

Dr. Uwe K. Preusker

Lexikon des deutschen Gesundheitssystems

Leseprobe

7., überarbeitete und erweiterte Auflage

 medhochzwei

Preusker
Lexikon des deutschen Gesundheitssystems

Lexikon des deutschen Gesundheitssystems

herausgegeben von

Dr. Uwe K. Preusker

7., neu bearbeitete und erweiterte Auflage

Bibliographische Informationen der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Bei der Herstellung des Werkes haben wir uns zukunftsbewusst für umweltverträgliche und wiederverwertbare Materialien entschieden. Der Inhalt ist auf elementar chlorfreiem Papier gedruckt.

ISBN 978-3-86216-986-3

© 2023 medhochzwei Verlag GmbH, Heidelberg

www.medhochzwei-verlag.de

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Satz: Reemers Publishing Services GmbH, Krefeld
Umschlaggestaltung: medhochzwei Verlag GmbH, Heidelberg
Druck: ADverts printig house, Riga

Geleitwort

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,
als Geschäftsführer der Bayerischen Krankenhausgesellschaft und vorheriger Vorstandsvorsitzender einer gesetzlichen Krankenkasse ist es mir eine große Freude, ein Geleitwort für die 7. Auflage des Lexikons des deutschen Gesundheitssystems schreiben zu dürfen. Mit diesem Lexikon werden die wichtigsten Begriffen aus dem deutschen Gesundheitswesen über den jeweils konkreten eigenen Fachbereich im Gesundheitswesen hinweg erläutert. Damit bietet dieses Lexikon eine umfassende und verständliche Übersicht über die vielfältigen Begriffe und Zusammenhänge im Gesundheitswesen und unterstützt einen Blick über den Tellerrand.

Mit der neuen Aktualisierung wurden viele Stichworte auf den aktuellen Stand gebracht und Entwicklungen zum Beispiel im eHealth-Bereich angepasst. Neue Begriffe sind hinzugekommen, wie etwa zur aktuellen Krankenhausreform. Es wird deutlich, wie dynamisch unser Gesundheitswesen ist und dass dieses einem enormen Veränderungsprozess unterliegt. Es ist daher wichtig, sich als Akteur im Gesundheitswesen ständig mit verschiedenen Begriffen und einem veränderten Kontext vertraut zu machen. Wenn beispielsweise Krankenhäuser zukünftig stärker an der ambulanten Versorgung teilnehmen sollen, ist es für die Klinikverantwortlichen wichtig, sich verstärkt mit den grundlegenden Begriffen aus dem Bereich der Kassenärztlichen Vereinigungen vertraut zu machen. Wenn künftig niedergelassene Ärztinnen und Ärzte Leistungen zur sogenann-

ten speziellen sektorengleichen Vergütung („Hybrid-DRG“) erbringen wollen, müssen sie sich verstärkt mit Fachbegriffen im Krankenhaussystem beschäftigen.

Dieses Lexikon hilft dabei, das komplexe System des deutschen Gesundheitswesens besser zu verstehen. Besonders wertvoll erscheint mir dabei der Ansatz zu sein, die sehr präzisen Begriffserläuterungen soweit wie möglich auch um praktische Hinweise zur konkreten Anwendung zu ergänzen. Dies erhöht den Nutzen im Alltag weit über eine einfache Suche im Internet oder den neuen KI-gestützten Informationssystemen wie GPT-3.5, die zwar eine Fülle von Informationen zum deutschen Gesundheitswesen enthalten, jedoch zumindest derzeit nicht als Ersatz für ein spezialisiertes Lexikon geeignet sind, weil über solche Systeme weder Korrektheit noch Relevanz sichergestellt sind.

Mit zwischenzeitlich weit über 1.000 Begriffen ist dieses Lexikon von Uwe K. Preusker besonders für Menschen geeignet, die neu in das Gesundheitswesen einsteigen, sich in einer Weiterbildung befinden oder in einem Berufswechsel. Dies kann ich aus eigener Erfahrung feststellen bei meinem Wechsel aus dem Krankenkassen- in den Krankenhausbereich, als ich viele Begriffe neu oder zumindest präziser verstehen lernen musste.

