanzierungsvolumens der GKV verhindern sollen. Darüber hinaus sollen Mehraufwendungen, die insbesondere in der Anfangsphase eines Modellvorhabens entstehen können, durch Einsparungen wieder ausgeglichen werden (§ 63 Abs. 3 S. 2 SGB V). Sollte es zu einem Überschuss kommen, kann dieser an die Versicherten weitergegeben werden (§ 63 Abs. 3 S. 3 SGB V). Auf diese Weise kann auch ein finanzieller Anreiz für die Teilnahme der Versicherten an dem „Strukturmodell“ geschaffen werden.

⁵²

Im Einzelnen hierzu: Orlowski in: Die BKK 1997, S. 113

2.1.1.5 Beispiele aus der Praxis

In den letzten Jahren ist es in zahlreichen Bundesländern zum Abschluss von insgesamt 19 Verträgen auf der Basis des § 63 Abs. 1 SGB V gekommen. Nicht berücksichtigt wurden dabei die Verträge zu den Praxisnetzen, die gesondert im Anhang aufgeführt werden⁵³. Im Folgenden werden einige dieser „Strukturmodelle“ nach Bereichen unterteilt vorgestellt. Eine vollständige Übersicht der bislang vereinbarten „Strukturmodelle“ findet sich im Anhang.

Im Bereich der medizinischen Versorgung chronisch Kranker sind z.B. für die **Diabetiker-versorgung** „Strukturmodelle“ in Sachsen-Anhalt⁵⁴ und Mecklenburg-Vorpommern vereinbart worden. So hat die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern am 01.04.2000 mit der AOK Mecklenburg-Vorpommern eine Vereinbarung zum Diabetes Gesundheitsmanagement im Rahmen eines „Strukturmodells“ abgeschlossen⁵⁵. Im Rahmen dieses Modells soll untersucht werden, inwieweit durch das Zusammenwirken von diabetologisch besonders geschulten Hausärzten und diabetologischen Schwerpunktpraxen eine Verbesserung der Versorgung von Diabetikern erreicht werden kann. Ziel dieses Modellvorhabens ist es, die Behandlungsabläufe zwischen Haus- und Facharztpraxen so aufeinander abzustimmen, dass eine möglichst optimale Kooperation zwischen beiden Ebenen stattfindet.

Neben diesen Modellen zur Verbesserung der Behandlung chronisch Kranker gibt es z.B. auch „Strukturmodelle“, die allgemein **stationersetzende ambulante Operationen** forcieren. Zu diesem Zweck hat die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern mit dem IKK Landesverband Nord, Kiel, vom 01.02.2000 bis zum 31.12.2002 ein „Strukturmodell“ vereinbart, das die Zusammenarbeit zwischen Haus- und Fachärzten sowie von Operateuren fördert. Ziel ist es, bislang vorwiegend stationär durchgeführte Operationen ambulant vorzunehmen, sofern dies medizinisch möglich und sinnvoll ist.⁵⁶

In diesem Zusammenhang ist noch ein weiteres „Strukturmodell“ zu erwähnen, das die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein im Bereich der **Kataraktoperationen**, d.h. Operationen des Grauen Stars, mit einer Gruppe von Ärzten sowie dem Verband der Angestellten-Krankenkassen und dem AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband abgeschlossen hat⁵⁷. Ziel dieses „Strukturmodells“ ist es, die ambulante Durchführung von Kataraktoperationen zu fördern und somit den Grundsatz „ambulant vor stationär“ (vgl. § 73 Abs. 4 SGB V) fortzuschreiben.

2.1.2 Leistungsmodelle (§ 63 Abs. 2 und 4 SGB V)

2.1.2.1 Regelungsgegenstand und -zweck

Im Gegensatz zu den die Effizienz medizinischer Leistungen betonenden „Strukturmodellen“ ist es im Rahmen von „Leistungsmodellen“ in den nach § 63 Abs. 4 SGB V gezogenen Gren-

⁵³ Vgl. zu den Praxisnetzen die Ausführungen unter 2.1.1.1

⁵⁴ Modellvorhaben nach §§ 63 ff. SGB V, Diabetes-Projekt Sachsen-Anhalt, www.kgsan.de

⁵⁵ Der vollständige Abdruck der Vereinbarung zum Diabetes Gesundheitsmanagement kann eingesehen werden unter: www.kvmv.arzt.de

⁵⁶ „Modellvorhaben gemäß § 63 Abs. 1 SGB V über die Weiterentwicklung der Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen stationersetzender ambulanter Operationen“: www.kvmv.arzt.de

⁵⁷ „Vertrag über ein Modellvorhaben für eine abgestufte, flächendeckende Versorgung mit Kataraktoperationen gemäß §§ 63 ff. SGB V für den Landesteil Nordrhein“: www.kvno.de, unter der Rubrik „Verträge“

zen möglich, neue Leistungen zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten sowie zur Krankenbehandlung zu erproben. Den Krankenkassen ist damit ein weitreichendes Instrument an die Hand gegeben worden, das sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich die Möglichkeit eröffnet, neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemeinsam mit den Versicherten zu testen. Nach der Gesetzesbegründung ist hierfür allerdings Voraussetzung, dass tragfähiges Erkenntnismaterial vorliegt, welches die Erwartung rechtfertigt, dass die entsprechende Leistung für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten geeignet ist⁵⁸. Des weiteren dürfen nach § 63 Abs. 4 S. 1 SGB V nur solche Leistungen aus dem ambulanten bzw. stationären Bereich erprobt werden, über deren Eignung der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (§§ 91, 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 5, 135 Abs. 1 SGB V) bzw. der Ausschuss Krankenhaus (§ 137c Abs. 1, 2 SGB V) keine ablehnende Entscheidung getroffen hat.

2.1.2.2 Ambulanter Sektor

Im Bereich der ambulanten Versorgung legt der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in der Anlage B seiner Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (sog. BUB-Richtlinien)⁵⁹ fest, welche Methoden nicht als vertragsärztliche Leistungen zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden dürfen. Damit sind die dort aufgeführten Behandlungsmethoden von einer Erprobung durch „Leistungsmodelle“ von vornherein ausgeschlossen. Etwas anderes gilt für Methoden über die der Bundesausschuss noch keine Entscheidung in seinen Richtlinien getroffen hat. Diese sind weiterhin einer Erprobung durch „Leistungsmodelle“ zugänglich. Insgesamt können also Leistungen, deren Aufnahme in den Leistungskatalog der GKV ungeklärt ist, Gegenstand von „Leistungsmodellen“ sein⁶⁰.

Es ist aber auch möglich, dass der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen seine Beratungen über eine Methode für längsten drei Jahre aussetzt, wenn kein tragfähiges Erkenntnismaterial hinsichtlich ihres Nutzens, der Risiken oder der Wirtschaftlichkeit vorliegt. In einem solchen Fall besteht die Möglichkeit, weiterhin zusätzliches Erkenntnismaterial im Wege von Modellvorhaben zu beschaffen und eine daran anschließende Erprobung der betreffenden medizinischen Maßnahmen im Rahmen von „Leistungsmodellen“ durchzuführen⁶¹. Der Bundesausschuss kann allerdings Vorgaben zur näheren Ausgestaltung des Modellvorhabens beschließen, insbesondere zur konkreten Fragestellung, zur Dauer sowie zum örtlichen und personellen Anwendungsbereich. Bei Nichtbeachtung dieser Vorgaben kann er beschließen, die Beratungen über die Methode wieder aufzunehmen und nach der aktuellen Beweislage zu entscheiden.

In jüngster Vergangenheit hat der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen einen entsprechenden Aussetzungsbeschluss im Bereich der Akupunkturbehandlung gefasst. In dem Beschluss vom 16.10.2000, in Kraft getreten am 19.01.2001, heißt es wörtlich⁶²:

⁵⁸ BR-Drs. 822/96, S.76

⁵⁹ Änderung der BUB-Richtlinie vom 16.10.2000, abgedruckt im Dt. Ärzteblatt 2001, A 203 f. oder unter der Internetseite: www.aerzteblatt.de

⁶⁰ SGB/RVO-Gesamtkommentar, § 63 SGB V, Anm.4c; Engelhard in: Hauck/Noftz, SGB V, K § 140b, Rz.43

⁶¹ 6.5 der BUB-Richtlinien vom 16.10.2000

⁶² Änderung der BUB-Richtlinien vom 16.10.2000, abgedruckt im Dt. Ärzteblatt 2001, A 203 f. oder unter der Internetseite: www.aerzteblatt.de

„Für die Anwendung der Körperakupunktur mit Nadeln ohne elektrische Stimulation bei chronischen Kopfschmerzen, chronischen LWS-Schmerzen und chronischen Schmerzen bei Osteoarthritis, die länger als sechs Monate bestehen, setzt der Bundesausschuss gemäß 6.5 der BUB-Richtlinien die Beschlussfassung für drei Jahre aus und empfiehlt die Durchführung von Modellvorhaben im Sinne der §§. 63 bis 65 SGB V unter folgenden Vorgaben:(...)“

Auf der Grundlage dieses Beschlusses haben z.B. fünf große Akupunkturgesellschaften⁶³ zum 01.02.2001 eine „Kooperationsvereinbarung“⁶⁴ mit sechs Krankenkassen⁶⁵ zur **Modellerprobung der Akupunktur** gemäß § 63 Abs. 2 SGB V abgeschlossen.

Darüber hinaus gibt es weitere groß angelegte Akupunkturmodellvorhaben, die im Oktober 2000 zwischen der Techniker Krankenkasse und mehreren Akupunktur-Fachgesellschaften vereinbart und entsprechend dem Beschluss des Bundesausschusses angepasst worden sind. Seit Juli 2001 sind 13 weitere Krankenkassen⁶⁶ dem Modellvorhaben der Techniker Krankenkasse beigetreten.⁶⁷

Neben den Akupunkturverträgen sind noch zahlreiche weitere „Leistungsmodelle“ vereinbart worden, z.B. in den Bereichen Homöopathie, der indikationsspezifische Prävention von Mutter und Kind sowie der Behandlung von Schlaganfallpatienten. Insoweit wird auf die Übersicht im Anhang verwiesen.

2.1.2.3 Stationärer Sektor

Für den stationären Bereich sind „Leistungsmodelle“ nach § 63 Abs. 2 SGB V bislang nur von untergeordneter Bedeutung gewesen. Das hängt damit zusammen, dass in der stationären Versorgung medizinische Neuerungen von der ärztlichen Leitung in Eigenverantwortung eingeführt werden können, ohne dass zuvor ein mit dem Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen vergleichbares Gremium befragt werden müsste.⁶⁸

Daran dürfte sich auch mit der Einrichtung des „Ausschuss Krankenhaus“ (§ 137 c SGB V) durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 wenig geändert haben. Denn nach der Gesetzesbegründung soll es dabei bleiben, dass Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die im Rahmen **klinischer Studien** unter Verantwortung von Hochschulkliniken bei Patienten angewandt werden, auch weiterhin von den Krankenkassen mit den Krankenhausentgelten vergütet werden. Das soll selbst dann gelten, wenn der Ausschuss Krankenhaus die Untersuchungs- oder Behandlungsmethode nicht für ausreichend, zweckmäßig oder wirtschaftlich erachtet. Sein Votum entfaltet insoweit keine Sperrwirkung.⁶⁹ Anzunehmen ist, dass dem medi-

⁶³ Deutsche Ärztegesellschaft für Akupunktur e.V. DÄGfA München; Deutsche Akupunktur Gesellschaft Düsseldorf DAGD; Deutsche Gesellschaft für Akupunktur und Neuraltherapie e.V. DGfAN Thüringen; Internationale Gesellschaft für chinesische Medizin, Societas Medicinae Sinensis SMS; Forschungsgruppe Akupunktur und traditionelle chinesische Medizin FATCM e.V

⁶⁴ Vollständiger Vertrag abrufbar unter: www.akupunktur-aktuell.de, dort unter der Rubrik „Politik“

⁶⁵ Barmer Ersatzkasse Wuppertal (BARMER); Deutsche Angestellten-Krankenkasse (DAK); Kaufmännische Krankenkasse (KKH); Hanseatische Krankenkasse (HEK); Hamburg-Münchener Krankenkasse (HaMü)

⁶⁶ BKK der Allianz Gesellschaften; Bertelsmann BKK; BKK BMW; Bosch BKK; Daimler Chrysler BKK; BKK Deutsche Bank; Ford BKK; Handelskrankenkasse; BKK Hoechst; HypoVereinsbank BKK; Vereins- und Westbank BKK; BKK Opel; Siemens-BKK

⁶⁷ „Akupunktur-Modellvorhaben der TK: Das Universitätsklinikum Charité legt erste Ergebnisse vor (15.03.2002)“, Medizin-News, www.tk-online.de

⁶⁸ Vgl. Orłowski in: Die BKK 1997, S. 113

⁶⁹ BT-Drs. 14/1245, S.90

ziniische Fortschritt in den Krankenhäusern ein stärkeres Gewicht beigemessen wird und insgesamt eine Weiterentwicklung nicht behindert werden soll.

Zum Zeitpunkt der Gutachtenerstellung konnten trotz eingehender Recherche keine im Bereich des stationären Sektors vereinbarten Modellvorhaben gefunden werden.

2.1.2.4 Initiativberechtigte und Vertragspartner

„Leistungsmodelle“ können in erster Linie von den **Krankenkassen** durchgeführt oder vereinbart werden (vgl. § 63 Abs. 2 SGB V). Die **Krankenkassenverbände** sind hierzu nur befugt, wenn die Krankenkassen sie entsprechend bevollmächtigt haben. Daneben sind aber auch – wie bei den „Strukturmodellen“ - die **Kassenärztlichen Vereinigungen** initiativberechtigt (§ 63 Abs. 6 SGB V).

Hinsichtlich der Vertragspartnerwahl gilt das für die „Strukturmodelle“ unter 2.1.1.2 Aufgeführte entsprechend.

2.1.2.5 Forschung

Sowohl für die stationäre als auch für die ambulante Versorgung gilt, dass im Rahmen von „Leistungsmodellen“ keine Fragen der biomedizinischen Forschung sowie Fragen der Forschung zur Entwicklung und Prüfung von Arzneimitteln (und Medizinprodukten) erprobt werden dürfen (§ 63 Abs. 4 S. 2 SGB V). Damit bleibt es im Bereich der Forschung und Weiterentwicklung nach Arzneimittel- und Medizinprodukterecht bei der ausschließlichen Verantwortung der Hersteller.⁷⁰

2.1.3 Grundsatzregelungen (§ 64 Abs. 2 SGB V)

Die Spitzenverbände der Krankenkassen „können“ mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) „Grundsätze“ zur Durchführung von Modellvorhaben mit Vertragsärzten in den Bundesmantelverträgen vereinbaren. Zu den Spitzenverbänden der Krankenkassen gehören alle Bundesverbände der Krankenkassen, die Bundesknappschaft, die Verbände der Ersatzkassen sowie die See-Krankenkasse. Diese zur Option gestellte Mantelvereinbarung dient dazu, dass Modellvorhaben im vertragsärztlichen Bereich mit den gesetzlich zuständigen Organisationen der Vertragsärzte abgestimmt werden können. An die in den Bundesmantelverträgen niedergelegten Grundsätze sind die nachgeordneten Körperschaften gebunden (vgl. §§ 82 f. SGB V). Inhaltlich können die Grundsätze Regelungen für die Teilnahme von Vertragsärzten sowie zur Festlegung einer Höchstzahl der zu beteiligenden Ärzte enthalten. Zu denken wäre hierbei z.B. an Regelungen über die notwendige Qualifikation von Ärzten bzw. Gruppen von Ärzten.⁷¹ Dahingehende Grundsatzregelungen sind bislang noch nicht vereinbart worden.

2.1.4 Rechtliche Vorgaben

Für beide Formen der Modellvorhaben gilt, dass in der **Satzung** der jeweiligen Krankenkasse Regelungen über Ziele, Dauer und Ausgestaltung sowie Teilnahmebedingungen für Versicherte getroffen werden müssen (vgl. § 63 Abs. 5 SGB V).

Zu den kennzeichnenden Merkmalen von Modellvorhaben gehören insoweit ihre zeitliche **Befristung** auf längstens acht Jahre (§ 63 Abs. 5 S. 2 SGB V) und ihre **wissenschaftliche Begleitung und Auswertung** (§ 65 SGB V).

