

Frauenselbsthilfe nach Krebs

Bundesverband e.V.

Fahrplan Gesundheitspolitik

Hintergrundinformationen
zum deutschen Gesundheitswesen
für die Interessenvertreterinnen
der Frauenselbsthilfe nach Krebs



Gefördert durch:



Bundesministerium
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Impressum

Konzept:

Christine Kirchner und Hilde Schulte

Text und Redaktion:

Caroline Mohr

Herausgeber:

Frauenselbsthilfe nach Krebs Bundesverband e.V.

Verantwortlich i.S.d.P.

Karin Meißler

Stand:

Dezember 2011

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in den Texten dieser Broschüre auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für beiderlei Geschlecht.

Inhalt

Einführung	7
Wozu Gesundheitspolitik?	9
Die wichtigsten Gesundheitsreformen im Überblick	10
Wie alles anfang...	11
Welche Prinzipien gelten im deutschen Gesundheitswesen?	12
Die strikte Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung	12
Das Selbstverwaltungsprinzip	12
Das Solidarprinzip	13
Das Sachleistungsprinzip	13
Wer macht Gesundheitspolitik?	14
Ebene I: Die Legislative	15
Bundestag	15
Bundesministerium für Gesundheit (BMG)	15
Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)	15
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA)	16
Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI)	16
Paul-Ehrlich-Institut (PEI)	16
Robert Koch-Institut (RKI)	16
Bundesversicherungsamt (BVA)	16
Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen	16
Patientenbeauftragter der Bundesregierung	17
Bundesländer, Länderministerien und Kommunen	17
Krankenhausversorgung	17
Öffentlicher Gesundheitsdienst	17
Gesundheitsberichterstattung	18
Ebene II: Verbände und Körperschaften der gemeinsamen Selbstverwaltung	18
Die gesetzlichen Krankenkassen und ihre Verbände	18
Der GKV-Spitzenverband	18
Der Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK)	19
Die Kassenärztlichen Vereinigungen	19
Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)	21
Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI)	22
Die Krankenhausgesellschaften	22
Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)	22
Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA)	22
Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)	24
Zusammenfassung	25

<i>Ebene III: Institutionen und Interessenvertretungen</i>	26
Ärztikammern und Bundesärztekammer	26
Ärztliche Interessenvertretungen und Berufsverbände	27
Wissenschaftliche Fachgesellschaften	27
Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA)	27
Verband der privaten Krankenversicherung (PKV-Verband)	28
Die Verbände der Arzneimittelhersteller	28
Maßgebliche Spitzenorganisationen der Selbsthilfe	28
Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe (BAG SH)	29
Paritätischer Wohlfahrtsverband	29
Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V.	29
Deutscher Behindertenrat (DBR)	29
BundesArbeitsGemeinschaft der PatientInnenstellen (BAGP)	29
Verbraucherzentrale Bundesverband	30
Die Deutsche Krebshilfe	30
Zusammenfassung	30
<i>Wie entsteht Qualität im Gesundheitswesen?</i>	31
Gesetzliche Regelungen zur Qualitätssicherung	31
Qualitätssicherung in der Arztpraxis	31
Qualitätssicherung im Krankenhaus	31
Qualitätssicherung medizinischer Leistungen	32
Zulassung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	32
Zulassung neuer Arzneimittel	33
Qualitätssicherungsinitiativen	34
Leitlinienprogramm Onkologie	34
Epidemiologische und klinische Krebsregister	35
Nationaler Krebsplan (NKP)	36
Zertifizierung von Krankenhäusern	37
Organisationen und Verbände	38
Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)	38
Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren	38
Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZO)	38
Deutsche Gesellschaft für Senologie (DGS)	38
Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)	39
gesundheitsziele.de	39
Institut für Qualität und Patientensicherheit (BQS-Institut)	40
Konferenz Onkologischer Kranken- und Kinderkrankenpflege (KOK)	40
Kooperationsverbund Qualitätssicherung durch Klinische Krebsregister (KoQK)	40

<i>Wie funktioniert die ambulante Versorgung?</i>	41
Medizinische Versorgungszentren	41
Hausarztmodell	41
Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherungen	41
Zuzahlungen und Belastungsgrenzen	42
Praxisgebühr	42
Individuelle Gesundheitsleistungen – IGeL	42
Strukturierte Behandlungsprogramme (DMP)	43
Häusliche Krankenpflege	43
Allgemeine Ambulante Palliativversorgung (AAPV)	43
Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV)	43
<i>Wie funktioniert die stationäre Versorgung?</i>	44
Finanzierung	44
Zuzahlungen	44
Ambulante Behandlung im Krankenhaus	45
<i>Wie funktioniert der Bereich der medizinischen Rehabilitation</i>	45
Anschlussheilbehandlung	46
Nach- oder Festigungskur	46
Stationäre oder ambulante Rehabilitation	46
Berufliche Rehabilitation	46
<i>Welche Rolle spielt die Selbsthilfe?</i>	47
Pflichtförderung der Selbsthilfe	47
Patientenbeteiligung im Gemeinsamen Bundesausschuss	47
Interessenvertretung durch die Frauenselbsthilfe	47
<i>Anhang</i>	49
<i>Tipps für Patientenvertreterinnen</i>	51
<i>Glossar wichtiger Begriffe</i>	52
<i>Die wichtigsten Institutionen auf einen Blick</i>	61
<i>Gesamtschau der Gremien</i>	63
<i>Index</i>	64

Einführung

Die Beteiligung von Patientinnen und Patienten an der Gestaltung des Gesundheitswesens ist in Deutschland noch recht neu. Die Entwicklung hat in den 70er Jahren des vorigen Jahrhunderts begonnen, vorangetrieben unter anderem durch die Entstehung der Selbsthilfebewegung in dieser Zeit. Entscheidende Schritte waren dann 1998 die Einbeziehung der Selbsthilfe bei der Erstellung medizinischer Leitlinien, 2000 die Einführung der Pflichtförderung der Selbsthilfe von Seiten der Sozialversicherungsträger und 2004 die Beteiligungsrechte im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Heute sind Patientenvertreter ein integrativer Bestandteil und wesentlicher Akteur im Versorgungssystem.

Für die Frauenselbsthilfe nach Krebs (FSH) als aktive Interessenvertretung Krebskranker rückte die gesundheits- und sozialpolitische Lobbyarbeit seit Anfang der 2000er Jahre immer stärker in den Fokus. Heute vertritt die FSH in vielen medizinischen und gesundheitspolitischen Gremien nachhaltig die Interessen Krebsbetroffener gegenüber der Ärzteschaft, den medizinischen Fachgesellschaften, den Krankenkassen, der Pharmaindustrie und der Gesundheitspolitik.

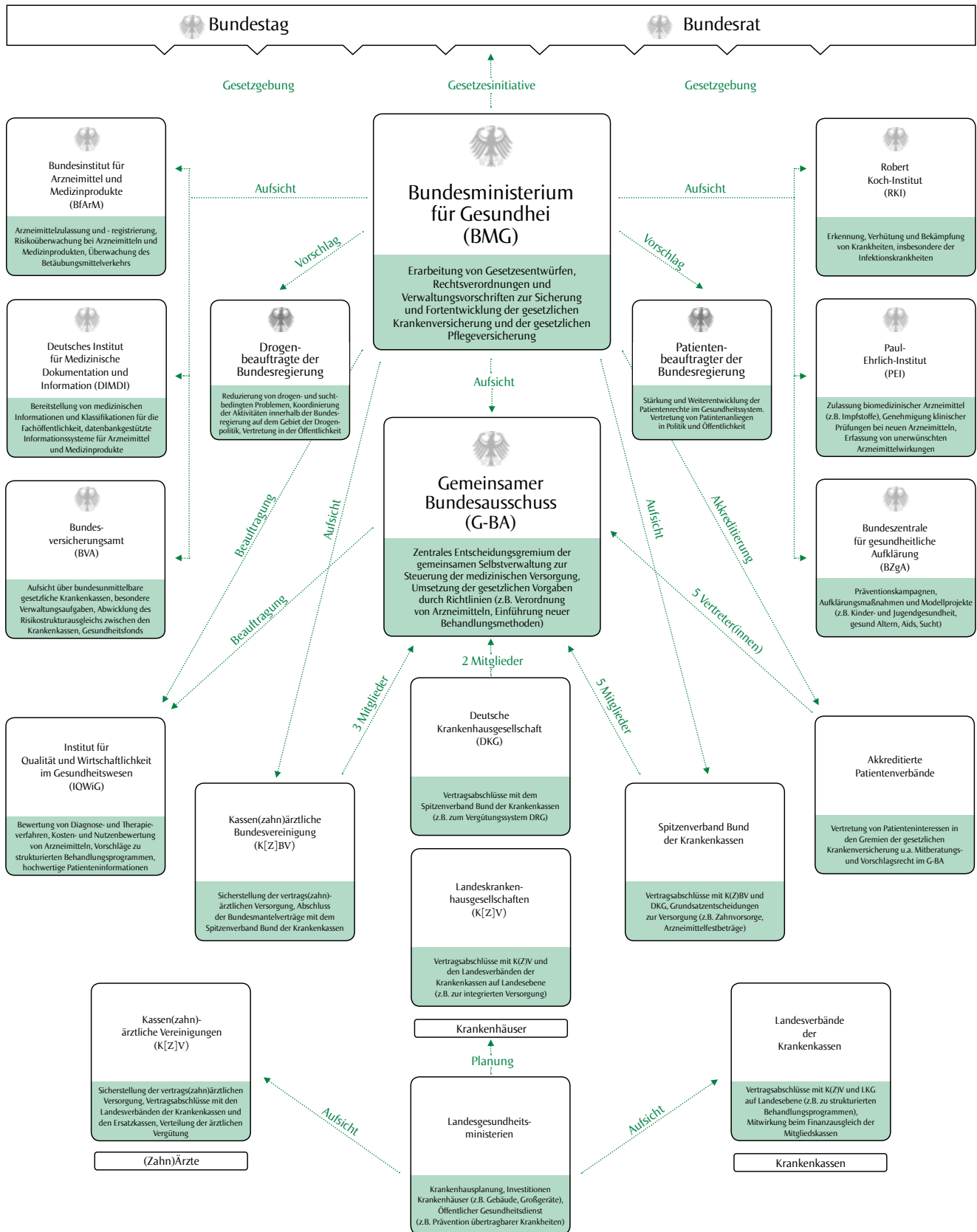
Damit Patientenvertreter ihrer Aufgabe gerecht werden und Einfluss auf die Weichenstellungen für krebskranke Menschen, die Entwicklung von Versorgungskonzepten und die Kostenbudgetierungen nehmen können, sind Kenntnisse der zentralen Zusammenhänge in unserem Gesundheitssystem, also der Strukturen, Akteure und Funktionsprinzipien wichtig.

Um insbesondere den Patientenvertreterinnen der Frauenselbsthilfe nach Krebs einen Überblick über dieses komplexe Gebilde von Berufen, Aufgaben, Institutionen, wirtschaftlichen Interessen, ethischen Ansprüchen und rechtlichen Vorgaben zu geben, stellen wir mit dieser Broschüre ein nützliches Nachschlagewerk zur Verfügung.

Das Heft informiert unter anderem über die wichtigsten Prinzipien, die im deutschen Gesundheitswesen gelten, und darüber, wer Gesundheitspolitik in Deutschland macht. Ein weiterer Abschnitt befasst sich mit der Frage, wie Qualität im Gesundheitswesen entsteht und die medizinische Versorgung der Bevölkerung funktioniert. Im Anhang werden die wichtigsten medizinischen und gesundheitspolitischen Begriffe in einem ausführlichen Glossar erläutert. Der Index am Ende der Broschüre hilft zudem beim schnellen Auffinden von Inhalten.

Das Gesundheitssystem

Der Staat setzt den Rahmen.
Die medizinische Versorgung gestalten die Partner der Selbstverwaltung.



Wozu Gesundheitspolitik?

Gesundheit hat heute sowohl für den Einzelnen als auch für die Gesellschaft einen deutlich höheren Stellenwert als noch vor 50 Jahren. Dies ist u.a. eine Folge der wachsenden Bedeutung von Gesundheit im Zuge des Wertewandels, der sich in den Industriestaaten seit den 70er Jahren vollzogen hat. Hinzu kommen der medizinische Fortschritt, der neue Möglichkeiten eröffnet, und die zunehmende Vielfalt und Verfügbarkeit medizinischer und gesundheitsbezogener Produkte und Dienstleistungen. Die Krankenversorgung hat sich zu einem wichtigen volkswirtschaftlichen Faktor entwickelt.

Dementsprechend spielt Gesundheitspolitik in unserem Staatswesen eine bedeutende Rolle. Sie dient dem Ziel, dass

- jeder Bürger im Krankheitsfall unabhängig von seinem Einkommen und Vermögen die notwendige Gesundheitsversorgung erhält,
- diese Versorgung unter Achtung der menschlichen Würde und des Selbstbestimmungsrechts des Kranken in bestmöglicher Qualität erfolgt,
- das Gesundheitssystem so effizient und kostengünstig wie möglich arbeitet,
- die Bevölkerung mit der Gesundheitsversorgung zufrieden ist und
- das Personal im Gesundheitssektor gute Arbeitsbedingungen hat.

Gesundheitspolitik umfasst aber auch die Aufgabe, die Interessen unterschiedlicher gesellschaftlicher Gruppierungen auszubalancieren.

Herausforderungen der Zukunft

Aufgrund dramatischer Veränderungen im Bevölkerungsaufbau steht das deutsche Gesundheitssystem vor großen Herausforderungen. Während auf der einen Seite der Anteil der erwerbstätigen Bevölkerung, die den Hauptteil der Beitragseinnahmen erwirtschaftet, immer weiter zurück geht, nimmt auf der anderen Seite der Anteil der älteren Menschen, die mehr medizinische Behandlungen brauchen als jüngere Menschen, überproportional zu. Außerdem sind die Beitragseinnahmen von den Löhnen und Gehältern der Arbeitnehmer abhängig, sodass der Einfluss der konjunkturellen Entwicklung sehr groß ist.

Neben der demographischen Entwicklung gilt der medizinisch-technische Fortschritt als der wichtigste Grund für den Anstieg der Gesundheitsausgaben. Er trägt dazu

bei, dass trotz umfassender gesetzlicher Maßnahmen zur Ausgabenbegrenzung die Gesundheitsausgaben schon seit Jahren schneller steigen als die Einnahmen aus den Beiträgen der Versicherten.

Weiterer Reformbedarf

Weitere Reformen des Gesundheitswesens werden daher auch in Zukunft unumgänglich sein. In immer kürzeren Abständen versucht der Gesetzgeber durch neue Regelungen beispielsweise die Ausgaben für Arzneimittel einzudämmen.

1998 führte der Gesetzgeber das Festbetragssystem für Arzneimittel ein, um dem ausufernden Anstieg der Arzneimittelausgaben zu begegnen. Übersteigt der Preis des Arzneimittels den Festbetrag, muss der Versicherte die Mehrkosten selbst tragen oder er erhält ein anderes – therapeutisch gleichwertiges – Arzneimittel ohne Aufzahlung.

Seit **2002** dürfen unwirtschaftliche Arzneimittel nicht mehr durch die gesetzlichen Krankenkassen erstattet werden (Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz/AABG). Als unwirtschaftlich gelten Arzneimittel

- die für das Therapieziel oder zur Minderung von Risiken nicht erforderliche Bestandteile enthalten,
- deren Wirkung wegen der Vielzahl der enthaltenen Wirkstoffe nicht mit ausreichender Sicherheit beurteilt werden kann oder
- deren therapeutischer Nutzen nicht nachgewiesen ist.

Ein ganzes Bündel an Maßnahmen wurde mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung, GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) im Jahr **2004** beschlossen: So dürfen seitdem rezeptfreie Arzneimittel – sogenannte OTC-Präparate – nur noch in Ausnahmen von der gesetzlichen Krankenversicherung bezahlt werden. Außerdem dürfen Arzneimittel, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht – sogenannte Lifestyle-Präparate –, nicht mehr zu Lasten der GKV verordnet werden. Dazu gehören Mittel, die der Abmagerung, Zügelung des Appetits, Raucherentwöhnung, Verbesserung des Haarwuchses, Behandlung der erektilen Dysfunktion oder der Steigerung der sexuellen Potenz (Viagra) dienen.

Im Jahr **2006** wurde vom Bundestag das Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG) erlassen. Die wesentlichen Inhalte dieses Gesetzes sind u.a. die Absenkung der Festbeträge für Arzneimittel, die Möglich-

keit der Krankenkassen mit Pharma-Herstellern spezielle Rabattverträge abzuschließen, eine Bonus-Malus-Regelung für Ärzte und ein zweijähriger Preisstopp für verordnungsfähige Arzneimittel.

Mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) wurde im Jahr **2007** auch die Erstattungsfähigkeit von Medizinprodukten eingeschränkt: Ausgeschlossen von der Erstattung sind nun, wie bei Arzneimitteln, Bagatell- und Lifestyle-Medizinprodukte. Außerdem führte der Gesetzgeber die Möglichkeit ein, dass die Verordnung von Arzneimitteln eingeschränkt oder ausgeschlossen werden kann, wenn nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse der therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit oder die Wirtschaftlichkeit nicht nachgewiesen sind sowie insbesondere, wenn ein Arzneimittel unzumutbar ist oder eine andere wirtschaftlichere Behandlungsmöglichkeit mit vergleichbarem therapeutischen Nutzen besteht. Die Kosten-Nutzen-Bewertung wird vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vorgenommen.

Mit der Verabschiedung des Gesetzes zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes (AMNOG) hat die Bundesregierung **2010** einen weiteren Vorstoß unternommen, um die nach wie vor explodierenden Arzneimittelkosten in den Griff zu bekommen. Mit ihm werden die Pharmaunternehmen verpflichtet, künftig für neue Arzneimittel den Zusatznutzen gegenüber der bisherigen Standardtherapie nachzuweisen und innerhalb eines Jahres den Preis des Präparates mit der gesetzlichen Krankenversicherung zu vereinbaren. Kommt keine Einigung zustande, entscheidet eine zentrale Schiedsstelle mit Wirkung ab dem 13. Monat nach Markteinführung über den Arzneimittelpreis.

Die wichtigsten Gesundheitsreformen im Überblick

- 1977 Krankenversicherungskostendämpfungsgesetz
- 1982 Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz
- 1983 Haushaltsbegleitgesetz I
- 1984 Haushaltsbegleitgesetz II
- 1989 Gesundheitsreformgesetz
- 1993 Gesundheitsstrukturgesetz
- 1996 1. und 2. GKV-Neuordnungsgesetz
- 1997 Beitragsentlastungsgesetz
- 1998 GKV-Finanzstärkungsgesetz
- 1999 GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz
- 2000 GKV-Gesundheitsreformgesetz (GRG)
- 2002 Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz (AABG)
- 2004 GKV-Modernisierungsgesetz (GMG)
- 2006 Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG)
- 2007 GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG)
- 2010 Finanzierungsgesetz der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FinG)
- 2010 Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz (AMNOG)

Wie alles anfing ...

Viele Besonderheiten des deutschen Gesundheitswesens haben ihren Ursprung in der Bismarck'schen Sozialgesetzgebung und den anknüpfenden Entwicklungen.

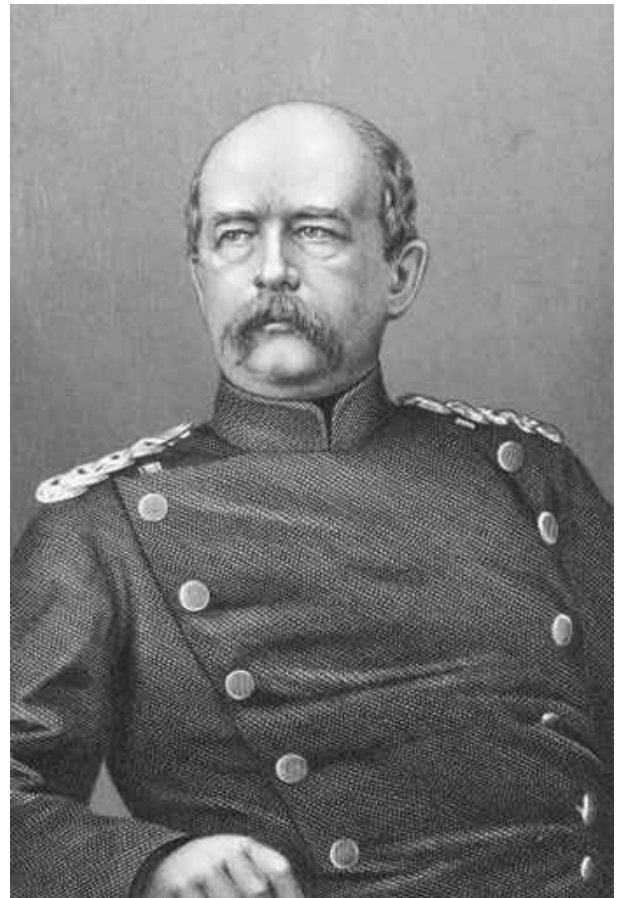
Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) wurde 1883 als eine Pflichtversicherung für die Industriearbeiterschaft gegründet. In den Anfangsjahren der GKV gewannen die Krankenkassen durch die schnell wachsende Zahl der Versicherten immer größeren Einfluss auf die medizinische Versorgung der Bevölkerung. Und auch für die wirtschaftliche Situation und die beruflichen Perspektiven der Ärzte blieb diese Entwicklung nicht ohne Folgen. Die Krankenkassen schlossen mit ihnen nun Einzelverträge ab oder stellten sie in den von ihnen selbst betriebenen Ambulatorien an und konnten so deren Honorare diktieren.

Bereits in den 1890er Jahren kam es zu immer heftigeren Auseinandersetzungen zwischen Krankenkassen und Ärzteschaft. Um gegenüber den Kassen größere Autonomie und höhere Vergütungen durchzusetzen, begann sich die Ärzteschaft zu organisieren. Im Jahr 1900 wurde der Leipziger Verband gegründet, der bis heute unter dem Namen „Hartmannbund“ existiert.

1913 gehörten dem Hartmannbund bereits 75 Prozent aller Ärzte in Deutschland an. Er war zu einer machtvollen Vertretung der Standesinteressen herangewachsen. Die so organisierten Ärzte konnten bis zum Ende der Weimarer Republik den Einfluss der Kassen stark beschneiden und sich ein Monopol auf die ambulante Versorgung der Bevölkerung sichern.

Dieses Monopol und die damit verknüpfte strenge Trennung zwischen ambulanter und stationärer medizinischer Versorgung bestehen als charakteristisches Element des deutschen Gesundheitswesens bis heute fort.

Auch der Charakter der GKV als eine Arbeitnehmersversicherung mit zwangsweiser Mitgliedschaft für den überwiegenden Teil der Bevölkerung wirkt bis heute nach. Circa 90 Prozent der Bevölkerung sind in ihr versichert. Finanziert wird sie noch immer überwiegend durch Beiträge, die auf die Einkommen der Arbeitnehmer erhoben werden.



fotolia: © Georgios Kollidas

Welche Prinzipien gelten im deutschen Gesundheitswesen?

Die strikte Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung

Charakteristisch für das deutsche Gesundheitswesen ist die strikte Trennung von ambulantem und stationärem Versorgungssektor. Sie rührt historisch aus der Wirtschaftskrise der Weimarer Republik her. Die Kassenärzte forderten in jener Zeit von den Krankenkassen einen regelmäßigen Inflationsausgleich für ihre Leistungen. Die Krankenkassen dagegen litten – bedingt durch die katastrophale Wirtschaftslage – an einem chronischen Defizit.

Um die Arbeitskämpfe zwischen Ärzten und Krankenkassen zu schlichten, regelte die Regierung im Jahr 1931 die Beziehungen von Ärzten und Kassen in einer Notverordnung neu. Diese Notverordnung führte zur endgültigen Ablösung des Einzelvertragssystems, in dem jeder Arzt einzeln Abrechnungsverträge mit den Krankenkassen schloss. Es entstanden die regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen, die zur entscheidenden Schnittstelle zwischen den Kassen einerseits und der tatsächlichen medizinischen Versorgung andererseits wurden. An die KVen gingen im Zuge der (Not-)Reform von 1931 der Sicherstellungsauftrag und die Bedarfsplanung für die ambulante Versorgung über. Damit erhielten die niedergelassenen Ärzte letztlich das Monopol auf die ambulante Patientenversorgung.

Krankenhausärzte dürfen in Deutschland seither keine ambulanten Behandlungen durchführen, es sei denn, sie werden von der Kassenärztlichen Vereinigung eigens dazu ermächtigt. Im Normalfall wechselt daher in Deutschland immer der behandelnde Arzt, wenn ein Patient nach einem Krankenhausaufenthalt ambulant weiter betreut wird.

Diese Trennung der Versorgungssektoren ist in Europa einmalig: In den meisten Ländern arbeiten die spezialisierten Fachärzte überwiegend oder ausschließlich an Krankenhäusern und behandeln dort ihre Patienten sowohl stationär als auch ambulant. Die wohnortnahen ambulanten Versorgungseinrichtungen sind dagegen allgemeinärztlich geprägt. In der Bundesrepublik gibt es aufgrund des Monopols der niedergelassenen Ärzte auf die ambulante Versorgung der Bevölkerung die medizinischen Spezialdisziplinen auch in Vertragsarztpraxen. Diese Doppelstruktur wird auch als doppelte Facharztschiene bezeichnet.

Die historische Entwicklung, die zur Trennung der Versorgungssektoren geführt hat, bedingt auch, dass in Deutschland Einzelarztpraxen vorherrschen. Eine Koordination von Versorgungsprozessen – wie sie bei vielen chronischen Erkrankungen erforderlich ist und im Krankenhaus möglich wäre – findet aufgrund dieser strukturellen Ausformung des Gesundheitswesens in Deutschland häufig nicht statt.

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

Erst mit dem GKV-Modernisierungsgesetz im Jahr 2004 führte der Gesetzgeber Medizinische Versorgungszentren (MVZ) ein, die besser in der Lage sind, komplexe Versorgungsaufgaben zu erfüllen, weil dort mehrere ärztliche Disziplinen und nicht-ärztliche Heilberufe in koordinierter Weise zusammenarbeiten.

Das Selbstverwaltungsprinzip

Der deutsche Sozialstaat zeichnet sich durch das Prinzip der Selbstverwaltung aus. Dabei delegiert der Staat Aufgaben und Verantwortungsbereiche an öffentlich-rechtliche Körperschaften – das sind im Bereich des Gesundheitswesens die Krankenkassen, die kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Vereinigungen sowie die Krankenhausgesellschaften. Den selbstverwalteten Körperschaften obliegt die konkrete Ausgestaltung und Umsetzung der jeweils vom Staat vorgegebenen gesetzlichen Rahmenbedingungen.

Das Modell der Steuerung durch selbstverwaltete Körperschaften, auch Subsidiaritätsprinzip genannt, sichert dem Staat einerseits weitgehenden Einfluss auf die Entwicklung des Gesamtsystems, weil er die Rahmenbedingungen vorgibt. Andererseits befreit es ihn von der Aufgabe der direkten Verwaltung.

Im deutschen Gesundheitswesen gibt es außerdem eine gemeinsame Selbstverwaltung der Ärzteschaft und der Krankenkassen. Deren oberstes Beschlussgremium ist der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA). Dieser regelt neben zahlreichen anderen Aufgaben den Ein- und Ausschluss von medizinischen Leistungen in den Leistungskatalog der GKV. Die vom G-BA beschlossenen Richtlinien haben den Charakter untergesetzlicher Normen, das heißt, sie gelten für die gesetzlichen Krankenkassen, deren Versicherte, die behandelnden Ärzte sowie andere Leistungserbringer und sind für diese verbindlich.

Weitere Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzteschaft und Krankenkassen sind z.B. die Bewertungsausschüsse, Zulassungsausschüsse, Schiedsämter und Prüfungsausschüsse.

Das Solidarprinzip

In Deutschland beruht die gesetzliche Krankenversicherung genau wie die gesetzliche Pflege- und Arbeitslosenversicherung auf dem Solidaritätsprinzip, auch Solidarprinzip genannt, das besagt, dass sich der Leistungsanspruch in der Regel nach der Bedürftigkeit und nicht nach dem individuellen Risiko der Versicherten richtet. Der Grundsatz lautet: „Einer für alle, alle für einen“. Für alle Deutschen besteht daher die gesetzlich vorgegebene Verpflichtung, sich zu versichern und Beiträge zu zahlen. Generell gilt, dass Leistungen nur bei Notwendigkeit erbracht werden dürfen und sich nach der individuellen Bedürftigkeit richten müssen.