Es ist wichtig, die Fachbegriffe der Gesundheitspolitik in Deutschland in allen Versorgungsbereichen zu verstehen, da sie grundlegend für das Verständnis und die Umsetzung von Gesundheitspolitik und

-praxis sind. In Deutschland gibt es nun einmal komplexe rechtliche, politische und wirtschaftliche Rahmenbedingungen, die die Organisation und Finanzierung der Gesundheitsversorgung beeinflussen. Die jeweiligen Fachbegriffe und die damit verbundenen Abkürzungen sind eng mit der Gesundheitspolitik verbunden. Um eine qualitativ hochwertige und effektive Gesundheitsversorgung zu gewährleisten, müssen Angehörige der Gesundheitsberufe und Entscheidungsträger auf allen Ebenen diese Fachbegriffe gut verstehen und anwenden können. Wenn sie nicht verstanden werden, können Missverständnisse und Fehlinterpretationen auftreten. Ein gutes Verständnis der Fachbegriffe der Gesundheitspolitik kann daher auch dazu beitragen, dass bessere Entscheidungen getroffen werden. Dies gilt auch für Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen, die bei einer Behandlung mit neuen Fachbegriffen konfrontiert sind, die nicht nur die Medizin und Pflege betreffen, sondern auch die Gesundheitsverwaltung, zum Beispiel bei der Beantragung einer Kostenübernahme. Auch für die einfache und verständliche

Erklärung solcher Fachbegriffe an Betroffene kann dieses Lexikon einen Beitrag leisten, um Verwirrungen und Fehlkommunikation zu vermeiden. Außerdem können Fachbegriffe im Gesundheitswesen sehr technisch sein und das Verständnis davon kann den Patientinnen und Patienten helfen, informierte Entscheidungen über ihre Behandlung und Pflege zu treffen.

Mit dem Lexikon des deutschen Gesundheitswesens haben Sie nun in 7. Auflage ein verlässliches und praktisch orientiertes Nachschlagewerk in der Hand, welches Ihnen im beruflichen Alltag helfen kann. Die Bildung einer eigenen Meinung zu den jeweiligen Themenfeldern, wie etwa zum Gemeinsamen Bundesausschuss, zum Gesundheitsfonds, zum DRG-System oder die neue angekündigte Krankenhausreform, wird dieses Lexikon aber sicher nicht ersetzen und dies ist auch gut so.

Hamburg,
im April 2023

Roland Engehausen
Geschäftsführer der
Bayerischen Krankenhausesellschaft

Vorwort

Umfassend, präzise und möglichst aktuell – das ist der Anspruch, den alle mit diesem Werk Befassten mit dem „Lexikon des deutschen Gesundheitssystems“ verfolgen. Rückmeldungen von Nutzern ebenso wie kritische Rezensionen zeigen, dass Verlag, Autoren und Herausgeber damit auf dem richtigen Weg sind. Dabei stellt die ständige und schnelle Veränderung unseres Gesundheitssystems einen nicht zu unterschätzenden Anspruch dar, der nur noch durch die Parallelität von gedrucktem Werk und elektronischer Online-Fassung erfüllt werden kann.

Wie schnell dieser Wandel tatsächlich stattfindet, wird einem als Herausgeber und Hauptautor des Lexikons besonders bei der Vorbereitung einer Neuauflage deutlich: Zusätzlich zu den unterjährigen Aktualisierungen der Online-Ausgabe sind in Vorbereitung der jetzigen bereits siebten Auflage des Lexikons alle Stichworte durchgesehen und – wo erforderlich – aktualisiert und eine ganze Reihe neuer Stichworte hinzugefügt worden.

Das Ergebnis ist die nun vorliegende, auf den Stand Anfang 2023 aktualisierte 7. Auflage, in der das *Lexikon des deutschen Gesundheitssystems* nunmehr annähernd 1.200 Stichworte umfasst.

Der Anspruch dieses Lexikons war und ist es, das deutsche Gesundheitssystem in seinen vielfältigen Facetten und vielfach komplizierten Regelungen über eine Vielzahl von Fachbegriffen aufzuschlüsseln und auf diese Weise so verständlich wie

möglich zu machen. Durch die systematischen Querverweise wird der Nutzer dabei unterstützt, indem er auf wichtige ergänzende Begriffe und Schlagworte aufmerksam gemacht wird. Darüber hinaus bietet das Lexikon zusätzlich zu präzisen Informationen zu den einzelnen Stichworten zu wichtigen Themen auch ergänzendes Hintergrundwissen.

Der Mehrwert des Lexikons wird dadurch erhöht, dass es sowohl als gedrucktes Werk als auch als elektronisches Lexikon mit regelmäßigen unterjährigen Aktualisierungen verfügbar ist. Damit steht das umfassende Wissen über das deutsche Gesundheitssystem auf verschiedensten elektronischen Endgeräten immer nur einige Klicks entfernt zur Verfügung.