⁷⁰ Hierzu Orlowski in: Die BKK 1997, S. 112

⁷¹ SGB/RVO-Gesamtkommentar, § 64 SGB V, Anm.7b)

Sinn und Zweck der zeitlichen Höchstgrenze ist es auf der einen Seite, die innerhalb eines überschaubaren Zeitraums gewonnenen Erkenntnisse aus einem Modellvorhaben für gesetzgeberische Zwecke einzusetzen. Auf diese Weise soll es dem Gesetzgeber ermöglicht werden, Konsequenzen für das Gesamtsystem der gesetzlichen Krankenversicherung abzuschätzen und ggf. zu berücksichtigen. Auf der anderen Seite soll durch die zeitliche Höchstgrenze vermieden werden, dass Modellvorhaben zweckentfremdet werden, um bestimmte Versorgungsstrukturen oder Leistungsangebote dauerhaft einzuführen. Dies würde der gesetzgeberischen Konzeption zuwiderlaufen, wonach Auswirkungen auf Qualität und Kosten der Versorgung durch verschiedene Gremien im Gesundheitsbereich, wie z.B. den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen bzw. den Ausschuss Krankenhaus zu überprüfen sind.⁷²

Vor einem ähnlichen Hintergrund ist die Prämisse der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung zu sehen. Nach der Gesetzesbegründung zum 2. GKV-Neuordnungsgesetz⁷³ sollen Modellvorhaben Erkenntnismaterial bereitstellen, das für die Weiterentwicklung der Leistungen, der Organisation und der Finanzierung der Leistungserbringung in der gesetzlichen Krankenversicherung genutzt werden kann. Auch soll sich aus der Auswertung ergeben, ob und in welchem Umfang die mit dem Modellvorhaben verfolgten Ziele erreicht worden sind und welche Auswirkungen sich auf Qualität und Kosten der Versorgung ergeben. Insofern werden hohe Anforderungen an die Auswertung gestellt, die allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards entsprechen muss und von unabhängigen Sachverständigen in einem Bericht zu veröffentlichen ist (§ 65 S.2 SGB V). Die Veröffentlichung des Berichts soll sicherstellen, dass die Ergebnisse allgemein zugänglich sind und diskutiert werden können.

2.1.5 Finanzierung von Modellvorhaben

Die Finanzierung von Modellvorhaben ist in ihren jeweiligen Verträgen gesondert geregelt. Sie enthalten in der Regel detaillierte Bestimmungen zur Leistungsbeschreibung sowie zur Vergütung und Abrechnung ärztlicher Leistungen. Allgemein kann gesagt werden, dass die Finanzierung der in Modellvorhaben vereinbarten ärztlichen Leistungen durch die Krankenkassen erfolgt. Diese können als ökonomischen Anreiz für die Teilnahme an Modellvorhaben „außerbudgetäre Mittel“ zur Verfügung stellen. Das heißt, dass finanzielle Einsparungen, die sich z.B. durch die Umsetzung von Modellvorhaben im stationären Sektor ergeben, an die teilnehmenden Vertragsärzte im ambulanten Bereich weitergegeben werden können. Allerdings ist mit der Reform des Risikostrukturausgleichs ab dem 01.01.2002 eine entsprechende „Umverteilung“ von Finanzmitteln durch die Krankenkassen so nicht mehr möglich. Es bleibt abzuwarten, wie sich diese Rechtsänderung auf bislang abgeschlossene Modellvorhaben auswirken wird.

⁷² Hierzu ausführlich: Gesetzesbegründung zum 2. GKV-Neuordnungsgesetz, BR-Drs. 822/96, S. 78; SGB/RVO-Gesamtkommentar, § 63 SGB V, Anm. 6

⁷³ BR-Drs. 822/96, S. 79

Rechtsrahmen für Modellvorhaben nach §§ 63 ff. SGB V		
	Strukturmodelle (§ 63 Abs.1 SGB V)	Leistungsmodelle (§ 63 Abs.2 SGB V)
Durchführung	Modellvorhaben können von den Initiativberechtigten <i>in Eigenregie</i> durchgeführt werden oder <i>per Vertragsschluss</i> mit den in § 64 SGB V genannten Vertragspartnern. Die KVen können Modellvorhaben mit den KK und den KK-Verbänden vereinbaren und haben nach § 63 VI SGB V das Recht, diese selbständig durchzuführen.	
Initiativberechtigte	<ul style="list-style-type: none"> • KK <u>und</u> KK-Verband (§ 63 I SGB V) • KV (§ 63 VI SGB V) 	<ul style="list-style-type: none"> • KK (§ 63 II SGB V) • KV (§ 63 VI SGB V)
Vertragspartner	<i>Potentielle Vertragspartner</i> (§ 64 I SGB V): - zugelassene Leistungserbringer - Gruppen von zugelassenen Leistungserbringern - soweit die vertragsärztliche Versorgung betroffen ist, können nur einzelne bzw. Gemeinschaften von Vertragsärzten oder die KV Vertragspartner sein	
Vorlagepflicht	Vorlage der Verträge bei Aufsichtsbehörde (§ 63 V S.3 SGB V)	
Regelungsgegenstand	Erprobung von Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen der Leistungserbringung. <i>Gesetzlich normierter Beispielsfall:</i> - § 64 IV SGB V Erprobung von Maßnahmen zur Vermeidung einer unkoordinierten Mehrfachinanspruchnahme von Vertragsärzten durch die Versicherten.	Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten sowie zur Krankenbehandlung, die keine Leistungen der Krankenversicherung sind. - <i>Ambulanter Sektor</i> (§ 63 IV S.1, 1. Alt.): Erprobungstauglich sind ausschließlich Leistungen, deren Eignung der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen nach § 92 SGB V nicht durch Beschluss abgelehnt hat. - <i>Stationärer Sektor</i> (§ 63 IV S.1, 2. Alt.): Erprobungstauglich sind nur Leistungen, die der Ausschuss Krankenhaus nach § 137c SGB V (neu) nicht ausgeschlossen hat. - <i>Forschung</i> (§ 63 IV S.2 SGB V): <u>Nicht</u> erprobungstauglich: Fragen der biomedizinischen Forschung sowie Fragen zur Entwicklung und Prüfung von Arzneimitteln u. Medizinprodukten
Leistungs-Erbringungsrecht	Suspendierung d. gesamten Regelsystems d. Leistungserbringung möglich (§ 63 III SGB V); aber keine Überschreitung des Gesamtfinanzierungsvolumen durch das Modellvorhaben (§ 64 III SGB V)	Suspendierung d. Leistungserbringungsrechts <u>nicht</u> möglich, §§ 63 III, 64 III SGB V beziehen sich ausschließlich auf Strukturmodelle.
Beitragssatzstabilität	Es gilt der Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 63 III S.1 SGB V).	Grundsatz der Beitragssatzstabilität nicht ausdrücklich erwähnt.
Satzungsrecht	<i>Die KK hat in ihrer Satzung festzulegen</i> (§ 63 V SGB V): Ziele, Dauer, Art und allgemeine Vorgaben zur Ausgestaltung von Modellvorhaben sowie die Bedingungen für die Teilnahme der Versicherten. <i>Die KK kann in ihrer Satzung bestimmen</i> (§ 65a SGB V): Anspruch auf Bonus der Versicherten bei Inanspruchnahme von fachärztlichen Leistungen nur auf Überweisung eines Hausarztes.	
Frist	Modellvorhaben gelten längstens für <i>8 Jahre</i> (§ 63 V S.2 SGB V)	
Berichtspflicht	Wissenschaftliche Auswertung der Modellvorhaben durch unabhängige Sachverständige nach allgemeinen wissenschaftlichen Standards (§ 65 SGB V)	
Grundsatzregelungen	Die Spitzenverbände der KK <u>können</u> mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in den Bundesmantelverträgen Grundsätze zur Durchführung von Modellvorhaben mit Vertragsärzten vereinbaren (§ 64 II SGB V)	

2.2 Strukturverträge (§ 73a SGB V)

2.2.1 Regelungsgegenstand und -zweck

Sinn und Zweck von Strukturverträgen ist es, Effizienz und Qualität der medizinischen Versorgung im ambulanten Sektor unter gleichzeitiger Wahrung der Beitragssatzstabilität zu erhöhen. Dies soll dadurch erreicht werden, dass die „Verantwortung für die Gewährleistung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung sowie der ärztlich verordneten oder veranlassten Leistungen“ insgesamt oder zum Teil entweder auf einen vom Versicherten gewählten Hausarzt (sog. Hausarztmodell) oder auf einen von ihm gewählten Verbund haus- und fachärztlich tätiger Vertragsärzte (sog. vernetzte Praxen) übertragen wird (vgl. § 73a Abs. 1 S.1, 1. HS. SGB V). Wesentlicher Regelungsgegenstand von Strukturverträgen ist demnach die Förderung der Kooperation von Vertragsärzten untereinander entweder durch Bildung von Hausarztssystemen oder durch vernetzte Praxisstrukturen⁷⁴.

Im sog. **Hausarztmodell** ist vorgesehen, dass der vom Versicherten frei gewählte Hausarzt neben der eigentlichen medizinischen Versorgung auch die gesamte Koordination der medizinischen Betreuung des Versicherten übernimmt. Das bedeutet, dass die Entscheidung über die weitere Behandlung bei anderen Vertragsärzten in die Entscheidungskompetenz des Hausarztes fällt. Er übernimmt insoweit die Funktion eines „Gatekeepers“.⁷⁵

Anders verhält es sich hingegen bei den **sog. vernetzten Praxen**. Dort übernimmt ein Zusammenschluss von Vertragsärzten mit unterschiedlichen Fachrichtungen die Gesamtverantwortung für die medizinische Versorgung des Versicherten. Gegebenenfalls erfolgt hier auch eine Zusammenarbeit mit den ambulanten Pflegediensten.⁷⁶

Der Vorteil des „Hausarztmodells“ und der „vernetzten Praxen“ besteht darin, dass zum einen eine Erhöhung der Qualität in der medizinischen Versorgung erreicht wird, indem der Versorgungsfall ganzheitlich betrachtet werden kann. Zum anderen wird aber auch dem Wirtschaftlichkeitsgebot Genüge getan, indem Doppeluntersuchungen vermieden werden können.

Die Teilnahme des Versicherten an einem Strukturvertrag erfolgt ausschließlich freiwillig. Ihm steht auch weiterhin - alternativ - das gesamte gesetzliche System der Leistungserbringung zur Verfügung.

2.2.2 Vertragspartner (§ 73a Abs. 1 S. 1 SGB V)

Seit der Einführung des § 73a SGB V durch das 2. GKV-Neuordnungsgesetz können die **Kassenärztlichen Vereinigungen** mit den **Landesverbänden der KK** und den **Verbänden der Ersatzkassen** Hausarztmodelle oder vernetzte Praxen als (neue) Versorgungs- und Vergütungsstrukturen im Rahmen von Strukturverträgen vereinbaren. Der Abschluss solcher Verträge steht im Belieben der Vertragsparteien. Sobald es jedoch zu einem Abschluss gekommen ist, binden die Vertragsinhalte automatisch alle in diesem Verband zusammengeschlossenen Krankenkassen (vgl. §§ 73a Abs. 1 S. 1, 83 SGB V).

2.2.3 Abgrenzung zu Modellvorhaben

Strukturverträge sind - wie bereits erläutert - beschränkt auf Hausärzte oder vernetzte Praxen. Im Unterschied zu Modellvorhaben (§§ 63 ff. SGB V) können Vertragspartner der Struktur-

⁷⁴ Brackmann, Handbuch der Sozialversicherung, Kap. 1-95, Rdn.2

⁷⁵ Klückmann in: Hauck/Noftz, SGB V, K § 73a, Rz.10

⁷⁶ Klückmann in: Hauck/Noftz, SGB V, K § 73a, Rz.10

verträge nur die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassenverbände sein, jedoch nicht einzelne Vertragsärzte oder Gruppen von Vertragsärzten. Es besteht für sie keine Pflicht zur wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung. Insbesondere unterliegen sie auch keiner zeitlichen Befristung, es handelt sich demnach um sog. Dauerversorgungsformen.

Hieraus folgt aber zwangsläufig, dass der vom Gesetzgeber eingeräumte Gestaltungsspielraum bei den Strukturverträgen nicht so umfangreich sein kann wie bei den „Strukturmodellen“: Anders als bei „Strukturmodellen“ ist es im Rahmen von Strukturverträgen nicht möglich, das gesamte Leistungserbringungsrecht vertraglich aufzuheben. Eine mit § 63 Abs. 3 SGB V vergleichbare Vorschrift existiert für Strukturverträge nicht.

Im Gegensatz zu den „Leistungsmodellen“ implementieren Strukturverträge auch keine neuen medizinischen Leistungen und sie erschließen auch keine neuen zusätzlichen Mittel. Vielmehr dienen sie dazu, vorhandene Mittel effizienter einzusetzen. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität gilt insoweit auch für Strukturverträge (§§ 73a Abs. 1 S.1, 2. HS, 71 Abs.1 SGB V).⁷⁷

2.2.4 Budgetvereinbarungen (§ 73a Abs. 1 S. 2 SGB V)

In den Strukturverträgen können für die nach § 73a Abs. 1 S. 1 SGB V bestimmten Leistungen auch besondere Vergütungsstrukturen geschaffen werden. So können Budgets vereinbart werden, die die ärztlichen Leistungen des Praxisverbundes bzw. des Hausarztes umfassend honorieren ohne hierbei konkrete Einzelleistungen zu berücksichtigen. Gegenstand einer derartigen Budgetvereinbarung können auch die „veranlassten“ Ausgaben für Arznei-, Verband- und Heilmittel sowie „weitere Leistungsbereiche“ sein (vgl. § 73a Abs. 1 S. 2, 2. HS SGB V). Hierzu zählen auch die Kosten der stationären Versorgung und der Rehabilitation. Dadurch, dass die Folgekosten ärztlicher Behandlungen in die Budgetvereinbarungen mit einbezogen werden können - man spricht insoweit von **kombinierten Budgets** -, sollen finanzielle Anreize für die Wahl möglichst günstiger Versorgungsstrukturen geschaffen werden.⁷⁸

2.2.5 Einheitlicher Bewertungsmaßstab (§ 73a Abs. 1 S. 4 SGB V)

Darüber hinaus können die Vertragsparteien der Strukturverträge vom einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abweichende Leistungsbewertungen für die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen vereinbaren. Allerdings sind Abweichungen von den im EBM aufgeführten Einzelleistungen, den Leistungsinhalten, nicht zulässig. Zur Disposition steht nur die Bewertungsstruktur. Zu der Vereinbarung einer abweichenden Bewertungsstruktur wird es vor allem dann kommen, wenn ein Budget für erbrachte Leistungen vereinbart wird oder der Praxisverbund bestimmte Schwerpunktleistungen erbringt.⁷⁹

2.2.6 Rahmenvereinbarungen (§ 73a Abs. 2 SGB V)

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung kann mit den jeweiligen Spitzenverbänden der Krankenkassen Rahmenvereinbarungen schließen, die Inhalt und Modalität der Durchführung neuer Strukturen, z.B. im Hinblick auf vernetzte Praxen, regeln. Ziel dieser Rahmenvereinbarung ist es, auf Bundesebene Grundsatzregelungen zu schaffen, die anschließend von den Ver-

⁷⁷ Orłowski in: Die BKK 1997, S.243f.

⁷⁸ Klückmann in: Hauck/Noftz, SGB V, K § 73a, Rz.16; Brackmann, Handbuch der Sozialversicherung, Kap. 1-104, Rdn.9

⁷⁹ Klückmann in: Hauck/Noftz, SGB V, K § 73a, Rz.17

tragspartnern auf Landesebene unter Berücksichtigung der jeweiligen regionalen Besonderheiten näher ausgestaltet werden können. Letztlich dienen Rahmenvereinbarungen dazu, auf Landesebene Anregungen für die Vereinbarung von Strukturverträgen zu geben.⁸⁰ Bislang ist es jedoch noch nicht zum Abschluss einer derartigen Rahmenvereinbarung gekommen.

2.2.7 Beispiele aus der Praxis

Ähnlich wie bei den Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 SGB V sind im Rahmen von Strukturverträgen Vereinbarungen zur Versorgung von Diabetikern sowie insbesondere zur Förderung ambulanter stationersetzender Operationen getroffen worden.