Etwa 8,6 Millionen Bundesbürger (ca. zehn Prozent der deutschen Bevölkerung) sind in dieses System nicht einbezogen. Sie versichern sich privat, das heißt, sie sind nicht Mitglied der GKV, sondern haben ihr Krankheitsrisiko bei einem privaten Versicherungsunternehmen abgesichert.

Privat versichern können sich

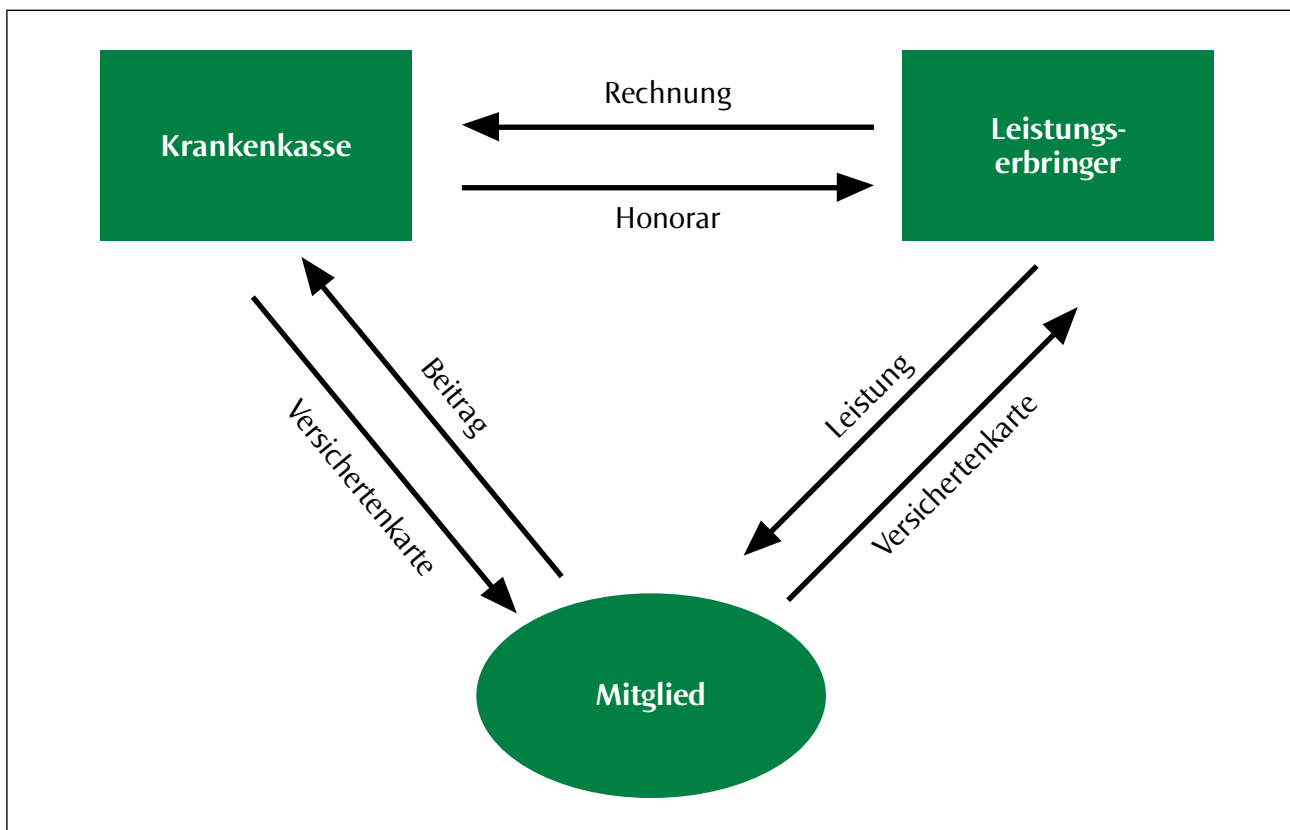
- Arbeitnehmer mit einem Jahres-Bruttoeinkommen von mindestens 46.800 Euro (Stand 2011).

- Selbstständige, Freiberufler und Künstler unabhängig von der Höhe ihres Einkommens.
- Beamte und andere Beihilfeberechtigte (z.B. Richter, Landtags- und Bundestagsabgeordnete).

Das Sachleistungsprinzip

In Deutschland erhalten gesetzlich Versicherte Gesundheitsleistungen, ohne dass sie dafür selbst in finanzielle Vorleistung treten müssen. Diese Bereitstellung von Leistungen durch die Krankenkasse wird Sachleistungsprinzip genannt. Der Patient, entweder das Krankenkassenmitglied oder ein mitversicherter Familienangehöriger, nimmt also Leistungen zur Krankenbehandlung in Anspruch, ohne dafür eine Rechnung vom Leistungserbringer zu erhalten.

Die Leistungspflicht der Krankenkassen erfolgt in „Naturalien“, d.h. durch die Bereitstellung medizinischer Sachleistungen. Im Kontrast dazu steht das Prinzip der Kostenerstattung, bei der Versicherungen ihre Leistungspflicht mit Geldzahlungen erfüllen, indem Versicherten die Ausgaben (teilweise) ersetzt werden, wie z.B. bei der Hausratversicherung, Kfz-Vollkaskoversicherung oder der privaten Krankenversicherung.



Quelle: Michael Simon, *Das Gesundheitssystem in Deutschland*, S. 85

Wer macht Gesundheitspolitik?

Weite Bereiche des deutschen Gesundheitswesens – vor allem die gesetzliche Krankenversicherung – werden durch Bundesgesetze geregelt. Dem entsprechend groß ist der Einfluss des Staates auf das Gesundheitswesen. Davon zu unterscheiden ist die Ebene der Verbände und Körperschaften sowie die der Unternehmen und Organisationen, die überwiegend nach einzelwirtschaftlichen Prinzipien arbeiten.

Gesundheitspolitik wird in den Parteien/Bundestagsfraktionen entwickelt. Wegen der vielfach komplizierten Fachfragen bereiten diese ihre gesundheitspolitischen Meinungsbildungsprozesse immer häufiger durch Kommissionen oder Arbeitsgruppen vor, an denen Experten aus Forschung und Versorgungspraxis beteiligt sind. Auch die parteinahen Stiftungen sind durch Forschungs- und Entwicklungsprojekte an der Politikentwicklung beteiligt.

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

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

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

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

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

- Ebene I: staatliche Stellen, die sich nochmals nach Bund, Ländern und Kommunen unterscheiden lassen (föderale Struktur)
- Ebene II: Körperschaften und Verbände, denen vom Gesetzgeber die Aufgabe übertragen wurde, die gesundheitliche Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung zu organisieren und sicherzustellen
- Ebene III: Unternehmen und Organisationen, die marktwirtschaftlich und/oder interessenorientiert handeln

	Akteure	Arbeits-/Funktionsweise
Ebene I	Bundestag, Bundesministerium für Gesundheit, Landesministerien, staatliche Institute	gesetzgebend oder zuarbeitend
Ebene II	Kassenärztliche Bundesvereinigung, Kassenärztliche Vereinigungen, GKV-Spitzenverband, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Gemeinsamer Bundesausschuss	indirekte Staatsverwaltung
Ebene III	Interessenvertretungen wie Bundesärztekammer, Bundesvereinigung dt. Apothekerverbände, Verband forschender Arzneimittelhersteller, Dt. Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen usw.	marktwirtschaftlich- oder interessenorientiert

Ebene I: Die Legislative

Bundestag

Der Einfluss des Bundestages auf die Gestaltung des Gesundheitswesens ist sehr weitreichend: Sämtliche Grundsatzfragen der gesetzlichen Krankenversicherung werden in einem Bundesgesetz geregelt (Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch: SGB V). Das gleiche gilt für andere Zweige der Sozialversicherung, die ebenfalls bestimmte Leistungen der gesundheitlichen Versorgung finanzieren, wie etwa die gesetzliche Rentenversicherung (SGB VI), die für den Versorgungsbereich der Rehabilitation eine große Rolle spielt, oder die gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII), die der Leistungsträger bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten ist.

Außerdem entscheidet der Bundestag über die Rahmenbedingungen der Krankenhausversorgung und -finanzierung (z.B. Krankenhausentgeltgesetz, Krankenhausfinanzierungsgesetz), der Arzneimittelversorgung (Gesetz über das Apothekenwesen, Arzneimittelgesetz) sowie der Versorgung mit Medizin- und Blutprodukten.

Es gibt Bundesgesetze zu besonderen medizinischen Behandlungsmöglichkeiten und Technologien (z.B. zur Fortpflanzungsmedizin und zur Gentechnik) sowie zur Regelung bestimmter Gesundheitsberufe (z.B. Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege).

Bundesministerium für Gesundheit (BMG)

Die zentrale Rolle bei der Vorbereitung und Ausarbeitung von Gesetzesvorhaben auf Bundesebene fällt dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zu. Hier wird die Gesundheitspolitik der Bundesregierung konzipiert und in Rechtsvorschriften umgesetzt. Zum Aufgabenbereich des BMG gehören neben dem Gesundheitswesen und der gesetzlichen Krankenversicherung auch die gesetzliche Renten- und Pflegeversicherung. Dem Ministerium zugeordnet sind zudem der Drogen- und der Patientenbeauftragte der Bundesregierung.

Das BMG bzw. der zuständige Minister werden in der Öffentlichkeit in besonderem Maße mit den staatlichen Aufgaben und Zuständigkeiten im Gesundheitswesen identifiziert. Formal betrachtet ist diese hervorgehobene Rolle zwar in vielen Fällen nicht ganz zutreffend, da über Gesetze letztlich der Bundestag entscheidet. Faktisch spielt das Ministerium im Hinblick auf die staatlichen Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens jedoch eindeutig die Hauptrolle: Hier wird die Gesundheitspolitik der Bundesregierung konzipiert und hier arbeiten die Fachleute, die die Gesetzesvorlagen erstellen und schließlich in Gesetzes- und Verordnungstexte gießen.

Darüber hinaus ist das BMG in vielen Bereichen als Initiator und Unterstützer aktiv, für die es keine unmittelbare Verantwortung trägt. Das Projekt der Frauenselbsthilfe nach Krebs „Wissenserhalt beim Generationenwechsel in der Selbsthilfe“ wurde beispielsweise vom BMG finanziert.

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

www.bmg.bund.de

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)

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

www.bfarm.de

Auf europäischer Ebene existiert für die Aufgaben, die in Deutschland vom BfArM wahrgenommen werden, die **Europäische Arzneimittelagentur EMA** (European Medicines Agency). Sie ist die Körperschaft der EU, die die bestehenden wissenschaftlichen Ressourcen koordiniert, die von den EU-Mitgliedsstaaten für die Bewertung und Überwachung von Arzneimitteln zur Verfügung gestellt werden. Die EMA bietet den Mitgliedsstaaten und den Institutionen der Europäischen Union (EU) wissenschaftliche Beratung zu sämtlichen Fragen der Evaluation von Qualität, Sicherheit und Wirksamkeit von Arzneimitteln für Menschen und Tiere. Die rechtliche Grundlage hierfür bietet die Arzneimittel-Gesetzgebung der EU.

www.ema.europa.eu

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzGA)

Die in Köln ansässige BzGA ist die Fachoberbehörde für Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung. Hier werden Strategien und Kampagnen entwickelt, um die Bevölkerung über Gesundheitsrisiken zu informieren und gesundheitsfördernde Verhaltensweisen zu vermitteln. Eine sehr bekannte Kampagne der BzGA ist „Gib AIDS keine Chance“.

www.bzga.de

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI)

Das DIMDI, das seinen Sitz in Köln hat, hält ein umfangreiches Angebot an medizinischen Informationen vor allem für Nutzer aus Fachkreisen bereit. Viele Datenbanken des DIMDI sind von jedermann kostenlos nutzbar. Dazu zählen beispielsweise international bedeutsame Datenbanken der wissenschaftlichen medizinischen Literatur, in denen online recherchiert werden kann. Darüber hinaus nimmt das DIMDI bestimmte gesetzliche Aufgaben wahr, wie etwa die Pflege von Schlüsselssystemen, z.B. zur Kodierung von Diagnosen und Operationen (ICD, ICF usw.). Außerdem betreibt es Informationssysteme für Arzneimittel, Medizinprodukte und zur Bewertung gesundheitsrelevanter Verfahren (Health Technology Assessment, HTA).

www.dimdi.de

Paul-Ehrlich-Institut (PEI)

Das in Langen nahe Frankfurt/Main beheimatete PEI (früher: Bundesamt für Sera und Impfstoffe) ist vor allem für die Sicherheit biologischer bzw. immunbiologischer Arzneimittel (z.B. Impfstoffe) sowie von Blut und Blutprodukten zuständig. Darüber hinaus ist das PEI ein bedeutendes Forschungsinstitut.

www.pei.de

Robert Koch-Institut (RKI)

Das RKI ist aus dem bis 1994 bestehenden Bundesgesundheitsamt hervorgegangen und ist die zentrale Einrichtung der Bundesregierung zur Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankheiten. Zu den Aufgaben des in Berlin ansässigen Instituts gehört unter anderem auch der Auftrag, wissenschaftliche Erkenntnisse als Basis für gesundheitspolitische Entscheidungen zu erarbeiten. In diesem Zusammenhang werden zum einen die wichtigsten Basisdaten zum Gesundheitszustand der deutschen

Bevölkerung publiziert. Zum anderen werden in speziellen Themenheften einzelne Gesundheitsstörungen (z.B. Hepatitis C, Angststörungen, Hautkrebs usw.) und wichtige Fragestellungen rund um die Gesundheit (z.B. Arbeitslosigkeit und Gesundheit; Gesundheit alleinerziehender Mütter und Väter; Sterbebegleitung) behandelt.

2004 hat das RKI das Themenheft „Selbsthilfe im Gesundheitsbereich“ herausgegeben und 2005 das Themenheft „Brustkrebs“. Beide Hefte sind in der Reihe „Gesundheitsberichterstattung des Bundes“ (Nr. 23 und 25) erschienen und können auf der Website des RKI bestellt oder heruntergeladen werden.

www.rki.de

Bundesversicherungsamt (BVA)

Das BVA ist die Aufsichtsbehörde für die bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger. In der gesetzlichen Krankenversicherung unterstehen zum Beispiel Krankenkassen, deren Zuständigkeitsbereich sich über mehr als drei Bundesländer erstreckt, der Aufsicht durch das BVA. Krankenkassen, die nur regional tätig sind – wie die AOKen – werden dagegen durch die Sozialministerien der Bundesländer beaufsichtigt. Das BVA prüft beispielsweise die Geschäfts- und Rechnungsergebnisse und genehmigt die Beitragssätze der Krankenkassen in seinem Zuständigkeitsbereich. Eine weitere wichtige Aufgabe des BVA im Gesundheitswesen ist die Durchführung des Risikostrukturausgleichs in der GKV.

www.bva.de

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

Der Sachverständigenrat wurde 1985 als „Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen“ geschaffen und im Zuge der Gesundheitsreform 2004 umbenannt in „Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen“. Der Sachverständigenrat hat die Aufgabe, Gutachten zur Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung mit ihren medizinischen und wirtschaftlichen Auswirkungen zu erstellen. Im Rahmen der Gutachten soll der Sachverständigenrat Prioritäten für den Abbau von Versorgungsdefiziten und bestehenden Überversorgungen entwickeln und Möglichkeiten und Wege zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens aufzeigen. Die Gutachten sind im Abstand von zwei Jahren zu erstellen und dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) vorzulegen. Das BMG wiederum leitet die Gutachten an die gesetzgebenden Körperschaften des Bundes weiter. Bisher sind 16 Gutachten erschienen. Eine

Reihe von Vorschlägen und Empfehlungen wurden von der Gesundheitspolitik aufgegriffen, z.B. die Kassenwahl-freiheit, die Einführung eines Risikostrukturausgleichs, die Förderung der ambulanten Pflege durch die Steigerung der Leistungsstufen und eine Dynamisierung der Leistungen sowie der Ausbau von Präventions- und Rehabilitationsleistungen.

www.svr-gesundheit.de

Patientenbeauftragter der Bundesregierung

Das Amt des Beauftragten für die Belange der Patientinnen und Patienten, wie der vollständige Titel heißt, wurde mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) 2004 eingeführt. Der Patientenbeauftragte ist dem Bundesministerium für Gesundheit zugeordnet und wird von der Bundesregierung ernannt. Die Aufgaben des Patientenbeauftragten sind in §140h Satz 2 SGB V definiert. Die beauftragte Person hat darauf hinzuwirken, dass die Belange von Patientinnen und Patienten besonders hinsichtlich ihrer Rechte auf umfassende und unabhängige Beratung und objektive Information durch Leistungserbringer, Kostenträger und Behörden im Gesundheitswesen und auf die Beteiligung bei Fragen der Sicherstellung der medizinischen Versorgung berücksichtigt werden. Sie setzt sich bei der Wahrnehmung dieser Aufgabe dafür ein, dass unterschiedliche Lebensbedingungen und Bedürfnisse von Frauen, Männern und Kindern beachtet und in der medizinischen Versorgung sowie in der Forschung geschlechtsspezifische Aspekte berücksichtigt werden.

Die erste Patientenbeauftragte war Helga Kühn-Mengel, frühere gesundheitspolitische Sprecherin und Behindertenbeauftragte der SPD-Bundestagsfraktion. Im November 2009 wurde Wolfgang Zöllner (CSU), früherer stellvertretender Vorsitzender der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, zum Nachfolger von Helga Kühn-Mengel ernannt.

www.patientenbeauftragter.de

Bundesländer, Länderministerien und Kommunen

Die Bundesländer bzw. die zuständigen Länderministerien spielen vor allem in zwei Bereichen des deutschen Gesundheitswesens eine zentrale Rolle: In der stationären Versorgung und im öffentlichen Gesundheitsdienst. Ein wichtiger Schwerpunkt der Länderaktivitäten liegt auf der Prävention, also den Maßnahmen und Initiativen zum Erhalt und zur Förderung der Gesundheit der Bevölkerung bzw. spezifischer Zielgruppen (z.B. Kinder, Jugendliche, Migranten).

Die Zuständigkeiten für die genannten Bereiche sind in der Regel in einem Landesministerium gebündelt, wobei neben dem Themenfeld Gesundheit zumeist noch weitere Politikfelder (z.B. Familie, Frauen, Soziales, Umwelt) zum gleichen Ministerium gehören. Bisweilen werden die Zuständigkeiten auch auf unterschiedliche Ministerien verteilt. In Bayern ist für die Krankenhausplanung beispielsweise das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen zuständig, für die gesundheitliche Prävention dagegen das Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz. Eine Sonderrolle nehmen in den Bundesländern zumeist die Universitätskliniken ein, die den jeweiligen Wissenschaftsministerien zugeordnet sind.

Krankenhausversorgung

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

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

Öffentlicher Gesundheitsdienst

Ein zweiter wichtiger Zuständigkeitsbereich der Länder bzw. der nachgeordneten kommunalen Verwaltungen ist der öffentliche Gesundheitsdienst. Zu den traditionellen Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes gehören:

- Vorsorge und Gesundheitsfürsorge (z.B. Ein-schulungsuntersuchungen, Schwangeren- und Mütterberatung)
- gemeindenaher psychiatrische und sozial-psychiatrische Versorgung
- Überwachungs- und Beratungsaufgaben in den Bereichen Hygiene, Infektionskrankheiten, Arzneimittelverkehr und Umweltmedizin

Gesundheitsberichterstattung

Eine in den vergangenen Jahren verstärkt ausgebauten Aufgabe ist die Gesundheitsberichterstattung. Sie liefert Daten und Fakten zur gesundheitlichen Situation der Bevölkerung bzw. zu Strukturen und Leistungen des Gesundheits-

wesens. Die genannten Aufgaben werden in der Regel von den Gesundheitsämtern in den Kreisen und Städten bzw. spezialisierten Einrichtungen auf Bezirks- oder Landesebene wahrgenommen. Auf Bundesebene fällt diese Aufgabe dem Robert Koch-Institut zu.

Ebene II: Verbände und Körperschaften der gemeinsamen Selbstverwaltung

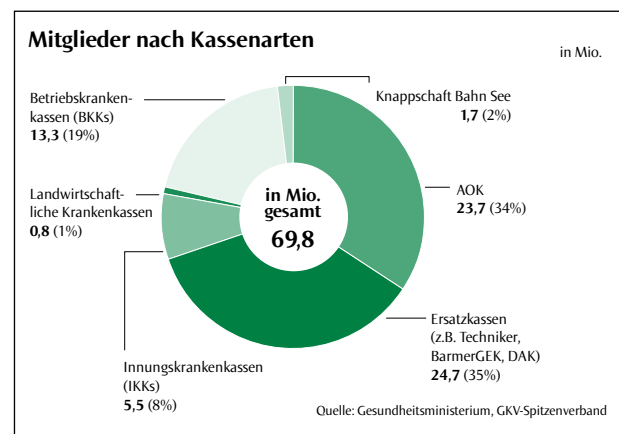
Das deutsche Gesundheitswesen wird im Wesentlichen von den Akteuren der Gemeinsamen Selbstverwaltung gesteuert, d.h. den Verbänden der Krankenkassen, den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenhausgesellschaften bzw. deren bundesweiten Spitzenorganisationen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das gesetzliche Gremium, in dem diese Verbände und Körperschaften gemeinsam getragene Lösungen erarbeiten.

Die gesetzlichen Krankenkassen und ihre Verbände

Das Sozialgesetzbuch, fünftes Buch (SGB V) unterscheidet mehrere Kassenarten. Diese Gliederung ist aus der Entstehungsgeschichte der GKV zu erklären, die sich aus berufsständischen Hilfskassen entwickelt hat. Es gibt die Ortskrankenkassen (AOK), Betriebskrankenkassen (BKK), Innungskrankenkassen (IKK), die Landwirtschaftlichen Krankenkassen und die Knappschaft-Bahn-See (KBS/früher: Knappschaft und See-Krankenkasse). Sie werden auch als „Primärkassen“ bezeichnet, weil bis 1996 bestimmte Berufsgruppen obligatorisch in einer dieser Kassen versichert sein mussten.

Außerdem gibt es die sogenannten Ersatzkassen – heute organisiert im Verband der Ersatzkassen (vdek). Der Begriff „Ersatzkasse“ ist aus der Situation entstanden, dass zunächst nach Gründung der Sozialversicherung durch Bismarck jeder versicherungspflichtige Bürger einer berufsständischen Pflichtversicherung (einer Primärkasse) zugeordnet wurde (z.B. Handwerker den Innungskrankenkassen), er aber als „Ersatz“ für die Pflichtzuweisung eine der freiwillig organisierten, eingeschriebenen Hilfskassen wählen konnte.

Seit 1996 hat jeder Versicherungspflichtige die freie Wahlmöglichkeit unter allen gesetzlichen Krankenkassen und damit auch unter den Ersatzkassen.



Derzeit gibt es 156 gesetzliche Krankenkassen (Stand: Januar 2011). Die einzelnen Krankenkassen gehören jeweils automatisch den Verbänden ihrer Kassenart an. Die Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen sind laut Gesetz dem Landesverband des Bundeslandes zugeordnet, in dem sie ihren Sitz haben. Wegen der vielen Kassenzusammenschlüsse seit Einführung der Kassenwahlfreiheit (1996) gibt es jedoch bei den Orts- und Innungskrankenkassen zumeist nur noch eine Kasse pro Bundesland, die dann gleichzeitig die Funktionen eines Landesverbandes ausübt.

Der GKV-Spitzenverband

Die Landesverbände einer Kassenart bilden ihrerseits einen Bundesverband. Bis Mitte 2008 haben diese Bundesverbände die Kassenarten auf Bundesebene vertreten und ihre Mitgliedschaften unterstützt. Die Unterstützungsfunktionen erstreckten sich neben der politischen Interessenvertretung beispielsweise auf EDV-Leistungen oder strategisch bedeutende Entwicklungsprojekte. Die für alle Krankenkassen einheitlich zu schließenden Vereinbarungen und Regelungen wurden also arbeitsteilig von den nach Kassenarten organisierten Einzelverbänden getroffen.

Mit der Gesundheitsreform 2007 übertrug der Gesetzgeber diese Aufgabe einem einzigen Verband – dem GKV-Spitzenverband (§ 217a SGB V). Damit sollte eine Straffung der Verbandsstrukturen der GKV und mehr Transparenz erreicht werden.

Alle wettbewerbsneutralen Aufgaben erledigt nun der GKV-Spitzenverband. Anders als die Bundesverbände der verschiedenen Kassenarten früher hat er nicht nur die Versicherten einer Kassenart im Blick, sondern alle Versicherten und Beitragszahler. Die von ihm abgeschlossenen Verträge und seine sonstigen Entscheidungen gelten für alle Krankenkassen, deren Landesverbände und damit praktisch für alle gesetzlich Versicherten.

Sein Aufgabenspektrum umfasst unter anderem folgende Punkte:

- Rahmenverträge und Vergütungsvereinbarungen für die stationäre, ambulante und zahnärztliche Versorgung
- Unterstützung der Krankenkassen und ihrer Landesverbände bei der Erfüllung ihrer Aufgaben
- Vertretung der GKV-Interessen in der gemeinsamen Selbstverwaltung mit den Leistungserbringern auf Bundesebene (z.B. Gemeinsamer Bundesausschuss) und gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG)
- Entscheidung über grundsätzliche Fach- und Rechtsfragen zum Beitrags- und Meldeverfahren in der Sozialversicherung
- Festsetzung von Festbeträgen für Arznei- und Hilfsmittel sowie der Höchstbeträge für Arzneimittel
- Vorgaben für Vergütungsverhandlungen und Arzneimittelvereinbarungen auf Landesebene
- Ausgestaltung der Telematik im Gesundheitswesen
- Definition von Grundsätzen zur Prävention, Selbsthilfe und Rehabilitation

www.gkv-spitzenverband.de

Der Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK)

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

Der MDK erfüllt zahlreiche Begutachtungsaufgaben und erarbeitet Stellungnahmen zu Leistungsansprüchen einzelner Versicherter an die Kassen. Anlässe für Einzelfallbegutachtungen durch den MDK sind beispielweise lange andauernde Arbeitsunfähigkeiten von Kassenmitgliedern, die Begutachtung der Notwendigkeit von Rehabilitationsmaßnahmen oder von häuslicher Krankenpflege.

Das Gesetz verpflichtet die Kassen in bestimmten Fällen, eine Stellungnahme des MDK einzuholen. Darüber hinaus unterstützt der MDK die Kassen bei übergreifenden Fragen, die medizinischen Sachverstand erfordern (z.B. Qualitätssicherung, Krankenhausplanung, Wirksamkeit neuer Behandlungsverfahren).

Die Medizinischen Dienste haben außerdem wichtige Aufgaben im Bereich der Gesetzlichen Pflegeversicherung. Ärzte des MDK begutachten alle Versicherten, die einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung stellen. Außerdem prüft der MDK die Qualität der Pflegeeinrichtungen.

www.mdk.de

Auf Bundesebene ist der **Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS)** tätig. Er berät den GKV-Spitzenverband in allen medizinischen und pflegerischen Fragen, die diesem entsprechend dem Gesetz zugewiesen sind. Außerdem koordiniert und fördert der MDS die Durchführung der Aufgaben und die Zusammenarbeit aller MDK in Deutschland. Er ist für grundsätzliche Fragen der Qualitätssicherung in der Pflege zuständig und führt die Daten zur Pflegequalität zusammen. Im November 2004 hat der MDS erstmals einen Bericht zur „Qualität in der ambulanten und stationären Pflege“ vorgelegt.

www.mds-ev.de

Die Kassenärztlichen Vereinigungen

Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) wurden in der Weimarer Republik errichtet. Sie stellten gewissermaßen den Endpunkt einer über viele Jahre mit wechselnder Intensität geführten Auseinandersetzung zwischen gesetzlichen Krankenkassen und der damaligen Ärzteschaft dar.

Die Kassen verloren durch die Errichtung der KVen endgültig die Möglichkeit, Einzelverträge mit Ärzten ihrer Wahl abzuschließen. Stattdessen hatten sie es von diesem Zeitpunkt ab grundsätzlich nur noch mit einem einzigen Vertragspartner zu tun – der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) in der betreffenden Region. Die KVen wurden gegenüber der GKV zum Monopolanbieter für ambulante ärztliche Versorgung. Jeder Arzt, der Kassenpatienten

behandeln will, muss seitdem in der Regel Mitglied der für seinen Praxisort zuständigen KV sein.

Die KVen sind – wie die Krankenkassen – Körperschaften des öffentlichen Rechts. Die Mitglieder der KV werden als „Vertragsärzte“ bzw. „Vertragspsychotherapeuten“ bezeichnet. Seit 1998 sind auch die zur Behandlung von GKV-Patienten zugelassenen Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten Mitglieder der KVen.