So hat die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein erstmals 1998 einen Strukturvertrag zur Steigerung der Qualität der ambulanten **Langzeitversorgung der Diabetiker** mit dem Landesverband der Betriebskrankenkassen abgeschlossen.⁸¹ Ziel dieser Vereinbarung ist es, im Rahmen einer umfassenden Betreuung von Diabetikern eine wohnortnahe ambulante Behandlung der Patienten durch diabetologisch geschulte Hausärzte sowie diabetologische Schwerpunktpraxen sicherzustellen (vgl. § 1 des Strukturvertrages). Auf der Grundlage dieses Vertrages konnten ein Jahr später auch mit den übrigen gesetzlichen Krankenkassen und ihren Verbänden in Nordrhein gleichlautende Verträge abgeschlossen werden. Auf diese Weise gelang es, eine kassenartübergreifende strukturierte Diabetikerversorgung einzuführen, bei der es sich nach Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein um „die weltweit größte Längsschnittstudie zur ambulanten Diabetikerversorgung handelt“. Fast die Hälfte der Diabetiker in Nordrhein sind in das Behandlungskonzept eingebunden⁸². Zwar wurde der zwischen der AOK Rheinland und der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein geschlossene Diabetes-Vertrag⁸³ von der AOK zum 31.12.2001 wieder gekündigt. Jedoch haben die AOK und die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein zum 01.03.2002 eine Anschlussvereinbarung getroffen, die gewährleistet, dass die Diabetes-Verträge in Nordrhein weiterhin kassenartübergreifend zur Anwendung kommen.⁸⁴

Des Weiteren ist zur Förderung des **ambulanten stationersetzenden Operierens** zum 01.10.2000 ein Strukturvertrag zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Siegburg sowie dem AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Siegburg abgeschlossen worden⁸⁵. Der Vertrag wurde vor dem Hintergrund geschlossen, dass viele operative Eingriffe in Krankenhäusern erfolgen, obwohl auch deren ambulante Durchführung möglich, sinnvoll und auch aus Sicht des Patienten wünschenswert wäre⁸⁶.

Darüber hinaus bestehen derzeit insgesamt 10 Strukturverträge zu verschiedenen Praxisnetzen, die sich bundesweit gebildet haben. Gemeinsames Ziel dieser „Netzverträge“ ist es, die

⁸⁰ Orłowski in: Die BKK 1997, S. 242; Klückmann in: Hauck/Noftz, SGB V, K § 73a, Rz.20

⁸¹ „Strukturvertrag zur Intensivierung der interdisziplinären Kooperation von Vertragsärzten in der ambulanten Versorgung von Diabetikern“

⁸² Vgl. *Zuschrift* 13/1460

⁸³ „Diabetes-Vertrag zur Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung von Diabetikern durch Intensivierung der interdisziplinären Kooperation von Vertragsärzten“, abgedruckt unter www.kvno.de, Rubrik „Verträge“

⁸⁴ Vgl. hierzu die Antwort der Ministerin Birgit Fischer vom 11.03.2002, LT-Drs.: 13/2398

⁸⁵ „Strukturvertrag gem. § 73a SGB V zur Förderung ambulanter Operationen in der vertragsärztlichen Versorgung“, abrufbar unter: www.kvno.de dort Rubrik „Verträge“

⁸⁶ Vgl. Präambel des Vertrages

Zusammenarbeit zwischen Allgemeinmedizinern und Fachärzten im ambulanten Bereich unter Einbindung der Krankenhausärzte zu verbessern. Auch in Nordrhein hat es einen Strukturvertrag zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, der AOK Rheinland und dem Praxisnetz Erft gegeben, der zum Aufbau einer zentralen Notfallpraxis in Bergheim geführt hat. Zwischenzeitlich ist dieser Strukturvertrag jedoch wieder aufgelöst worden, so dass Nordrhein derzeit über keinen „Netzvertrag“ gem. § 73a SGB V verfügt⁸⁷. Eine Übersicht der aktuell bestehenden Strukturverträge zu Praxisnetzen auf der Basis von § 73a SGB V kann im Anhang eingesehen werden.

2.2.8 Finanzierung von Strukturverträgen

Für die Finanzierung von Strukturverträgen gelten die zu Modellvorhaben gemachten Ausführungen unter 2.1.5 entsprechend.

Rechtsrahmen für Strukturverträge nach § 73a SGB V	
Vertragspartner	<ul style="list-style-type: none"> • KVen • Landesverbände der KK • Verbände der Ersatzkassen
Regelungsgegenstand	<i>Vereinbarung von Versorgungs- und Vergütungsstrukturen, d.h.:</i> Übertragung der Gewährleistungsverantwortung teilweise o. vollständig auf „Hausarztmodell“ oder „vernetzte Praxen“ für Qualität und Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung sowie der ärztlich verordneten oder veranlassten Leistungen
Budgetvereinbarungen	Schaffung besonderer Vergütungsstrukturen, wie z.B. kombinierte Budgets, möglich (vgl. § 73a I S.2 SGB V)
Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM)	Vom EBM abweichende Leistungsbewertung möglich. Allerdings sind die Leistungsinhalte nicht disponibel, lediglich die Bewertungsstruktur (§ 73a I S.4 SGB V).
Leistungserbringungsrecht	Keine Suspendierung des vertraglichen Leistungserbringungsrecht möglich, weil Strukturvertrag eine Dauerversorgungsform ist; § 63 III SGB V gilt insoweit nicht
Frist	Keine
Berichtspflicht	Keine
Rahmenvereinbarungen	Können zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der KK geschlossen werden über Inhalt, Modalität d. Durchführung neuer Strukturen

2.3 Integrierte Versorgung (§§ 140a ff. SGB V)

2.3.1 Regelungszweck

Mit der Einführung der sog. integrierten Versorgung durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 hat der Gesetzgeber ein komplexes Versorgungssystem installiert, das eine die verschiedenen Leistungssektoren übergreifende Steuerung von Behandlungsabläufen ermöglicht. Durch kooperatives Zusammenwirken von Haus- und Fachärzten sowie von ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringern soll eine effizientere und stärker an den Bedürfnissen der Versicherten orientierte Versorgung geschaffen werden. Im Gegensatz zu den Strukturverträgen (§ 73a SGB V), die sich auf ein Zusammenwirken innerhalb des

⁸⁷

So die KVNo „Erfahrungen mit den neuen Kooperations- und Versorgungsformen“, www.kvno.de/texte/kvno/praxnetz/erfahrng.htm

ambulanten Sektors beschränken, soll die integrierte Versorgungsform darüber hinaus auch den stationären Sektor einschließen.

In der Gesetzesbegründung heißt es hierzu⁸⁸:

„Die integrierte Versorgung soll eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende und integrierte Versorgung der Versicherten ermöglichen. Ziel ist es dabei, eine interdisziplinäre Versorgung zu erreichen, die zumindest die hausärztliche Versorgung einschließt. Im Gegensatz zu den nach dem bisherigen Recht möglichen Praxisnetzen aufgrund von Strukturverträgen soll also eine Versorgungsdichte erreicht werden, die über die bloße ambulante ärztliche Behandlung hinausgehen soll aber nicht notwendigerweise gehen muß. Auch integrierte Versorgungsformen, die sich auf eine fachärztliche Versorgung in Verbindung mit einer hausärztlichen Versorgung beschränken, sind möglich. (...)“

Integrierte Versorgungsformen sollen dadurch realisiert werden, dass zum einen Einzelverträge, zum anderen Rahmenvereinbarungen mit den entsprechenden Vertragspartnern gem. §§ 140b, d SGB V abgeschlossen werden. In Einzelverträgen werden Detailbestimmungen zur integrierten Versorgung festgelegt, Rahmenvereinbarungen regeln wesentliche Eckpunkte für die Einhaltung der Einzelverträge.

2.3.2 Rahmenvereinbarungen (§§ 140d, e SGB V)

Bei den Rahmenvereinbarungen ist zu differenzieren zwischen denjenigen, die im Bereich der ambulanten Versorgung (§ 140d Abs. 1 SGB V) und denjenigen, die im Bereich der stationären Versorgung (§ 140e SGB V) abgeschlossen werden. Während der Abschluss einer Rahmenvereinbarung im ambulanten Bereich notwendige Voraussetzung für die Vereinbarung von Einzelverträgen ist (vgl. § 140a Abs. 1 S. 2, 140d Abs. 2 SGB V), bedarf es im stationären Bereich nicht zwingend einer solchen Rahmenvereinbarung (§ 140 e SGB V). Soweit also die vertragsärztliche Versorgung betroffen ist, haben Rahmenvereinbarungen für die Einführung integrierter Versorgungsformen grundlegende Bedeutung. Im Unterschied hierzu bedarf es für die Einführung von Modellvorhaben (§§ 63 ff. SGB V) sowie Strukturverträgen (§ 73a SGB V) nicht zwingend einer Rahmenvereinbarung.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung haben am 27.10.2000 eine Rahmenvereinbarung gem. § 140d SGB V zur integrierten Versorgung als Bestandteil der Bundesmantelverträge geschlossen⁸⁹. Diese enthält entsprechend der gesetzlich festgelegten Mindestinhalte (vgl. § 140d Abs. 1 S. 2 SGB V) u.a. Regelungen über

- Vertragspartner, Inhalte, Qualitätssicherung
- Finanzierung, Vergütung, Bereinigung der ärztlichen Gesamtvergütung
- Beitrittsmöglichkeit
- Teilnahme der Versicherten
- Voraussetzungen zur Teilnahme von Vertragsärzten
- Mindest- und Höchstzahl der teilnehmenden Vertragsärzte

⁸⁸ BT-Drs. 14/1245, S.91

⁸⁹ Rahmenvereinbarung zur integrierten Versorgung gem. § 140d SGB V zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Köln und dem AOK-Bundesverband, Bonn; dem Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Essen; dem IKK-Bundesverband, Bergisch Gladbach; dem Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel; der Bundesknappschaft, Bochum; der See-Krankenkasse, Hamburg; dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Siegburg; dem AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Siegburg

2.3.3 Einzelverträge / Vertragspartner (§ 140b SGB V)

Gemäß § 140b Abs. 1 SGB V können die **Krankenkassen** sog. Integrationsversorgungs-Verträge direkt mit den in § 140b Abs. 2 SGB V abschließend aufgezählten Leistungserbringern vereinbaren. Hieraus folgt, dass Krankenkassenverbänden keine originäre Abschlusskompetenz zukommt. Allerdings ergibt sich aus der zum 27.10.2000 abgeschlossenen Rahmenvereinbarung, dass auch der von den Krankenkassen bevollmächtigte Krankenkassenverband Verträge zur integrierten Versorgung abschließen kann⁹⁰.

Zu den möglichen Vertragspartnern der „Integrationsversorgungs-Verträge“ gehören im einzelnen (§ 140b Abs. 2 SGB V):

- Kassenärztliche Vereinigungen
- Träger zugelassener Krankenhäuser, Träger von **stationären** Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, soweit mit ihnen ein Versorgungsauftrag nach § 111 SGB V besteht, sowie Gemeinschaften der vorgenannten Leistungserbringer
- Träger von **ambulanten** Rehabilitationseinrichtungen und deren Gemeinschaften, Gemeinschaften zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassener Ärzte und Zahnärzte sowie einzelne sonstige an der Versorgung der Versicherten teilnehmenden Leistungserbringer und deren Gemeinschaften;
(Zu den sonstigen Leistungserbringern gehören z.B. Masseure, Krankengymnasten, Apotheker u.a.)

Umstritten ist, ob Integrationsversorgungs-Verträge nicht nur mit ärztlichen Gemeinschaften (Netzwerke, Praxisnetze), sondern darüber hinaus auch mit einzelnen zugelassenen Ärzten und Zahnärzten abgeschlossen werden können. In der Gesetzesbegründung heißt es hierzu, dass auch einzelne zugelassene Ärzte und Zahnärzte Vertragspartner sein sollen⁹¹: Da dieser Wille des Gesetzgebers jedoch keinen Niederschlag im Gesetzestext gefunden hat, ist er insoweit ohne Bedeutung⁹². Der Wortlaut des § 140b Abs. 2 SGB V, der nur von „Gemeinschaften“ spricht, lässt eine erweiterte Auslegung auf einzelne zugelassene Ärzte/Zahnärzte nicht zu. Dafür spricht auch ein Vergleich mit der im Rahmen von Modellvorhaben geltenden Regelung des § 64 Abs. 1 S. 2 SGB V. Danach werden ausdrücklich „einzelne Vertragsärzte“ neben den Gemeinschaften dieser Leistungserbringer als zugelassene Vertragspartner genannt. Sofern das aber im Rahmen des § 140b Abs. 2 SGB V unterblieben ist, folgt daraus, dass einzelne Vertragsärzte gerade nicht zum Kreis der Vertragspartner der „Integrationsversorgungsverträge“ gehören.⁹³ Dafür spricht auch die in der Rahmenvereinbarung vom 17.10.2000 getroffene Regelung über die Vertragspartner der integrierten Versorgung, wo lediglich die Gemeinschaften von Vertragsärzten als zugelassene Vertragspartner aufgeführt sind⁹⁴.

⁹⁰ Vgl. § 1 der Rahmenvereinbarung vom 27.10.2000

⁹¹ BT-Drs. 14/1245, S.92

⁹² Vgl. BSG SozR 3-2500 § 98 Nr.3

⁹³ So auch Engelhard in: Hauck/Noftz, SGB V, K § 140b, Rz.16 ff.; andere Ansicht Hanika/Hessenauer in: „Integrierte Versorgungsformen im Deutschen und grenzüberschreitende Kooperation im Europäischen Recht“; Pfälzer Ärzte online, http://pfaelzer-aerzte.de/a_aktuell/projekte/integr-versorg.htm

⁹⁴ § 1 der Rahmenvereinbarung

2.3.4 Regelungsgegenstand

Die Anforderungen an den Inhalt der „Integrationsversorgungs-Verträge“ sind zum einen gesetzlich festgelegt (vgl. § 140b Abs. 3 SGB V) und zum anderen ergeben sie sich - soweit die ambulante vertragsärztliche Versorgung betroffen ist - aus der nach § 140d SGB V geschlossenen Rahmenvereinbarung.⁹⁵

Gemäß §140b Abs. 3 S. 3 SGB V ist klar gestellt, dass in der integrierten Versorgung dieselben Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsmaßstäbe gelten, die auch sonst im Rahmen der medizinischen Versorgung entsprechend dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und dem medizinischen Fortschritt zur Anwendung kommen.

Insbesondere haben die Vertragspartner dabei die Gewähr für folgende drei Bereiche zu übernehmen:

- (1) Erfüllung der organisatorischen, betriebswirtschaftlichen sowie der medizinischen und medizinisch-technischen Voraussetzungen für die vereinbarte integrierte Versorgung entsprechend dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und des medizinischen Fortschritts,
- (2) Sicherstellung einer an dem Versorgungsbedarf der Versicherten orientierten Zusammenarbeit zwischen allen an der Versorgung Beteiligten einschließlich der Koordination zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen,
- (3) Sicherstellung einer ausreichenden Dokumentation, die allen an der integrierten Versorgung Beteiligten im jeweils erforderlichen Umfang zugänglich sein muss.

Nach der am 27.10.2000 geschlossenen Rahmenvereinbarung können Versorgungsaufträge für eine integrierte Versorgung insbesondere eine integrierte indikationsspezifische Versorgung umfassen, deren Kernfunktion die Versorgung chronisch Kranker ist. Möglich sind aber auch nicht-indikationsspezifische, umfassende Versorgungsangebote.⁹⁶

2.3.5 Ausgeschlossene Leistungen

Gegenstand des Versorgungsauftrags an die Vertragspartner der Krankenkassen nach § 140b Abs. 1, 2 SGB V dürfen nur solche Leistungen sein, über deren Eignung der Bundesausschuss der Ärzte/Zahnärzte und Krankenkassen bzw. der Ausschuss Krankenhaus im Rahmen seiner Beschlüsse (nach §§ 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 5 bzw. 137c Abs. 1 SGB V) **keine ablehnende** Entscheidung getroffen hat (vgl. § 140b Abs. 3 S. 4 SGB V). Damit sollte klargestellt werden, dass auch im Rahmen der integrierten Versorgung nicht in die Kompetenzen der Bundesausschüsse sowie des Ausschusses Krankenhaus eingegriffen werden darf. Gleichzeitig hat der Gesetzgeber mit dieser Formulierung aber auch die Möglichkeit eröffnet, Untersuchungs- und Behandlungsmethoden einzuführen, mit denen sich der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen noch nicht befasst hat oder über die er die Beratungen ausgesetzt hat. Diese Schlussfolgerung lässt zum einen der Wortlaut des § 140b Abs. 3 S. 4 SGB V zu, zum anderen aber auch der Vergleich mit der nahezu inhaltsgleichen Vorschrift des § 63 Abs. 4 S. 1 SGB V, die im Rahmen von „Leistungsmodellen“ zur Anwendung kommt. In diesem Zusammenhang wird auf die entsprechenden Ausführungen unter 2.1.2 verwiesen.

Auch die Rahmenvereinbarung lässt keine anderen Schlussfolgerungen zu. In ihr heißt es wörtlich:

⁹⁵ Vgl. §§ 2 ff. der Rahmenvereinbarung

⁹⁶ Vgl. § 2 Abs. 3 Nr.1-2 der Rahmenvereinbarung

„§ 2 Inhalte der integrierten Versorgung

(...)

(4) Verfahren, die von den Bundesausschüssen nach § 91 SGB V und dem Ausschuss nach § 137c Abs. 2 SGB V abgelehnt worden sind, dürfen im Rahmen der integrierten Versorgung nicht zur Anwendung kommen.“

Bei dem Begriff „Verfahren“ handelt es sich um einen so weit gefassten Begriff, dass auch neue medizinische Methoden unter ihn subsumiert werden können.

Die Erkenntnis, dass neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden jedenfalls nach dem aktuellen Wortlaut des Gesetzes im Rahmen von integrierten Versorgungsformen eingeführt werden können, ist deshalb von zentraler Bedeutung, weil integrierte Versorgungsformen anders als Modellvorhaben keiner zeitlichen Höchstgrenze unterliegen. Theoretisch bedeutet das also, dass neue medizinische Methoden in begrenztem Umfang für die Dauer des Bestehens des „Integrationsversorgungs-Vertrages“ eingeführt werden können. Auch wenn diese Folge vom Gesetzgeber nicht beabsichtigt gewesen sein mag, so bewegt sie sich doch im Rahmen des Gesetzeswortlauts und lässt sich erst mal nicht verhindern.⁹⁷

Da es bundesweit bislang zu keinem Abschluss von „Integrationsversorgungs-Verträgen“ gekommen ist, bleibt abzuwarten, welche Konsequenzen hieraus letztlich gezogen werden.

2.3.6 Leistungserbringungsrecht (§ 140b Abs. 4 SGB V)

Die Vertragsparteien sind dazu ermächtigt, - ähnlich wie in „Strukturmodellen“ (§ 63 Abs. 3 SGB V) - das gesamte vertragliche Leistungserbringungsrecht zu suspendieren⁹⁸. Allerdings sind abweichende Regelungen nur insoweit zulässig als sie dem Sinn und der Eigenart der integrierten Versorgung entsprechen, die Qualität, die Wirksamkeit und die Wirtschaftlichkeit der integrierten Versorgung verbessern oder aus sonstigen Gründen zur ihrer Durchführung erforderlich sind.

2.3.7 Vergütung / Bereinigung der Gesamtvergütungen (§ 140c SGB V)

Anders als bei Modellvorhaben und Strukturverträgen müssen die Vertragspartner der „Integrationsversorgungs-Verträge“ eigenständige Regelungen zur Festlegung der Vergütung treffen (§ 140 c Abs. 1 S.2 SGB V) und zwar unabhängig von dem Bestehen anderweitiger Budget- und Vergütungsregelungen. Danach sind aus der Vergütung für die integrierte Versorgungsform sämtliche Leistungen zu entnehmen, die von teilnehmenden Versicherten innerhalb und außerhalb der Integrationsversorgung in Anspruch genommen worden sind. Das bedeutet, dass auch Leistungen der nicht an der integrierten Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer von diesem Vergütungssystem erfasst werden (sog. Fremdgehen). Um zu verhindern, dass die vereinbarten Vergütungen zu einer indirekten Ausweitung der Gesamtvergütungen und Budgets führen, besteht eine Verpflichtung zur Bereinigung der Gesamtvergütungen (§ 140f SGB V). Einzelheiten hierzu sind in der Rahmenvereinbarung vom 27.10.2000 zur integrierten Versorgung gem. § 140d SGB V geregelt⁹⁹. Dieser enthält in seiner Anlage 1 ein sehr komplexes Verfahren zur Bereinigung der Gesamtvergütung, das die Vertragspartner befolgen müssen. Offensichtlich ist dieses nur schwer nachvollziehbare Rechenwerk ein Grund dafür, dass es bundesweit bislang keinen einzigen klassischen „Integrationsversorgungs-Vertrag“ nach §§ 140a ff. SGB V gibt.

⁹⁷ Vgl. Engelhardt in: Hauck/Noftz, SGB V, K § 140b, Rz.41-43; a.A. Behnsen in: KrV 1999, S.66

⁹⁸ Vgl. hierzu Ausführungen unter 2.1.1.3

⁹⁹ Vgl. §§ 15, 16 der Rahmenvereinbarung

Des Weiteren können die Verträge zur integrierten Versorgung die Übernahme der Budgetverantwortung insgesamt oder für definierte Teilbereiche - ähnlich wie bei Strukturverträgen (vgl. § 73a Abs. 1 S. 3 SGB V) regeln. Budgetverantwortung bedeutet, dass den beteiligten Leistungserbringern die Verantwortung für die von ihnen verordneten und durch sie veranlassten Leistungen übertragen wird (**sog. kombinierte Budgets**). Die Zahl der teilnehmenden Versicherten sowie ihre Risikostruktur ist bei der Übertragung der Budgetverantwortung zu berücksichtigen.¹⁰⁰

2.3.8 Finanzierung der integrierten Versorgung

Die Finanzierung der integrierten Versorgung ist nicht im Gesetz, sondern ausschließlich in der Rahmenvereinbarung geregelt¹⁰¹. Die Sicherung der Finanzierung erfolgt durch die Vertragspartner einer Integrationsversorgung. Des Weiteren können im Rahmen der Durchführung eines Vertrages nach § 140b SGB V weitere Finanzierungsquellen, wie z.B. Kapitalgeber oder Sponsoren vorgesehen werden. Etwaige Kapitalgeber sowie abgeschlossene Sponsorenverträge sind gegenüber den Krankenkassen vollständig offen zu legen.

Sollten Einsparungen durch die Tätigkeit der Leistungserbringer erzielt werden, so können diese unter den Vertragspartnern aufgeteilt werden. Grundlage hierfür bilden die in den „Integrationsversorgungs-Verträgen“ vereinbarten Aufteilungsmaßstäbe.

2.3.9 Teilnahme der Versicherten

Voraussetzung für die Teilnahme der Versicherten an der integrierten Versorgung ist, dass die Krankenkasse, bei der sie versichert sind, Vertragspartnerin eines Integrationsversorgungs-Vertrages ist (§ 140b SGB V). Hierüber hat die Krankenkasse sie umfassend zu informieren. Die Versicherten besitzen insoweit ein umfassendes Informationsrecht (§ 140a Abs. 3 S. 1 SGB V). Ihre Teilnahme an integrierten Versorgungsformen ist im Übrigen freiwillig (§ 140a Abs. 2 S. 1 SGB V). Die Krankenkassen haben aber die Möglichkeit, durch Gewährung finanzieller Vorteile einen Anreiz für die Teilnahme an integrierten Versorgungsformen zu schaffen. So können die aufgrund der integrierten Versorgung erzielten Einsparungen an die Versicherten weitergegeben werden, soweit die Satzung der jeweiligen Krankenkasse eine Bonusgewährung vorsieht (§ 140g SGB V).

2.3.10 Abgrenzung zu Modellvorhaben und Strukturverträgen

Die integrierte Versorgung weist grundsätzlich eine größere Parallelität zu den Modellvorhaben (§§ 63 ff. SGB V) als zu den Strukturverträgen (§ 73a SGB V) auf.

Im Unterschied zu Modellvorhaben unterliegen Verträge zur integrierten Versorgung jedoch keiner zeitlichen Befristung. Es besteht auch keine Pflicht zur wissenschaftlichen Auswertung, sondern lediglich eine Berechtigung (§ 140h SGB V).

Im Gegensatz zu den Strukturverträgen werden bei der integrierten Versorgung weitreichendere Möglichkeiten bei der Vertragsgestaltung zugelassen. So kann z.B. das gesamte Leistungserbringungsrecht vertraglich suspendiert werden (vgl. § 140b Abs. 4 S. 1 SGB V). Darüber hinaus sind die einzelnen Krankenkassen für die Vertragsschließung nicht mehr lediglich über ihre Verbände handlungsberechtigt, sondern besitzen anders als bei den Strukturverträgen ein originäres Vertragsrecht.

¹⁰⁰ Engelhardt in: Hauck/Noftz, SGB V, K § 140c, Rz.18 ff.

¹⁰¹ § 14 der Rahmenvereinbarung vom 27.10.2000

2.3.11 Beschluss der 74. Gesundheitsministerkonferenz 2001

Die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) im Juni 2001 hat u.a. Folgendes zur integrierten Versorgung beschlossen¹⁰²:

- Die GMK hält es für erforderlich, dass integrierte Versorgungskonzepte stärker Eingang in die Strukturen der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland finden. Insbesondere chronisch Kranke benötigen eine Durchgängigkeit des Versorgungssystems, das bisher durch unterschiedliche Finanzierungszuständigkeiten und Kompetenzabgrenzungen geprägt ist.
- Die integrierte Versorgung als eine die verschiedenen Leistungssektoren übergreifende und interdisziplinäre Versorgung der Versicherten beinhaltet
 - die Chance zu einem innovativen Qualitätsmanagement auf der Basis einer durchgehenden Dokumentation der Behandlungsabläufe bei gleichzeitiger Entwicklung neuer telekommunikativer Verfahren,
 - die Chance für mehr Transparenz des Leistungsgeschehens für Leistungserbringer, Kostenträger und die Betroffenen selbst,
 - die Chance zu effizienterer Ressourcennutzung und damit im Ergebnis finanzielle Vorteile für Kosten- und Leistungsträger sowie die Patientinnen und Patienten,
 - die Chance einer verstärkten Orientierung des Leistungsgeschehens an den Interessen und Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten durch mehr Transparenz, Information und Aufklärung über ihre Rechte im Zusammenhang mit derartigen neuen Versorgungsformen.
- Die GMK fordert die Beteiligten des selbst verwalteten Gesundheitswesens auf, in die Entwicklung entsprechender Konzepte der integrierten Versorgung zu investieren und Anstöße für entsprechende Systementwicklungen zu geben. Hierzu bedarf es insbesondere neuer, versichertenbezogener Finanzierungskonzepte.
- Die GMK bittet das Bundesgesundheitsministerium, die Transparenz entsprechender innovativer Entwicklungen zu unterstützen und ein Forum für best practice-Modelle zu schaffen, das ein Erfahrungsaustausch und gegenseitiges Lernen ermöglicht.

¹⁰² 74. Gesundheitsministerkonferenz am 21./22.06.2001 in Bremen, Ergebnisprotokoll, TOP 6.5 Integrierte Versorgung – Neue Formen einer sektorübergreifenden, interdisziplinären gesundheitlichen Versorgung.

Rechtsrahmen für integrierte Versorgungsformen nach §§ 140a ff. SGB V	
Initiativberechtigte	<ul style="list-style-type: none"> • KK • bevollmächtigter KK-Verband
Vertragspartner	<p><i>Potentielle Vertragspartner (§ 140b II SGB V):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Gemeinschaften zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassener Ärzte und Zahnärzte - einzelne/Gemeinschaften sonstiger zugelassener Leistungserbringer - KVen - Träger zugelassener Krankenhäuser - Träger/Gemeinschaften von stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, soweit mit ihnen ein Versorgungsvertrag nach § 111 besteht - Träger/Gemeinschaften von ambulanten Rehabilitationseinrichtungen
Regelungsgegenstand	<p><i>Sektorenübergreifende Versorgung (§ 140b III S. 3 SGB V):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sicherstellung einer an dem Versorgungsbedarf der Versicherten orientierten Zusammenarbeit zwischen allen an der Versorgung Beteiligten einschließlich der Koordination zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen; - nur Leistungen, über deren Eignung der Bundesausschuss der Ärzte/Zahnärzte und Krankenkassen keine ablehnende Entscheidung getroffen hat (§ 140b Abs. 3 S. 4 SGB V) - Grundlage der integrierten Versorgung sind Verträge nach § 140 b und die Rahmenvereinbarungen nach § 140d SGB V
Budgetvereinbarungen	Vereinbarung eigener Vergütungsregelungen (§ 140c SGB V), aber Pflicht zur Bereinigung der Gesamtvergütung (§ 140f SGB V)
Leistungserbringungsrecht	Suspendierung d. gesamten Regelsystems d. Leistungserbringung möglich
Frist	keine
Berichtspflicht	fakultative wissenschaftliche Auswertung und Begleitung (§ 140h SGB V)
Rahmenvereinbarungen	<p>Im Bereich der ambulanten Versorgung ist es zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der KK am 27.10.2000 zum Abschluss einer Rahmenvereinbarung gekommen (§ 140d SGB V).</p> <p>Im Bereich der stationären Versorgung haben die Spitzenverbände der KK mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft bislang keine entsprechende Rahmenvereinbarung abgeschlossen (§ 140e SGB V).</p>

2.4 Disease-Management-Programme

2.4.1 Begriff

Das Disease Management wurde in den USA entwickelt und bezeichnet eine Versorgungsform, bei der alle Therapieschritte, wie z.B. Krankenbehandlung, Rehabilitation und Pflege, unter Einsatz von evidenzbasierten Leitlinien aufeinander abgestimmt werden¹⁰³.

Im Zuge der Reform des Risikostrukturausgleichs¹⁰⁴ ist das Disease Management zum Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung nunmehr auch in angepasster Form in das deutsche Gesundheitssystem eingeführt worden (vgl. §§ 137 f, g und 266 ff. SGB V). Seit dem 01.01.2002 haben Krankenkassen bzw. deren Verbände die Möglichkeit, strukturierte Behandlungsprogramme - sog. Disease-Management-Programme - zur Behandlung **chronisch Kranker** einzurichten. Ihr Ziel ist es, Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung chronisch Kranker zu verbessern, indem sektorenübergreifend die Versorgung gesteuert wird¹⁰⁵. Die Teilnahme an Disease-Management-Programmen ist für die Versicherten freiwillig (§ 137 f Abs. 3 SGB V). Sie erfolgt durch eine schriftlich erteilte Einwilligung, die sich insbesondere auch auf die Verarbeitung und die Weitergabe von Daten an die Krankenkassen beziehen muss.

Die wesentlichen Inhalte und Elemente von Disease-Management-Programmen beschreibt die Kassenärztliche Bundesvereinigung in ihrer auf fünf Eckpunkte zusammen gefassten „Arbeitsdefinition“ wie folgt:¹⁰⁶

1. *Disease-Management ist dem Grunde nach ein präventiver Behandlungsansatz. Der typische Krankheitsverlauf wird von seinem Ende her betrachtet. Gesicherte Erkenntnisse über Möglichkeiten, unerwünschte Verläufe durch geeignete Maßnahmen zum richtigen Zeitpunkt zu vermeiden, sollen systematisch genutzt werden. Dazu muss die Breite der Behandlungsmöglichkeiten auf bestimmte Standards reduziert werden.*
2. *Durch organisatorische Maßnahmen soll Sorge getragen werden, dass definierte Versorgungsziele für die relevante Patientengruppe mit hoher Treffsicherheit und Effizienz erreicht werden. Dazu gehört z.B., dass der Patient durch die Anlage des Versorgungskonzepts so ‚geführt‘ wird, dass er zu jedem Zeitpunkt auf der angemessenen Versorgungsebene (Hausarzt, Facharzt, Krankenhaus ...) behandelt wird.*
3. *Der Kern jedes Disease-Management-Programms besteht deshalb in der Vereinbarung ärztlicher Behandlungsleitlinien und Kooperationsmuster. Dabei sind nach Möglichkeit alle im Behandlungsverlauf maßgeblichen Einrichtungen des Gesundheitswesens einzubeziehen. Zwischen den beteiligten Einrichtungen findet eine verbindliche Einigung auf Leitlinien statt, die als ‚best practice‘ angesehen werden. Dazu gehören*

¹⁰³ vgl. Def. des AOK-Bundesverbandes, Stichwort: „Disease Management“,

unter: www.aok.de/bundesverband/lexikon

¹⁰⁴ Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 10.12.2001, BGBl. I, S. 3465

¹⁰⁵ Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt: „Disease-Management-Programme für chronisch Kranke schon ab Mitte 2002“, www.bundesregierung.de, Themen A-Z / Gesundheit/Reformprojekte im Gesundheitswesen: Disease-Management-Programme, 01.08.2001; vgl. Schönbach, Arbeit und Sozialpolitik 11-12/2001, S. 22ff (24)

¹⁰⁶ Richter-Reichhelm, KrV / Januar 2002, S. 11ff.; www.kbv.de unter „Sonstiges – Statements“; weiterführende Literatur: „Disease-Management-Programm: Definition“, KBV Kassenärztliche Bundesvereinigung, Stand: 22.10.01, www.kbv.de

die Festlegung der erforderlichen Qualifikation sowie verbindlich vereinbarte Standards der Prozessqualität. Danach richten sich die Dokumentationserfordernisse. Schließlich müssen die erreichten Versorgungsergebnisse durch eine Evaluationsstelle kontinuierlich erhoben und an die Beteiligten zur Selbstprüfung zurückgespielt werden (Benchmarking).