Den Status des Vertragsarztes bzw. -psychotherapeuten erlangt man durch Eintragung in das Arztregister der KV sowie einen Beschluss des Zulassungsausschusses der KV, in dem auch Vertreter der Krankenkassen sitzen. Der Eintrag ins Arztregister ist an qualifikatorische Voraussetzungen (Approbation als Arzt, Facharztausbildung usw.) gebunden. Im Hinblick auf die Zulassung kommt es zusätzlich darauf an, ob in dem betreffenden KV-Bezirk überhaupt ein Bedarf an weiteren Vertragsärzten besteht.

Aus dem Status der KVen als Körperschaften des öffentlichen Rechts und den ihnen vom Staat übertragenen Aufgaben resultieren weitreichende Befugnisse gegenüber den zur Mitgliedschaft verpflichteten Vertragsärzten. Das Satzungsrecht der KVen ist für die Vertragsärzte verbindlich und kann auch mit disziplinarrechtlichen Maßnahmen durchgesetzt werden. Die Rechtsaufsicht über die KVen führen die Sozialministerien der Länder.

Die KVen nehmen somit öffentliche Aufgaben wahr, die ihnen der Staat übertragen hat. An erster Stelle ist dabei der sogenannte „Sicherstellungsauftrag“ zu nennen: d.h. die KVen haben die Pflicht, die ambulante, ärztliche Versorgung sicherzustellen – einschließlich eines Notdienstes außerhalb der üblichen Sprechzeiten.

Neben dieser Rolle der KVen als Träger von öffentlich-rechtlichen Aufgaben sind sie jedoch auch eine Interessenvertretung der Ärzte. Diese Doppelrolle der KVen ist aus ihrer Entstehungsgeschichte zu erklären: 1931 wurde die zuvor durch den Hartmannbund wahrgenommene Interessenvertretung der Ärzte in den Stand einer öffentlich-rechtlichen Körperschaft erhoben. Die Kassenärztlichen Vereinigungen wurden errichtet.

Struktur und Aufgaben der KVen sind im Kern seit 1931 kaum verändert worden. In der ehemaligen DDR waren sie suspendiert und wurden nach der deutschen Wiedervereinigung erneut errichtet. Seit 1991 besteht in jedem der neuen Bundesländer wieder eine KV.

Tiefer greifende Veränderungen im Hinblick auf die KVen wurden mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) im Jahr 2004 beschlossen. Eine besonders sichtbare struktu-

relle Veränderung ist die Verminderung der Zahl der KVen: Bis Ende des Jahres 2004 existierten noch 23 von ihnen, nun gibt es nur noch 17, in jedem Bundesland eine, mit Ausnahme von Nordrhein-Westfalen, wo zwei KVen (KV Nordrhein und KV Westfalen-Lippe) bestehen blieben.

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

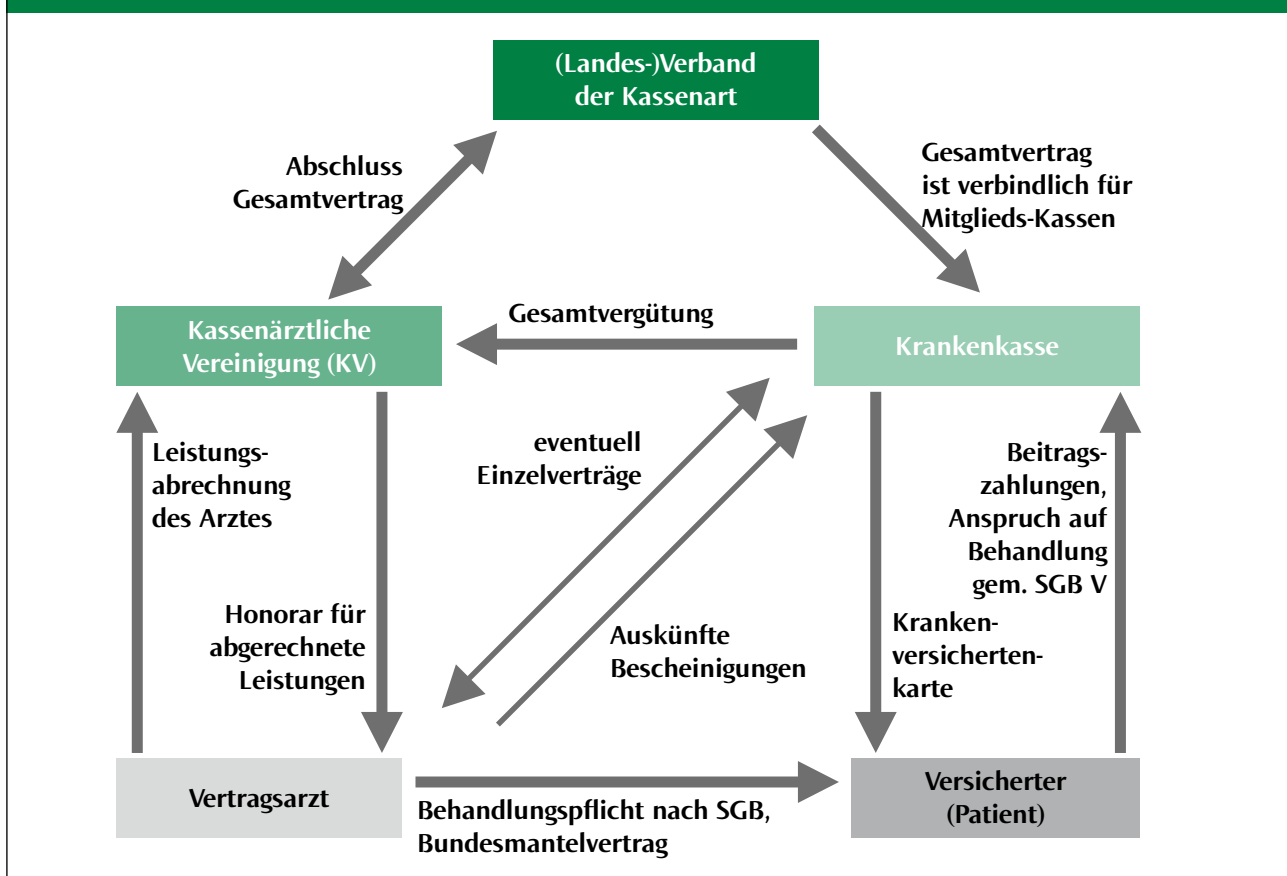
Die Aufgaben der KVen sind in § 75 SGB V geregelt. Ihnen obliegen

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

Wichtigste Aufgabe der KVen ist aber die bereits erwähnte Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung (Sicherstellungsauftrag). Zu diesem Zweck schließen die KVen Gesamtverträge mit den Krankenkassen bzw. deren Landesverbänden, die für alle der KV angehörenden Vertragsärzte Geltung haben. Die Ärzte verpflichten sich damit, die GKV-Versicherten entsprechend den gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen zu behandeln.

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

Akteure und Beziehungen in der ambulanten Versorgung



Quelle: Bundeszentrale für politische Bildung

Die in der Grafik skizzierten vertraglichen Beziehungen zwischen Kassen und KVen stehen im Zusammenhang mit dem für die GKV charakteristischen Sachleistungsprinzip: Die gesetzlich Versicherten haben Anspruch auf medizinische Behandlung bei den Vertragsärzten und müssen sich um die Honorierung des Arztes nicht weiter kümmern, weil Krankenkassen und KVen dies im Rahmen der Gesamtverträge untereinander regeln.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)

Die KBV (bzw. analog die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, KZBV) ist die Vertretung der Vertragsärzte auf Bundesebene. Mitglieder der KBV sind jedoch nicht einzelne Ärzte sondern die einzelnen KVen.

Auch die KBV ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts und wird durch eine 60 Mitglieder umfassende Vertreterversammlung sowie durch einen hauptamtlichen Vorstand geleitet. Der KBV-Vorstand besteht aus zwei Personen, nämlich einem Vertreter der Hausärzte und einem der Fachärzte. Die Rechtsaufsicht über die KBV führt das Bundesministerium für Gesundheit.

Die KBV nimmt für die Vertragsärzte analoge Aufgaben wahr wie der GKV-Spitzenverband für die gesetzlichen Krankenkassen. Neben der gesundheitspolitischen Vertretung der Ärzteschaft sind dies vor allem:

- Mitarbeit in der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen (Gemeinsamer Bundesausschuss)
- Gestaltung der bundesweit geltenden Gebührenordnung der niedergelassenen Ärzte (Einheitlicher Bewertungsmaßstab) gemeinsam mit den Krankenkassen
- Abschluss der Bundesmantelverträge mit dem GKV-Spitzenverband, in denen die finanziellen und inhaltlichen Rahmenbedingungen für die ambulante ärztliche Versorgung der GKV-Versicherten vereinbart werden
- Erlass bundeseinheitlicher Richtlinien zur ärztlichen Qualitätssicherung

www.kbv.de

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI)

KBV und KVen sind über eine gemeinsame Stiftung Träger des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (ZI), das die Vertragsärzteschaft durch wissenschaftliche, technische und organisatorische Forschung und Konzeptentwicklung unterstützt.

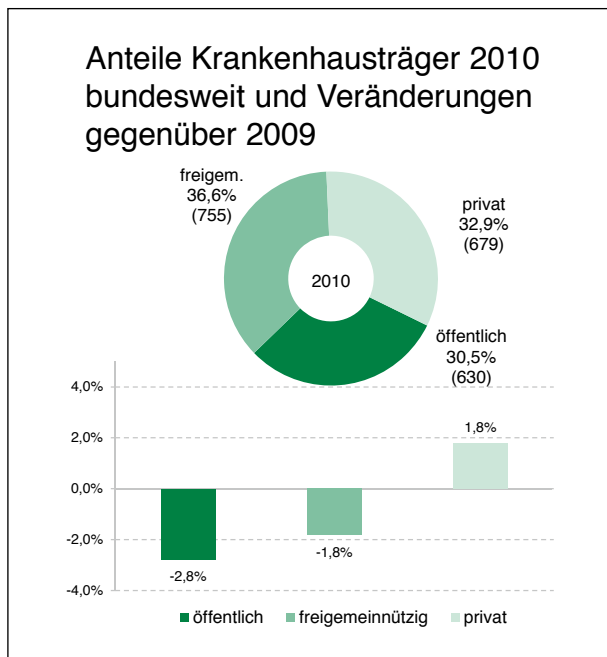
www.zi-berlin.de

Die Krankenhausgesellschaften

Die Krankenhäuser sind – neben Krankenkassen und Vertragsärzten – der dritte wichtige Mitspieler im System der korporatistischen Steuerung des deutschen Gesundheitswesens. Im Gegensatz zu den beiden anderen Akteuren sind sie jedoch nicht als selbstverwaltete Körperschaften des öffentlichen Rechts organisiert.

Bei den Krankenhäusern in Deutschland wird unterschieden zwischen öffentlichen (Kommunen, Länder), freigemeinnützigen (Kirchen, Wohlfahrtsverbände) und privaten Trägern.

Im Jahr 2009 gab es in Deutschland knapp 2.080 Akutkrankenhäuser. Bei den Häusern lagen die freigemeinnützigen Träger an der Spitze (siehe Abb.). Betrachtet man die Verteilung nach Betten, dominierte der öffentliche Bereich.



Quelle: destatis

Die Krankenhausträger schließen sich auf freiwilliger Basis zu Landeskrankenhausgesellschaften zusammen,

deren Aufgabe es ist, die Interessen der Träger bzw. Häuser gegenüber den Kostenträgern, dem Staat und der Öffentlichkeit, zu vertreten.

Den Landeskrankenhausgesellschaften werden in den Landeskrankenhausgesetzen eine Reihe von Aufgaben übertragen, vor allem im Zusammenhang mit den Vertragsabschlüssen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen bzw. den Verhandlungen über die Pflegesätze. Außerdem wirken sie an der Krankenhausplanung des Landes mit. Darüber hinaus sind die Landeskrankenhausgesellschaften für ihre Mitglieder auch Dienstleister und Berater in rechtlichen und betriebswirtschaftlichen Fragen.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) ist der Zusammenschluss der 16 Landeskrankenhausgesellschaften sowie von 12 Spitzenverbänden der Krankenhausträger (z.B. Deutscher Caritasverband, Diakonisches Werk, Deutsches Rotes Kreuz, Bundesverband Deutscher Privatkrankenanstalten usw.).

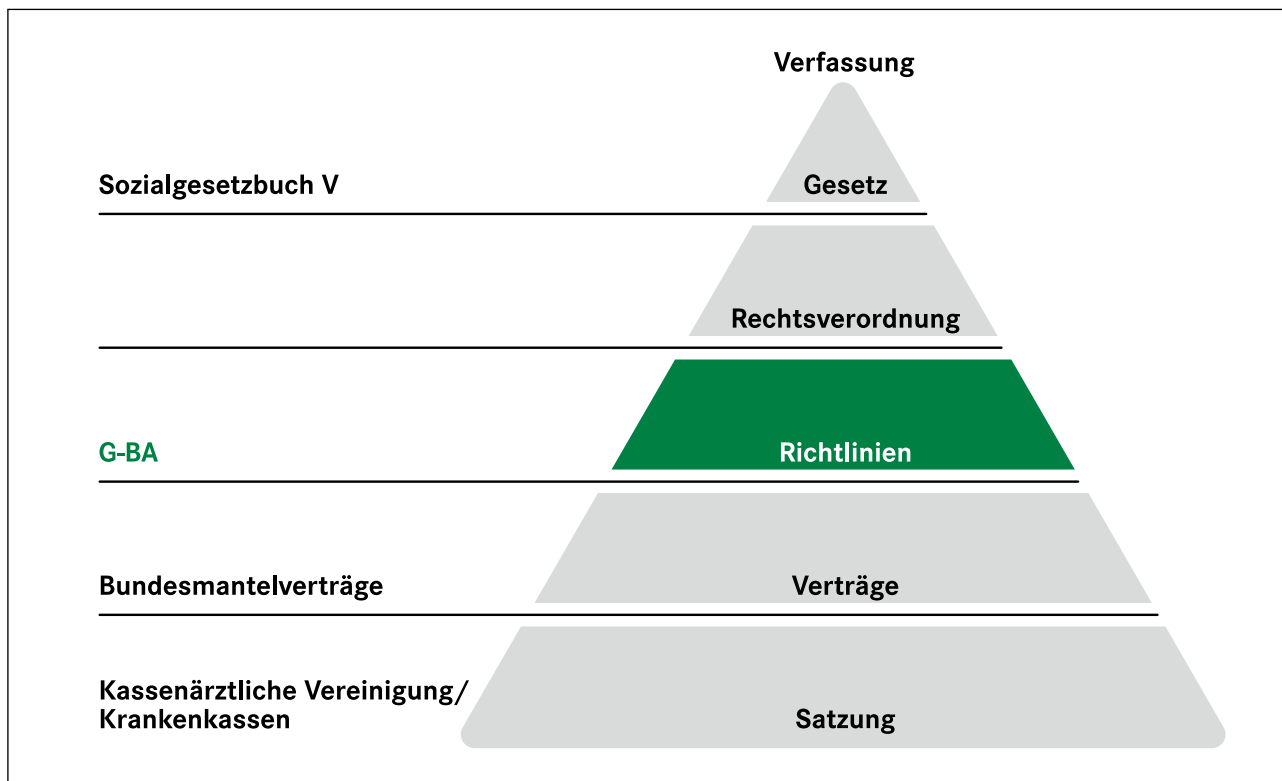
Die DKG vertritt die Interessen der Krankenhausträger auf Bundesebene und nimmt gesetzlich zugewiesene Aufgaben im Rahmen der gemeinsamen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen wahr. Dazu gehört vor allem die Mitarbeit im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA).

www.dkgev.de

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA)

Durch das GKV-Modernisierungsgesetz 2004 wurde auch die gemeinsame Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen neu strukturiert. Bis Ende 2003 waren mehrere Einzelgremien mit Fragen der Gestaltung und Weiterentwicklung der gesundheitlichen Versorgung unter dem Dach der GKV befasst. Seit dem 1. Januar 2004 sind die Aufgaben der gemeinsamen Selbstverwaltung in einem einzigen Gremium, dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), zusammengefasst (§ 91 SGB V). Damit hat der Gesetzgeber die Steuerung und Weiterentwicklung des Gesundheitswesens in wesentlichen Teilen in die Zuständigkeit der unmittelbar Beteiligten (Krankenkassen und Leistungserbringer) gelegt, die sich – vertreten durch ihre Spitzenverbände – auf für alle verbindliche Lösungen einigen sollen.

Allgemein gesprochen hat der G-BA die Aufgabe, zu konkretisieren, welche ambulanten oder stationären Leistungen für die Versorgung kranker Menschen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind. Diese drei



Quelle: Gemeinsamer Bundesausschuss

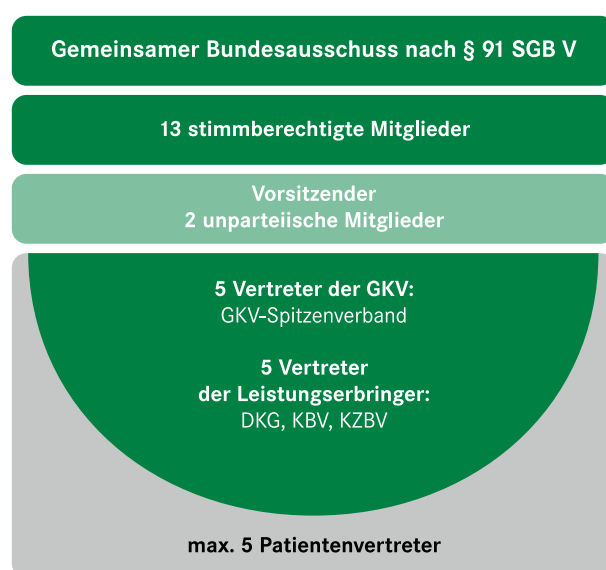
Qualitäten werden in § 12 SGB V als die wesentlichen Kriterien für Leistungen der GKV genannt. Die Aufgabe soll der G-BA erfüllen, indem er Richtlinien beschließt, die für einzelne Leistungsbereiche (z.B. ärztliche Behandlung, Früherkennung von Krankheiten, Beurteilung der Arbeitsfähigkeit usw.) konkretisieren, wie eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung aussieht (vgl. § 92 SGB V). Die vom G-BA beschlossenen Richtlinien haben in der GKV eine hohe rechtliche Verbindlichkeit. Es sind sogenannte untergesetzliche Normen.

Bis Mitte 2008 tagte der G-BA je nach Sektor (ambulante – d.h. ärztliche, psychotherapeutische oder zahnärztliche – sowie stationäre Belange) in unterschiedlicher Besetzung. Mit der Gesundheitsreform des Jahres 2007 (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz) wurde die Struktur des G-BA geändert. Alle Entscheidungen werden nun in einem einzigen sektorenübergreifend besetzten Beschlussgremium getroffen.

Der G-BA hat 13 Mitglieder:

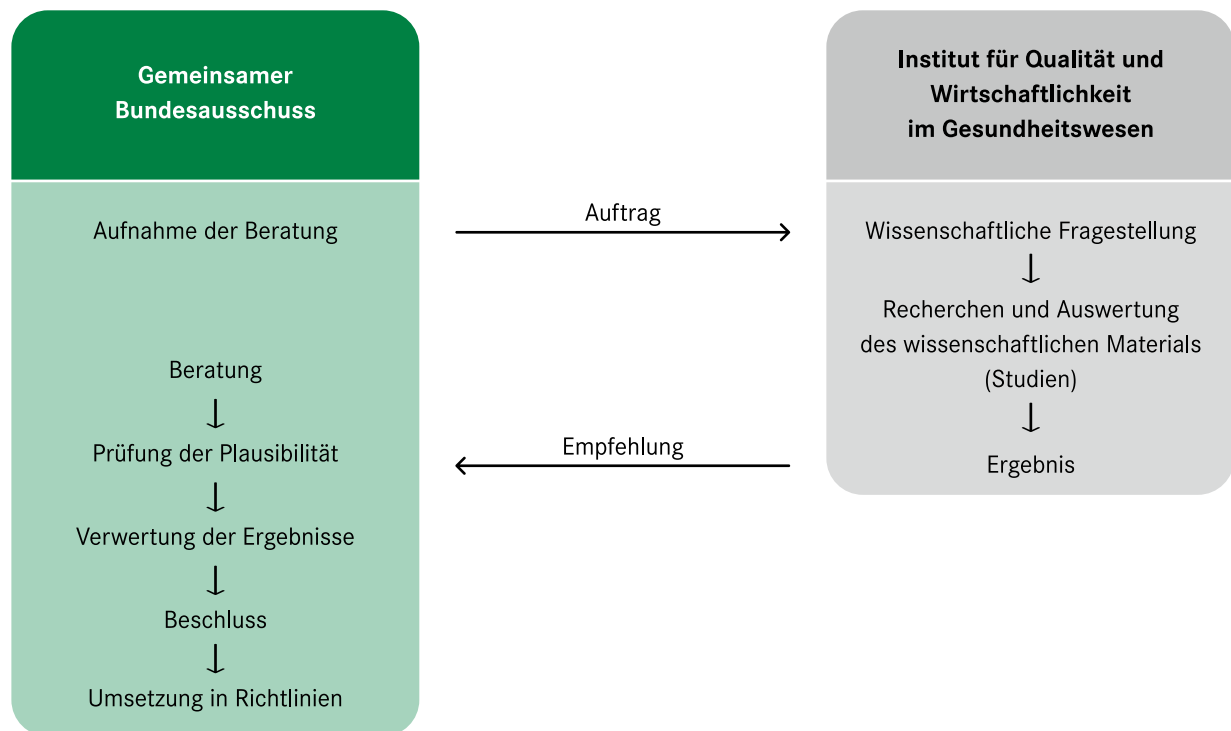
- drei unparteiische Mitglieder (davon ein unparteiischer Vorsitzender)
- fünf Vertreter der Kostenträger (gesetzliche Krankenkassen)
- fünf Vertreter der Leistungserbringer (Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser)

Darüber hinaus nehmen an den Sitzungen des G-BA bis zu fünf Patientenvertreter teil, die Antrags- und Mitberatungsrecht, jedoch kein Stimmrecht haben. Dieses Mitberatungs- und Antragsrecht im G-BA erhalten Organisationen, die auf Bundesebene maßgeblich die Interessen von Patienten sowie chronisch kranken und behinderten Menschen in Deutschland wahrnehmen (§ 140f SGB V).



Quelle: Gemeinsamer Bundesausschuss

Zusammenarbeit G-BA und Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen



Quelle: Gemeinsamer Bundesausschuss

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

- Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden dürfen nur zu Lasten der GKV erbracht werden, wenn der G-BA zuvor eine positive Empfehlung zum diagnostischen oder therapeutischen Nutzen sowie zur medizinischen Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit abgegeben hat. Der G-BA entscheidet somit über die Zulassung von neuen Verfahren zur GKV-Versorgung.
- Der G-BA hat außerdem die Aufgabe, die bereits eingeführten Untersuchungs- und Behandlungsverfahren nach den genannten Kriterien zu überprüfen. Damit hat der Ausschuss bisher noch nicht begonnen. Langfristig kann es aber bedeuten, dass auch seit langem eingeführte Behandlungsmethoden aus der GKV-Versorgung herausfallen, wenn sie sich als nicht hinreichend wirksam, notwendig oder wirtschaftlich erweisen sollten.

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

Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)

Im Jahr 2004 hat der G-BA im Auftrag des Gesetzgebers das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) als unabhängige, wissenschaftliche Institution errichtet. Im Auftrag des G-BA bewertet das Institut den medizinischen Nutzen, die Qualität und die Wirtschaftlichkeit von Leistungen in der GKV anhand des aktuellen medizinischen Wissensstandes (Studien). Dabei untersucht das Institut diagnostische und therapeutische Verfahren bei ausgewählten Krankheiten sowie den Nutzen von Arzneimitteln. Darüber hinaus gibt das IQWiG allgemeinverständliche Patienteninformationen heraus.

In § 139 a–c SGB V werden die Aufgaben des IQWiG als „fachlich unabhängiges, rechtsfähiges, wissenschaftliches Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen“ geregelt. Diese sind:

- Recherche, Darstellung und Bewertung des aktuellen medizinischen Wissensstandes zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren bei ausgewählten Krankheiten,
- Erstellung von wissenschaftlichen Ausarbeitungen, Gutachten und Stellungnahmen zu Fragen der Qualität und Wirtschaftlichkeit der im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erbrachten Leistungen,
- Bewertung evidenzbasierter Leitlinien für die epidemiologisch wichtigsten Krankheiten,
- Abgabe von Empfehlungen zu Disease Management Programmen,
- Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln,
- Bereitstellung von für alle Bürgerinnen und Bürger verständlichen allgemeinen Informationen zur Qualität und Effizienz in der Gesundheitsversorgung.

Auf Grund seiner Verankerung im SGB V ist das IQWiG für das System der gesetzlichen Krankenversicherung tätig. Seine Aufträge bekommt das Institut ausschließlich vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) oder dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Es kann allerdings auch in eigener Verantwortung Themen aufgreifen. Zur Erfüllung seiner Aufgaben wird das IQWiG nicht selbst aktiv, sondern vergibt wissenschaftliche Forschungsaufträge an externe Sachverständige. Diese Aufträge sind an die vom IQWiG entwickelten Methoden gebunden. Das IQWiG selbst besitzt keine Entscheidungsbefugnisse (siehe Grafik S. 24).

Träger ist die Stiftung für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen mit Sitz in Berlin. Die Finanzierung erfolgt durch die Erhebung von Zuschlägen auf abzurechnende Krankenhausfälle und auf Vergütungen für die ärztliche Versorgung, also vollständig aus Mitteln des öffentlichen Gesundheitswesens. Als beratende Gremien gibt es ein Kuratorium und einen wissenschaftlichen Beirat.

www.iqwig.de

Zusammenfassung

Die gesetzlichen Krankenkassen gliedern sich in sieben Kassenarten. Die einzelnen Kassen jeder Kassenart sind in Landesverbänden sowie Bundesverbänden organisiert. Die Verbände der Krankenkassen nehmen Dienstleistungs-

funktionen für ihre Mitgliedskassen wahr. Außerdem gibt es seit 2008 den GKV-Spitzenverband, der unter anderem Verträge mit den Leistungserbringern (Ärzte, Krankenhäuser usw.) abschließt und im Gemeinsamen Bundesausschuss mitarbeitet.

Die gesetzlichen Krankenkassen und ihre Verbände werden vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit medizinischem Sachverstand unterstützt. Der MDK ist eine nach Bundesländern gegliederte Institution, die kassenübergreifend organisiert ist. Die Aufgaben des MDK sind gesetzlich geregelt. Zu einem großen Teil befasst sich der Dienst mit Begutachtungsaufträgen im Zusammenhang mit Leistungsfällen der Krankenkassen. Der GKV-Spitzenverband wird durch den Medizinischen Dienst des GKV-Spitzenverbandes (MDS) beraten.

Die Verantwortung für die ambulante ärztliche Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (Sicherstellungsauftrag) liegt bei den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen). Ärzte, die GKV-Patienten behandeln, sind Mitglied ihrer regionalen KV. Sie werden als Vertragsärzte bezeichnet.

Die KVen sind Körperschaften des öffentlichen Rechts und schließen mit den Verbänden der Krankenkassen Verträge, in denen die Einzelheiten der ambulanten ärztlichen Versorgung geregelt werden. Die Kassen entrichten an die KVen eine Gesamtvergütung, mit der alle Leistungen der Vertragsärzte für ein Jahr abgegolten sind. Die Honorierung der Vertragsärzte ist dann Sache der KV.

Die nach Ländern gegliederten KVen (in Nordrhein-Westfalen gibt es zwei KVen) sind Mitglieder der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Die KBV ist bei bundesweit zu regelnden Angelegenheiten die zuständige Körperschaft auf Seiten der Ärzte, somit gewissermaßen das Pendant zum GKV-Spitzenverband.

Analog zu den KVen und der KBV gibt es auch Kassenzahnärztliche Vereinigungen bzw. die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung.

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

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das wichtigste Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung von Leistungsträgern (Krankenkassen) und Leistungserbringern (Ärzten/Zahnärzten, Psychotherapeuten, Krankenhäusern). Der Ausschuss wurde durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG 2004) konstituiert. Seine Aufgabe

besteht darin, die Leistungsansprüche der GKV-Versicherten durch Richtlinien zu konkretisieren und allgemeine Vorgaben zur Qualitätssicherung zu machen.