4. Kein Disease-Management-Programm kann ohne Mitwirkung der Patienten erfolgreich sein. Patienten müssen die medizinische Arbeitsteilung sowie die dem Disease Management zugrunde gelegten Leitlinien verstehen und unterstützen. Strukturierte Schulungsprogramme sind unverzichtbarer Bestandteil eines auf Eigeninitiative und Kompetenz des Patienten beruhenden präventiven Behandlungsprogramms. Darüber hinaus müssen alle Maßnahmen geprüft werden, die den Patienten unterstützen, sich therapietreu zu verhalten. Diese Unterstützung muss in hohem Maße auf die individuellen Bedürfnisse einzelner Patienten eingehen (Case Management).
5. Jedes Disease-Management-Programm muss regelmäßig überprüft werden. Die Leitlinienbasierung muss systematisch aktualisiert werden; die betroffenen Patienten sind zu befragen und die Daten der Evaluationsstelle daraufhin auszuwerten, ob die ausgewählten Maßnahmen die angestrebten Ziele erreichen.“

Die kassenärztliche Bundesvereinigung hat dem Koordinierungsausschuss kürzlich einen Entwurf des Disease-Management-Programms Diabetes mellitus¹⁰⁷ vorgelegt¹⁰⁸. Dieser beruht auf den Auswertungsdaten zum Diabetes-Strukturvertrag Nordrhein und soll somit eine Diskussionsgrundlage für die Einschätzung der Nutzen eines entsprechenden Disease-Management-Programms bilden.

2.4.2 Einrichtung von Disease-Management-Programmen bei chronischen Krankheiten (§ 137f SGB V)

Die Einrichtung und Durchführung von Disease-Management-Programmen bei chronischen Krankheiten ist flächendeckend ab Mitte 2002 geplant. Vor diesem Hintergrund hat der Koordinierungsausschuss dem Bundesministerium für Gesundheit am 28.01.2002 in einem ersten Schritt die folgenden vier chronischen Krankheiten für eine Zulassung als Disease-Management-Programme empfohlen (vgl. § 137f Abs. 1 SGB V):

- Diabetes mellitus (Typ 1 und 2)
- Chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen
- Brustkrebs
- Koronare Herzerkrankungen (KHK).

Nach der endgültigen Festlegung der Krankheiten durch das Bundesministerium für Gesundheit sollte der Koordinierungsausschuss in einem zweiten Schritt bis zum 11.03.2002 Anforderungen über die Ausgestaltung der Disease-Management-Programme empfehlen. Gemäß § 137f Abs. 2 SGB V sind hierfür insbesondere Anforderungen zu benennen an die:

¹⁰⁷ Kassenärztliche Bundesvereinigung: Disease-Management-Programm Diabetes mellitus, Arbeitsentwurf, Stand 24. Oktober 2001, Köln

¹⁰⁸ Zu den Einzelheiten vgl.: Richter-Reichhelm, KrV / Januar 2002, S. 11ff (12); Abholz/Berger, Die BKK 3/2002, S. 90 ff.

- „1. *Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungssektors, und, soweit vorhanden, unter Berücksichtigung der Kriterien nach § 137e Abs. 3 Nr.1,*
2. *durchzuführenden Qualitätsmaßnahmen,*
3. *Voraussetzungen und Verfahren für die Einschreibung des Versicherten in ein Programm, einschließlich der Dauer der Teilnahme,*
4. *Schulungen der Leistungserbringer und der Versicherten,*
5. *Dokumentation und*
6. *Bewertung der Wirksamkeit und der Kosten (Evaluation) und die zeitlichen Abstände zwischen den Evaluationen eines Programms sowie die Dauer seiner Zulassung nach § 137g.“*

Bislang hat sich der Koordinierungsausschuss nicht einheitlich auf eine Empfehlung hinsichtlich der Anforderungen an die Ausgestaltung von Disease-Management-Programmen einigen können. Keine Übereinstimmung konnte im Bereich des Datentransfers zwischen Leistungserbringer und Krankenkasse erzielt werden sowie bei der Frage nach evidenzbasierten Leitlinien für die vier ausgewählten chronischen Krankheiten. Als neuer Sitzungstermin wurde der 15.05.2002 bestimmt.

2.4.3 Zulassung von Disease-Management-Programmen (§ 137g SGB V)

Die Zulassung von einzelnen Disease-Management-Programmen, die für die jeweiligen chronischen Krankheiten entwickelt werden, erfolgt in einem besonderen Zulassungsverfahren durch das Bundesversicherungsamt. Dieses erteilt auf Antrag einer Krankenkasse oder eines Krankenkassenverbandes innerhalb von drei Monaten die Zulassung für ein Disease-Management-Programm (vgl. § 137g Abs. 1 S. 4 SGB V). Voraussetzung hierfür ist, dass das Programm und die zu seiner Durchführung geschlossenen Verträge die Anforderungen der Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7 SGB V erfüllen (vgl. § 137g Abs. 1 S. 1 SGB V). Die Zulassung wird nur befristet erteilt (vgl. § 137g Abs. 1 S. 3 SGB V). Der Zeitraum der Befristung ist gesetzlich nicht festgelegt. Es kann aber mit einer Befristung von ca. zwei Jahren gerechnet werden. Für die Erteilung des Bescheides werden kostendeckende Gebühren erhoben. Darüber hinaus erfolgt in bestimmten Zeitabständen eine zu veröffentlichende Überprüfung der Qualität und der Wirksamkeit der Disease-Management-Programme (vgl. § 137f Abs. 4 SGB V).¹⁰⁹

2.4.4 Umsetzung von Disease-Management-Programmen

Die Frage, auf welcher rechtlichen Grundlage die Verträge zur Durchführung von Disease-Management-Programmen geschlossen werden sollen, hat der Gesetzgeber offengelassen. Daher ist auf das Regelungssystem des fünften Sozialgesetzbuches zurückzugreifen. Danach kommen als Vertragstypen insbesondere die zuvor beschriebenen Modellvorhaben (§§ 63, 64 Abs. 1 SGB V), die Strukturverträge (§ 73a SGB V) sowie die Verträge über die integrierte Versorgung (§§ 140a ff. SGB V) in Betracht¹¹⁰. Da Disease-Management-Programme auf eine sektorenübergreifende Versorgung der Versicherten ausgerichtet sind, erscheint der Vertragstypus der integrierten Versorgung für die Umsetzung von Disease-Management-

¹⁰⁹ vgl. „Interview mit Dr. Rainer Daubenbüchel, Präsident des Bundesversicherungsamtes“, KrV / Februar 2002, S. 40 ff. (42); Metzinger/Schlichtherle, KrV / Januar 2002, S. 15 ff. (17)

¹¹⁰ Richter-Reichhelm, KrV / Januar 2002, S. 11 ff. (13)

Programmen besonders geeignet zu sein¹¹¹. Daneben kommt aber auch der Abschluss dreiseitiger Verträge in Betracht, d.h. Verträge zwischen den Krankenkassen, den Krankenhäusern und den Vertragsärzten nach § 115 SGB V. Derartige Verträge haben das Ziel, die enge Zusammenarbeit zwischen Vertragsärzten und zugelassenen Krankenhäusern zu fördern und somit den Versicherten eine sektorenübergreifende Behandlung zu gewährleisten. Bereits zum jetzigen Zeitpunkt zeichnet sich eine Entwicklung dahingehend ab, dass es im Rahmen des Disease Managements vorwiegend zum Abschluss zweiseitiger Verträge kommen wird, und zwar zwischen den Krankenkassen und den Vertragsärzten.

Verschiedene Krankenkassen haben dieses Jahr mit der Umsetzung von Disease-Management-Programmen begonnen. So z.B. die AOK, die unter dem Namen „Curaplan“¹¹² ein Disease-Management-Programm entwickelt hat. Ebenso haben die Betriebskrankenkassen unter dem Namen „BKKMedPlus“¹¹³ Vorbereitungen zur Umsetzung strukturierter Behandlungsprogramme für chronisch Kranke getroffen. Die IKK¹¹⁴ ermöglicht ihren Versicherten ab Mitte März 2002 die Einschreibung in Disease-Management-Programme. Des Weiteren hat die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein mit der AOK Rheinland ein Modellvorhaben zur Verbesserung der Versorgungssituation von Brustkrebspatientinnen konzipiert, das einen Beitrag zur Entwicklung und Einführung von Disease-Management-Programmen leisten soll¹¹⁵. Ziel dieses Modellprojekts ist „die umfassende Integration der Behandlungsebenen im Rahmen klar definierter, qualitätsgesicherter Vorgaben zur Überwindung der aufgezeigten Defizite in der herkömmlichen Versorgung“¹¹⁶.

Gemeinsam ist allen Projekten, dass der Hausarzt eine zentrale Rolle im Bereich des Disease Managements einnehmen soll. Seine Aufgabe soll es sein, die Koordination der Behandlung als sog. Disease-Manager zu übernehmen.

2.4.5 Finanzierung von Disease-Management-Programmen

Die Finanzierung der vom Bundesversicherungsamt zugelassenen Disease-Management-Programme erfolgt auf dem Wege des Risikostrukturausgleichs. Dieser wird von dem Beitragsaufkommen der einzelnen Krankenkassen finanziert und damit letztlich von den Versicherten. Demnach werden Disease-Management-Programme durch die Beiträge aller Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert.

¹¹¹ Schönbach; Arbeit und Sozialpolitik 11-12/2001, S. 22 ff. (26); ders. in: Die BKK 7/ 2001, S. 311 ff. (316); Metzinger/Schlichtherle, KrV / Januar 2002, S. 15 ff. (17)

¹¹² Vgl. www.medknowledge.de/qualitätsmanagement/disease_management-aok.htm

¹¹³ Weitere Informationen unter www.bkk-medplus.de

¹¹⁴ Vgl. www.ikk.de „Mehr Lebensqualität für chronisch Kranke“

¹¹⁵ Vgl. Zuschrift 13/1460, „Projekt zur Versorgung von Mammakarzinom-Patientinnen – Modell eines Disease Managements –“,

¹¹⁶ Zuschrift 13/1460, „Projekt zur Versorgung von Mammakarzinom-Patientinnen – Modell eines Disease Managements –“, S. 2

Der **Risikostrukturausgleich** wurde zum 01.01.1994 durch das Gesundheitsstrukturgesetz¹¹⁷ in die gesetzliche Krankenversicherung eingeführt. Er ist vor dem Hintergrund des seit 1996 bestehenden freien Kassenwahlrechts (vgl. § 173 SGB V) zu sehen und bezweckt in diesem Zusammenhang die Schaffung gleicher Wettbewerbschancen für alle Krankenkassen. Wettbewerbsnachteile ergäben sich z.B. für diejenigen Krankenkassen, die einen höheren Anteil an einkommensschwächeren, älteren oder kinderreichen Versicherten aufwiesen und infolge dessen höhere Beitragssätze erheben müssten. Um diesen Wettbewerbsnachteilen entgegenzuwirken, kommt es zwischen den Krankenkassen zu einem Finanztransfer, der auf der Basis sog. standardisierter Leistungsausgaben für jede Krankenkasse ermittelt wird. Finanziert wird dieses „Ausgleichssystem“ durch das Beitragsaufkommen der einzelnen Krankenkassen und damit durch die Versicherten.¹¹⁸

Ein wesentlicher Mangel an diesem System wurde vor allem darin gesehen, dass im Risikostrukturausgleich bislang nur Alter, Geschlecht, Invalidität und Einkommensunterschiede Berücksichtigung fanden, während dem Krankheitszustand der Patientinnen und Patienten (sog. Morbidität) keine Bedeutung zukam. Das führte letztlich dazu, dass die Versorgung chronisch Kranker mit Wettbewerbsnachteilen verbunden war und verstärkt um die jüngeren Gesunden sowie gut Verdienenden geworben wurde.¹¹⁹

Mit der Neuausrichtung des Risikostrukturausgleichs ab dem Jahr 2002¹²⁰ wird u.a. die Morbidität der Patientinnen und Patienten bei den Ausgleichszahlungen berücksichtigt und somit ein finanzieller Anreiz zur Förderung der Versorgungsqualität bestimmter chronisch Kranker geschaffen.¹²¹

¹¹⁷ Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der GKV vom 21.12.1992, BGBl. I S. 2266
¹¹⁸ vgl. Merten, KrV / Januar 2002, S. 19 ff. (21); weiterführende Informationen erhältlich beim AOK-Bundesverband, unter: www.aok.de/bundesverband/

¹¹⁹ vgl. Bundesministerium für Gesundheit - Pressemitteilungen 2001, Nr. 63, unter: www.bmgesundheit.de

¹²⁰ siehe: Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 10.12.2001, BGBl. I, S. 3465

¹²¹ weiterführende Informationen unter: www.bundesregierung.de und www.bmgesundheit.de

Frage III.

Wer entscheidet über die Aus-, Fort- und Weiterbildung des medizinischen Personals, bzw. über die Aufnahme neuer Bildungsinhalte in die Prüfungsordnungen?

1. Definition

Zunächst gilt es, die unter den Begriff „Medizinisches Personal“ zu fassenden Berufsgruppen zu definieren. Hierbei kann zwischen den akademischen und den nicht akademischen Berufen unterschieden werden. Zu den akademischen Gesundheitsberufen gehören:

- Ärztinnen/Ärzte
- Zahnärztinnen/Zahnärzte
- Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten¹²²
- Apothekerinnen/Apotheker.

Da der Fokus im Zusammenhang dieser Ausarbeitung auf den humanmedizinischen Bereich gelegt wurde, seien Tierärztinnen/Tierärzte an dieser Stelle ausgeklammert.

Nicht akademische Fachberufe des Gesundheitswesens sind nicht ärztliche Heilberufe im Sinne von Artikel 74 Nr. 19 Grundgesetz¹. Hierzu zählen derzeit:

- Krankenschwester/Krankenpfleger
- Kinderkrankenschwester/Kinderkrankenpfleger
- Hebamme/Entbindungspfleger
- Desinfektor/in
- Diätassistent/in
- Ergotherapeut/in
- Gesundheitsaufseher/in
- Logopädin/Logopäde
- Masseurin/Masseur und medizinische/r Bademeister/in
- Medizinisch-Technische/r Laboratoriumsassistent/in
- Medizinisch-Technische/r Radiologieassistent/in
- Medizinisch-Technische/r Assistent/in für Funktionsdiagnostik
- Orthoptist/in
- Pharmazeutisch-Technische/r Assistent/in
- Physiotherapeut/in
- Rettungs-Assistent/in
- Sozialmedizinische/r Assistent/in

¹Diese Aufstellung folgt einer entsprechenden Veröffentlichung des Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf, April 2001: „Die Fachberufe des Gesundheitswesens“.

Unter dem Begriff der unterstützenden Berufe werden darüber hinaus Arzthelfer/-innen und Zahnarzthelfer/-innen verstanden.

¹²²

Nach dem Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Psych-ThG) werden auch Psychotherapeuten zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt bzw. zugelassen und können sich in das Arztregister eintragen. (Gesetz vom 16. Juni 1998, BGBl. I S. 1289)

Nicht berücksichtigt sind hier: Zahntechniker/-innen, Augenoptiker/-innen, Orthopädiemechaniker/-innen, Apothekenhelfer/-innen, Heilpraktiker/-innen, Heilpädagog(inn)en, Altenpfleger/-innen, Familienpfleger/-innen, Heilerziehungspfleger/-innen und Kinderpfleger/-innen.

2. Akademische Gesundheitsberufe

2.1 Rechtliche Grundlagen der Ausbildung

Die **ärztliche** Ausbildung und der Zugang zum ärztlichen Beruf ist in der Bundesärzteordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. April 1987, zuletzt geändert durch Art. 13 1 Nr.1 des Gesetzes vom 4. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3320), geregelt.

Die **zahnärztliche** Ausbildung und der Zugang zum zahnärztlichen Beruf ist im Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. April 1987 (BGBl. I S. 1225), zuletzt geändert durch Art. 14 des Gesetzes vom 4. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3320), geregelt.

Die **psychotherapeutische** Ausbildung und der Zugang für klinische Psychologen zum Beruf des Psychologischen Psychotherapeuten bzw. für klinische Psychologen, Sozialpädagogen, Pädagogen oder gleichwertige Professionen zum Beruf des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten wird in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten (Psych-Th-AprV, Gesetz vom 22. Dezember 1998, BGBl. I, Nr. 83, S. 3749) und der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Kinder- und Psychotherapeuten (KJPsych-Th-AprV) im nämlichen Gesetzblatt auf S. 3761 geregelt.

Die Ausbildung und der Zugang zum Beruf des **Apothekers** ist in der Bundesapothekerordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Juli 1989 (BGBl. I S. 1478, 1842), zuletzt geändert durch Art. 15 des Gesetzes vom 4. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3320), geregelt.

In den aufgrund dieser Gesetze erlassenen Approbationsordnungen werden Inhalte, Ablauf und Dauer der Ausbildungen der Ärzte, Zahnärzte und Apotheker jeweils bundeseinheitlich festgelegt.

- Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO) (siehe hierzu Anm.1)
- Approbationsordnung für Zahnärzte (ZAppO)
- Approbationsordnung für Apotheker (AAppO)

Für die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gilt die detaillierte Beschreibung der Approbationsbedingungen im PsychTh-AprV und KJPsych-Th-AprV als Approbationsordnung.

2.2 Fort- und Weiterbildung

Die ärztliche Weiterbildung und die Anerkennung als Fachärztin/Facharzt sowie die (fach)zahnärztliche Weiterbildung richten sich nach Kammer- bzw. Heilberufsgesetzen der Länder und den Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern bzw. Landes Zahnärztekammern. In den Weiterbildungsordnungen finden sich neben Regelungen für Dauer und In-

halt der Weiterbildung Definitionen für die einzelnen Fachgebiete. Die Weiterbildungsordnungen in den Ländern sind in ihren wesentlichen Inhalten gleich.

Im Land Nordrhein-Westfalen gibt es als berufliche Vertretungen der

- Ärztinnen und Ärzte: die **Ärztetkammern** Nordrhein und Westfalen-Lippe,
- Zahnärztinnen und Zahnärzte: die **Zahnärztekammern** Nordrhein und Westfalen-Lippe
- Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten: die **Psychotherapeutenkammer** Nordrhein-Westfalen¹²³
- Apothekerinnen und Apotheker: die **Apothekerkammern** Nordrhein und Westfalen-Lippe.

Sie sind Körperschaften des öffentlichen Rechts und führen ein Dienstsiegel. Den Sitz der Kammern bestimmen die Hauptsatzungen.

Anm ¹²⁴: **„Reform der Ärzteausbildung:** Wissenschaftlicher Fortschritt und gesundheitsökonomische Erfordernisse der vergangenen Jahre haben unser Gesundheitssystem erheblich beeinflusst und zu einer Veränderung des Verständnisses von Gesundheit und Krankheit geführt. Diese Entwicklungen haben auch das Berufsbild des Arztes in erheblichem Umfang verändert. <...> Es müssen daher neue Ausbildungsschwerpunkte gesetzt werden, die sich an diesen Anforderungen an den Arzt orientieren. Ziele aller Reformüberlegungen zur Ärzteausbildung sind vor allem:

- eine Verbesserung der praktischen Fähigkeiten der Studenten und
- eine bessere Vorbereitung auf die reale Versorgungssituation, die den Arzt bei seiner Berufsausübung erwartet.

Bereits im Frühjahr 1993 hat eine Sachverständigengruppe im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit Vorschläge für einer Reform des Medizinstudiums unterbreitet. Die vorgeschlagenen Maßnahmen wurden in den zurückliegenden Jahren mit allen Beteiligten diskutiert und weiterentwickelt. Ende 1997 wurde eine neue Approbationsordnung für Ärzte dem Bundesrat zur Zustimmung vorgelegt. Nach Kompromissgesprächen zwischen Gesundheits- und Kultusseite besteht die Chance, dass die neue Approbationsordnung am 01. Oktober in Kraft tritt. (28.01.2002)“.

Quelle: www.bmggesundheit.de/themen/berufe/arzt/ubersich.htm

siehe hierzu Bundesrats-Drucksache 1040/97

Zum Beratungsstand im Landtag Nordrhein-Westfalen siehe auch:

- Antrag der CDU-Fraktion vom 29.02.02, Drs. 13/2283
- Plenarprotokoll vom 27.02.02, Drs. 13/51
- Entschließungsantrag vom 15.03.02, Drs. 13/2421
- Plenarprotokoll vom 21.03.02, Drs. 13/55

¹²³ Anstoß zur Etablierung bundesweiter Landesvertretungen der Psychotherapeuten war die Aufnahme von Psychotherapie in die reguläre GKV-Leistungen. Daher befinden sich die Psychotherapeutenkammern vielfach noch im Aufbau.

¹²⁴ Quelle: Bundesministerium für Gesundheit: „Ärztliche Ausbildung in der Bundesrepublik Deutschland“, www.bmggesundheit.de/themen/berufe/arzt/ubersich.htm

3. Nicht akademische Fachberufe des Gesundheitswesens

3.1 Ausbildung

Die Ausbildung in den Fachberufen des Gesundheitswesens ist bundeseinheitlich durch **Berufsgesetze** und die dazu erlassenen **Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen** geregelt. Die Ausbildung ist nur an staatlich anerkannten Ausbildungsstätten möglich. Einrichtungen für die praktische Ausbildung bedürfen einer entsprechenden Ermächtigung durch die zuständige Behörde.

Die Berufsgesetze regeln den **Zugang zur Ausbildung**, die **Dauer der Ausbildung** sowie die **Anrechnung anderer Ausbildungen** auf die Ausbildungsdauer. Des Weiteren stellen die Berufsgesetze das Führen der Berufsbezeichnung unter besonderen Schutz (Berufsbezeichnungsschutzgesetze). Sie regeln die Erlaubniserteilung zur Führung der Berufsbezeichnung sowie das Versagen und den Widerruf der Erlaubnis.

Die Ausbildungsziele und Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen gelten als staatlicher Ausbildungsauftrag, zu dessen Einhaltung die Ausbildungsstätten gesetzlich verpflichtet sind. Die staatliche Anerkennung von Ausbildungsstätten für Fachberufe des Gesundheitswesens ist an bestimmte Anforderungen geknüpft, die in einigen Bundesgesetzen festgelegt sind (z.B. Krankenpflegegesetz).

Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen regeln **Umfang** (Dauer, Stundenzahl) und **Inhalt** des theoretischen und praktischen Unterrichts sowie der praktischen Ausbildung. Ein **Rahmenausbildungsplan** (Inhaltsübersicht mit Mindeststundenvorgaben) ist jeder Ausbildungs- und Prüfungsverordnung als Anlage beizufügen.

Die Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen enthalten Festlegungen zur Bildung der **Prüfungsausschüsse** und für die Zulassung zur Prüfung. Sie bestimmen Art, Umfang und **Ablauf der Prüfung**, regeln die **Benotung**, die Wiederholung von Prüfungen sowie Sanktionen bei Ordnungsverstößen.

3.2 Umschulung

Umschulungen in Fachberufen des Gesundheitswesens können nur entsprechend den Bestimmungen in den Berufsgesetzen und den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen erfolgen.

3.3 Weiterbildung

Für die Weiterbildung zu Fachkrankenschwestern, -pflegern, Fachkinderkrankenschwestern und -pflegern gibt es Weiterbildungs- und Prüfungs(ver)ordnungen bzw. -gesetze auf Landesebene.¹²⁵

In Nordrhein-Westfalen sind dies für die Bereiche Intensivpflege und Anästhesie, Operationsdienst, Hygiene und Psychiatrie:

¹²⁵ www.berufenet.arbeitsamt.de/bnet2/F/B8530104recht.html

- Prüfungsverordnung zu Fachkrankenschwestern, -pflegern, Fachkinderkrankenschwestern und -pflegern in der Intensivpflege und Anästhesie (WeiVIAPfl) vom 11.04.95 (GV.NRW. 1995, S. 305), zuletzt geändert durch Artikel 25 des Gesetzes vom 29.09.01 (GV.NRW. 2001, S. 708)
- Prüfungsverordnung zu Fachkrankenschwestern, -pflegern, Fachkinderkrankenschwestern und -pflegern für Krankenhaushygiene - Hygienefachkraft - (WeiVHygPfl) vom 11.04.95 (GV.NRW. 1995, S. 315), zuletzt geändert durch Artikel 26 des Gesetzes vom 29.09.01 (GV.NRW. 2001, S. 708).
- Prüfungsverordnung zu Fachkrankenschwestern, -pflegern, Fachkinderkrankenschwestern und -pflegern für den Operationsdienst (WeiV-OP) vom 11.04.95 (GV.NRW. 1995, S. 296), zuletzt geändert durch Artikel 24 des Gesetzes vom 29.09.01 (GV.NRW. 2001, S. 708)
- Prüfungsverordnung zu Fachkrankenschwestern, -pflegern, Fachkinderkrankenschwestern, -pflegern, Fachaltenpflegerinnen und -pflegern in der Psychiatrie (WeiVPsy) vom 11.04.95 (GV.NRW. 1995, S. 323), zuletzt geändert durch Artikel 27 des Gesetzes vom 29.09.01 (GV.NRW. 2001, S. 708)

3.4 Fortbildung

Staatlich anerkannte Aus- und Weiterbildungsstätten bieten i.d.R. auch Fortbildungen an. Kurzzeitige Fortbildungen werden auch von den Berufsverbänden und Krankenhäusern durchgeführt.

3.5 Zuständigkeit

Nach der Verordnung zur Regelung der Zuständigkeiten nach Rechtsvorschriften für nicht-ärztliche und nichttierärztliche Heilberufe vom 31. Januar 1995 (GV.NRW.1995 S. 87) sind die Ordnungsbehörden der Kreise und kreisfreien Städte für das Prüfungswesen sowie für die Anerkennung ausländischer Ausbildungen zuständig. Die Bezirksregierungen sind zuständige Behörden für die staatliche Anerkennung und Überwachung der Ausbildungsstätten.

Auf Grund der Verordnung über Zuständigkeiten nach dem Gesetz über das Apothekenwesen, dem Arzneimittelgesetz, dem Betäubungsmittelgesetz, der Bundes-Apothekenordnung, der Approbationsordnung für Ärzte, dem Gesetz über den Beruf des Pharmazeutisch-Technischen Assistenten und der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Pharmazeutisch-Technische Assistenten vom 8. Januar 1980 (GV.NRW.1980 S. 180) sind die Bezirksregierungen zuständige Behörde für das Prüfungswesen und für die staatliche Anerkennung ausländischer Ausbildungen im Bereich der Ausbildung zur Pharmazeutisch-Technischen Assistenz; diese führen auch die staatliche Anerkennung und Überwachung der Pharmazeutisch-Technischen Lehranstalten durch.

Auch die staatliche Anerkennung und Überwachung der Weiterbildungsstätten für Fachpflegeberufe nach dem Weiterbildungsgesetz Alten- und Krankenpflege (WGAuKrpfl) vom 24. April 1990 (GV.NRW.1990 S.270) erfolgt durch die Bezirksregierungen; das Prüfungswesen

liegt im Zuständigkeitsbereich der Kreise und kreisfreien Städte ebenso wie die Anerkennung gleichwertiger Weiterbildungen nach diesem Gesetz.

3.6 Rechtliche Grundlagen der Ausbildungen im Einzelnen:

Krankenschwester/Krankenpfleger (Bundesgesetzgebung) (siehe hierzu Anm. 2)

Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz – KrPflG) vom 4. Juni 1985 (BGBl. I S. 893), zuletzt geändert durch Art. 7 der Sechsten Zuständigkeitsanpassungsverordnung vom 21. September 1997 (BGBl. I S. 2390)

Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAprV) vom 16. Oktober 1985 (BGBl. I S. 1973), geändert durch den Einigungsvertrag vom 31. August 1990 in Verbindung mit dem Gesetz vom 23. September 1990 (BGBl. II S. 885, 1079) und das EWR-Ausführungsgesetz vom 27. April 1993 (BGBl. I S. 512)

Kinderkrankenschwester/Kinderkrankenpfleger (Bundesgesetzgebung) (siehe hierzu Anm. 2)

Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz – KrPflG) vom 4. Juni 1985 (BGBl. I S. 893), zuletzt geändert durch Art. 7 der Sechsten Zuständigkeitsanpassungsverordnung vom 21. September 1997 (BGBl. I S. 2390)

Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAprV) vom 16. Oktober 1985 (BGBl. I S. 1973), geändert durch den Einigungsvertrag vom 31. August 1990 in Verbindung mit dem Gesetz vom 23. September 1990 (BGBl. II S. 885, 1079) und das EWR-Ausführungsgesetz vom 27. April 1993 (BGBl. I S. 512)

Krankenpflegehelfer/in (Bundesgesetzgebung) (siehe hierzu Anm. 2)

Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz – KrPflG) vom 4. Juni 1985 (BGBl. I S. 893), zuletzt geändert durch Gesetz vom 4. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3320)

Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAprV) vom 16. Oktober 1985 (BGBl. I S. 1973), geändert durch den Einigungsvertrag vom 31. August 1990 in Verbindung mit dem Gesetz vom 23. September 1990 (BGBl. II S. 885, 1079) und das EWR-Ausführungsgesetz vom 27. April 1993 (BGBl. I S. 512)

Anm. 2: Derzeit ist die Modernisierung der Berufsbezeichnungen, Anpassungen und Verbesserungen der Ausbildung sowie eine zusätzliche Ermächtigung der Länder im Rahmen einer Novellierung des Krankenpflegegesetzes in der Diskussion. Seitens des Bundesgesundheitsministeriums liegt ein Referentenentwurf vor: „Entwurf eines Gesetzes über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz - KrPflG), Stand: 20. Februar 2002“
Quelle: www.bmgesundheits.de/themen/berufe/krankenpflege/krpflg.htm

Hebamme/Entbindungspfleger (Bundesgesetzgebung)

Gesetz über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspflegers (Hebammengesetz – HebG) vom 4. Juni 1985 (BGBl. I S. 902); zuletzt geändert durch Gesetz vom 4. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3320)

Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Hebammen und Entbindungspfleger (HebAPrV) in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. März 1987 (BGBl. I S. 929), geändert durch das EWR-Ausführungsgesetz vom 27. April 1993 (BGBl. I S. 512)

Desinfektor/in (Landesgesetzgebung)

Gesetz über die Ermächtigung zum Erlass von Ausbildungs- und Prüfungsordnungen für Berufe des Gesundheitswesens und der Familienpflege vom 6. Oktober 1987 (GV.NRW 1987 S. 347)

Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Desinfektoren/Desinfektorinnen (APO-Desinf.) vom 9. August 1988 (GV.NRW. 1988 S. 348)

Diätassistentin/Diätassistent (Bundesgesetzgebung)

Gesetz über den Beruf der Diätassistenten (Diätassistentengesetz – DiätAssG) vom 8. März 1994 (BGBl. I S. 446), zuletzt geändert durch Gesetz vom 4. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3320)

Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Diätassistentinnen und Diätassistenten (DiätAss-APrV) vom 1. August 1994 (BGBl. I S. 2088)

Ergotherapeut/in (Bundesgesetzgebung)

Gesetz über den Beruf der Ergotherapeutin und des Ergotherapeuten (Ergotherapeutengesetz – ErgThG) vom 25. Mai 1976 (BGBl. I S. 1246), zuletzt geändert durch Gesetz vom 4. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3320)

Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten (BeArbThAPro) vom 23. März 1977 (BGBl. I S. 509), geändert durch den Einigungsvertrag vom 31. August 1990 in Verbindung mit dem Gesetz vom 23. September 1990 (BGBl. II S. 885, 1080) und Art. 2 der Verordnung vom 6. Dezember 1994 (BGBl. I S. 3770). Neuregelung der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung vom 2. August 1999 (BGBl. I S. 1731).

Gesundheitsaufseher/in (Landesgesetzgebung)

Gesetz über die Ermächtigung zum Erlass von Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen für Berufe des Gesundheitswesens und der Familienpflege vom 6. Oktober 1987 (GV.NRW. 1987 S. 347)

Ausbildungs- und Prüfungsordnung Gesundheitsaufseher(innen) (APO-Ges.-Aufs.) vom 22. Oktober 1988 (GV.NRW. 1988 S. 2120)

Logopädin/Logopäde (Bundesgesetzgebung)

Gesetz über den Beruf des Logopäden vom 7. Mai 1980 (BGBl. I S. 529), zuletzt geändert durch Gesetz vom 4. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3320).

Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Logopäden (LogAPrO) vom 1. Oktober 1980 (BGBl. I S. 1892), geändert durch Art. 3 der Verordnung vom 6. Dezember 1994 (BGBl. I S. 3770)

Masseurin/Masseur und medizinische/r Bademeister/in (Bundesgesetzgebung)

Gesetz über den Beruf in der Physiotherapie (Masseur- und Physiotherapeutengesetz – MPhG) vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1084), zuletzt geändert durch Gesetz vom 4. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3320)

Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Masseure und med. Bademeister (MP-AprV) vom 6. Dezember 1994 (BGBl. I S. 3786)

Medizinisch-Technische/r Laboratoriumsassistent/in (Bundesgesetzgebung)

Gesetz über Technische Assistenten in der Medizin (MTA-Gesetz-MTAG) vom 2. August 1993 (BGBl. I S. 1402), zuletzt geändert durch Gesetz vom 4. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3320)

Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Technische Assistenten in der Medizin (MTA-AprV) vom 25. April 1994 (BGBl. I S. 922)

Medizinisch-Technische/r Radiologieassistent/in (Bundesgesetzgebung)

Gesetz über Technische Assistenten in der Medizin (MTA-Gesetz-MTAG) vom 2. August 1993 (BGBl. I S. 1402), zuletzt geändert durch Gesetz vom 4. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3320)

Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Technische Assistenten in der Medizin (MTA-AprV) vom 25. April 1994 (BGBl. I S. 922)

Medizinisch-Technische/r Assistent/in für Funktionsdiagnostik (Bundesgesetzgebung)

Gesetz über Technische Assistenten in der Medizin (MTA-Gesetz-MTAG) vom 2. August 1993 (BGBl. I S. 1402), zuletzt geändert durch Gesetz vom 4. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3320)

Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Technische Assistenten in der Medizin (MTA-AprV) vom 25. April 1994 (BGBl. I S. 922)

Orthoptist/in (Augenarthelfer/in) (Bundesgesetzgebung)

Gesetz über den Beruf der Orthoptistin und des Orthoptisten (Orthoptisten-Gesetz-OrthoptG) vom 28. November 1989 (BGBl. I S. 2061), geändert durch Art. 4 des Heilberufeänderungsgesetzes vom 8. März 1994 (BGBl. I S. 446), zuletzt geändert durch Gesetz vom 4. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3320)

Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Orthoptistinnen und Orthoptisten (OrthoptAPrV) vom 21. März 1990 (BGBl. I S. 563), geändert durch den Einigungsvertrag vom 31. August 1990 in Verbindung mit dem Gesetz vom 23. September 1990 (BGBl. II S. 885, 1081) und Art. 5 der Verordnung vom 6. Dezember 1994 (BGBl. I S. 3770).

Pharmazeutisch-Technische/r Assistent/in (Bundesgesetzgebung)

Gesetz über den Beruf des Pharmazeutisch-Technischen Assistenten (PTAG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. September 1997 (BGBl. I S. 2349), geändert durch Verordnung vom 21. September 1997 (BGBl. I S. 2390), zuletzt geändert durch Gesetz vom 4. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3320).

Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Pharmazeutisch-Technische Assistentinnen und Pharmazeutisch-Technische Assistenten (APO PTA) vom 23. September 1997 (BGBl. I S. 2352)

Physiotherapeut/in (Bundesgesetzgebung)

Gesetz über den Beruf in der Physiotherapie (Masseur- und Physiotherapeutengesetz – MPhG) vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1084), zuletzt geändert durch Gesetz vom 4. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3320)

Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeuten (PhysTh-AprV) vom 6. Dezember 1994 (BGBl. I S. 3786)

Rettungs-Assistent/in (Bundesgesetzgebung)

Gesetz über den Beruf der Rettungs-Assistentin und des Rettungs-Assistenten (Rettungs-Assistenten-Gesetz – RettAssG) vom 10. Juli 1989 (BGBl. I S. 1384), geändert durch Art. 5 des Heilberufeänderungsgesetz vom 8. März 1994 (BGBl. I S. 446), zuletzt geändert durch Gesetz vom 4. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3320).

Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Rettungs-Assistentinnen und Rettungs-Assistenten (RettAssAPrV) vom 7. November 1989 (BGBl. I S. 1966), geändert durch Art. 4 der Verordnung vom 6. Dezember 1994 (BGBl. I S. 3770)

Sozialmedizinische/r Assistent/in (Landesgesetzgebung)

Gesetz über die Ermächtigung zum Erlass von Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen für Berufe des Gesundheitswesens und der Familienpflege vom 6. Oktober 1987 (GV. NRW. 1987 S. 347).

Ausbildungs- und Prüfungsordnung sozialmedizinischer Assistenten/Assistentinnen (APO-SMA) vom 18. März 1993 (GV. NRW. 1993 S. 2120)

Arzthelfer/innen / Zahnarzthelferinnen

Das Bundesministerium für Gesundheit ist außerdem zuständig für die Ausbildungsordnungen der Berufe der Arzthelfer/-innen und Zahnarzthelfer/-innen. Sie erfolgt auf der Basis von Verordnungen, die auf der Grundlage des Berufsbildungsgesetzes erlassen wurden.

In der Ausbildungsverordnung werden die staatliche Anerkennung des Ausbildungsberufes, die Ausbildungsdauer, das Ausbildungsberufsbild sowie weitere organisatorische Einzelheiten z.B zum Prüfungsinhalt und -ablauf geregelt. Diese Rechtsverordnung ist eine Ausbildungsordnung im Sinne des § 25 des Berufsbildungsgesetzes. Ein damit abgestimmter Rahmenlehrplan für die Berufsschule wird von der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland beschlossen

Nach § 91 BBiG sind für die Berufsbildung der Arzthelfer/-innen die Ärztekammern jeweils für ihren Bereich die „zuständige Stelle“. Sie haben demnach zahlreiche gesetzlich geregelte Aufgaben wahrzunehmen, die aus dieser originären Zuständigkeit erwachsen. Die Rechtslage in den neuen Bundesländern weicht lediglich in der Hinsicht ab, dass die Anwendung des § 92 BBiG, der die fachliche Eignung von Ärzten zur Ausbildung regelt, vom jeweils zuständigen Minister im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Bildung und Wissenschaft durch Rechtsverordnung ausdrücklich bestimmt werden muss. Bis zur Inkraftsetzung entsprechender Bestimmungen können die zuständigen Stellen gemäß § 23 BBiG entscheiden, ob bei einem Arzt, der nach der Ausbildungsordnung ausbilden will, die persönliche und fachliche Eignung nach § 20 BBiG vorliegt. (Quelle: Bundesärztekammer)

Literaturverzeichnis:

A. Kommentare

Brackmann, Kurt Dr. h.c.

Handbuch der Sozialversicherung, Gesetzliche
Krankenversicherung, Soziale Pflegeversicherung
Band 1/1, 12. Auflage, 112. Lieferung
Stand: September 2001
Redaktionsschluss 31. August 2001
Zitierweise: *Brackmann, Handbuch der
Sozialversicherung, Kap. ..., Rdn. ...*

JUR mi 1

Hauck, Karl Dr. /
Noftz, Wolfgang Dr.

Sozialgesetzbuch SGB V
Gesetzliche Krankenversicherung
Gesamtkommentar
2. Band, §§ 44-219 SGB V
55. Ergänzungslieferung, Stand: Juli 2001
Zitierweise: *Engelhard in: Hauck/Noftz, SGB V, K §...,
Rz. ...*

JUR mb 1

Kruse, Jürgen Dr./
Hänlein, Andreas Dr.

Gesetzliche Krankenversicherung
Lehr und Praxiskommentar, LPK – SGB V
Gesetzesstand: Juni 1998
Zitierweise: *Kruse in: LPK-SGB V, § ..., Rdn. ...*

Heinze, Helmut Dr. jur.

Sozialgesetzbuch, Sozialversicherung, RVO
SGB / RVO – Gesamtkommentar
Band 3: Die neue Krankenversicherung
Fünftes Buch SGB
Zitierweise: *SGB/RVO-Gesamtkommentar, § ..., Anm...*

B. Aufsätze

Abholz, Heinz-Harald/
Berger, Michael

„Ziele, Aufgaben und Nutzen – am Beispiel des „DMP Diabetes“ der KBV“
in: Zeitschrift der Betrieblichen Krankenversicherung,
Die BKK, März 2002, S. 90 ff.

Behnsen, Erika

„Die Definitionsmacht des Bundesausschusses der Ärzte
und Krankenkassen“
in: Die Krankenversicherung, KrV, September 1999, S.
264 ff.

Merten, Detlef Prof. Dr. Dr.

„Zu den verfassungsrechtlichen Aspekten der Umsetzung
von Disease-Management-Programmen“
in: Die Krankenversicherung, KrV, Januar 2002, S. 19 ff.

Metzinger, Bernd Dr. med/
Schlichtherle, Stefanie

„Disease-Management: Mehr Qualität für chronisch
Kranke“
in: Die Krankenversicherung, KrV, Januar 2002, S. 15 ff.

Orlowski, Ulrich

„Modellvorhaben in der gesetzlichen
Krankenversicherung“
in: Zeitschrift der Betrieblichen
Krankenversicherung, Die BKK, März 1997, S. 110 ff.

„Strukturverträge – Perspektiven und Grenzen“
in: Zeitschrift der Betrieblichen Krankenversicherung,
Die BKK, Juni 1997, S. 240 ff.

Richter-Reichhelm, Manfred Dr.

„Die Rolle der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und
der Kassenärztlichen Vereinigungen bei der Umsetzung
von Disease-Management-Programmen“
in: Die Krankenversicherung, KrV, Januar 2002, S. 11 ff.

Schönbach, Karl-Heinz

„Disease-Management-Programme in der GKV“
in: Arbeit und Sozialpolitik, November – Dezember
2001, S. 22 ff.

„Disease-Management-Programme im
Risikostrukturausgleich der gesetzlichen Krankenversi-
cherung“
in: Zeitschrift der Betrieblichen Krankenversicherung,
Die BKK, Juli 2001, S. 311 ff.

Zipperer, Manfred Dr. jur.

„Schwierige Umsetzung.
Der Koordinierungsausschuss als neues Instrument der
gemeinsamen Selbstverwaltung“
in: Forum für Gesundheitspolitik, Oktober 2000,
www.gid-online.com/forum/, unter „Archiv“

Zipperer, Manfred Dr. jur./
am Orde, Bettina Dipl. rer. soc.

„Der Koordinierungsausschuss
– Genese, Anspruch und Perspektive –“
in: Die Krankenversicherung, KrV, Juni 2001, S. 172 ff.

C. Informationsbroschüren

Ministerium für Frauen, Jugend
Familie und Gesundheit NRW

„Landesberichterstattung Gesundheitsberufe Nordrhein-
Westfalen 2001 - Situation der Ausbildung und
Beschäftigung“, Information 13/393, Düsseldorf, De-
zember 2001

Ministerium für Frauen, Jugend
Familie und Gesundheit NRW

„Die Fachberufe des Gesundheitswesens – Information
zur Beruflichen Aus- und Weiterbildung“, Düsseldorf,
April 2001

M 39872

D. Fortbildungshefte

Kamke, Kerstin Dr. rer. oec.
Hutzler, Dagmar Dr. med.

„Die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und
Krankenkassen“
KBV Fortbildungshefte, Stand: September 2001
www.kbv.de, Archiv, KBV Veröffentlichungen,
Fortbildungshefte

D. Internet-Seiten (Auswahl)

Bundesministerium für
Gesundheit

„Diskussionspapier zur Novellierung des Gesetzes über
die Berufe in der Krankenpflege“
www.bmgesundheit.de/themen/berufe/krankenpflege/kpflg.htm

„Ärztliche Ausbildung in der Bundesrepublik Deutschland
(Dezember 2001)“
www.bmgesundheit.de/themen/berufe/arzt/ubersich.htm

Gesetz über den Beruf der Podologin und des Podologen
und zur Änderung anderer Gesetze (BGBl I 2001 S.
3320ff)
www.bmgesundheit.de/themen/berufe/podologe/podolo.htm

E. Weiterführende Literatur (Auswahl)

Beske, Fritz/
Hallauer, Johannes F.

„Das Gesundheitswesen in Deutschland –
Struktur – Leistung – Weiterentwicklung“
3. Auflage, Nachdruck Februar 2001

MED b 104

Urban, Hans-Jürgen

„Wettbewerbskorporatistische Regulierung im
Politikfeld Gesundheit -
Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen und
die gesundheitspolitische Wende“
Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health,
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
Berlin, Oktober 2001

P 10976

Übersicht über Verträge auf Basis von §§ 63 ff. bzw. § 73a SGB V zu Praxisnetzen

Stand: 12/01

1. Modellvorhaben (§§ 63 ff. SGB V)

KV	Vertragsbezeichnung	Vertragspartner auf Kassenseite	Vertragsbeginn	Bemerkungen
Bayern	Praxisnetzvertrag zur finanziellen und strukturellen Förderung von vernetzten Versorgungsstrukturen, für Maßnahmen zur Optimierung der Versorgungsqualität unter Berücksichtigung von komplementären Einrichtungen und der stationären Versorgung sowie zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit	AOK	01.07.1999	Vertrag zum Praxisnetz Nürnberg-Nord
	Optimierung der sektortübergreifenden Vernetzung und Koordination des ambulanten und stationären Bereiches zwischen dem Praxisnetz Nürnberg-Nord (PNN) und dem St. Theresien-Krankenhaus Nürnberg	AOK	01.05.2000	Weiterer Vertragsbeteiligter: St. Theresien-Krankenhaus Nürnberg
	Praxisnetzvertrag zu dem Modellvorhaben des Praxisnetzes GO-IN zur finanziellen und strukturellen Förderung von vernetzten Versorgungsstrukturen, für Maßnahmen zur Optimierung der Versorgungsqualität unter Berücksichtigung von komplementären Einrichtungen und der stationären Versorgung sowie zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit	AOK	01.10.2000	GO-IN: Gesundheitsorganisation Region Ingolstadt (GO-IN)
Hessen	Vernetzte Praxen „Ärztliche Qualitätsgemeinschaft im Ried“	VdAK/AEV	01.01.1997	
Niedersachsen	Modellversuch zu vernetzten Praxen Medizinische Gemeinschaft Salzgitter „McGeSa“	Preussag BKK / Preussag BKK Publik	01.01.2000	
Schleswig-Holstein	Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung Unterstützung und Förderung des Praxisnetzes Region Flensburg (PRF)	Barmer DAK IKK	01.04.1999 01.07.2000	Vertrag zu Regionalen Praxisnetzen (RPN)
Westfalen-Lippe	„Modell Herdecke“	VdAK/AEV	01.01.2000	Weiterer Vertragspartner: Gemeinnütziger Verein zur Entwicklung von Gemeinschaftskrankenhäusern e.V., Herdecke

2. Strukturverträge (§ 73a SGB V)

KV	Vertragsbezeichnung	Vertragspartner auf Kassenseite	Vertragsbeginn	Bemerkungen
Bayern	Praxisnetzvertrag über die finanzielle und strukturelle Förderung für vernetzte Versorgungsstrukturen von Praxen und für Maßnahmen zur Optimierung der Versorgungsqualität unter Berücksichtigung von komplementären Einrichtungen und der stationären Versorgung	BKK-Landesverband	01.04.1999	<ul style="list-style-type: none"> • Vertrag zum Praxisnetz Nürnberg-Nord • Vereinbarung mit dem St. Theresien Krankenhaus Nürnberg und den Vertragspartner als Anlage zum Vertrag
	Vertrag für das Praxisnetz Gesundheitsorganisation Region Ingolstadt (GO-IN)	BKK-Landesverband	01.07.2000	
	Praxisnetzvertrag zu den Praxisverbund Herzogenaurach über die finanzielle und strukturelle Förderung für vernetzte Versorgungsstrukturen von Praxen und für Maßnahmen zur Optimierung der Versorgungsqualität unter Berücksichtigung von komplementären Einrichtungen und der stationären Versorgung	BKK-Landesverband	01.10.2000	
Hessen	Praxisnetzvertrag für das Ärztenetz Zirndorf / Landkreis Fürth e.V. über die finanzielle und strukturelle Förderung für vernetzte Versorgungsstrukturen von Praxen und für Maßnahmen zur Optimierung der Versorgungsqualität unter Berücksichtigung von komplementären Einrichtungen und der stationären Versorgung	BKK-Landesverband	01.04.2001	
	Aufbau einer regionalen medizinischen Versorgungsgemeinschaft / Arztnotruf Lahn-Dill (A.N.R.-Lahn-Dill)	AOK VdAK/AEV	01.07.2000	
	Rahmenvertrag zum Aufbau vernetzter Praxisstrukturen	BKK-LV	01.10.1998	Regelungen zu: <ul style="list-style-type: none"> • Ärztenetz Rhein-Main • A.N.R. Lahn-Dill in Anlagen zum Vertrag
Pfalz	Vereinbarung über „Koordinierte Versorgungsketten“	BKK-Landesverband IKK LKK	01.07.2001	Weiterer Vertragspartner: Praxisnetz PRAVO Speyer