Unterstützung erhält der G-BA durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Dieses Institut wurde erst 2004 durch das GKV-

Modernisierungsgesetz als unabhängige wissenschaftliche Institution neu eingerichtet. Es soll u.a. den Nutzen und Schaden medizinischer Maßnahmen für Patienten untersuchen und darüber informieren, welche Vor- und Nachteile verschiedene Therapien und Diagnoseverfahren haben können.

Ebene III: Institutionen und Interessenvertretungen

Neben den staatlichen Akteuren und den Verbänden der gemeinsamen Selbstverwaltung gibt es eine große Zahl von weiteren wichtigen Organisationen im Gesundheitswesen. Hier spielen z.B. die Interessenvertretungen eine wichtige Rolle. Dazu gehören die Organisationen, die ärztliche Interessen oder die von anderen im Gesundheitswesen aktiven Gruppen wie z.B. den Apothekern oder Arzneimittelherstellern vertreten. Außerdem gibt es die Interessenvertretungen der Patienten sowie der chronisch kranken und behinderten Menschen.

Im Folgenden werden Institutionen vorgestellt, die nicht unmittelbar Teil der gemeinsamen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen sind, aber in enger Beziehung zu den dortigen Akteuren stehen und ebenfalls öffentliche Aufgaben erfüllen, die teilweise gesetzlich geregelt sind. Und es werden einige wichtige Interessenvertretungen aufgeführt.

Ärzttekammern und Bundesärztekammer

Die Ärztekammern sind die Berufsvertretungen aller approbierten Ärzte und unterliegen der jeweiligen Landesgesetzgebung. Außer in Nordrhein-Westfalen, wo es zwei Landesärztekammern gibt, existiert in jedem Bundesland eine Kammer. Wer als Arzt tätig sein möchte, muss Mitglied der Kammer sein, die in dem Bundesland liegt, in dem er seinen Beruf ausüben möchte. Diese Verpflichtung haben keineswegs nur die Vertragsärzte, sondern auch die in Krankenhäusern, Gesundheitsämtern oder sonstigen Einrichtungen tätigen Ärzte.

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

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

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

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

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

Die **Bundesärztekammer (BÄK)** ist ein freiwilliger Zusammenschluss der Landesärztekammern. Sie ist keine Körperschaft des öffentlichen Rechts. Wichtigstes Organ der BÄK ist die einmal jährlich tagende Hauptversammlung, der 250 Delegierte aus den einzelnen Ärztekammern angehören und die auch als „**Deutscher Ärztetag**“ bezeichnet wird. Die Hauptversammlung wählt den Vorstand, der von einem Präsidenten und zwei Vizepräsidenten geleitet wird.

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

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

Darüber hinaus nimmt die BÄK auf Bundesebene Funktionen wahr, die die Landesärztekammern in ihren jeweiligen Regionen ausüben (z.B. Förderung der ärztlichen Fortbildung und der Qualitätssicherung).

Der BÄK angegliedert sind eine Reihe von weiteren Institutionen. Beispielhaft sei auf die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) verwiesen: Diese informiert die Ärzte über eine vernünftige Arzneimitteltherapie sowie insbesondere über Fragen der Arzneimittelsicherheit. Jeder Arzt, der bei seinen Patienten eine unerwünschte Arzneimittelwirkung feststellt, ist laut Berufsordnung verpflichtet, dies der AkdÄ mitzuteilen. Die AkdÄ veranlasst bei Bedarf ihrerseits zusammen mit dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) weitere Maßnahmen.

Außerdem gibt es gemeinsame Einrichtungen von BÄK und Kassenärztlicher Bundesvereinigung, wie beispielsweise das Ärztliche Zentrum für Qualität (ÄZQ) in der Medizin, das u.a. an der Entwicklung von Versorgungs- und Patientenleitlinien für einzelne Krankheitsbilder mitwirkt und andere Informationsangebote für Patienten bereithält. Ein weiteres gemeinsames Gremium, in dem auch die Frauenselbsthilfe nach Krebs vertreten ist, ist das Patientenforum der BÄK.

www.baek.de

Ärztliche Interessenvertretungen und Berufsverbände

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

Die drei größten freien Verbände sind:

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

Wissenschaftliche Fachgesellschaften

Von den Berufsverbänden und Interessenvertretungen der Ärzte streng zu unterscheiden sind die wissenschaftlichen Fachgesellschaften, die in der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) zusammengeschlossen sind (siehe auch S. 38). Die Fachgesellschaften bzw. die AWMF spielen für die gesundheitliche Versorgung eine wachsende Rolle, weil sie am Prozess der Erarbeitung von Behandlungsleitlinien teilnehmen.

Für die Frauenselbsthilfe nach Krebs sind konkret die folgenden Fachgesellschaften von Bedeutung:

- Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)
- Deutsche Gesellschaft für Senologie (DGS)
- Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)
- Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT)
- Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie (AGO)
- Deutsche Arbeitsgemeinschaft Psychoonkologie (DAPO)
- Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie (PSO)
- Arbeitsgruppe Supportivmaßnahmen in der Onkologie (ASO)
- Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ)

Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA)

Die Apotheker sind als freier Beruf zur Mitgliedschaft in einer der 17 Landes-Apothekerkammern verpflichtet. Vergleichbar den Ärztekammern haben diese Körperschaften des öffentlichen Rechts bestimmte Regelungskompetenzen, die durch Landesgesetze näher umschrieben sind.

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

Die jeweils 17 Landes-Apothekerkammern und -verbände sind in der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) zusammengeschlossen. Die ABDA, der Spitzenverband der Apotheker auf Bundesebene, ist eine gesundheitspolitische Interessenvertretung sowie eine Serviceeinrichtung für die Apothekerschaft. Gesetzliche Aufgaben sind ihr nicht übertragen.

www.abda.de

Verband der privaten Krankenversicherung (PKV-Verband)

Der PKV-Verband ist die gemeinsame Interessenvertretung der Unternehmen der privaten Krankenversicherung. Dem Verband gehören 47 Unternehmen an, auf die nach Verbandsangaben mehr als 99 Prozent des Marktanteils der PKV entfallen. Neben den im PKV-Verband organisierten Unternehmen gibt es noch eine Reihe meist sehr kleiner und nur regional bzw. in bestimmten Berufsgruppen tätige Versicherungsvereine.

Etwa 8,6 Millionen Bundesbürger (ca. zehn Prozent der deutschen Bevölkerung) haben eine private Krankenvollversicherung, das heißt, sie sind nicht Mitglied der GKV, sondern haben ihr Krankheitsrisiko bei einem privaten Versicherungsunternehmen abgesichert. Neben den Vollversicherungen bieten die PKV-Unternehmen noch verschiedene Zusatzversicherungen an, die von vielen GKV-Versicherten abgeschlossen werden (z.B. Zahnersatz, Krankenhaus, Heilpraktiker usw.).

Der PKV-Verband engagiert sich in der Gesundheitspolitik vor allem für die Interessen der Versicherungsunternehmen. Dabei gehören Fragen der Abgrenzung der Geschäftsbereiche von GKV und PKV – hier wird oft von der sogenannten „Friedensgrenze“ gesprochen – immer wieder zu den Hauptthemen des Verbandes.

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

www.pkv.de

Die Verbände der Arzneimittelhersteller

Die Arzneimittelhersteller sind ein Industriezweig, deren Interessen sich von den bisher genannten Beteiligten im Gesundheitswesen unterscheiden. Sie lassen sich durch mehrere Verbände vertreten, denen unterschiedliche Firmen angehören.

Im Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (BPI) sind vorwiegend mittelständische Hersteller organisiert. Dem BPI gehören etwa 300 Unternehmen an. Lange Zeit war er der gemeinsame Verband der Arzneimittelhersteller in Deutschland. Wegen zunehmender Interessengegensätze innerhalb des Verbandes verließen die sich selbst als „forschende Arzneimittelhersteller“ bezeichnenden Unternehmen den BPI und gründeten im Jahre 1994 den Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.V. (VfA). Die großen, meist international operierenden Unternehmen sind seitdem im VfA organisiert. Ihm gehören 42 Unternehmen an.

Schließlich gibt es noch den Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller e.V. (BAH) mit 318 Unternehmen. Er vertritt eher kleinere bis mittelgroße Unternehmen, deren Interessen schwerpunktmäßig auf den Marktsegmenten der Selbstmedikation und nicht-patentgeschützter rezeptpflichtiger Arzneimittel liegen.

Die Mitglieder des VfA gründeten 2004 die „Freiwillige Selbstkontrolle für die Arzneimittelindustrie e.V. (FSA)“. Dieser Verein soll die korrekte Zusammenarbeit von pharmazeutischen Unternehmen sowie Ärzten, Apothekern und weiteren Angehörigen der medizinischen Fachkreise sowie den Organisationen der Patientenselbsthilfe überwachen. Regelverstöße werden gegebenenfalls sanktioniert.

www.fs-arzneimittelindustrie.de

Maßgebliche Spitzenorganisationen der Selbsthilfe

Zu den wichtigen Akteuren im deutschen Gesundheitswesen gehören heute auch die Interessenvertretungen der Patienten sowie der chronisch kranken und behinderten Menschen. Folgende Spitzenorganisationen bündeln deren Interessen auf Bundesebene und decken dabei das Spektrum der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe in Deutschland umfassend ab:

- die Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderungen und chronischer Erkrankung und ihrer Angehörigen (BAG Selbsthilfe)
- der Deutsche Paritätische Wohlfahrtsverband, Gesamtverband e.V. (PARITÄTISCHER)
- die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (DAG SHG)

Diese drei Verbände vertreten die Interessen der Selbsthilfe bei der Umsetzung gesetzlicher Vorgaben, etwa der Selbsthilfeförderung durch die Krankenkassen und der Rentenversicherungsträger. Sie finden zunehmend Anerkennung als Partner von Leistungsanbietern (Kassenärztliche Bundesvereinigung und Bundesärztekammer) sowie Kostenträgern (Kranken- und Rentenversicherungen).

Seit 2004 haben Patienten sowie chronisch kranke und behinderte Menschen einen rechtlichen Anspruch darauf, an wichtigen, sie betreffenden Entscheidungen im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) mitzuwirken (§ 140f SGB V). In der sogenannten Patientenbeteiligungsverordnung ist festgelegt, welche Kriterien Organisationen erfüllen müssen, um als Interessenvertretung der gesetzlich Versicherten anerkannt zu werden. Benannt werden in der Verordnung die folgenden bundesweit agierenden Dachorganisationen:

- der Deutsche Behindertenrat (DBR)
- die BundesArbeitsGemeinschaft der PatientInnenstellen (BAGP)
- die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (DAG SHG)
- der Verbraucherzentrale Bundesverband e. V.

Diese vier Organisationen haben zusammen mit der BAG Selbsthilfe vom Gesetzgeber ein Mitberatungs- und Antragsrecht im G-BA erhalten, d.h. sie sind berechtigt, Patientenvertreter zur Mitwirkung in dessen Gremien zu benennen. Die BAG Selbsthilfe hat dabei die Aufgabe übernommen, dem G-BA Vorschläge für die Benennung von Patientenvertretern zu unterbereiten und die Patientenvertretung zu koordinieren.

Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe (BAG SH)

Die BAG Selbsthilfe zählt gemeinsam mit dem Paritätischen Wohlfahrtsverband zu den großen Dachverbänden der Patientenselbsthilfe. Sie ist ein Zusammenschluss von 109 Organisationen chronisch kranker und behinderter Menschen. Hierzu gehören sowohl relativ große Verbände wie die Bundesvereinigung Lebenshilfe und die Deutsche Rheuma-Liga, als auch eher kleine Verbände, insbesondere solche, die sich mit seltenen Erkrankungen befassen. Darüber hinaus gibt es 14 Landesarbeitsgemeinschaften, die die Selbsthilfearbeit auf der Landesebene koordinieren.

www.bag-selbsthilfe.de

Paritätischer Wohlfahrtsverband

Der Paritätische Wohlfahrtsverband (PARITÄTISCHER) ist einer der sechs Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege. Er ist Dachverband von über 10.000 eigenständigen Organisationen, Einrichtungen und Gruppierungen im Sozial- und Gesundheitsbereich. In ihm haben sich auf Bundesebene 38 Selbsthilfeorganisationen im Forum chronisch kranker und behinderter Menschen zu einem eigenständigen sozial- und gesundheitspolitischen Aktionsbündnis zusammengeschlossen. Darüber hinaus arbeiten die maßgeblichen Selbsthilfeorganisationen aus dem Bereich der Krebserkrankungen in der vom Paritätischen Wohlfahrtsverband moderierten Arbeitsgemeinschaft »Selbsthilfeorganisationen nach Krebs« zusammen. Auf Landesebene gewährleisten insgesamt 15 rechtlich selbstständige Landesverbände die Interessenvertretung und Gremienbeteiligung der Paritätischen Mitgliedsorganisationen.

www.der-paritaetische.de

Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V.

Die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (DAG SHG) ist der Fachverband zur Selbsthilfeunterstützung auf Bundesebene, der themen- und problemübergreifend arbeitet und die Schwerpunkte seiner Aktivitäten auf die fachliche Selbsthilfeunterstützung und das Sicherstellen von förderlichen Rahmenbedingungen für die Arbeit von Selbsthilfegruppen legt. Hauptziel des Verbandes ist es, Menschen zu freiwilliger, gleichberechtigter und selbstbestimmter Mitarbeit in Selbsthilfegruppen anzuregen. Um dieses Ziel zu erreichen, informiert die DAG SHG die Öffentlichkeit über die Möglichkeiten der Gruppenselbsthilfe, beteiligt sich an der Entwicklung angemessener Modelle zur finanziellen Förderung von Selbsthilfegruppen und bemüht sich, die sozial- und gesundheitspolitische Anerkennung von Selbsthilfegruppen zu steigern.

Mitglieder der DAG SHG sind Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie Träger von Selbsthilfekontaktstellen und anderen Einrichtungen zur Selbsthilfegruppenunterstützung, Fachkräfte aus psychosozialen und Gesundheitsberufen sowie Gruppen, Verbände, Institutionen und Körperschaften, denen die Selbsthilfegruppenunterstützung ein Anliegen ist.

www.dag-shg.de

Deutscher Behindertenrat (DBR)

Im 1999 gegründeten Deutschen Behindertenrat (DBR) haben sich ca. 40 bundesweit agierende Verbände behinderter und chronisch kranker Menschen und ihrer Angehörigen zu einem Aktionsbündnis zusammengeschlossen. Der DBR bildet eine Plattform für gemeinsames Handeln. Zu den wesentlichen Aufgaben zählt, die Interessen behinderter und chronisch kranker Menschen und ihrer Angehörigen verbandsübergreifend offensiv zu vertreten. Er wirkt insbesondere darauf hin, dass die finanziellen Rahmenbedingungen für deren Lebensgestaltung sowie für die Arbeit der für sie notwendigen Dienste und Selbsthilfestrukturen sichergestellt sind. Die Frauenselbsthilfe ist über den DBR im G-BA vertreten.

www.deutscher-behindertenrat.de

BundesArbeitsGemeinschaft der PatientInnenstellen (BAGP)

Die BAGP besteht seit 1989. Kern der Arbeit ist die Information, Beratung und Beschwerdeunterstützung von Bürgern, Versicherten und Patienten bei gesundheitlichen Fragen und Problemen mit Institutionen oder Anbietern

im Gesundheitswesen. Unter anderem wird das Ziel verfolgt, durch die gemeinsame Dokumentation und Auswertung der Erfahrungen Mängel in der gesundheitlichen Versorgung aufzudecken und vor diesem Hintergrund Verbesserungen anzuregen.

www.gesundheits.de/bagp

Verbraucherzentrale Bundesverband

Der Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. (vzbv) ist die Dachorganisation der 16 Verbraucherzentralen der Länder und von 26 verbraucherpolitisch orientierten Verbänden. Er vertritt die Interessen der Verbraucher gegenüber Politik, Wirtschaft und Zivilgesellschaft.

www.vzbv.de/go

Die Deutsche Krebshilfe

Keine Patientenorganisation, aber die größte Bürgerinitiative gegen den Krebs, ist die Deutsche Krebshilfe. Sie ist ein gemeinnütziger Verein, der sich die Bekämpfung von Krebserkrankungen zu seiner Aufgabe gemacht hat. Die Organisation wurde 1974 von der Ärztin Dr. Mildred Scheel (1932–1985), der Frau des damaligen deutschen Bundespräsidenten Walter Scheel, ins Leben gerufen.

Ziel der gemeinnützigen Organisation ist es, Krebserkrankungen in all ihren Erscheinungsformen zu bekämpfen. Auf allen Ebenen des Gesundheitssystems setzt sich die DKH für die Belange von Krebspatienten ein. Unter dem Motto „Helfen. Forschen. Informieren“ unterstützt sie die Forschung, um die Entwicklung von neuen Diagnoseverfahren und Therapien voranzutreiben. Sie klärt die Bevölkerung über die Möglichkeit und den Nutzen von Maßnahmen zur Früherkennung auf und bietet an Krebs erkrankten Personen Beratung und Hilfe an.

Die Deutsche Krebshilfe hat folgende Tochterorganisationen:

- Dr. Mildred Scheel Stiftung für Krebsforschung, gegründet 1976
- Mildred Scheel Kreis e.V., Förderverein, gegründet 1977
- Dr. Mildred Scheel Akademie für Forschung und Bildung GmbH (Köln), gegründet 1992
- Stiftung Deutsche KinderKrebshilfe, gegründete 1996

Die Frauenselbsthilfe nach Krebs steht unter der Schirmherrschaft der Deutschen Krebshilfe und wird von ihr finanziell seit 1979 gefördert.

www.krebshilfe.de

Zusammenfassung

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

Die Bundesärztekammer ist die berufsständische Vertretung der Ärzteschaft auf Bundesebene. Die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) ist der Spitzenverband der nach Bundesländern gegliederten Apothekerkammern und -verbände.

Darüber hinaus existieren zahlreiche Berufsverbände und Interessenvertretungen für Ärzte, denen keine gesetzlich definierte Funktion zukommt.

Die gesundheitspolitische Interessenvertretung der privaten Krankenversicherungsunternehmen leistet der PKV-Verband.

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

Zu den wichtigen Akteuren im deutschen Gesundheitswesen gehören heute auch die Interessenvertretung der Patienten sowie der chronisch kranken und behinderten Menschen. Auf Bundesebene werden sie durch vier Dachorganisationen vertreten. Diese bilden die Vielschichtigkeit der Patientenorganisationen und der Selbsthilfe ab.

Wie entsteht Qualität im Gesundheitswesen?

Seit Beginn der 1990er Jahre haben Bemühungen um Qualitätssicherung im deutschen Gesundheitswesen an Bedeutung gewonnen. Verschiedene neue Qualitätsanforderungen sind im Gesetz (SGB V) verankert worden. Gleichzeitig haben Ärzteschaft, Krankenhäuser und Krankenkassen eigene Qualitätssicherungsinitiativen gestartet.

Gesetzliche Regelungen zur Qualitätssicherung

Viele Aufgaben zur Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung sowie in zugelassenen Krankenhäusern hat der Gesetzgeber dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) übertragen.

Um seinen gesetzlichen Auftrag erfüllen zu können, braucht der G-BA wissenschaftliche Unterstützung. Diese leistet vorrangig das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Es wurde im Zuge der Gesundheitsreform 2004 (GMG) gegründet. Der Gesetzgeber hat mit ihm ein unabhängiges wissenschaftliches Institut geschaffen, das den Nutzen medizinischer Leistungen für gesetzlich Krankenversicherte untersucht.

Ein weiteres Institut, das dem G-BA hilft, seinen gesetzlichen Auftrag zu erfüllen, ist das AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen. Es ist ein freies, fachlich unabhängiges und interessenneutrales Beratungs- und Forschungsunternehmen, das im Auftrag des G-BA u.a. Verfahren zur Messung und Darstellung der Versorgungsqualität für die Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung entwickelt.

Im Folgenden werden die Aufgaben dieser Institutionen im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung näher beschrieben.

Qualitätssicherung in der Arztpraxis

Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeuten und Medizinische Versorgungszentren sind verpflichtet, ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln (§ 135 a Abs. 2 Nr. 2 SGB V). Die grundsätzlichen Anforderungen hierzu hat der G-BA im Jahr 2005 in Richtlinien für ein **verpflichtendes Qualitätsmanagement für Arztpraxen** festgelegt. In ihnen sind strukturierte Teambesprechungen, Befragungen von Patientinnen und Patienten oder Beschwerde- und Notfall-

management geregelt und Kriterien zur Qualitätsbeurteilung von ambulanter Behandlung festgelegt.

Der G-BA hat außerdem ein Verfahren zu **Stichprobenprüfungen zur Qualitätsbeurteilung** der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Psychotherapeuten und Medizinischen Versorgungszentren entwickelt, mit dem bundesweit einheitlich geprüft wird, wie es um die Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung steht (§ 136 Abs. 2 SGB V). Es baut auf den bisher von den Kassenärztlichen Vereinigungen durchgeführten Prüfverfahren auf. In bestimmten Leistungsbereichen werden pro Jahr vier Prozent der Ärzte überprüft, die die entsprechende Leistung abgerechnet haben. Die Auswahl erfolgt nach dem Zufallsprinzip. Außerdem werden die Akten von zwölf ebenfalls zufällig ausgewählten Patienten des zu prüfenden Arztes ausgewertet.

Die Qualität der jeweiligen Behandlungen wird auf der Grundlage der schriftlichen und bildlichen Dokumentationen – beispielsweise bei radiologischen Untersuchungen – beurteilt. Eine Überprüfung ist zudem jederzeit auch dann möglich, wenn begründete Hinweise auf eine unzureichende Behandlungsqualität vorliegen. Diese Aufgaben nehmen die eigens hierfür bei den Kassenärztlichen Vereinigungen eingerichteten Qualitätssicherungskommissionen wahr. Nach dem Schweregrad der festgestellten Mängel richten sich die auferlegten Maßnahmen. Sie reichen vom Beratungsgespräch bis hin zum Genehmigungszug der Kassenzulassung.

Qualitätssicherung im Krankenhaus

Viele Maßnahmen der gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätssicherung betreffen den stationären Bereich (§ 137 SGB V).

Hier ist die **externe stationäre Qualitätssicherung** zu nennen. Die Regelungskompetenz über dieses Verfahren wurde dem G-BA im Zuge der Gesundheitsreform 2004 (GMG) übertragen: Die Behandlung aller Patienten eines Krankenhauses wird in ausgewählten Bereichen (z.B. Blinddarmoperation) anhand zuvor festgelegter Qualitätsmerkmale (Qualitätsindikatoren) dokumentiert. Diese Daten werden an zentrale externe Stellen (AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen) sowie die jeweiligen Landesgeschäftsstellen Qualitätssicherung übermittelt und dort ausgewertet. Die Ergebnisse der Auswertung werden den Krankenhäusern zurückgespiegelt. Ziel ist es, dass jedes Krankenhaus die Möglichkeit hat, den eigenen Leistungsstand in

Relation zu anderen einzuschätzen und konkrete Ansätze für die Qualitätsverbesserung zu entwickeln.

Einrichtungsintern, also auf das einzelne Krankenhaus bezogen, werden vom G-BA **Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität** der Krankenhäuser festgelegt. Diese Anforderungen müssen erfüllt sein, damit ein Krankenhaus die Leistungen weiterhin anbieten darf. Dabei handelt es sich z.B. um die personelle, technische und räumliche Ausstattung, bestimmte Abläufe und Kooperationen des Krankenhauses sowie die zu erfüllenden **Fortbildungspflichten** der Fachärztinnen und Fachärzte im Krankenhaus.

Zur stationären Qualitätssicherung gehört auch ein Katalog planbarer Leistungen, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses in besonderem Maße von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist. Für die jeweiligen Leistungen legt der G-BA **Mindestmengen** je Arzt beziehungsweise Ärztin oder Krankenhaus fest. Wenn vom Krankenhaus die erforderliche Mindestmenge voraussichtlich nicht erreicht wird, dürfen entsprechende Leistungen grundsätzlich nicht mehr erbracht werden. Die Festlegung von Mindestmengen ist allerdings umstritten, da eine Leistung z.B. auch wieder schlechter werden kann, je häufiger sie erbracht wird.

Seit dem Jahr 2005 sind Krankenhäuser gesetzlich verpflichtet, regelmäßig strukturierte **Qualitätsberichte** zu veröffentlichen. Die Berichte sollen der Information von Patienten und Versicherten dienen sowie den einweisenden und im Anschluss an die Krankenhausbehandlung weiter betreuenden Ärzten und den Krankenkassen eine Orientierungshilfe bieten. Die Anforderungen, die diese Qualitätsberichte erfüllen müssen, werden ebenfalls vom G-BA festgelegt. Die Berichte enthalten unter anderem Daten über das Leistungsspektrum des jeweiligen Krankenhauses, die Qualifikation des Personals, die Zahl der behandelten Patienten, Art und Anzahl der operativen Eingriffe und Angaben zum Qualitätsmanagement. Der G-BA hat für Patienten eine Lesehilfe für die Qualitätsberichte erstellt:

www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/qualitaetssicherung/

Qualitätssicherung medizinischer Leistungen

Qualitätssicherung im Gesundheitswesen entsteht auch durch die Prüfung von Nutzen, Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sowie Arznei- und Heilmitteln. Diese Aufgabe hat der Gesetzgeber ebenfalls dem G-BA übertragen.

Eine neue Methode ist so lange generell und umfassend aus der ambulanten Versorgung im GKV-System ausgeschlossen, bis der G-BA die Anwendung anerkannt hat (Erlaubnisvorbehalt). Damit soll sichergestellt werden, dass nur erprobte, in ihrer Wirksamkeit gesicherte und in ihren Risiken bekannte Verfahren in die ambulante Regelversorgung eingeführt werden.

Im stationären Bereich gilt dagegen, dass neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots grundsätzlich ohne vorherige Prüfung zu Lasten der GKV erbracht werden können, solange der G-BA nicht ausdrücklich etwas anderes beschließt (Verbotsvorbehalt). Damit und mit der sogenannten Innovationsklausel des Krankenhausentgeltgesetzes (§6 Abs. 2 KHEntG) will der Gesetzgeber den Innovationstransfer im Krankenhaus fördern, also die Einführung innovativer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in die gesetzliche Krankenversicherung.

Zulassung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

Neue ärztliche und zahnärztliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sowie Heilmittel dürfen nur zu Lasten der GKV erbracht werden, wenn sie die Kriterien „diagnostischer und therapeutischer Nutzen, medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit“ erfüllen und der G-BA sie nach seiner Bewertung empfiehlt (§ 135 Abs. 1 S. 1 SGB V).

Bei neuen diagnostischen Verfahren muss insbesondere aufgezeigt werden, welche Konsequenzen der Einsatz im Vergleich zum etablierten Standard für die Patienten hat. Als patientenrelevant werden beispielsweise (durch eine neue diagnostische Methode) nachweisbare therapeutisch oder prognostisch relevante Veränderungen von Krankheitsstadien angesehen, die zu einer Änderung des therapeutischen Vorgehens führen. Diese Überlegenheit im Vergleich zum Standard wird auch als Zusatznutzen bezeichnet.

Bevor Verfahren zur Früherkennung von Krankheiten neu ins GKV-System eingeführt werden, prüft der G-BA die Behandelbarkeit der Erkrankung, die Verfügbarkeit wirksamer Behandlungsmethoden, die Güte des Tests zur Erfassung der Erkrankung, die Möglichkeit der populationsweiten Anwendung und bewertet die Wirtschaftlichkeit.

Künftig sollen auch bereits eingeführte Untersuchungs- und Behandlungsverfahren nach den oben genannten Kriterien überprüft werden. Dieser Schritt ist bisher noch

nicht erfolgt. Das bedeutet aber, dass in Zukunft möglicherweise auch seit langem eingeführte Behandlungsmethoden aus der GKV-Versorgung herausfallen könnten, wenn sie sich nach Prüfung durch den G-BA als nicht hinreichend wirksam, notwendig oder wirtschaftlich erweisen sollten.

Zulassung neuer Arzneimittel

Die Zulassung von Arzneimitteln erfolgt in Deutschland nach Prüfung der Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Zweck des Verfahrens ist die Risikovorsorge und Abwehr von Gefährdungen der Gesundheit, die durch unsichere oder wirkungslose Arzneimittel entstehen könnten.

Ein Cholesterinsenker gilt zum Beispiel dann als wirksam und unbedenklich, wenn er die Blutfettwerte senkt und seine Nebenwirkungen sich in Grenzen halten. Sind diese Voraussetzungen erfüllt, wird das neue Medikament vom BfArM zugelassen und kann in Deutschland von Ärzten zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verschrieben und in Apotheken verkauft werden. Den Preis des Produktes bestimmt der Hersteller.

Doch nicht immer nutzt, was wirkt. Es kann sehr wohl sein, dass es den Patienten trotz der Wirkung des neuen Cholesterinsenkens nicht besser geht: Sie bekommen genauso häufig Herzinfarkte und sie leben nicht länger. Es haben sich also nur die messbaren (Cholesterin-)Werte geändert, sonst nichts. Solche Präparate verfügen über keinen „patientenrelevanten Nutzen“, wie es in der Fachsprache heißt.

Mit der Gesundheitsreform 2004 wurde in Deutschland auch eine Prüfung des Nutzens neuer von der Pharmaindustrie entwickelter Produkte eingeführt. Diese Prüfung wurde dem unter anderem für diese Zwecke neu gegründeten Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) übertragen.

Deutschland ist damit eines der letzten westlichen Länder, die ein solches Institut bekommen haben: In der Schweiz, Großbritannien, Frankreich, Finnland, Kanada und Neuseeland gibt es schon länger ähnliche Instanzen, in Australien sogar schon seit 1987. Die Ziele, die mit der Einrichtung derartiger Institute verfolgt werden, sind überall dieselben: Bei möglichst gleich bleibendem Niveau der Patientenversorgung und Sicherung der Qualität soll eine größtmögliche Wirtschaftlichkeit erreicht werden.

Bislang untersuchte das IQWiG den Nutzen von Arzneimitteln allerdings erst dann, wenn die Medikamente schon lange Zeit auf dem Markt waren und auch erst, nachdem

es einen Auftrag vom G-BA erhalten hatte. Das IQWiG sprach dann eine Empfehlung aus, und der G-BA entschied anschließend, welche Medikamente und Therapien auch weiterhin von den Krankenkassen bezahlt werden.

Das AMNOG

2010 wurde mit der Verabschiedung des „Gesetzes zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes“ (AMNOG) der Einfluss des IQWiG erweitert. Nun beurteilt das Institut die Medikamente schon innerhalb der ersten drei Monate nach ihrer Zulassung. Kommt das Institut zu dem Ergebnis, dass das neue Arzneimittel gegenüber der Vergleichstherapie – vorzugsweise einer Therapie, für die Endpunktstudien vorliegen und die sich in der praktischen Anwendung bewährt hat – keinen Zusatznutzen aufweist, wird es nach Markteinführung innerhalb von sechs Monaten in das Festbetragssystem überführt, also behandelt wie ein Generikum. Wenn ein Arzneimittel ohne Zusatznutzen keiner Festbetragsgruppe zugeordnet werden kann, wird ebenfalls ein Erstattungsbetrag vereinbart, bei dem die Jahrestherapiekosten jedoch nicht höher sind als bei der zweckmäßigen Vergleichstherapie. Ist ein neues Medikament nützlicher als vergleichbare, schon vorhandene Mittel, darf es auch mehr kosten als dieses.

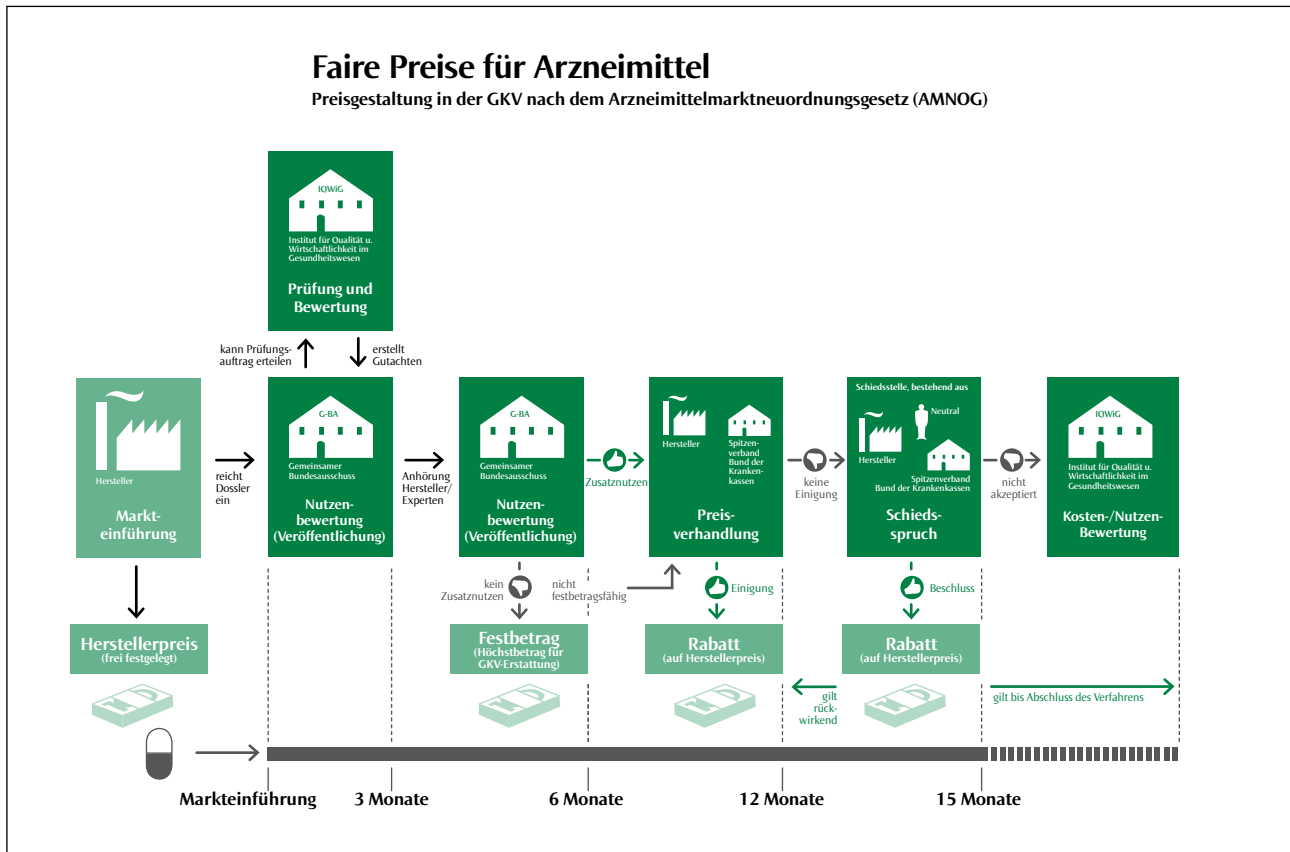
Problematisch an der neuen Regelung: Zum Zeitpunkt der Überprüfung liegen zumeist noch keine aussagekräftigen Studien vor, in denen Aussagen über den Nutzen zu finden sind. Zum einen, weil die Industrie diese Angaben für die Zulassung nicht vorlegen muss, zum anderen, weil sich der Nutzen häufig erst nach Jahren zeigt. Aus diesem Grund gibt es auch nur wenige Studien, die das IQWiG für seine Nutzenbewertung heranziehen kann.

Insbesondere für Tumorpatienten stellt diese Situation ein Dilemma dar, da sie einerseits auf innovative Arzneimittel warten und sich deren schnelle Zulassung erhoffen. Andererseits wollen sie die Gewissheit haben, dass eine Therapie ihnen wirklich nutzt und sie nicht unnötig belastet.

Eine Gruppe von Wissenschaftlern und Patientenvertretern – unter anderem der Frauenselbsthilfe nach Krebs – sieht beim AMNOG daher dringenden Nachbesserungsbedarf insbesondere bei der Bewertung von Krebsarzneimitteln. Es wird ein höherer Anteil öffentlicher Gelder für unabhängige wissenschaftliche Studien gefordert. Außerdem sollen die Anforderungen an Studien geändert werden. Zurzeit gibt es zum Beispiel keine Offenlegungspflicht der detaillierten Studienplanung. Erbringen bestimmte Details dieser von der Pharmaindustrie durchgeführten Studien unerwünschte Resultate, fallen sie bei der Veröffentlichung unter den Tisch.

Faire Preise für Arzneimittel

Preisgestaltung in der GKV nach dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG)



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit

Qualitätssicherungsinitiativen

Neben der gesetzlich festgelegten Qualitätssicherung haben auch Ärzteschaft, Krankenhäuser und Krankenkassen eigene Initiativen gestartet, um die Qualität des deutschen Gesundheitswesens zu verbessern oder zu erhalten. Im Folgenden werden nur die speziell auf den onkologischen Bereich bezogenen Initiativen dargestellt.

Leitlinienprogramm Onkologie

Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), die Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) und die Deutsche Krebshilfe (DKH) haben sich mit dem im Februar 2008 gestarteten Leitlinienprogramm Onkologie das Ziel gesetzt, gemeinsam die Entwicklung und Fortschreibung sowie den Einsatz wissenschaftlich begründeter und praktikabler Leitlinien in der Onkologie zu fördern und zu unterstützen. Die Basis dieses Programms beruht auf den medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen der Fachgesellschaften und der DKG, dem Konsens der medizinischen Fachexperten, Anwender und Patienten sowie auf dem Regelwerk für die Leitlinienerstellung der AWMF und der fachlichen Unterstützung und Finanzierung durch die Deutsche Krebshilfe.

Ziel des Programms ist es, in Deutschland professionelle und mittelfristig finanziell gesicherte Voraussetzungen für die Entwicklung und Bereitstellung hochwertiger Leitlinien zu schaffen.

Medizinische Leitlinien sind systematisch entwickelte Feststellungen, um die Entscheidungen von Ärzten, Angehörigen anderer Gesundheitsberufe und Patienten über angemessene Gesundheitsversorgung für spezifische klinische Umstände zu unterstützen. Sie sind – anders als die Richtlinien des G-BA – nicht bindend und müssen jeweils an den Einzelfall angepasst werden. Idealerweise berücksichtigen sie auch ökonomische Aspekte der Behandlung.

Der Begriff der Leitlinie unterliegt keiner Normierung. Deshalb können Medizinische Leitlinien von sehr unterschiedlicher Qualität sein. Nach dem System der AWMF werden Leitlinien in drei Entwicklungsstufen von S1 bis S3 entwickelt und klassifiziert, wobei S3 die höchste Qualitätsstufe ist.

- S1: von einer Expertengruppe im informellen Konsens erarbeitet
- S2: eine formale Konsensfindung oder eine formale „Evidenz“-Recherche hat stattgefunden

- S3: Leitlinie mit zusätzlichen/allen Elementen einer systematischen Entwicklung (Logik-, Entscheidungs- und „Outcome“-Analyse, Bewertung der klinischen Relevanz wissenschaftlicher Studien und regelmäßige Überprüfung)

Die Qualität einer S3-Leitlinie ist dementsprechend höher einzuschätzen als die einer S1-Leitlinie. Sie

- sind systematisch entwickelte, wissenschaftlich begründete und praxisorientierte Entscheidungshilfen für die angemessene ärztliche Vorgehensweise bei onkologischen Erkrankungen,
- stellen den nach einem definierten Vorgehen erzielten Konsens mehrerer Experten aus unterschiedlichen Fachbereichen und Arbeitsgruppen (möglichst unter Einbeziehung von Patienten und anderen Fachberufen des Gesundheitswesens) zu bestimmten ärztlichen Vorgehensweisen dar,
- werden regelmäßig auf ihre Aktualität hin überprüft und ggf. fortgeschrieben,
- sind Orientierungshilfen im Sinne von „Handlungs- und Entscheidungskorridoren“, von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann oder sogar muss.

Vorrangiges Ziel dieser Leitlinien ist die Verbesserung der Qualität medizinischer Versorgung durch Wissensvermittlung. Sie streben unter Berücksichtigung der vorhandenen Ressourcen an,

- gute klinische Praxis zu fördern und die Öffentlichkeit darüber zu informieren,
- Entscheidungen in der medizinischen Versorgung auf eine rationalere Basis zu stellen,
- die Stellung des Patienten als Partner im Entscheidungsprozess zu stärken und
- die Qualität der Versorgung zu verbessern.

Aus den Leitlinien der AMWF können zudem Indikatoren für Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität abgeleitet werden, die einerseits dem internen Qualitätsmanagement der medizinischen Einrichtung und andererseits der Standortbestimmung im Vergleich mit anderen Einrichtungen (externe Qualitätssicherung) dienen:

- Strukturqualität, z. B. Therapieerfahrung (Häufigkeit bestimmter Operationen)
- Prozessqualität, z. B. Einhaltung von Therapiestandards, Einhaltung von interdisziplinär beschlossenen Maßnahmen, etc.

- Ergebnisqualität: Überlebenszeit, tumorfreie Zeit, Lebensqualität

Der günstige Einfluss von S3-Leitlinien auf die Prozess- und Ergebnisqualität im Gesundheitswesen ist mittlerweile wissenschaftlich belegt. Sie dienen nicht nur dem strukturierten Wissenstransfer, sondern finden auch in der Gestaltung der Strukturen des Gesundheitssystems ihren Platz. Zu erwähnen sind hier evidenzbasierte Leitlinien als Grundlage zum Erstellen oder Aktualisieren von Disease Management Programmen oder die Verwendung von aus Leitlinie extrahierten Qualitätsindikatoren im Rahmen der Zertifizierung von Organtumorzentren.

Eine Übersicht der vom Leitlinienprogramm Onkologie geförderten Leitlinienprojekte kann im Internet abgerufen werden:

www.leitlinienprogramm-onkologie.de/OL/projektuebersicht.html

Abgeschlossene Projekte finden sich hier:
www.leitlinienprogramm-onkologie.de/OL/leitlinien.html

Patientenleitlinien finden sich hier:
www.leitlinienprogramm-onkologie.de/OL/patientenleitlinien.html

Epidemiologische und klinische Krebsregister

Ein Krebsregister ist eine systematische Sammlung von Informationen über Tumorerkrankungen in Form einer Datenbank. Man unterscheidet epidemiologische Krebsregister und klinische Krebsregister.

Mit **epidemiologischen Krebsregistern** wird beobachtet, wie häufig bestimmte Tumorerkrankungen in einer Region auftreten. Über zeitliche Vergleiche innerhalb einer Region oder aus Vergleichen von Regionen untereinander wird festgestellt, ob irgendwo Häufungen von Erkrankungen auftreten (zeitliches und räumliches Monitoring). Im zweiten Schritt muss dann in der Regel über gezielte Untersuchungen versucht werden, die Ursachen für die Häufung festzustellen, natürlich mit dem Ziel, die Ursache möglichst zu beseitigen.

In Deutschland ist die epidemiologische Krebsregistrierung in Landesgesetzen geregelt. Davon haben einige eine lange Tradition, wie jene der Länder Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen, die in Fortführung des Nationalen Krebsregisters der DDR als gemeinsame Krebsregister betrieben werden, das Krebsregister des Saarlandes oder als ältestes das Hamburgische Krebsregister. Außerdem existiert seit 1980 ein bundesweites Kinderkrebsregister, das eine Kom-

bination von epidemiologischem und klinischem Krebsregister darstellt und auf freiwilliger Basis betrieben wird.

Der Ausbau der einzelnen Register ist unterschiedlich weit fortgeschritten. Einige Länderregister haben bereits eine vollzählige Registrierung erreicht, einige erreichen diese für einzelne Erkrankungen wie z.B. Brustkrebs. Insgesamt wird es noch einige Jahre dauern, bis bundesweit Zahlen guter Qualität zu erwarten sind, da die Anlaufzeit neuer Register beträchtlich ist.

Klinische Krebsregister werden aufgrund der Dokumentation in stationären Einrichtungen geführt. Sie zielen darauf ab, die Behandlung von Tumorerkrankungen zu verbessern. Dazu müssen zunächst relativ detailliert Daten zur Erkrankung und zur Therapie gesammelt werden. Verbesserungen können über folgende Verfahren erzielt werden:

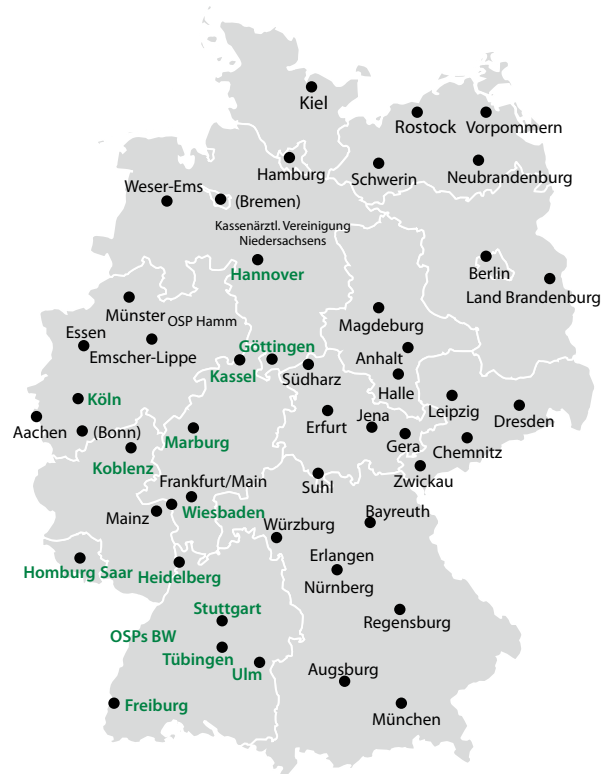
- Vergleich von Therapien miteinander: „Welche Therapie ist bei welchem Krankheitsstadium am besten geeignet?“
- Vergleich von Therapeuten untereinander: „Welcher Therapeut oder welches Krankenhaus erzielt bei gleicher Ausgangssituation und gleicher Therapie die besseren Ergebnisse und warum?“ (sogenanntes Qualitätsmanagement)
- Optimierung der individuellen Betreuung: Über Erinnerungsverfahren wird sichergestellt, dass Therapien und Nachsorgeuntersuchungen zu optimalen Zeitpunkten stattfinden. Über gegenseitige Information (Register als Informationsdrehscheibe) wird sichergestellt, dass jeder an der Betreuung Beteiligte die optimale Information zur Verfügung hat.

2009 beschloss der Bundestag das **Bundeskrebsregisterdatengesetz**, das formell den klinischen Krebsregistern eine offizielle Rolle in der Krebsregistrierung zuweist. Das Gesetz baut auf den Strukturen der epidemiologischen Krebsregister der Länder auf. Wesentliche Inhalte sind:

- Einrichtung eines Zentrums für Krebsregisterdaten beim Robert Koch-Institut als Voraussetzung für die Bereitstellung verlässlicher Daten auf Bundesebene
- Regelungen zur Datenübermittlung von den epidemiologischen Landeskrebsregistern an das Zentrum für Krebsregisterdaten und umgekehrt
- Regelungen zur Auswertung und Nutzung der Daten
- Regelmäßige Veröffentlichung von Berichten zum Krebsgeschehen in Deutschland

Zur Umsetzung des Gesetzes wurde Anfang 2010 beim Robert Koch-Institut das Zentrum für Krebsregisterdaten eingerichtet. Zur fachlichen Beratung und Begleitung des Zentrums wurde ein Beirat eingerichtet.

Auf Vorschlag der Länder, maßgeblicher Verbände und Institutionen im Bereich der (Krebs-)Epidemiologie und Forschung sowie Patientenorganisationen wurden Anfang Februar 2010 Expertinnen und Experten in den Beirat berufen.



Quelle: Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren e.V.

Nationaler Krebsplan (NKP)

Ziel des Nationalen Krebsplans, den das Bundesministerium für Gesundheit gemeinsam mit der Deutschen Krebsgesellschaft, der Deutschen Krebshilfe und der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren 2008 initiiert hat, ist es, Aktivitäten aller an der Krebsbekämpfung Beteiligten wirksamer aufeinander abzustimmen und ein zielorientiertes Vorgehen zu forcieren. Partner im NKP sind die Bundesländer, die Krankenkassen, die Rentenversicherung, die Leistungserbringer (z.B. Ärzte), die Wissenschaft und die Patientenverbände. Für die zentralen Handlungsfelder sind zahlreiche Ziele und Teilziele zur Weiterentwicklung der Versorgung von Krebspatienten und -patientinnen und deren Angehörigen formuliert worden. Die hieraus resultierenden Maßnahmen sollen Schritt für Schritt umgesetzt werden.

Der Schwerpunkt des Nationalen Krebsplans wurde in der ersten Phase (2009/2010) auf vier Handlungsfelder gelegt:

- Handlungsfeld 1: Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung
- Handlungsfeld 2: Weiterentwicklung der onkologischen Versorgungsstrukturen und der Qualitätssicherung
- Handlungsfeld 3: Sicherstellung einer effizienten onkologischen Behandlung (Schwerpunkt zunächst auf der onkologischen Arzneimitteltherapie)
- Handlungsfeld 4: Stärkung der Patientenorientierung/ Patienteninformation.

Diese Handlungsfelder sind wiederum in viele Teilziele untergliedert.

Die Frauenselbsthilfe nach Krebs engagiert sich neben den Handlungsfeldern 1 und 2 besonders im Handlungsfeld 4: Ziele 11 bis 13.

Ziel 11 im Handlungsfeld 4 befasst sich mit qualitätsgesicherten Informations-, Beratungs- und Hilfsangeboten. Bei Ziel 12a und 12b geht es um die kommunikativen Fähigkeiten von Ärzten und die Stärkung von Patientenkompetenz. Die Realisierung von Ziel 13, die „Partizipative Entscheidungsfindung“, baut auf der Umsetzung der Ziele 12a und 12b auf. Hier geht es um das Arzt-Patientengespräch und das Herbeiführen von gemeinsamen Therapieentscheidungen.

www.bmg.bund.de/praevention/nationaler-krebsplan.html

Zertifizierung von Krankenhäusern

Das Zertifizierungssystem der Deutschen Krebsgesellschaft verfolgt das Ziel, die Betreuung der onkologischen Patienten zu verbessern und ihnen in jeder Phase und für jeden Bereich ihrer Erkrankung eine an hohen Qualitätsmaßstäben orientierte Behandlung zu ermöglichen. Dafür werden die Kliniken ausgezeichnet, die sich einem Zertifizierungsverfahren unterzogen und somit nachgewiesen haben, dass sie die hohen Anforderungen an die Versorgung onkologischer Patienten erfüllen.

Die verschiedenen Arten zertifizierter Zentren sind in dem 3-Stufen-Modell der onkologischen Versorgung abgebildet. Die Basis stellen dabei die Organkrebszentren dar, in denen häufige Tumorarten wie Brustkrebs, Darmkrebs oder Prostatakrebs behandelt werden. Die Onkologischen Zentren, in denen mehrere Tumorerkrankungen unter einem Dach betreut werden, bilden die zweite Stufe der

Pyramide. Die Spitze des Modells sind die durch die Deutsche Krebshilfe geförderten Onkologischen Spitzenzentren, deren Schwerpunkt neben der Patientenversorgung auf Forschung und Lehre liegt.



Quelle: Deutsche Krebsgesellschaft

Zertifizierte Zentren müssen jährlich bei einer Begutachtung vor Ort nachweisen, dass sie die fachlichen Anforderungen an die Behandlung der Tumorerkrankung erfüllen und zudem über ein etabliertes Qualitätsmanagementsystem verfügen. Die fachlichen Anforderungen sind in Form von Erhebungsbögen zusammengefasst, die die quantitativen und qualitativen Voraussetzungen für die Zentren enthalten.

Folgende Zentren werden zurzeit zertifiziert:

- Brustkrebszentren (seit 2003)
- Darmkrebszentren (seit März 2006)
- Prostatakarzinomzentren (seit Dezember 2007)
- Gynäkologische Krebszentren (seit Mai 2008)
- Onkologische Zentren (seit Oktober 2008)
- Lungenkrebszentren (seit November 2008)
- Hautkrebszentren

Die Anforderungen werden in interdisziplinären Kommissionen erarbeitet und in regelmäßigen Abständen aktualisiert. In den Kommissionen sind Experten für alle Bereiche einer Tumorerkrankung vertreten. Das bedeutet, neben Mitgliedern der ärztlichen und pflegerischen Fachgesellschaften sind unter anderem auch Psychoonkologen, Sozialarbeiter und Patientenvertreter an der Erarbeitung der fachlichen Anforderungen beteiligt.

Das gesamte Zertifizierungssystem wird durch das unabhängige Institut OnkoZert betreut.

Die Frauenselbsthilfe nach Krebs ist in den Zertifizierungskommissionen für Brustzentren, Gynäkologische und Onkologische Zentren beteiligt.

Organisationen und Verbände

Neben dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), die vom Gesetzgeber beauftragt sind, bestimmte Aufgaben der Qualitätssicherung und -prüfung zu übernehmen, gibt es zahlreiche weitere Organisationen und Verbände, die sich speziell mit dem Thema Qualitätssicherung im Gesundheitswesen befassen. Im Folgenden sind vorwiegend diejenigen aufgeführt, die sich mit onkologischen Themen befassen. Die Auflistung erfolgt in alphabetischer Reihenfolge und stellt keine Wertung dar.

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)

Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) ist der deutsche Dachverband von 156 wissenschaftlichen Fachgesellschaften aus allen Gebieten der Medizin, die zusammen rund 180.000 Mitglieder haben (Stand: November 2010). Seit 1995 koordiniert die AWMF die Entwicklung von medizinischen Leitlinien für Diagnostik und Therapie durch die einzelnen Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften.

www.awmf.de

Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren

Die Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren e.V. (ADT) wurde 1978 als Dachverband der Tumorzentren in Deutschland gegründet. Heute gehören der ADT 49 Tumorzentren und Zentren mit onkologischen Schwerpunkten an. Die ADT strebt eine sektorübergreifende, flächendeckende, bevölkerungsbezogene und qualitativ hochwertige Versorgung der Patienten mit einer Krebserkrankung an. In den ADT-Gremien werden Konzepte zur Aufgabenstellung, Struktur, Ausstattung, zum Personal- und Finanzbedarf der Tumorzentren erstellt.

www.tumorzentren.de

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)

Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) ist ein wissenschaftliches Institut in gemeinsamer Träger-

schaft von Bundesärztekammer (BÄK) und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV). Gegründet wurde es 1995.

Das ÄZQ unterstützt die beiden Trägerorganisationen in den Bereichen Qualitätssicherung, Patientensicherheit und Patienteninformation sowie Leitlinienarbeit. Bei letzterer kooperiert das ÄZQ mit der AWMF.

Ausgewählte Projekte des ÄZQ sind:

- Arztbibliothek: Wissensportal von BÄK und KBV
- Forum Patientensicherheit
- Clearingverfahren für Arztbewertungsportale
- Nationale Versorgungsleitlinien von BÄK, AWMF und KBV
- Patienteninformationen: Patienteninformationsdienst der Ärzteschaft
- Qualitätssicherung in der Medizin: ÄZQ-Informationsprogramm für Qualitätsmanagement in der ambulanten Versorgung
- Geschäftsstelle des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin, Schriftleitung des Kompendiums Evidenzbasierte Medizin und der Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen
- Patientenleitlinien

www.aeqz.de

Deutsche Gesellschaft für Senologie (DGS)

Die Deutsche Gesellschaft für Senologie (Brusterkrankungen) ist eine der größten interdisziplinären Fachgesellschaften in Deutschland mit über 1.600 Mitgliedern, darunter Gynäkologen, Radiologen, Chirurgen, Pathologen, Internisten, Strahlentherapeuten, Biometrikern und anderen Fachvertretern. Die Gesellschaft versammelt damit unter ihrem Dach alle Fachgebiete, die sich mit der normalen und gestörten Funktion der Brust sowie gutartigen und bösartigen Brusterkrankungen beschäftigen. Die wissenschaftlichen Ziele der Gesellschaft sind die Erforschung und Verbesserung der Diagnose- und Behandlungsmethoden von Brusterkrankungen, speziell von Brustkrebs (Mammakarzinom). Dies umfasst auch Ursachenforschung, Früherkennung und Nachsorge.