KV	Vertragsbezeichnung	Vertragspartner auf Kassenseite	Vertragsbeginn	Bemerkungen
Sachsen	Praxisverbund der Medizinischen Qualitätsgemeinschaft Dresden-Nord	VdAK/ÄEV	01.07.1998	
Schleswig-Holstein	Unterstützung und Förderung „Regionaler Praxisnetz“ (RPN)	AOK	01.07.1997	Regelungen zu den einzelnen Praxisnetzen als Anlagen zum Vertrag
Westfalen-Lippe	Förderung der Qualitätsgemeinschaft Praxisnetz Gelsenkirchen e.V. (QPG)	Alle Kassenverbände	01.01.1999	

Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung (Stand: Dez. 2001)

Übersicht über Modellvorhaben (§§ 63 ff. SGB V) und Strukturverträge (§ 73a SGB V) (ohne Verträge zu Praxisnetzen)

Stand: 12/01

1. Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 SGB V (sog. Strukturmodelle)

KV	Vertragsbezeichnung	Vertragspartner auf Kassenseite	Vertragsbeginn	Bemerkungen
Berlin	Vereinbarung über ein Projekt zur Verzahnung ambulanter und arbeitsmedizinischer Kompetenzen („IKK hautnah“-Vereinbarung)	IKK	01.01.2000	
Brandenburg	Vereinbarung über die Förderung ambulanter Behandlung mittels kommunizierender Fonds und zielgerichtetem Behandlungsmanagement	IKK	01.04.1999	
Mecklenburg-Vorpommern	Vereinbarung zum Diabetes Gesundheitsmanagement	AOK	01.04.2000	
	Weiterentwicklung der Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen stationärer ambulanter Operationen	AOK	01.01.1999	
	Weiterentwicklung der Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen stationärer ambulanter Operationen	IKK-LV	01.02.2000	
	Vereinbarung über die strukturelle und finanzielle Förderung ambulanter Operationen im Bereich der Kinderchirurgie	TK	01.04.1999	
Niedersachsen	Abgestufte, flächendeckende Versorgung mit Katarakt-Operationen	Volkswagen-BKK	01.07.2001	Kooperation mit der Vereinigung ophthalmochirurgischer Praxiskliniken e. V.
Nordrhein	Abgestufte, flächendeckende Versorgung mit Kataraktoperationen	VdAK/AEV	01.10.2000	Weiterer Vertragspartner: Vereinigung ophthalmologischer Praxiskliniken e. V.
Saarland	Verbesserung der ambulanten Behandlung und Betreuung von Patienten mit Diabetes mellitus und damit im Zusammenhang stehenden Stoffwechselstörungen	AOK	01.01.1998	
Sachsen-Anhalt	Durchführung einer ambulanten geriatrischen Rehabilitation in einem „Ambulanten geriatrischen Rehakomplex“	AOK	01.12.1998	Weiterer Vertragsbeteiligter: „Ambulanter geriatrischer Rehakomplex“ GbR

KV	Vertragsbezeichnung	Vertragspartner auf Kassenseite	Vertragsbeginn	Bemerkungen
Sachsen-Anhalt	Diabetes-Projekt Sachsen-Anhalt zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung von Patienten mit Diabetes mellitus	AOK IKK	01.01.2000	Weiterer Vertragspartner: Krankenhausesellschaft Sachsen-Anhalt
Schleswig-Holstein	Förderung des ambulanten Operierens	AOK BKK-LV IKK-LV Landwirtsch. KK VdAK/AEV	01.07.1999 01.10.1999	Unterschiedlicher Vertragsbeginn für die verschiedenen Vertragspartner auf Kassenseite
Südbaden	Qualitätsgesicherte Mamma-Diagnostik	AOK BKK-LV IKK LKK Techniker Krankenkasse Alle Kassen (siehe aber Bemerkungen)	01.04.2001	Schirmherrschaft der Ministerin für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Schleswig-Holstein
Südwestfalen-Lippe	Ambulante geriatrische Rehabilitation	AOK	01.01.1996	Ähnliche Vereinbarungen mit allen Kassen, jedoch wird nicht in allen Vereinbarungen auf die gesetzliche Regelung zu Modellvorhaben Bezug genommen.
Südwestfalen-Lippe	Abgestufte, flächendeckende ambulante Versorgung von Patienten mit Diabetes mellitus	AOK	01.10.1998	
Thüringen	Strukturierte und qualitätsgesicherte ambulante Versorgung von Patienten mit Diabetes mellitus	AOK	01.04.1998	
Thüringen	Strukturierte und qualitätsgesicherte ambulante Versorgung von Patienten mit Diabetes mellitus	IKK	01.07.1998	
Thüringen	Strukturierte und qualitätsgesicherte ambulante Versorgung von Patienten mit Diabetes mellitus	KK für den Gartenbau (handelnd für die landw. Krankenvers. in Thüringen)	01.07.1998	Inhaltsgleich
Westfalen-Lippe	Förderung der Kooperation zwischen diabetologischen Schwerpunktpraxen und Hausärzten (Diabetologisches Kooperationsmodell)	Barmer	01.07.1998	

2. Modellvorhaben nach § 63 Abs. 2 SGB V (sog. Leistungsmodelle)

KV	Vertragsbezeichnung	Vertragspartner auf Kassenseite	Vertragsbeginn	Bemerkungen
Bayern	Eprobungsmodell Ambulante synchrone Balneo-Phototherapie	Primärkassen	01.01.1996	
	Gesundheitsförderung / Prävention	AOK	01.07.1998	
Bremen	Neuordnung des Neugeborenen-Screenings in Bayern	Primärkassen	01.07.1998	
	Abrechnung ambulant durchgeführter netzhaut- und glaskörperchirurgischer Eingriffe (vitreoretinale Chirurgie)	AOK BKK-LV IKK-LV	01.01.1994	Weitere Vertragspartner: Zwei niedergelassene Augenärzte sowie (seit 1999) eine anästhesiologische Gemeinschaftspraxis
Hessen	Frühzeitige Diagnostik des Gestationsdiabetes und damit verbundener Prävention von Komplikationen bei Mutter und Kind	IKK	01.01.2001	
	Vereinbarung über den Aufbau einer strukturierten Versorgung von Gestationsdiabetikerinnen und ihren Neugeborenen sowie der ökonomischen Evaluation dieses Projektes in der Region Osthessen	AOK	01.07.2001	
Mecklenburg-Vorpommern	Frühzeitige Diagnostik des Gestationsdiabetes und damit verbundener Prävention von Komplikationen bei Mutter und Kind	KKH	01.07.2000	
	Vereinbarung über die ärztliche Versorgung mit Akupunktur	AOK	01.01.2001	
Nordbaden	Behandlung mit Akupunktur	IKK-LV	01.05.1996	
	Pilotvorhaben zur Realisierung und Erprobung eines telematischen Home-Care Netzwerkes für die Nachsorge von Schlaganfall-Patienten	TK	01.06.1999	
Sachsen	Ärztliche Versorgung mit Akupunktur	AOK	01.01.2001	
	Vertragsärztliche Behandlung mit Akupunktur	IKK-LV	01.07.1996	
	Vertragsärztliche Behandlung mit Homöopathie	IKK-LV	01.07.1996	
	Förderung der Früherkennung gastrointestinaler Tumore	AOK	01.01.2001	
Sachsen-Anhalt	Erarbeitung, Implementierung und Evaluation evidenz-basierter Leitlinien für die Behandlung von Schlaganfallpatienten in Sachsen	Techniker Krankenkasse	01.06.1999	Weiterer Vertragspartner: Städtisches Krankenhaus Dresden-Neustadt
	Ärztliche Versorgung mit Akupunktur	AOK	01.05.2001	
Südbaden	Vertragsärztliche Behandlung mit Akupunktur	IKK	01.01.1996	
	Vertragsärztliche Behandlung mit Homöopathie	IKK	01.01.1996	
	Behandlung mit Akupunktur	IKK	01.04.1996	

KV	Vertragsbezeichnung	Vertragspartner auf Kassenseite	Vertragsbeginn	Bemerkungen
Südwürttemberg Trier	Behandlung mit Akupunktur Implementierung des Leitfadens zur optimierten Versorgung von Schlaganfallkranken in Rheinland-Pfalz durch besondere Unterstützung und Intervention der Rehabilitationsberater der Techniker Krankenkasse und unter besonderer Berücksichtigung psychologischer Intervention	IKK Techniker Krankenkasse	01.05.1996 01.08.1999	

2. Strukturverträge (§ 73a SGB V)

KV	Vertragsbezeichnung	Vertragspartner auf Kassenseite	Vertragsbeginn	Bemerkungen
Bayern	Strukturelle und finanzielle Förderung ambulanter Operationen	VdAK/AEV	01.07.1998	
Berlin	Förderung des ambulanten Operierens (Kodex-Plus)	AOK	01.04.1998	
	Förderung ausgewählter krankenhausersetzender ambulanter Operationen	BKK-LV Ost	01.07.1998	
	Förderung ausgewählter krankenhausersetzender ambulanter Operationen	VdAK/AEV	01.01.1998	
Bremen	Vertrag über die Honorierung ausgewählter ambulanter Operationen	VdAK/AEV	01.04.1998	
Hamburg	Strukturvertrag zur Förderung ambulanten Operierens	BKK-Landesverband	01.07.1999	
Hessen	Förderung ambulanter stationersetzender Operationen	AOK	01.07.1997	
	Ambulantes Operieren	VdAK/AEV	01.07.1997	
	Förderung ambulanter stationersetzender Operationen	BKK-Landesverband	01.01.1998	
Koblenz	Vereinbarung über die ambulante Schulung und Betreuung von Typ-1 und Typ-2-Diabetikern zur Verbesserung der Lebensqualität und zur Vermeidung diabetesbedingter Folgeschäden	BKK-Landesverband	01.02.1998	
	Vereinbarung über die ambulante Schulung und Betreuung von Typ-1 und Typ-2-Diabetikern zur Verbesserung der Lebensqualität und zur Vermeidung diabetesbedingter Folgeschäden	IKK	01.02.1998	Gleichlautende Verträge
	Vereinbarung über die ambulante Schulung und Betreuung von Typ-1 und Typ-2-Diabetikern zur Verbesserung der Lebensqualität und zur Vermeidung diabetesbedingter Folgeschäden	LKK	01.02.1998	
	Förderung ambulanter stationersetzender Operationen	VdAK/AEV	01.01.2001	
	Strukturelle und finanzielle Förderung ambulant durchgeführter und stationersetzender Operationen und deren Qualitätssicherung	BKK-Landesverband IKK LKK	01.07.2001	
Mecklenburg-Vorpommern	Vereinbarung zum Diabetes Gesundheitsmanagement	VdAK/AEV	01.01.2001	Vertrag entfaltet nur für Barmer und DAK Wirkung

KV	Vertragsbezeichnung	Vertragspartner auf Kassenseite	Vertragsbeginn	Bemerkungen
Niedersachsen	Strukturvertrag nach § 73a SGB V Gemäß § 1 Abs. 3 des „Rahmenvertrages Integrierte Versorgungsstrukturen“ vom 13.10.1999 über die Einführung eines Herzpasses	AOK	01.01.2001	<ul style="list-style-type: none"> • Basiert auf einem Rahmenvertrag über die Unterstützung und Förderung neuer Versorgungs- und Versorgungsstrukturen • Zu diesem Rahmenvertrag gibt es einen Vertrag über die Einrichtung eines Strukturfonds zur Förderung vernetzter Strukturen und integrierter Versorgungssysteme
Nordrhein	Einrichtung einer rheumatologischen Servicestelle zur Verbesserung der interdisziplinären Versorgung chronisch Rheumakranker – Rheumatologisches Qualitätsmanagement des Regionalen Kooperativen Rheumazentrums Hannover e.V.	AOK	01.01.2000	Weitere Vertragspartner: Regionales Kooperatives Rheumazentrum Hannover e.V.
	Förderung ambulanter krankenhauserseizender Operationen	IKK Nordrhein	01.10.1998	
	Förderung ambulanter krankenhauserseizender Operationen	BKK-LV	01.10.1998	
	Förderung ambulanter Operationen in der vertragsärztlichen Versorgung	VdAK/AFV	01.10.2000	
Rheinhausen	Ambulante Schulung und Betreuung von Typ1 und Typ-2-Diabetikern zur Verbesserung der Lebensqualität und zur Vermeidung diabetischer Folgeschäden	Landwirtschaftliche KK	01.02.1998	Nach Ansicht der KK handelt es sich hierbei um keinen Strukturvertrag.
	Ambulante Schulung und Betreuung von Typ1 und Typ-2-Diabetikern zur Verbesserung der Lebensqualität und zur Vermeidung diabetischer Folgeschäden	IKK	01.02.1998	Nach Ansicht der KK handelt es sich hierbei um keinen Strukturvertrag
	Ambulante Schulung und Betreuung von Typ1 und Typ-2-Diabetikern zur Verbesserung der Lebensqualität und zur Vermeidung diabetischer Folgeschäden	BKK-LV	01.02.1998	Nach Ansicht der KK handelt es sich hierbei um keinen Strukturvertrag
	Förderung ambulanter stationärer Operationen	AOK	01.01.1998	
	Förderung der ambulanten stationärsetzenden Operationen und deren Qualitätssicherung	BKK-LV	01.10.1998	
	Förderung der ambulanten stationärsetzenden Operationen und deren Qualitätssicherung	IKK	01.10.1998	
	Förderung der ambulanten stationärsetzenden Operationen und deren Qualitätssicherung	Landwirtschaftliche KK	01.10.1998	Gleichlautende Verträge

KV	Vertragsbezeichnung	Vertragspartner auf Kassenseite	Vertragsbeginn	Bemerkungen
Rheinhausen Saarland	Förderung ambulanter stationersetzender Operationen	VdAK/AEV	01.01.2001	
	Strukturvertrag zur Förderung ambulanter stationersetzender Operationen	IKK	01.07.1998	
Sachsen	Strukturvertrag zur Förderung ambulanter stationersetzender Operationen	LKK	01.10.1998	
	Honorierung ausgewählter ambulanter Operationen	VdAK/AEV	01.01.1999	
	Diabetes-Vereinbarung	VdAK/AEV	01.01.1998	
	Diabetes-Vereinbarung	BKK-LV	01.10.1998	
	Strukturelle und finanzielle Förderung ausgewählter Leistungen der Hochvolltherapie	LKK	01.01.2000	
	Strukturelle und finanzielle Förderung ambulanter Operationen	BKK-LR	01.01.1999	
Südbaden Trier	Strukturelle und finanzielle Förderung ambulanter Operationen	VdAK/AEV	01.10.2001	
	Strukturelle und finanzielle Förderung ausgewählter Leistungen in der Histologie/Zytologie, Pathologie, Neuropathologie, Humangenetik, Kardiologie, Pneumologie, Gastroenterologie	IKK	01.01.2000	
	Strukturelle und finanzielle Förderung ausgewählter Leistungen der Hochvolltherapie	BKK-LR	01.01.1999	
	Strukturelle und finanzielle Förderung ausgewählter Leistungen in der Hochvolltherapie/Zytologie, Pathologie, Neuropathologie, Humangenetik, Kardiologie, Pneumologie und Gastroenterologie	AOK	01.01.1999	
	Strukturelle und finanzielle Förderung ausgewählter Leistungen in der Hochvolltherapie/Zytologie, Pathologie, Neuropathologie, Humangenetik, Kardiologie, Pneumologie und Gastroenterologie	BKK-LR	01.01.1999	
	Förderung ambulanter Operationen	BKK-LR	01.01.1998	
Westfalen-Lippe	Förderung ambulanter stationersetzender Operationen	VdAK/AEV	01.01.2001	
	Förderung der ambulanten stationersetzenden Operationen und deren Qualitätssicherung	LKK	01.10.1998	
	Förderung der ambulanten stationersetzenden Operationen und deren Qualitätssicherung	IKK	01.10.1998	Inhaltsgleich
	Förderung ambulanter krankenhausersetzender Operationen	Alle Primärkassen	01.07.1998	
Westfalen-Lippe	Förderung ambulanter krankenhausersetzender Operationen	VdAK/AEV	01.07.1998	Inhaltsgleich
	Strukturierte und qualitätsgesicherte ambulante Versorgung von Patienten mit Diabetes mellitus in Westfalen-Lippe	Alle Primärkassen	01.10.2000	
	Strukturierte und qualitätsgesicherte ambulante Versorgung von Patienten mit Diabetes mellitus in Westfalen-Lippe	VdAK/AEV	01.10.2000	Inhaltsgleich

KV	Vertragsbezeichnung	Vertragspartner auf Kassenseite	Vertragsbeginn	Bemerkungen
Westfalen-Lippe	Strukturiertes Therapie- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie	IKK-LV	01.10.1998	

Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung (Stand: Dez. 2001)

12.10