Die Frauenselbsthilfe nach Krebs ist in der Gesellschaft mehrfach vertreten: Im „Beirat der Selbsthilfegruppen“, im wissenschaftlichen Beirat und im Editorialboard der Zeit-

schrift „Senologie“. 2009 wurde Hilde Schulte, langjährige Vorsitzende der FSH und seit 2010 Ehrenvorsitzende, die Ehrenmitgliedschaft der Gesellschaft verliehen.

www.senologie.org

Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)

Die Deutsche Krebsgesellschaft e.V. (DKG) ist die größte wissenschaftlich-onkologische Fachgesellschaft in Deutschland. Ihre Mitglieder sind im Bereich der Erforschung und Behandlung von Krebserkrankungen tätig. Neben Ärzten aller medizinischen Fachgruppen gehören der DKG auch Grundlagenforscher, Medizinisch-Technische Assistenten, Pflegekräfte, Psychologen und weitere Berufsgruppen an, die am Thema Krebs arbeiten. Die DKG setzt sich dafür ein, dass künftig durch Prävention die Zahl der Menschen gesenkt wird, die an Krebs erkranken, dass durch Früherkennung die Überlebenschancen von Tumorpatienten erhöht und durch Fortschritte in der Forschung die Lebensqualität von Menschen mit Krebs verbessert werden.

www.krebsgesellschaft.de

gesundheitsziele.de

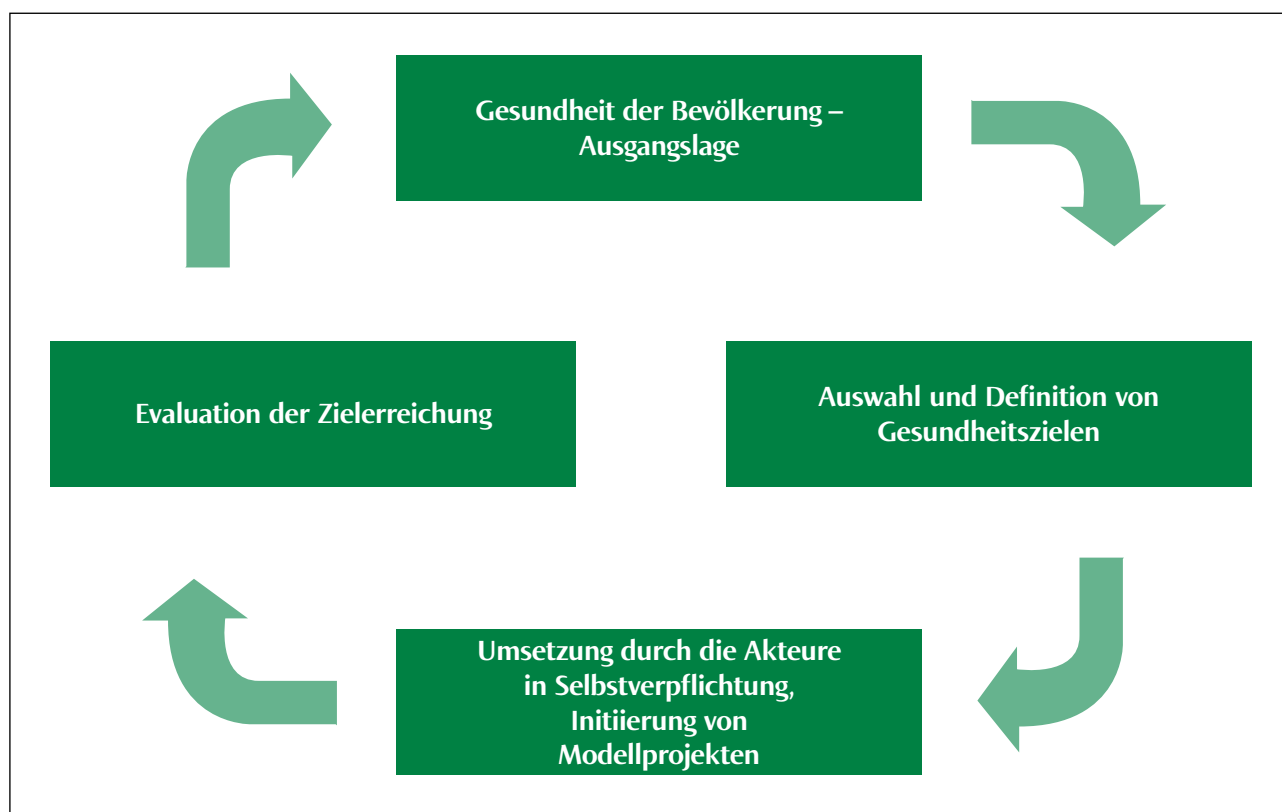
In dem Kooperationsverbund „gesundheitsziele.de“ engagieren sich seit zehn Jahren mehr als 70 Organisationen, um das deutsche Gesundheitswesen weiterzuentwickeln. Unter Beteiligung von Bund, Ländern und Akteuren der Selbstverwaltung werden Gesundheitsziele entwickelt und Maßnahmen empfohlen, wie diese Ziele erreicht werden können.

Gesundheitsziele sind Vereinbarungen der verantwortlichen Akteure im Gesundheitssystem. Sie dienen als ein ergänzendes Steuerungsinstrument der Gesundheitspolitik, in deren Mittelpunkt als übergeordnetes Ziel die Gesundheit der Bevölkerung steht. Sie zielen auf die Verbesserung der Gesundheit in definierten Bereichen oder für bestimmte Gruppen ab, aber auch auf Verbesserung der Strukturen, die Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung und die Krankenversorgung haben.

Auf der Grundlage gesicherter Erkenntnisse werden für ausgewählte Zielbereiche Empfehlungen formuliert und Maßnahmenkataloge erstellt. Die Beteiligten verpflichten sich zur Umsetzung in ihren Verantwortungsbereichen.

www.gesundheitsziele.de

Aktionszyklus gesundheitsziele.de



Quelle: www.gesundheitsziele.de

Institut für Qualität und Patientensicherheit (BQS-Institut)

Bevor das AQUA-Institut diesen Auftrag übernahm, war die „Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung BQS“ für die externe stationäre Qualitätssicherung in Deutschland zuständig. Das Institut wurde 2010 umbenannt in „Institut für Qualität und Patientensicherheit (BQS-Institut)“. Es ist eine Einrichtung der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Bundesärztekammer unter Einbeziehung des Deutschen Pflegerats, die sich insbesondere auf die Darlegung von Versorgungsqualität im Auftrag verschiedener Partner im Gesundheitswesen spezialisiert hat.

www.bqs-institut.de

Konferenz Onkologischer Kranken- und Kinderkrankenpflege (KOK)

Die Konferenz Onkologischer Kranken- und Kinderkrankenpflege (KOK) ist eine Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Krebsgesellschaft. Sie setzt sich unter anderem dafür ein, dass die Qualität der pflegerischen Betreuung

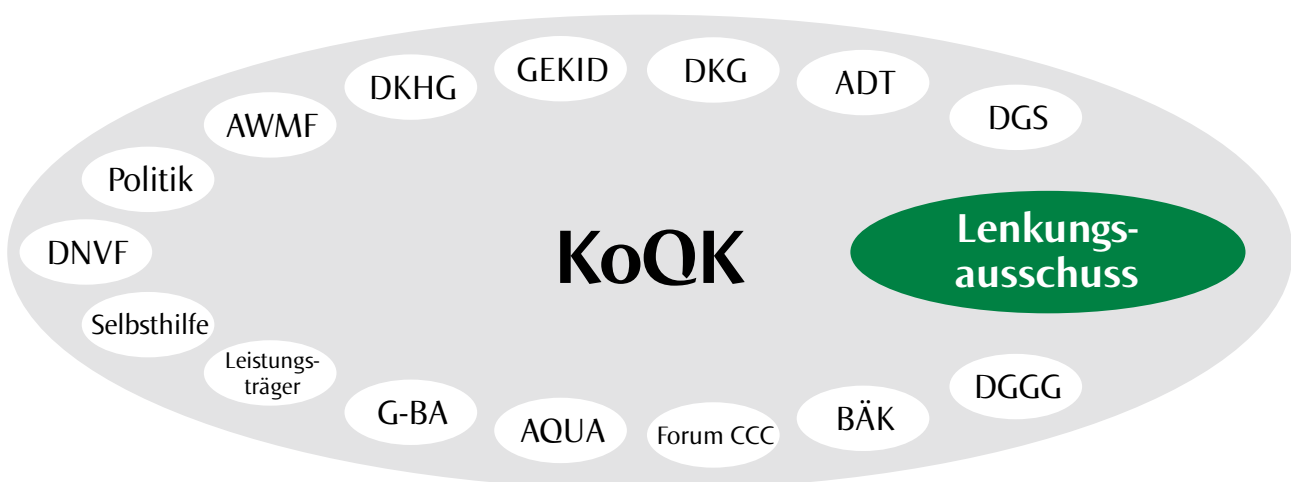
krebskranker Menschen auf einem hohen Niveau liegt, die Vernetzung von Pflegewissenschaft und -forschung mit der onkologischen Praxis in Deutschland voranschreitet und die Zusammenarbeit aller Personen, die sich praktisch, wissenschaftlich oder pädagogisch mit der Pflege krebskranker Menschen befassen, gefördert wird.

www.kok-krebsgesellschaft.de

Kooperationsverbund Qualitätssicherung durch Klinische Krebsregister (KoQK)

Im Kooperationsverbund Qualitätssicherung durch Klinische Krebsregister (KoQK) setzen sich Personen aus Politik (Bund, Länder), Selbstverwaltung, Wissenschaft, Tumorzentren, Comprehensive Cancer Centers und anderen für Krebskranke engagierte Institutionen (u.a. der FSH) gemeinsam dafür ein, die Qualität der onkologischen Versorgung in Deutschland mit Hilfe von Daten aus klinischen Krebsregistern transparent zu machen und zu optimieren.

www.koqk.de



Quelle: www.koqk.de

Wie funktioniert die ambulante Versorgung?

Alle Behandlungsleistungen, die außerhalb von Kliniken (Akut-Krankenhäuser, Fachkrankenhäuser, Rehabilitationskliniken) erbracht werden, bezeichnet man als „ambulante Versorgung“.

Bei gesundheitlichen Problemen sind die niedergelassenen Ärzte in der Regel die erste Anlaufstelle für gesetzlich Versicherte. Sie führen den weit überwiegenden Teil der Diagnostik und Therapie durch, verordnen Arznei, Heil- und Hilfsmittel und überweisen im Bedarfsfall zur weiteren Abklärung und Behandlung einer Erkrankung zu einem Facharzt oder weisen in ein Krankenhaus ein.

Charakteristisches Merkmal der ambulanten Versorgung in Deutschland ist die klare Abgrenzung gegenüber der stationären Versorgung. Krankenhausärzte dürfen ambulante Behandlungen nur dann durchführen, wenn sie von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) dazu eigens ermächtigt wurden. Umgekehrt sind niedergelassene Ärzte nur in geringem Umfang als Belegärzte an der stationären Versorgung beteiligt.

Eine Folge dieser Trennung ist, dass die medizinischen Spezialdisziplinen sowohl im Krankenhaus als auch in der Vertragsarztpraxis angeboten werden. Diese Doppelstruktur wird auch als doppelte Facharztschiene bezeichnet. In anderen Ländern arbeiten die spezialisierten Ärzte zumeist in Krankenhäusern und führen dort sowohl stationäre als auch ambulante Behandlungen durch.

Medizinische Versorgungszentren

Die Einzelpraxis ist in Deutschland noch immer die häufigste Betriebsform in der ambulanten ärztlichen Versorgung. Es ist damit zu rechnen, dass sich in Zukunft neue Betriebsformen verbreiten werden, die eine stärkere Kooperation zwischen den ärztlichen Fachgebieten mit nicht-ärztlichen Leistungserbringern und zwischen unterschiedlichen Versorgungseinrichtungen ermöglichen. Mit der Einführung der Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) durch die Gesundheitsreform 2004 (GMG) wurden die Weichen in diese Richtung gestellt.

Hausarztmodell

Hausärzte – dazu zählen neben den Allgemeinärzten und Praktischen Ärzten auch die Kinderärzte sowie einige Internisten – sollen theoretisch generell die erste Anlaufstelle für die Patienten sein. Fachärzte sollen dagegen überwiegend spezialisierte Aufgaben übernehmen, die sich auf die Behandlung einer definierten Krankheit oder eines Organsystems beziehen.

Der Gesetzgeber verspricht sich von dem Ausbau der hausärztlichen Lotsenfunktionen eine Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung und hat daher die gesetzlichen Krankenkassen dazu verpflichtet, eine hausarztzentrierte Versorgung anzubieten. Hierzu schließen die Kassen mit besonders qualifizierten Hausärzten entsprechende Verträge ab.

Versicherte können freiwillig an dem sogenannten Hausarztmodell teilnehmen. Sie verpflichten sich damit gegenüber ihrer Krankenkasse, ausschließlich einen bestimmten Hausarzt aufzusuchen und immer zunächst zu diesem zu gehen. Fachärzte können nur noch nach Überweisung durch den Hausarzt aufgesucht werden. Eine Ausnahme gilt nur für die Inanspruchnahme von Augen- und Frauenärzten. Als Gegenleistung bekommen die Versicherten von ihrer Krankenkasse einen speziellen Hausarzttarif. Das können Vergünstigungen wie Prämienzahlung oder eine Zuzahlungsermäßigung sein.

In der Praxis sieht es zurzeit allerdings noch so aus, dass der Anteil der Hausärzte immer weiter zurückgeht – ein Problem insbesondere in ländlichen, strukturschwachen Gebieten –, wogegen der Anteil der Fachärzte weiter zunimmt. Außerdem suchen viele Patienten Fachärzte direkt auf, ohne zuvor bei ihrem Hausarzt gewesen zu sein.

Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherungen

Die ambulante ärztliche Behandlung umfasst alle Tätigkeiten des Arztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten erforderlich sind. Alles, was der Arzt an Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung erbringen darf, ist im Sozialgesetzbuch als Rahmenrecht vorgegeben. Die konkrete Ausgestaltung regelt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in Richtlinien. Das dort beschriebene Leistungsspektrum wird in der Umgangssprache auch als Leistungskatalog bezeichnet. Dabei handelt es sich aber nicht um ein Werk vergleichbar einem Versandhaus-Katalog, sondern um die Summe all jener Vorschriften, die regeln, welche Leistungen von der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden dürfen. Zu finden sind die Richtlinien unter: www.g-ba.de/informationen/richtlinien.

Innerhalb des „Leistungskataloges“ kann der Arzt die jeweilige Methode frei wählen. Der Patient erhält diese Leistungen bei medizinischem Bedarf, ohne dass er etwas zuzahlen oder die Rechnung begleichen muss. Die ärztliche Vergütung für die erbrachten vertragsärztlichen

Leistungen vereinbaren die Verbände der Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen.

Zuzahlungen und Belastungsgrenzen

Wer Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, d.h. Arznei-, Heil- oder Hilfsmittel, in Anspruch nimmt, wird zu einem geringen Teil an den Kosten beteiligt. Das gilt sowohl für den ambulanten wie den stationären Bereich. Im ambulanten Bereich müssen generell zehn Prozent der entstehenden Kosten selbst getragen werden. Nach oben ist der Betrag auf höchstens zehn Euro begrenzt. Wenn die Kosten unter fünf Euro liegen, wird der tatsächliche Preis bezahlt. Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sind grundsätzlich von Zuzahlungen befreit, ausgenommen sind die in Ausnahmefällen genehmigten Fahrten. Für diese Zuzahlungen gelten bestimmte Belastungsgrenzen.

Die Eigenbelastung der Versicherten ist bei allen Leistungen der Krankenkassen auf eine Zuzahlung von höchstens zwei Prozent des jährlichen Bruttoeinkommens begrenzt. Zur Berechnung des Bruttoeinkommens werden alle Jahresbruttoeinkommen der im Haus lebenden Personen addiert. Wenn diese gesetzlich festgelegte Belastungsgrenze überschritten wird, bescheinigt die Krankenkasse auf Antrag, dass für das restliche Kalenderjahr keine Zuzahlungen mehr geleistet werden müssen.

Bei einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung (Chroniker-Regelung) vermindert sich die Belastungsgrenze auf ein Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen. In der Richtlinie zur Definition schwerwiegender chronischer Krankheiten des Gemeinsamen Bundesausschusses ist festgelegt, wer als schwerwiegend chronisch krank gilt. Kurz zusammen gefasst ist das, wer mindestens einmal pro Quartal zum Arzt geht und entweder pflegebedürftig nach Stufe 2 oder 3 oder zu 60 Prozent behindert bzw. erwerbsgemindert ist.

Die Krankenkasse erstellt für diese Personen eine Bescheinigung, wenn bereits während eines Jahres die Belastungsgrenze von einem Prozent der Bruttoeinnahmen erreicht ist, so dass für den Rest des Jahres keine weiteren Zuzahlungen mehr zu leisten sind.

Praxisgebühr

Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GKV-GMG) wurde im ambulanten Bereich die sogenannte Praxisgebühr eingeführt. Pro Quartal muss seitdem jeder Patient zehn Euro für den ersten Besuch beim Arzt, Zahnarzt oder

Psychotherapeuten zahlen. Die Praxisgebühr wird auch fällig, wenn es nur um ein Rezept geht, bei telefonischer Beratung oder wenn ein Notdienst oder eine Ambulanz in Anspruch genommen wird.

Ausgenommen von der Praxisgebühr ist, wer vom Hausarzt an einen Facharzt oder vom Zahnarzt zum Kieferchirurgen überwiesen wird. Voraussetzung ist, dass beide Arztbesuche im selben Quartal liegen. Ebenso ausgenommen von der Praxisgebühr sind Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen sowie Behandlungen wegen Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten. Kinder und Jugendliche sind bis zum vollendeten 18. Lebensjahr von der Praxisgebühr ausgenommen. Für individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) fällt sie ebenfalls nicht an. Für die Zahlung der Praxisgebühr gelten die Regelungen der Belastungsgrenzen.

Individuelle Gesundheitsleistungen – IGeL

Neben den im GKV-Leistungskatalog enthaltenen Leistungen werden von Ärzten auch sogenannte individuelle Gesundheitsleistungen angeboten: Innendruckmessung der Augen, Extra-Ultraschalluntersuchungen während der Schwangerschaft, Messung der Knochendichte oder die Anwendung eines PSA-Tests zur Früherkennung von Prostatakrebs und viele mehr. Diese Leistungen werden von der GKV nicht bezahlt, da hier nicht der Nachweis erbracht wurde, dass sie nutzen, notwendig und wirtschaftlich sind.

Da die Palette breit gefächert und unübersichtlich ist, bietet sich zudem kaum eine Chance, den medizinischen Nutzen sowie Qualität und Preis der Angebote zu überprüfen bzw. miteinander zu vergleichen. Manche Angebote sind wissenschaftlich kaum erforscht oder sogar von unabhängigen Instituten als nicht sinnvoll beurteilt worden. Jeder Arzt kann zudem Zusatzleistungen anbieten, die er entweder selbst entwickelt oder von Firmen übernommen hat und die keinerlei Qualitätsprüfung unterliegen. Damit nutzen IGeL häufig nur dem Geldbeutel des Arztes und nicht dem Patienten.

Es gibt jedoch medizinische Maßnahmen, die nicht zu den Aufgaben der gesetzlichen Krankenkassen gehören – also weder zur Krankenbehandlung noch zur Früherkennung von Krankheiten –, jedoch im Einzelfall eine medizinisch sinnvolle und empfehlenswerte Leistung darstellen. Dazu gehört z.B. die Beratung und Impfung vor Fernreisen, sportmedizinische Untersuchungen oder Eignungsuntersuchungen (etwa Flugtauglichkeit).

Strukturierte Behandlungsprogramme (DMP)

Im Jahr 2002 wurden vom Gesetzgeber sogenannte „Strukturierte Behandlungsprogramme“ in die ambulante Versorgung eingeführt. Kernidee dieser Programme, die auch Disease Management Programme (DMP) genannt werden, ist es, den sektorenübergreifenden Behandlungsablauf und die Qualität der medizinischen Versorgung chronisch kranker Patientinnen und Patienten zu verbessern.

Die praktische Umsetzung der strukturierten Behandlungsprogramme erfolgt auf der Basis von regionalen Verträgen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern (Vertragsärzten/Krankenhäusern), die vom Bundesversicherungsamt geprüft und zugelassen werden müssen.

Zur Behandlung der folgenden Erkrankungen gibt es bereits strukturierte Behandlungsprogramme: Brustkrebs, Chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen, Diabetes mellitus Typ 1 und 2 sowie Koronare Herzkrankheit.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Aufgabe, Empfehlungen zu den inhaltlichen Anforderungen der strukturierten Behandlungsprogramme zu formulieren und diese in regelmäßigen Abständen zu aktualisieren. Diese Empfehlungen richten sich nach dem aktuellen Stand des medizinischen Wissens, der jeweils nach den Prinzipien der evidenzbasierten Medizin ermittelt wird. Der G-BA stützt sich bei seinen Beschlüssen auch auf Gutachten des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG).

Mitglieder der Frauenselbsthilfe nach Krebs arbeiten als Patientenvertreter in der Arbeitsgruppe zur Aktualisierung des DMP Brustkrebs mit.

Häusliche Krankenpflege

Häusliche Krankenpflege ist in Deutschland eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung. Sie wird als Sachleistung von den Krankenkassen bezahlt. Die Leistungen der häuslichen Krankenpflege sind nicht zu verwechseln mit der häuslichen Pflege, einer Leistung der Pflegeversicherung.

Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen die Kosten für häusliche Krankenpflege unter zwei Bedingungen: Erstens muss dadurch ein Krankenhausaufenthalt vermieden oder zumindest verkürzt werden, zweitens dürfen im Haushalt keine anderen Personen leben, die den Patienten im erforderlichen Umfang pflegen könnten.

Allgemeine Ambulante Palliativversorgung (AAPV)

Die allgemeine ambulante Palliativversorgung ist die palliativmedizinische Basisversorgung, die den Großteil der Sterbenden im ambulanten Bereich versorgt. Sie wird durch Hausärzte und Pflegedienste erbracht. Sie ist Grundlage für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV). Im Gegensatz zur spezialisierten Versorgung ist die allgemeine ambulante Palliativversorgung jedoch weder gesetzlich geregelt noch definiert. Dies führt zu vielfachen praktischen Schwierigkeiten und Unsicherheiten, unter anderem in der Abgrenzung zur spezialisierten Versorgung.

Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV)

Seit 2007 besteht für gesetzlich Krankenversicherte ein Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV). Der Gesetzgeber sieht diese Leistungen für Versicherte vor, die an einer nicht heilbaren Krankheit leiden, eine begrenzte Lebenserwartung haben und einen besonderen Versorgungsbedarf aufweisen. Die SAPV soll den Betroffenen ermöglichen, bis zum Tod in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung oder in der vertrauten stationären Pflegeeinrichtung versorgt zu werden. Voraussetzung für die Leistungsgewährung ist eine ärztliche Verordnung.

Zur Umsetzung des Leistungsangebotes müssen die gesetzlichen Krankenkassen Verträge mit geeigneten Einrichtungen oder Personen (Leistungserbringer) schließen. Dies ist an vielen Orten noch nicht geschehen. Daher steht das Angebot nach wie vor nicht flächendeckend zur Verfügung. Inzwischen sind Schleswig-Holstein, das Saarland, Westfalen-Lippe und Berlin flächendeckend versorgt. Teilweise versorgt sind: Sachsen-Anhalt, Brandenburg, Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein, Sachsen, Thüringen und Niedersachsen (Stand Mai 2011). In weiteren Bundesländern laufen Verhandlungen zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern. Außerdem gibt es Fälle, bei denen Einzelanträge zur Kostenübernahme akzeptiert wurden.

Wie funktioniert die stationäre Versorgung?

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

Bei dem Verdacht auf oder dem Vorliegen einer schwerwiegenden akuten Erkrankung, die eine medizinische Überwachung des Patienten erforderlich macht, haben GKV-Versicherte einen unmittelbaren gesetzlichen Anspruch auf die vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus. Als „zugelassen“ gelten Hochschulkliniken, sogenannte Plankrankenhäuser, also Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen worden sind, sowie Vertragskrankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag mit den Krankenkassen abgeschlossen haben.

Der Aufnahme zur stationären Behandlung in ein Krankenhaus geht grundsätzlich eine Überweisung durch einen niedergelassenen Arzt voraus. Ohne Überweisung haben normalerweise nur Notfälle und Privatpatienten Zugang zum Krankenhaus. Dem Patienten steht dabei die Wahl des Krankenhauses grundsätzlich frei; eine freie Arztwahl innerhalb des Krankenhauses besteht jedoch nicht.

Vor der Aufnahme eines Patienten ist das Krankenhaus verpflichtet zu prüfen, ob das Behandlungsziel nicht auch durch teilstationäre oder ambulante Behandlung erreicht werden kann (§ 39 Abs. 1 S. 2 SGB V). Die stationäre Krankenhausbehandlung ist somit immer nachrangig gegenüber anderen, in der Regel weniger kostenintensiven Behandlungsformen.

Als **vollstationär** gilt eine Behandlung, wenn der Patient stationär aufgenommen und ihm Unterkunft sowie Verpflegung gewährt wird. Seit 1993 haben Krankenhäuser auch das Recht, Patienten **vor- und nachstationär** zu behandeln. Ersteres ist zulässig, um die Erforderlichkeit einer vollstationären Behandlung abzuklären oder diese vorzubereiten. Letztere soll im Anschluss an eine vollstationäre Behandlung dazu dienen, den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen. Schließlich gibt es die Möglichkeit der **teilstationären** Behandlung. Von ihr ist die Rede, wenn den Patienten zwar auch Unterkunft und Verpflegung gewährt wird, die Behandlung aber nur tagsüber oder nachts erfolgt.

Finanzierung

Die Krankenhausfinanzierung erfolgt aus zwei Töpfen (duales System).

Die Investitionskosten (Aufwendungen für Neubauten, Instandsetzungen und Anschaffung von Großgeräten)

der Häuser werden über die Krankenhausförderung der Bundesländer aus Steuermitteln finanziert. Für die Finanzierung der Betriebskosten (Personalkosten, Verbrauchsmaterial, Strom, Versicherungen) sind die Krankenkassen zuständig. Sie übernehmen außerdem die Bezahlung der konkreten Behandlung ihrer jeweiligen Versicherten.

Mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 wurde ein pauschalierendes leistungsorientiertes Vergütungssystem für die Krankenhausbehandlung eingeführt, das sogenannte diagnosebezogene Fallpauschalensystem. Behandlungsfälle wurden dafür in Gruppen (DRGs/Diagnosis Related Groups) eingeteilt. Die Fälle einer Gruppe verursachen statistisch gleiche finanzielle Aufwendungen in einem Krankenhaus und werden entsprechend gleich vergütet.

Das bedeutet, dass sich die Krankenhausvergütung nicht mehr nach der Zahl der Pflgetage richtet. Stattdessen orientiert sich die Honorierung der Leistung am Aufwand der Versorgung (Stichwort: das Geld folgt der Leistung). Damit soll langfristig erreicht werden, dass gleiche Leistungen auch gleich vergütet werden.

Die sich für das Krankenhaus ergebende Vergütung wird jährlich anhand von Millionen konkreter Krankenhausesfälle durch das Institut für das Entgeltsystem (InEK) neu kalkuliert. Die Selbstverwaltungspartner und in ihrem Auftrag das InEK arbeiten kontinuierlich an der Weiterentwicklung des DRG-Systems. Jährlich gibt es daher eine neue Version. Damit soll das System an den medizinisch-technischen Wandel angepasst und die Qualität der medizinischen Versorgung im Krankenhaus gesichert werden.

Vor der Einführung des DRG-Systems wurde die Krankenhausbehandlung durch Tagespflegesätze vergütet. Psychiatrische Kliniken rechnen noch heute nach Tagessätzen ab, da für die dort behandelten, langwierigen Krankheitsbilder das DRG-System ungeeignet ist.

Zuzahlungen

Versicherte ab Vollendung des 18. Lebensjahres erbringen je Tag einer stationären Krankenhausbehandlung zehn Euro als Zuzahlung, wenn die Krankenhausbehandlung zu Lasten der Krankenkasse erfolgt. Die Zuzahlung ist auf maximal 28 Tage pro Jahr begrenzt. Ist der Kostenträger die gesetzliche Unfallversicherung, braucht keine Zuzahlung geleistet zu werden.

Ambulante Behandlung im Krankenhaus

Seltene Erkrankungen oder Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen wie zum Beispiel Mukoviszidose oder Krebs stellen an Diagnostik und Therapie hohe Anforderungen. Die betroffenen Patientinnen und Patienten brauchen häufig eine interdisziplinäre Betreuung, die vor allem Krankenhäuser bieten können. Damit eine optimale Behandlung der Betroffenen in Deutschland gewährleistet ist, hat der Gesetzgeber mit der Gesundheitsreform 2004 die Möglichkeit geschaffen, dass Krankenhäuser die ambulante Behandlung dieser Erkrankungen und auch hochspezialisierte Leistungen wie zum Beispiel die Brachytherapie anbieten dürfen (§ 116b SGB V).

Grundvoraussetzung dafür, dass Erkrankungen ambulant in einem Krankenhaus behandelt oder hochspezialisierte Leistungen erbracht werden können, ist, dass sie im Katalog gemäß § 116b Abs. 3 SGB V genannt sind, der

vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) erstellt wird. Außerdem müssen Krankenhäuser, die diese ambulanten Behandlungen durchführen möchten, im Rahmen der Krankenhausplanung des Bundeslandes als dafür geeignet bestimmt worden sein.

Bislang hat der G-BA die Voraussetzungen für die spezialisierte ambulante Behandlung u.a. folgender Erkrankungen geschaffen: Onkologische Erkrankungen, Mukoviszidose, Kurzdarmsyndrom, biliäre Zirrhose, angeborene Fehlbildungen, angeborene Stoffwechselstörungen bei Kindern, Anfallsleiden, neuromuskuläre Erkrankungen, pulmonale Hypertonie, Hämophilie, Transsexualismus, Tuberkulose, Multiple Sklerose, schwere Herzinsuffizienz, HIV/AIDS, Rheuma, primär sklerosierende Cholangitis, Morbus Wilson und Marfan-Syndrom.

Die aktuelle Auflistung ist zu finden unter: www.g-ba.de/informationen/richtlinien/43

Wie funktioniert der Bereich der medizinischen Rehabilitation

Medizinische Rehabilitation umfasst Maßnahmen, die auf die Erhaltung oder Besserung des Gesundheitszustands ausgerichtet sind und vorwiegend die Durchführung medizinischer Leistungen erfordern. Dazu gehören Heilmittel wie Krankengymnastik, Bewegungs- und Ergotherapie sowie andere geeignete Mittel (§ 107 II 2 SGB V). Medizinische Rehabilitation wird ambulant oder stationär in Rehabilitationseinrichtungen erbracht. Die Einrichtungen müssen unter ärztlicher Verantwortung stehen und mit den Kassen einen Versorgungsvertrag abgeschlossen haben.

Die institutionelle Abgrenzung von Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen und die inhaltliche Unterscheidung zwischen Akutbehandlung und medizinischer Rehabilitation sind eine deutsche Besonderheit.

Gesetzliche Grundlage der Rehabilitation ist das SGB IX, überschrieben mit „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“. Unter § 5 SGB IX finden sich die Leistungsgruppen, die erbracht werden, unter §§ 6 und 6a SGB IX die jeweiligen Rehabilitationsträger. Die beiden Hauptkostenträger für Leistungen der medizinischen Rehabilitation sind die Träger der Rentenversicherung, für die das SGB VI gilt, und die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung, für die das SGB V maßgeblich ist.

Onkologische Rehabilitation gibt es in Deutschland schon seit ca. 50 Jahren. Allerdings standen zu Beginn noch – wie bei einer Kur – die Erholung, gute Luft, gute Ernährung und soziales Miteinander im Vordergrund. Erst nach und nach reifte die Erkenntnis, dass Patienten mit Krebserkrankungen spezielle Therapien brauchen.

Heute existiert ein gegliedertes System der medizinischen Rehabilitation, das versucht, die individuellen Bedürfnisse der Patienten zu erfassen und geeignete Strategien anzubieten.

Rehabilitationsmaßnahmen werden nicht automatisch eingeleitet, sondern müssen auf Initiative von Patient und/oder Arzt beantragt werden. Grundsätzlich gilt, dass sie aus medizinischen Gründen erforderlich sein, vom Arzt verordnet und vom Kostenträger genehmigt werden müssen.

Für Berufstätige übernimmt in der Regel die Deutsche Rentenversicherung die Kosten für Reha-Maßnahmen. Bei allen anderen ist generell die gesetzliche Krankenversicherung zuständig. Das ist zum Beispiel bei Rentnern der Fall. Bei Beamten, Ehefrauen von Beamten und Beamtenwitwen tragen die Krankenkasse und die Beihilfe-Kasse die Kosten. Sozialhilfeempfänger, für die keine Versicherung

zuständig ist, können die Maßnahme über das Sozialamt beantragen. Bei privat Versicherten hängt die Übernahme der Kosten vom Umfang des jeweiligen Vertrages ab.

Anschlussheilbehandlung

Unmittelbar an die stationäre Behandlung kann sich eine sogenannte Anschlussheilbehandlung (AHB), auch Anschlussrehabilitation (AR) genannt, anschließen. Das ist eine ganztägige ambulante oder stationäre Leistung, die dazu dient, den Behandlungserfolg zu sichern und in einer speziell dafür zugelassenen Reha-Klinik/ambulanten Einrichtung erbracht wird. Die AHB muss vom Patienten beantragt werden, solange er sich zur Behandlung im Krankenhaus befindet. Das Krankenhauspersonal stellt die Erforderlichkeit fest. Bei Krebspatienten wird die AHB in der Regel nach Abschluss der Primärtherapie, d.h. Operation und Strahlentherapie eingeleitet.

Nach- oder Festigungskur

Im Unterschied zur Anschlussheilbehandlung erfolgt eine Nach- oder Festigungskur nicht direkt im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt. Sie wird bis zum Ablauf eines Jahres nach einer beendeten Primärbehandlung gewährt. Darüber hinaus können spätestens bis zum Ablauf von zwei Jahren nach beendeter Erstbehandlung Rehabilitationsmaßnahmen im Einzelfall erbracht werden, wenn erhebliche Funktionsstörungen entweder durch die Tumorerkrankung selbst oder durch Komplikationen bzw. Therapiefolgen vorliegen.

Meist erfolgt die Nach- oder Festigungskur über einen Zeitraum von drei Wochen. Die Maßnahme kann jedoch bei Notwendigkeit verlängert oder auch verkürzt werden. Wurde eine entsprechende Maßnahme wahrgenommen, können erneute ambulante oder stationäre Rehabilitationsmaßnahmen erst nach Ablauf von vier Jahren beantragt und durchgeführt werden. Falls es jedoch zu einem erneuten Auftreten der Krebserkrankung kommen sollte oder andere schwere Erkrankungen eintreten, ist eine entsprechende Reha-Maßnahme auch früher möglich.

Stationäre oder ambulante Rehabilitation

Grundsätzlich bestehen für Rehabilitationsmaßnahmen ambulante und stationäre Angebote. Dabei gilt generell der Grundsatz „ambulant vor stationär“. Die Maßnahmen werden in speziellen Rehakliniken durchgeführt. Ob sie ambulant oder stationär stattfinden, hängt vom gesundheitlichen Zustand des Patienten und seiner persönlichen Lebenssituation ab. Auch geografische Gegebenheiten spielen bei bestimmten Indikationen eine Rolle.

Ein Anspruch auf stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation besteht dann, wenn ambulante Rehabilitationsmaßnahmen nicht ausreichen.

Berufliche Rehabilitation

Um die berufliche Leistungsfähigkeit nach der Erkrankung wieder herzustellen, gibt es spezielle Rehabilitationsmaßnahmen. Das können zum Beispiel Maßnahmen für einen freiwilligen oder notwendigen Berufswechsel, z.B. Fortbildungen, sein. Außerdem können in der beruflichen Rehabilitation schwierige Arbeitsabläufe geübt und die Belastbarkeit der Betroffenen bzw. die Eignung für das Ausführen gewisser Tätigkeiten getestet werden.

Für die Wiedereingliederung nach langer Arbeitsunfähigkeit wurde das sogenannte Hamburger Modell entwickelt. Es bietet Langzeitkranken die Möglichkeit einer stufenweisen Wiedereingliederung in das Arbeitsleben. Dafür erstellen Patient und behandelnder Arzt einen Eingliederungsplan, der eine Steigerung von zunächst nur wenigen Arbeitsstunden pro Tag auf eine Voll- oder Teilzeitbeschäftigung vorsieht. Akzeptieren Arbeitgeber und Krankenkasse diesen Plan, kann die Wiedereingliederung – je nach Absprache über die Dauer einiger Wochen oder auch mehrerer Monate – beginnen. Für seine Tätigkeit erhält der Arbeitnehmer entweder weiterhin Krankengeld oder er bezieht ein Übergangsgeld (je nachdem welche Trägerschaft zuständig ist: Krankenkasse oder Deutsche Rentenversicherung). Lässt die gesundheitliche Verfassung des Krebspatienten die Fortführung des Programms nicht zu, kann die Maßnahme jederzeit abgebrochen werden.

Welche Rolle spielt die Selbsthilfe?

Schätzungen zufolge gibt es in Deutschland ca. 100.000 Selbsthilfegruppen zu fast jedem gesundheitlichen und sozialen Themenbereich. Deutschland nimmt damit eine Spitzenposition innerhalb Europas ein.

Diese Entwicklung begann in den 70er Jahren (u.a. Gründung der FSH) und verstärkte sich in den 80er und 90er Jahren des vorigen Jahrhunderts, als auf Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) modellhaft örtliche Selbsthilfekontaktstellen aufgebaut wurden. In Deutschland entstand als Netzwerkeinrichtung die Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS). Die Selbsthilfebewegung erfuhr zudem durch die Bewilligung zweier Bundesmodellprogramme zur Etablierung professioneller Selbsthilfeunterstützung, z.B. von Selbsthilfekontaktstellen, eine bedeutende gesellschaftliche und politische Anerkennung.

Diese Entwicklung führte in den vergangenen Jahren zu vermehrter Beteiligung von Selbsthilfe- und Patientenvertretern in Beratungsgremien des Gesundheitswesens, z.B.

- bei der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V.,
- bei „gesundheitsziele.de“, der deutschen Initiative zur Entwicklung und Umsetzung von nationalen Gesundheitszielen auf Bundesebene sowie
- beim „Patientenforum“, einer institutionalisierten Form der Zusammenarbeit zwischen der deutschen Ärzteschaft (Kassenärztliche Bundesvereinigung, Bundesärztekammer) und der Patientenselbsthilfe.

Pflichtförderung der Selbsthilfe

Die Einführung der Pflichtförderung der Selbsthilfe von Seiten der Sozialversicherungsträger im Jahr 2000 (§ 20 SGB V) brachte die Selbsthilfebewegung in Deutschland entscheidend voran. Die gesetzlichen Krankenkassen wurden zur Erarbeitung gemeinsamer Fördergrundsätze mit den „für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe maßgeblichen Spitzenorganisationen“ verpflichtet.

Folgende drei Spitzenorganisationen der Selbsthilfe, die die Interessen der Selbsthilfe auf Bundesebene bündeln und dabei das Spektrum der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe in Deutschland umfassend abdecken, wurden an der Ausgestaltung der Fördergrundsätze beteiligt und agieren seither als „Vertreter der Selbsthilfe“ auf Bundesebene:

- die Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. (BAG Selbsthilfe)
- der Deutsche Paritätische Wohlfahrtsverband, Gesamtverband e.V. (PARITÄTISCHER)
- die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (DAG SHG)

Patientenbeteiligung im Gemeinsamen Bundesausschuss

Einen entscheidenden Schritt zu mehr Patientenbeteiligung im Gesundheitswesen stellten schließlich die 2004 geschaffenen strukturierten Beteiligungsrechte im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) dar (siehe auch S. 28). Anliegen des Gesetzgebers war es, die Versicherten stärker in die Entscheidungsprozesse der GKV, die die Versorgung betreffen, einzubinden. Insgesamt sind derzeit mehr als 100 sachkundige Personen als ständige oder deren Stellvertreter im G-BA engagiert und nehmen das Mitberatungsrecht im Plenum, in den zahlreichen Unterausschüssen und Arbeitsgruppen wahr.

Die Patientenvertreter haben ein eigenes Antragsrecht, aber kein Stimmrecht. Ihre Benennung erfolgt für einen Zeitraum von vier Jahren. Die Mehrzahl der ständigen Patientenvertreter ist für mehrere Arbeitsgremien des G-BA benannt. Grundsätzlich darf die Zahl der Patientenvertreter in den Gremien nicht höher sein als die Zahl der durch den GKV-Spitzenverband benannten Mitglieder.

Neben den ständigen Patientenvertretern gibt es eine Vielzahl sachkundiger Personen, deren Benennung themenbezogen erfolgt, also im Hinblick auf ein ganz spezifisches Beratungsthema. Themenbezogene Patientenvertreter nehmen teilweise nur an einzelnen Sitzungen des G-BA teil.

Die Patientenvertreter verfügen über eine eigene Stabsstelle in der Geschäftsstelle des G-BA für die Organisation und Vorbereitung ihrer Gremienarbeit.

Interessenvertretung durch die Frauenselbsthilfe

Bis zum Jahr 2001 war der Blick der Frauenselbsthilfe nach Krebs (FSH) vor allem nach innen gerichtet. Mit der Ergänzung des 5-Punkte-Programms um einen sechsten Punkt ist die gesundheits- und sozialpolitische Lobbyarbeit der

FSH als aktive Interessenvertretung Krebskranker immer stärker in den Fokus gerückt.

Gesundheits- und sozialpolitische Lobbyarbeit heißt für uns, die Interessen Krebsbetroffener nachhaltig zu vertreten – gegenüber der Ärzteschaft, den medizinischen Fachgesellschaften, den Krankenkassen, der Pharmaindustrie und der Gesundheitspolitik. Wir nehmen überall dort Einfluss, wo Weichenstellungen für krebserkrankte Menschen vorgenommen, Versorgungskonzepte entwickelt und Kostenbudgetierungen festgelegt werden.

Die Frauenselbsthilfe nach Krebs vertritt die Interessen von Patienten

- im Patientenbeirat der Deutschen Krebshilfe,
- in Arbeitsgruppen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA),
- im Leitlinienprogramm Onkologie,
- in Arbeitsgruppen des Nationalen Krebsplans,
- im Patientenforum der Bundesärztekammer,
- in der Zertifizierungskommission Brustzentren,
- in der Zertifizierungskommission Onkologische Zentren,
- im Beirat der Deutschen Gesellschaft für Senologie (DGS),
- im Kooperationsverbund Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister.

Anhang

Tipps für Patientenvertreterinnen der Frauenselbsthilfe nach Krebs

- Treten Sie in dem Bewusstsein auf, dass Sie nicht als Person, sondern für den Verband der FSH sprechen!
- Bereiten Sie sich inhaltlich gut vor; lesen Sie die Sitzungsunterlagen und notieren Sie die für die FSH wichtigen Punkte!
- Bedenken Sie bei Diskussionen während der Sitzung und Gesprächen am Rande immer, welche Interessen die anderen Teilnehmer vertreten, welche Intention sie verfolgen!
- Informieren Sie sich möglichst bereits im Voraus darüber, wer von den Teilnehmern in Bezug auf die FSH die gleichen Interessen und wer konträre Standpunkte vertritt!
- Hören Sie den Diskussionsteilnehmern gut zu, antworten/ reagieren Sie möglichst kurz, präzise und themenorientiert, nicht emotional oder unsachlich!
- Sprechen Sie möglichst nie von persönlichen Erfahrungen, sondern verallgemeinern Sie (gebündelte Erfahrungen der FSH)!
- Suchen Sie in der Pause das Gespräch mit Anderen und bedenken Sie dabei, mit wem Sie es zu tun haben (siehe oben)!
- Seien Sie auch auf Pausengespräche gut vorbereitet: Informieren Sie sich über die jeweils aktuellen Themen im Gesundheitswesen und die Position der Patienten/ FSH zu diesen Punkten!
- Treten Sie freundlich und selbstbewusst auf!
- Versuchen Sie, sich die Namen der Teilnehmer zu merken und diese später mit ihrem Namen anzusprechen!
- Pünktlichkeit und angemessene Kleidung sind wichtig!

Glossar wichtiger Begriffe

Arzneimittelgesetz (AMG)	Korrekt: Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln. Das AMG zielt auf die Sicherheit des Arzneimittelmarktes. Es regelt insbesondere deren Herstellung, Zulassung und Abgabe, die Verschreibungspflicht, Vertriebswege, Arzneimittelüberwachung, die Beobachtung, Sammlung und Auswertung von Arzneimittelrisiken, die Haftung für Arzneimittelschäden, die Berufsausübung des Pharmaberaters sowie Straf- und Bußgeldvorschriften für Verstöße gegen das Gesetz.
Arzneimittel-Richtlinie	Diese vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossene Richtlinie konkretisiert den Inhalt und Umfang der im SGB V festgelegten Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen. Die Grundlage bildet dabei das Wirtschaftlichkeitsgebot im Sinne einer notwendigen, ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse und des Prinzips einer humanen Krankenbehandlung. Die Richtlinie ist Teil des Bundesmantelvertrages und damit der Gesamtverträge zwischen den Verbänden der Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen.
Aut-idem-Regelung	Der Ausdruck „aut idem“ leitet sich aus dem Lateinischen ab und bedeutet „oder das Gleiche“. Apotheken sind nach § 129 SGB V bei der Abgabe verordneter Arzneimittel an Versicherte zur Abgabe eines preisgünstigen Arzneimittels verpflichtet, wenn der Arzt dieses nur unter seiner Wirkstoffbezeichnung verordnet oder die Ersetzung durch ein wirkstoffgleiches Arzneimittel nicht ausgeschlossen hat. In den Fällen der Ersetzung haben die Apotheken ein Arzneimittel abzugeben, das mit dem verordneten in Wirkstärke und Packungsgröße identisch sowie für den gleichen Indikationsbereich zugelassen ist und ferner die gleiche oder eine austauschbare Darreichungsform (z.B. Tablette oder Tropfen) besitzt. Der Gemeinsame Bundesausschuss gibt in der Arzneimittel-Richtlinie Hinweise zur Austauschbarkeit von Darreichungsformen unter Berücksichtigung ihrer therapeutischen Vergleichbarkeit. Seit Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz muss der Apotheker ein Präparat nun grundsätzlich durch ein wirkstoffgleiches Arzneimittel austauschen, für das ein Rabattvertrag zwischen der Krankenkasse und dem pharmazeutischen Unternehmen besteht. Gibt es für ein Präparat keine Rabattvereinbarung, so ist das verordnete oder eines der drei preisgünstigsten Arzneimittel abzugeben.
Bewertungsausschuss	Der Bewertungsausschuss beschließt den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) beziehungsweise Änderungen desselben. Ihm gehören jeweils drei von der KBV und vom Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung benannte Mitglieder an. Den Vorsitz führen abwechselnd ein Vertreter der Ärzte und ein Vertreter der Krankenkassen. Nach dem Gesetz bestimmt der Einheitliche Bewertungsmaßstab den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander.

Bundeskrebsregisterdatengesetz	<p>Das Bundeskrebregisterdatengesetz wurde vom Bundestag 2009 verabschiedet. Inhalt des Gesetzes sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Einrichtung eines Zentrums für Krebsregisterdaten beim Robert Koch-Institut als Voraussetzung für die Bereitstellung verlässlicher Daten auf Bundesebene; ● Regelungen zur Datenübermittlung von den epidemiologischen Landeskrebsregistern an das Zentrum für Krebsregisterdaten und umgekehrt; ● Regelungen zur Auswertung und Nutzung der Daten; ● Regelmäßige Veröffentlichung von Berichten zum Krebsgeschehen in Deutschland.
Bundesmantelvertrag (BMV)	<p>Der Bundesmantelvertrag wird von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen abgeschlossen. In ihm wird die vertragsärztliche Versorgung geregelt, wie sie den Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen nach Gesetz, Satzung und weiteren Vereinbarungen zu gewähren ist.</p>
Chroniker-Regelung	<p>Schwerwiegend chronisch Kranke haben bei der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen grundsätzlich nur eine Zuzahlung in Höhe von einem Prozent ihres Bruttoeinkommens zu tragen. Die Krankenkasse erstellt für diese Personen eine Bescheinigung, wenn bereits während eines Jahres die Belastungsgrenze erreicht ist, so dass für den Rest des Jahres keine weiteren Zuzahlungen mehr geleistet werden müssen.</p>
Chroniker-Richtlinie	<p>In der Richtlinie zur Definition schwerwiegender chronischer Krankheiten des Gemeinsamen Bundesausschusses ist definiert, wer als schwerwiegend chronisch krank gilt und daher nur maximal ein Prozent seines Bruttoeinkommens für Zuzahlungen aufwenden muss.</p>
Disease Management Programme	<p>Disease Management Programme (DMP) oder mit anderem Namen auch Chronikerprogramme sind strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch kranke Menschen. Kernidee dieser Programme ist es, den sektorübergreifenden Behandlungsablauf und die Qualität der medizinischen Versorgung chronisch kranker Patienten zu verbessern.</p> <p>Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Aufgabe, dem Bundesministerium für Gesundheit Empfehlungen zu inhaltlichen Anforderungen solcher Programme zu unterbreiten. Auf Grundlage dieser Empfehlungen erlässt der Gesetzgeber eine Rechtsverordnung.</p> <p>Die praktische Umsetzung der strukturierten Behandlungsprogramme erfolgt dann auf der Basis von regionalen Verträgen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern (Vertragsärzten/Krankenhäusern), die vom Bundesversicherungsamt im Hinblick auf die Erfüllung der Anforderungen geprüft und zugelassen werden müssen.</p>
DRG – Diagnosis Related Groups	<p>DRG ist die Abkürzung für diagnosis related groups (Diagnose bezogene Fallgruppen). Sie bilden ein Patientenklassifikationssystem, mit dem einzelne stationäre Behandlungsfälle anhand bestimmter Kriterien (Diagnose nach dem ICD-Schlüssel/ICD 10, Schweregrad der Erkrankung, Alter des Patienten, Komplikationen, Entlassungsgrund u.ä.) zu Fallgruppen zusammengefasst werden. Die Zuweisung eines Behandlungsfalls zu einer Fallgruppe erfolgt in einem definierten Verfahren. Es werden solche Behandlungsfälle zusammengefasst, die medizinisch ähnlich und hinsichtlich des Behandlungskostenaufwands möglichst homogen sind.</p>

	<p>Durch das 2002 in Kraft getretene Gesetz zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalen-Systems für Krankenhäuser (Fallpauschalen-Gesetz) wurde die Abrechnung nach DRG für deutsche Krankenhäuser verbindlich eingeführt u.a. mit dem Ziel, durch gleiche Preise für gleiche Leistungen den Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern anzuregen und die Kostenstruktur transparenter zu gestalten.</p>
Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM)	<p>Der EBM bestimmt den Inhalt der im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander.</p> <p>Die Kassenärztliche Bundesvereinigung vereinbart mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen den EBM als Bestandteil des Bundesmantelvertrages. Er gilt für alle Kassenarten in der gesetzlichen Krankenversicherung und ist Grundlage für die in der gesetzlichen Krankenversicherung anzuwendenden Gebührenordnungen.</p>
Epidemiologisches Krebsregister	<p>Mit epidemiologischen Krebsregistern wird das Krebsgeschehen, also wie häufig bestimmte Tumorerkrankungen in einer Region auftreten, beobachtet. Über zeitliche Vergleiche innerhalb einer Region oder aus Vergleichen von Regionen untereinander wird festgestellt, ob irgendwo Häufungen von Erkrankungen auftreten (zeitliches und räumliches Monitoring). Im zweiten Schritt wird dann über gezielte Untersuchungen versucht, die Ursachen für die Häufung festzustellen, mit dem Ziel, die Ursache zu beseitigen. Das erste epidemiologische Krebsregister in Deutschland wurde 1926 in Hamburg aufgebaut.</p>
Ergebnisqualität	<p>Ergebnisqualität bezieht sich auf das Behandlungsergebnis. Die Beurteilung von Ergebnisqualität hängt in hohem Maße davon ab, ob die Zielsetzung der Behandlung erreicht wurde. Wichtig dabei ist die Patientenzufriedenheit in Bezug auf die Behandlung und das erreichte Ergebnis: Überlebenszeit und Lebensqualität spielen dabei eine wichtige Rolle.</p>
Erlaubnisvorbehalt	<p>Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sind so lange generell und umfassend aus der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung ausgeschlossen, bis der G-BA die Anwendung anerkennt, als „erlaubt“ hat. Damit soll sichergestellt werden, dass nur erprobte, in ihrer Wirksamkeit gesicherte und in ihren Risiken bekannte Verfahren in die ambulante Versorgung eingeführt werden.</p>
Evaluation	<p>Evaluation (Evaluierung) bezeichnet den Prozess der Analyse und Bewertung eines Sachverhalts, vor allem als Begleitforschung einer Innovation.</p>
Evidenzbasierte Medizin (EBM)	<p>Die evidenzbasierte Medizin (EBM) zielt auf die kontinuierliche Qualitätsverbesserung medizinischen Wissens, indem aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse systematisch aufbereitet und für den einzelnen Arzt nutzbar gemacht werden. Nach festen Verfahrensregeln werden wissenschaftliche Informationen zu diagnostischen oder therapeutischen Verfahren auf ihre Aussagekraft und klinische Relevanz überprüft. Hierdurch soll die Anwendung unwirksamer oder sogar schädlicher Verfahren verhindert werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) wendet das Verfahren der EBM bei der Überprüfung des Leistungskatalogs und der Entscheidung über neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden an. Die Technik der EBM wird auch bei der Formulierung von medizinischen Leitlinien eingesetzt.</p>

Fallpauschalen	Fallpauschalen sind Pauschalbeträge, mit denen alle ärztliche Leistungen eines Behandlungsfalls abschließend honoriert werden. Die Gesamtvergütung errechnet sich bei Fallpauschalen, indem die Zahl aller Behandlungsfälle mit dem Pauschalbetrag multipliziert wird.
Festbetragssystem	Das Festbetragssystem für Arzneimittel ist mit dem Gesundheitsreform-Gesetz (GRG) im Jahr 1988 eingeführt worden, um dem ausufernden Anstieg der Arzneimittelausgaben zu begegnen. Festbeträge sind in der gesetzlichen Krankenversicherung Höchstpreise für bestimmte Arzneimittel: Übersteigt der Preis des Arzneimittels den Festbetrag, muss der Versicherte die Mehrkosten selbst tragen.
Generika	Ein Generikum ist ein Nachahmerprodukt. Wer ein neuartiges Arzneimittel auf den Markt bringt, beteiligt die Verbraucher an den Entwicklungskosten, indem er die Forschungskosten in den Verkaufspreis einkalkuliert. Nach Ablauf des Patentschutzes (zehn Jahre) für das Originalpräparat dürfen andere Hersteller das Arzneimittel nachahmen. Da dann keine Entwicklungskosten mehr anfallen, kann das Nachahmerprodukt zu einem deutlich niedrigeren Preis angeboten werden.
HTA – Health Technology Assessment	Unter Health Technology Assessment (HTA) wird die umfassende Bewertung und Evaluation neuer oder auf dem Markt befindlicher medizinischer Verfahren im Rahmen einer strukturierten Analyse verstanden. Aufgabe von HTA ist die Aufarbeitung von wissenschaftlich fundierten Informationen für Entscheidungsprozesse.
Haus der Krebs-Selbsthilfe	Das Haus der Krebs-Selbsthilfe wurde im Jahr 2006 gegründet. Mittlerweile haben sich dort acht Krebs-Selbsthilfeorganisationen zusammengeschlossen. Sie sind bundesweit tätig und werden von der Deutschen Krebshilfe gefördert: www.hksh-bonn.de/
ICD-10	Die „Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ (ICD-10) wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) erstellt und im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) ins Deutsche übertragen. Die Abkürzung ICD steht für „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“, die Ziffer 10 bezeichnet die 10. Revision der Klassifikation. In der Bundesrepublik Deutschland gibt es für die ICD-10 zwei wesentliche Einsatzbereiche: <ul style="list-style-type: none"> ● Verschlüsselung von Todesursachen ● Verschlüsselung von Diagnosen in der ambulanten und stationären Versorgung
Klinisches Krebsregister	Klinische Krebsregister zielen darauf, die Behandlung von Tumorerkrankungen zu verbessern. Dazu werden detailliert Daten zur Erkrankung und zur Therapie gesammelt. 2010 wurde beim Robert Koch-Institut ein Zentrum für Krebsregisterdaten eingerichtet.

Kosten-Nutzen-Bewertung

Das GKV-Modernisierungsgesetz 2004 führte erstmals eine Nutzenbewertung von Arzneimitteln durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) ein. Sie soll Aussagen über den Beitrag neuer Arzneimittel zur Verbesserung der medizinischen Behandlung von Patienten beinhalten. Die Bewertung umfasst auch, für welche Patientengruppen ein neues Arzneimittel eine maßgebliche Verbesserung des Behandlungserfolgs erwarten lässt. Ziel der Bewertung ist unter anderem der Vergleich des Arzneimittels mit bereits vorhandenen Therapiemöglichkeiten.

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz 2007 wurde der Auftrag des IQWiG zu einer Kosten-Nutzen-Bewertung erweitert, das heißt, der medizinische Nutzen eines Arzneimittels wird nun auch wirtschaftlich bewertet. Neben dem Patientennutzen sollen auch die Angemessenheit und Zumutbarkeit einer Kostenübernahme durch die Versichertengemeinschaft berücksichtigt werden.

Leistungskatalog der GKV

Als Leistungskatalog der GKV bezeichnet man all jene Vorschriften, die regeln, welche Leistungen von der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden. Diese finden sich in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Die Leistungen erhält der Patient bei medizinischem Bedarf von Kassenärzten, ohne dass er (abgesehen vom Eigenanteil) etwas zuzahlen oder gar die ganze Rechnung begleichen muss.

Lifestyle-Präparate

Lifestyle-Präparate sind Arzneimittel, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht. Sie dürfen nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden. Ausgeschlossen sind insbesondere Arzneimittel, die zur Abmagerung oder Zügelung des Appetits oder zur Regulierung des Körpergewichts dienen. Weiterhin nennt das Gesetz Medikamente, die der Raucherentwöhnung, der Verbesserung des Haarwuchses, der Behandlung der erektilen Dysfunktion und der Steigerung der sexuellen Potenz dienen. Da es sich dabei um Arzneimittel handelt, deren Einsatz im Wesentlichen vom subjektiven Empfinden des Verbrauchers bestimmt wird, ist jeder für deren Finanzierung selbst verantwortlich.

Medizinische Versorgungszentren (MVZ)

Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz 2004 wurde die Rechtsgrundlage für eine neue Betriebsform in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung geschaffen: die Medizinischen Versorgungszentren (MVZ). Sie sind fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Vertragsärzte und angestellte Ärzte allein oder zusammen mit nicht-ärztlichen Leistungserbringern (z.B. Pflegedienste) tätig sein können (§ 95 SGB V).

Medizinprodukte

Medizinprodukte sind Apparate, Instrumente, Vorrichtungen, Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen oder andere Erzeugnisse, die zur Diagnose, Verhütung, Behandlung, Überwachung und Linderung von Krankheiten eingesetzt werden und deren Hauptwirkung im oder am menschlichen Körper – im Gegensatz zu Arzneimitteln – nicht auf pharmakologischem, immunologischem oder metabolischem Weg erreicht wird. Sie werden nach den Bestimmungen des Medizinproduktegesetzes eingesetzt.

Medizinprodukte sind seit 2008 grundsätzlich nicht verordnungsfähig (Gesetz zur Änderung medizinprodukterechtlicher und anderer Vorschriften). Der Gemeinsame Bundesausschuss hat jedoch die Aufgabe, in einer Art Positivliste festzulegen, in welchen medizinisch notwendigen Fällen Medizinprodukte in die Arzneimittelversorgung ausnahmsweise einbezogen und damit wie Arzneimittel zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden können.

Mindestmengen	Vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) festgelegte zahlenmäßige Menge einer planbaren Leistung, die ein Krankenhaus in einem Jahr mindestens erbringen muss, um diese Leistung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abrechnen zu können. Dabei geht es ausschließlich um Leistungen, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses in besonderem Maße von der Menge der erbrachten Leistung abhängig ist.
Morbidität	Die Morbidität (lat. morbidus – krank) ist eine statistische Größe in der Medizin. Unter ihr versteht man die Krankheitswahrscheinlichkeit eines Individuums bezogen auf eine bestimmte Population, also wie wahrscheinlich es ist, dass ein Individuum einer Population eine bestimmte Krankheit oder Störung entwickelt.
Mortalität	Die Mortalität (lat. mortalitas – das Sterben), Sterblichkeit oder Sterberate ist ein Begriff aus der Demografie. Sie bezeichnet die Anzahl der Todesfälle bezogen auf die Gesamtanzahl der Individuen oder, bei der spezifischen Sterberate, bezogen auf die Anzahl der betreffenden Population, meist in einem bestimmten Zeitraum. Die rohe Mortalität ist die Anzahl der Todesfälle pro Gesamtbevölkerung pro Zeit, beispielsweise pro 1000 Personen in einem Jahr. Die altersspezifische Mortalität, zum Beispiel Kindersterblichkeit, gibt die Todesfälle pro Altersklasse pro Zeit an. Letalität ist die Mortalität bezogen auf die Gesamtzahl der an einer Krankheit Verstorbenen.
Negativliste	Unwirtschaftliche Arzneimittel dürfen nicht durch die gesetzlichen Krankenkassen erstattet werden (§ 34 Abs. 3 SGB V). Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Übersicht über die durch die Verordnung ausgeschlossenen Arzneimittel erstellt, die auch als Negativliste bezeichnet wird. Als unwirtschaftlich gelten Mittel, die für das Therapieziel oder zur Minderung von Risiken nicht erforderliche Bestandteile enthalten, deren Wirkung wegen der Vielzahl der enthaltenen Wirkstoffe nicht mit ausreichender Sicherheit beurteilt werden kann und deren therapeutischer Nutzen nicht nachgewiesen ist. Eine erste Verordnung über unwirtschaftliche Arzneimittel ist vom 21. Februar 1990. Diese Verordnung ist wirkstoff- bzw. wirkstoffkombinationsbezogen und enthält somit keine Fertigarzneimittel.
Off-Label-Use	Unter „Off-Label-Use“ versteht man die Anwendung eines zugelassenen Arzneimittels außerhalb der von den nationalen oder europäischen Zulassungsbehörden genehmigten Anwendungsgebiete (Indikationen). Man spricht auch von zulassungsüberschreitendem Einsatz des Arzneimittels. Grundsätzlich dürfen in Deutschland Medikamente zu Lasten der Krankenkassen nur zur Behandlung derjenigen Erkrankungen eingesetzt werden, für die ein Hersteller die arzneimittelrechtliche Zulassung bei den zuständigen Behörden (BfArM/EMA) erwirkt hat. Die Angaben, welche Krankheiten entsprechend der Zulassung mit einem Arzneimittel behandelt werden dürfen, finden sich unter anderem in der Gebrauchsinformation (daher der Begriff „Label“ zu Deutsch: Etikett oder Kennzeichnung). Die Anwendung von in Deutschland (noch) nicht zugelassenen Arzneimitteln wird mit dem Begriff „Off-Label-Use“ nicht umfasst.
Orphan Drugs	Als „Orphan Drugs“ (Orphan engl. für Waise) werden Arzneimittel bezeichnet, die für die Behandlung seltener Krankheiten eingesetzt werden. Da es für diese Arzneimittel nur einen kleinen Markt gibt, bestehen für die pharmazeutische Industrie kaum Anreize, in Forschung für diese seltenen Krankheitsbilder zu investieren.

OTC-Präparate	Die Abkürzung OTC kommt aus dem Englischen und bedeutet: over the counter = über den Tresen (der Apotheke). Damit sind Medikamente gemeint, die zwar apotheken-, aber nicht verschreibungspflichtig sind und somit auch ohne Rezept des Arztes von jedem Bürger in der Apotheke gekauft werden können.
OTC-Übersicht	In der „OTC-Übersicht der ordnungsfähigen, nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel“ werden die nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel zusammengefasst, die ausnahmsweise zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden dürfen. Als Ausnahmen werden Arzneimittel aufgeführt, die für eine bestimmte schwerwiegende Erkrankung (Indikation) den Standard in der Therapie darstellen.
Palliativmedizin	Palliativmedizin ist die angemessene medizinische Versorgung von Menschen mit einer nicht heilbaren, weit fortgeschrittenen Erkrankung, deren Lebenserwartung begrenzt ist. Die Kontrolle von Schmerzen und anderen Symptomen sowie Betreuung bei psychischen, sozialen und spirituellen Problemen stehen im Vordergrund, um die Lebensqualität der Patienten und ihrer Angehörigen zu verbessern.
Partizipative Entscheidungsfindung	Partizipative Entscheidungsfindung (oder auch die englische Variante „Shared Decision Making“) wird in der Medizin die Interaktion bzw. Kommunikation zwischen Arzt und Patient genannt, die darauf zielt, zu einer von Patient und Arzt gemeinsam verantworteten Übereinkunft über eine angemessene medizinische Behandlung zu kommen.
Praxisgebühr	Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz 2004 wurde die Praxisgebühr eingeführt. Pro Quartal muss jeder Patient seitdem zehn Euro für den ersten Besuch beim Arzt, Zahnarzt oder Psychotherapeuten zahlen. Ausgenommen von der Praxisgebühr ist, wer vom Hausarzt an einen Facharzt überwiesen wird. Voraussetzung ist, dass beide Arztbesuche im selben Quartal liegen. Ebenso ausgenommen von der Praxisgebühr sind Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen, sowie Behandlungen wegen Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten.
Prozessqualität	Bei der Prozessqualität stellt sich die Frage nach dem „Wie“ der Behandlung. Wie wird diagnostiziert/therapiert? Wie läuft der Behandlungsprozess ab? Werden Therapiestandards eingehalten? Prozessqualität bezieht sich somit direkt auf medizinische Fragen.
Qualitätsberichte der Krankenhäuser	Seit dem Jahr 2003 sind Krankenhäuser in Deutschland gesetzlich verpflichtet, regelmäßig strukturierte Qualitätsberichte zu veröffentlichen. Die Berichte sollen der Information von Patientinnen und Patienten sowie den einweisenden Ärztinnen und Ärzten dienen. Krankenkassen können Auswertungen vornehmen und für ihre Versicherten Empfehlungen aussprechen. Für Krankenhäuser eröffnen sie die Möglichkeit, Leistungen und Qualität darzustellen und damit um das Vertrauen der Patientinnen und Patienten zu werben.
RCT – Randomized Controlled Trial	Randomisierte kontrollierte Studien (RCT = randomized controlled trial) sind sehr hochwertige Studien, die eine große Aussagekraft haben. Sie gelten in der Wissenschaft als der „Goldstandard“. In einer klinischen Studie wird der Einfluss einer medizinischen Behandlung auf den Verlauf einer Krankheit in einem kontrollierten experimentellen

Umfeld am Menschen erforscht: „kontrolliert“, weil es sowohl eine Experimentalgruppe als auch eine Kontrollgruppe gibt. An den Mitgliedern der Experimentalgruppe wird die Intervention durchgeführt, die Mitglieder der Kontrollgruppe (Placebogruppe) erhalten dagegen nur eine Schein-Intervention (Placebo). Somit lassen sich Unterschiede der beiden Gruppen hinsichtlich des eintretenden Effekts direkt auf die Intervention zurückführen.

„Randomisiert“ heißt diese Studienart, weil die Zuordnung der Probanden zur Experimental- oder Kontrollgruppe zufällig erfolgt. Dadurch ist gewährleistet, dass beide Gruppen in ihrer Zusammensetzung zueinander weitgehend gleichwertig sind.

Randomisierte kontrollierte Studien sind zudem doppelt verblindet, d. h. sowohl der Proband selbst als auch die Versuchsleiter wissen nicht, ob der Proband zur Experimental- oder zur Kontrollgruppe gehört. Hierdurch beugt man Verzerrungseffekten (Bias) vor.

Risikostrukturausgleich	Der Risikostrukturausgleich ist ein finanzieller Ausgleichsmechanismus in sozialen Krankenversicherungssystemen mit Wahlfreiheit zwischen den Krankenkassen. Um das Problem der Risikoselektion zu mindern, bezahlen entweder Krankenversicherer mit einer „guten“ Risikostruktur ihrer Versicherten Ausgleichszahlungen an Versicherer mit einer „schlechten“ Risikostruktur oder jene mit der „guten“ Risikostruktur erhalten geringere Zuweisungen von einer zentralen Stelle als solche mit einer „schlechten“ Risikostruktur. In der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung ist der Risikostrukturausgleich seit 1994 eingeführt.
RSAV – Risikostrukturausgleichsverordnung	Verordnung über das Verfahren zum Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung
Selbsthilfekontaktstellen	Selbsthilfekontaktstellen sind örtlich oder regional arbeitende professionelle Beratungseinrichtungen mit hauptamtlichem Personal. Sie nehmen eine Wegweiserfunktion im System der gesundheitlichen und sozialen Dienstleistungsangebote ein und verbessern die Infrastruktur für die Entstehung und Entwicklung von Selbsthilfegruppen. Selbsthilfekontaktstellen arbeiten themen-, bereichs- und indikationsgruppenübergreifend.
Selbstverwaltung	Bestimmte Aufgaben von öffentlichem Interesse, wie beispielsweise die Gesundheitsversorgung seiner Bürger, überträgt der Staat der Selbstverwaltung. Die gesetzliche Krankenversicherung wird gemeinsam durch Vertrags(zahn)ärzte, Krankenkassen sowie Krankenhäuser verwaltet. Gremien dieser gemeinsamen Selbstverwaltung sind vor allem der Gemeinsame Bundesausschuss, die Bewertungsausschüsse, Zulassungsausschüsse, Schiedsämter und Prüfungsausschüsse im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung.
Sozialgesetzbuch (SGB)	Das Sozialgesetzbuch fasst die wichtigsten Sozialgesetze zusammen. Neben dem fünften Buch des Sozialgesetzbuches (SGB V), in dem alle Bestimmungen zur gesetzlichen Krankenversicherung zusammengefasst sind, haben folgende Bücher des Sozialgesetzes Relevanz für das deutsche Gesundheitswesen: SGB IV – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung SGB VI – Gesetzliche Rentenversicherung SGB VII – Gesetzliche Unfallversicherung

SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen

SGB XI – Soziale Pflegeversicherung

Strukturqualität	Strukturqualität beschreibt u.a. den Facharztstandard und die technische Ausstattung einer Institution, die räumlichen Gegebenheiten und die Ablauforganisation. Die Teilnahme an Qualitätssicherungsmaßnahmen, Qualitätszirkeln und Weiterbildungsveranstaltungen sind weitere Indikationen für Strukturqualität.
Verbotsvorbehalt	In der stationären Versorgung im Krankenhaus können neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden – anders als in der niedergelassenen Arztpraxis – grundsätzlich ohne vorherige Prüfung durch den G-BA unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots zu Lasten der GKV erbracht werden, solange der G-BA nicht ausdrücklich etwas anderes beschließt (§ 137c SGB V).
Verschreibungspflicht	Das Arzneimittelgesetz (§ 49 AMG) verlangt zum Schutz des Patienten, dass bestimmte Arzneimittel nur nach Vorlage einer ärztlichen oder zahnärztlichen Verschreibung an den Patienten abgegeben werden dürfen. Dazu gehören alle Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen sowie Nachahmerprodukte mit einer neuen Zulassung. Die Verschreibungspflicht ist ab dem Tag der Zulassung zunächst für fünf Jahre befristet, wird aber in der Regel weiter verlängert.
Vertragsarzt	Jeder (Zahn-)Arzt, der eine Zulassung zur vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung erhalten hat, kann zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) Leistungen erbringen. Die Zulassung ist an bestimmte Voraussetzungen gebunden: So müssen (Zahn-)Ärzte zum Beispiel die Eintragung in das Arztregister und ihre Eignung nachweisen sowie zusätzlich an einem Einführungslehrgang der GKV teilnehmen.
Weltgesundheitsorganisation (WHO)	Die Weltgesundheitsorganisation (engl. World Health Organization) ist eine Sonderorganisation der Vereinten Nationen mit Sitz in Genf (Schweiz). Sie wurde 1948 gegründet und zählt 193 Mitgliedstaaten. Sie ist die Koordinationsbehörde der Vereinten Nationen für das internationale öffentliche Gesundheitswesen. Eine zentrale Aufgabe der WHO ist es, Leitlinien, Standards und Methoden in gesundheitsbezogenen Bereichen zu entwickeln, zu vereinheitlichen und weltweit durchzusetzen.
Zulassung von Arzneimitteln	Fertigarzneimittel im Sinne des Arzneimittelgesetzes (AMG) dürfen nur nach behördlicher Zulassung (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte/BfArM, Paul-Ehrlich-Institut/PEI) in den Verkehr gebracht werden. Die Zulassung ist auch wesentliche Voraussetzung für die Verordnung eines Arzneimittels in der vertragsärztlichen Versorgung, da die Versicherten grundsätzlich nur Anspruch auf Versorgung mit zugelassenen Arzneimitteln haben.

Die wichtigsten Institutionen auf einen Blick

ABDA	Bundesvereinigung deutscher Apothekerverbände	DBR	Deutscher Behindertenrat
ADT	Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren	DGS	Deutsche Gesellschaft für Senologie
AkdÄ	Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft	DIMDI	Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse	DGVP	Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten
AQUA-Institut	Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen	DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften	DKG	Deutsche Krebsgesellschaft
ÄZO	Ärztliches Zentrum für Qualität	DKH	Deutsche Krebshilfe e.V.
BAG SH	Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe	DKI	Deutsches Krankenhausinstitut
BAGP	Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen	DVSG	Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen
BAH	Bundesverband der Arzneimittelhersteller	EMA	Europäische Agentur für die Beurteilung von Arzneimitteln
BÄK	Bundesärztekammer	FSA	Freiwillige Selbstkontrolle für die Arzneimittelindustrie
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte	G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
BKK	Betriebskrankenkasse	GEKID	Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e. V.
BMG	Bundesministerium für Gesundheit	InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
BPI	Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie	IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
BQS-Institut	Institut für Qualität und Patientensicherheit	KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
BVA	Bundesversicherungsamt	KOK	Konferenz Onkologischer Kranken- und Kinderkrankenpflege
BzgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung	KoQK	Kooperationsverbund Qualitätssicherung durch Klinische verbund Krebsregister
DAG SHG	Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen	KV	Kassenärztliche Vereinigung
DAHTA	Deutsche Agentur für Health Technology Assessment	LKK	Landwirtschaftliche Krankenkasse
DBfK	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe	MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
		MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen

NAKOS	Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen	vdek	Verband der Ersatzkassen
		VfA	Verband forschender Arzneimittelhersteller
PARITÄTISCHER	Paritätischer Wohlfahrtsverband	Vzbv	Verbraucherzentrale Bundesverband
PEI	Paul-Ehrlich-Institut – Bundesinstitut für Impfstoffe und biomedizinische Arzneimittel	WHO	World Health Organization
PKV-Verband	Verband der Privaten Krankenversicherungen	ZfKD	Zentrum für Krebsregisterdaten
		ZI	Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung
RKI	Robert Koch-Institut (früher: Bundesgesundheitsamt)		
UPD	Unabhängige Patientenberatung Deutschland		

Gesamtschau der Gremien

Hier finden Sie eine Gesamtschau der Gremien, in denen die Frauenselbsthilfe nach Krebs zurzeit (Stand 2011) aktiv ist.

Gremien	Sitzungshäufigkeit	Sitzungsort	Dauer einer Sitzung
KoQK	3 - 4 x jährlich	Berlin	4 - 5 Std.
gesundheitsziele.de	3 - 4 x jährlich	Berlin	4 - 5 Std.
Patientenforum	2 - 3 x jährlich	Berlin	4 - 5 Std.
Nationaler Krebsplan	5 - 6 x jährlich	Bonn/Berlin	6 Std.
AQUA	2 - 3 x jährlich	Göttingen	3 - 4 Std.
IOWiG	2 - 3 x jährlich	Köln	3 - 4 Std.
Zertifizierungskommission Brustzentren	2 x jährlich	wechselnd	5 Std.
Zertifizierungskommission Onkologische Zentren	2 x jährlich	Berlin	5 Std.
Leitlinienarbeit	3 - 4 x pro LL	wechselnd	1 - 2 täglich
Patientenleitlinien	1 - 2 x pro LL	Berlin	4 - 5 Tel. - Konferenzen
Fachausschuss DKH	3 x jährlich	Bonn	4 Std.
Beirat DGS	1 x jährlich	wechselnd	3 Std.
AK Versorgungsqualität	4 - 5 x jährlich	Berlin	4 Std.
G-BA	unterschiedlich	Berlin	6 Std.

Index

A

- Allgemeine Ambulante Palliativversorgung (AAPV) 43
- AMNOG – Gesetz zur Neuordnung
des Arzneimittelmarktes 10, 33, 34
- AOK – Allgemeine Ortskrankenkassen 16, 18, 61
- Apothekerkammern 26, 27, 30
- AQUA – Institut für angewandte
Qualitätsförderung und Forschung
im Gesundheitswesen 31, 40, 61, 63
- Arbeitsgemeinschaft der
Wissenschaftlichen Medizinischen
Fachgesellschaften (AWMF) 27, 34, 38, 40, 61
- Arbeitsgemeinschaft Deutscher
Tumorzentren (ADT) 18, 27, 38, 40, 61
- Arzneimittelgesetz 15, 52, 60
- Arzneimittelhersteller 14, 26, 28, 30, 61, 62
- Arzneimittelkommission der deutschen
Ärzteschaft (AkdÄ) 27, 61
- Arzneimittel-Richtlinie 52
- Ärzttekammern 26, 27
- Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
(ÄZQ) 27, 38, 61
- Aut-idem-Regelung 52

B

- Belastungsgrenzen 42
- Bewertungsausschuss 12, 52, 59
- BKK – Betriebskrankenkassen 18
- Brustkrebszentren 37
- BundesArbeitsGemeinschaft der
PatientInnenstellen (BAGP) 29, 30, 61
- Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe
(BAG SH) 29, 61
- Bundesärztekammer 14, 26, 28, 30, 38, 40, 47, 48, 61
- Bundesinstitut für Arzneimittel
und Medizinprodukte (BfArM) 8, 15, 27, 33, 57, 60, 61
- Bundeskrebsregisterdatengesetz 36, 53
- Bundesmantelvertrag (BMV) 53
- Bundesministerium für
Gesundheit (BMG) 8, 14, 15, 16, 19, 25, 37, 61
- Bundesverband der Arzneimittel-
Hersteller e.V. (BAH) 18, 28, 30, 61

- Bundesverband der Pharmazeutischen
Industrie (BPI) 28, 30, 61
- Bundestag 8, 9, 13, 14, 15, 17, 36, 53
- Bundesvereinigung Deutscher
Apothekerverbände (ABDA) 27, 30, 61
- Bundesversicherungsamt (BVA) 8, 16, 61
- Bundeszentrale für gesundheitliche
Aufklärung (BzgA) 8, 16, 61

C

- Chroniker-Regelung 42, 53
- Chroniker-Richtlinie 53

D

- Darmkrebszentren 37
- Deutsche Arbeitsgemeinschaft
Selbsthilfegruppen e.V. (DAG SHG) 28, 29, 47, 61
- Deutsche Gesellschaft
für Senologie (DGS) 27, 38, 40, 48, 61, 63
- Deutsche Krankenhaus-
gesellschaft (DKG) 8, 22, 25, 27, 34, 39, 40, 61
- Deutsche Krebshilfe e.V. 30, 34, 37, 61
- Deutscher Behindertenrat (DBR) 29, 61
- Deutsches Institut für medizinische
Dokumentation und Information (DIMDI) 8, 16, 55, 61
- Disease Management Programme (DMP) 24, 43, 53
- DRG 8, 44, 53

E

- Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM) 52, 54
- EMA – European Medicines Agency 15, 57, 61
- Epidemiologische Krebsregister 35, 54
- Ergebnisqualität 32, 35, 54
- Erlaubnisvorbehalt 32, 54
- Evaluation 15, 39, 54, 55
- Evidenzbasierte Medizin 38, 54
- Externe stationäre Qualitätssicherung 31, 40

F

- Fachgesellschaften 7, 27, 34, 37, 38, 48, 61
- Fallpauschalen 44, 54, 55
- Festbetragssystem 9, 33, 55
- Frauenselbsthilfe nach Krebs 15, 27, 48, 51
- Freiwillige Selbstkontrolle für
die Arzneimittelindustrie 28, 61

G

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)	22, 48
Gemeinsame Selbstverwaltung	12, 22
Generika	30, 55
Gesundheitsberichterstattung	14, 16, 18
gesundheitsziele.de	39, 47, 63
GKV-Modernisierungsgesetz (GKV-GMG)	42
GKV-Spitzenverband	14, 18, 19, 21, 25, 47
GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG)	10
Gynäkologische Krebszentren	37

H

Hamburger Modell	46
Hartmannbund	11, 20, 27
Hausarztmodell	41
Haus der Krebs-Selbsthilfe	55, 68
Häusliche Krankenpflege	43
Hautkrebszentren	37
Health Technology Assessment (HTA)	16, 55

I

ICD 10	53, 55
IKK – Innungskrankenkassen	18
Individuelle Gesundheitsleistungen (IGel)	42
Institut für das Entgeltsystem (InEK)	44, 61
Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)	10, 24, 25, 26, 31, 33, 38, 43, 56

K

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)	21, 22, 25, 38, 52, 61
Kassenärztliche Vereinigungen	14
Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung	14, 20, 21, 28, 47, 54, 61
Kassenzahnärztliche Vereinigungen	25
Klinische Krebsregister	35, 36, 40, 48, 55
Knappschaft-Bahn-See (KBS)	18
Konferenz Onkologischer Kranken- und Kinderkrankenpflege (KOK)	40, 61
Kooperationsverbund Qualitätssicherung durch Klinische Krebsregister (KoQK)	40, 61, 63

Korporatistische Steuerung	22, 27
Kosten-Nutzen-Bewertung	10, 56
Krankenhausgesellschaften	12, 18, 22, 25
Krankenhausversorgung	14, 15, 17, 44
Krebsregister	35, 40, 48, 53, 54, 55

L

Landesärztekammern	26, 27
Landwirtschaftliche Krankenkasse	18, 61
Leistungskatalog	12, 41, 42, 54, 56
Leitlinien	25, 27, 34, 35, 38, 48, 54, 60, 63
Leitlinienprogramm Onkologie	34, 35, 48
Lifestyle-Präparate	9, 10, 56
Lungenkrebszentren	37

M

Marburger Bund	27
Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK)	19, 25, 61
Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS)	19, 25, 62
Medizinische Versorgungszentren	12, 31, 41, 56
Medizinprodukte	10, 15, 16, 27, 33, 56, 60, 61
Mindestmengen	32, 57
Morbidität	57
Mortalität	57

N

Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS)	47, 62
Nationaler Krebsplan (NKP)	36
NAV-Virchow-Bund – Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V.	27
Negativliste	57
Nutzenbewertung	33, 56

O

Öffentlicher Gesundheitsdienst	17
Off-Label-Use	57
Onkologische Zentren	37, 38, 48, 63
Organkrebszentren	37
OTC-Präparate	9, 58
OTC-Übersicht	58

P

Palliativmedizin.....	43, 58
Patientenrelevanter Nutzen	33
Paritätischer Wohlfahrtsverband.....	29, 62
Partizipative Entscheidungsfindung	37, 58
Patientenbeauftragter der Bundesregierung	17
Patientenbeteiligungsverordnung	28
Patienteninformation.....	24, 37, 38
Patientenleitlinien.....	27, 35, 38, 63
Patientenorganisationen.....	30, 36
Patientenvertreter.....	23, 29, 33, 37, 43, 47, 51
Paul-Ehrlich-Institut (PEI).....	16, 60, 62
Praxisgebühr	42, 58
Prostatakarzinom-Zentren	37
Prozessqualität.....	35, 58

Q

Qualitätsberichte der Krankenhäuser	58
Qualitätsmanagement.....	24, 31, 32, 35, 36, 37, 38
Qualitätsmanagement für Arztpraxen.....	31

R

RCT – Randomisierte kontrollierte Studie.....	58
Rehabilitation	15, 19, 44, 45, 60
Rentenversicherung	15, 28, 36, 45, 46, 59
Risikostrukturausgleich.....	16, 59
Robert Koch-Institut (RKI)	16, 62
RSAV – Risikostrukturausgleichsverordnung.....	59

S

Sachleistungsprinzip	13, 21
Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen	14, 16
Schlichtungs- und Gutachterkommissionen	26
Selbsthilfe	15, 16, 27, 28, 29, 38, 47
Selbstverwaltung.....	12, 18, 59
SGB V – Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch.....	59
Solidaritätsprinzip.....	13
Sozialgesetzbuch.....	15, 18, 59
Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)....	43
Stichprobenprüfung	31
Strukturierte Behandlungsprogramme (DMP) ..	24, 43, 53
Strukturqualität.....	35, 60

V

Verband der Privaten Krankenversicherungen (PKV-Verband)	28, 30, 62
Verband forschender Arzneimittel- hersteller e.V. (VfA)	28, 62
Verbotsvorbehalt.....	32, 60
Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.	30, 62

W

Weltgesundheitsorganisation (WHO)	47, 55, 60, 62
Wissenschaftliche Fachgesellschaften	27

Z

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI)	22, 62
Zertifizierungssystem	37
Zuzahlungen	42, 44, 53



Frauenselbsthilfe nach Krebs Bundesverband e.V.

Haus der Krebs-Selbsthilfe

Thomas-Mann-Straße 40

53111 Bonn

Telefon: 0228 – 33889 - 400

Telefax: 0228 – 33889 - 401

E-Mail: kontakt@frauenselbsthilfe.de

Internet: www.frauenselbsthilfe.de