Vor allem auch wegen dieses umfassenden Ansatzes ist das Lexikon des deutschen Gesundheitssystems sowohl im Rahmen der Aus-, Weiter- und Fortbildung der verschiedenen Gesundheitsberufe, aber auch für gestandene Fachleute des Gesundheitssystems als zuverlässiger Helfer in Zweifelsfragen jenseits des eigenen Fachgebietes mittlerweile längst zu einem Standard-Nachschlagewerk für das sich schnell verändernde Gesundheitssystem in Deutschland geworden.

Ausdrücklich möchte ich dem medhochzwei Verlag dafür danken, dass er – trotz eines erkennbar anderen Trends bei vielen Lexika – neben der Online-Version auch an der gedruckten Ausgabe des Lexikons festhält. Die positive Resonanz, die mich

Vorwort

erreicht, zeigt, dass diese Entscheidung richtig ist!

An dieser Stelle soll außerdem meiner Frau Leena Preusker und meinem Sohn Sven Preusker gedankt werden, ohne deren un-

ermüdliche Unterstützung dieses Werk nicht hätte entstehen können.

Heidelberg, Berlin, Vantaa,
im April 2023

Dr. Uwe K. Preusker
– Herausgeber –

Lexikoneinträge¹

A

ABDA

Abteilungspflegesatz

Äquivalenzprinzip

Ärztammer

Ärzttestatistik

Ärzteverbände

Ärztlicher Direktor

AG

Agaplesion

aG-DRG

AHB

Akquisition

Aktie

Aktiengesellschaft

Aktienkapital

Akutklinik

Akutkrankenhaus

Allgemeinarzt

Allgemeine Ortskrankenkasse

Altenbetreuung

Altenpflege

Altenpflegegesetz

Altenpflegehelfer/in

Altenpfleger/in

Alterung

Alterungsrückstellung

Ambulante Behandlung im Krankenhaus

Ambulantes Operieren

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung

Ambulante Versorgung

Ambulantisierungspotential

Ambulant-sensitive Krankenhaufälle

Ameos AG

AMG-Novelle, 15.

AMNOG

AMVSG

Analogpräparatliste

Angebot

Angebot, indikatives

Angebotskapazität

Angebotsplanung

Angebotsplanung, staatliche

Angebotsportfolio

Anschlussheilbehandlung

Antikorruptionsgesetz

AOK

AOP-Katalog

AP-DRG

Apotheke

Apothekengesetz

Apotheker

Apothekerkammer

Approbation

Arbeitgeberanteil

Arbeitsbedingungen

Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landes-
gesundheitsbehörden

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftli-
chen Medizinischen Fachgesellschaften

Arbeitsmarkt

Arbeitsmedizin

Arbeitszeitgesetz

Arbeitszeitrichtlinie

AR-DRG

Arzneimittel

Arzneimittel-Atlas

Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz

Arzneimittel-Ausgabenentwicklung

Arzneimittelbudget-Ablösegesetz

¹ Die Sortierung der Stichworte erfolgt streng alphabetisch. Bindestriche, Leerzeichen oder Kommata werden für die Sortierung nicht beachtet, d. h. die Begriffe werden so eingeordnet, als seien Bindestrich, Leerzeichen oder Komma nicht vorhanden. Umlaute werden in der Sortierung als ae, oe bzw. ue behandelt. Römische Zahlen werden nach ihren Werten aufsteigend geordnet.

Meinungsbildungsprozess der Gesellschaft mit und entwickelt aus der Sicht der Ärzteschaft Perspektiven für eine bürger-nahe und verantwortungsbewusste Gesundheits- und Sozialpolitik. Hierzu zählen insbesondere

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

Die BÄK unterstützt die Arbeit der Ärztekammern auf Landesebene und nimmt dabei mittelbar auch gesetzliche Aufgaben wahr. Unmittelbare gesetzliche Aufgaben sind der BÄK u. a. im Rahmen der Qualitätssicherung sowie der Transplantationsgesetzgebung zugewachsen.

Der einmal jährlich stattfindende → *Deutsche Ärztetag* ist die Hauptversammlung der Bundesärztekammer, das „Parlament der Ärzteschaft“. Der Präsident und die beiden Vizepräsidenten der Bundesärztekammer werden vom Deutschen Ärztetag für die Dauer von vier Jahren gewählt. Für die Amtsperiode 2019 bis 2023 wurde auf dem 122. Deutschen Ärztetag in Münster der Allgemeinmediziner Dr. Klaus Reinhardt zum Präsidenten der Bundesärztekammer gewählt. Als Vizepräsidenten wurden die Präsidentin der Ärztekammer Bremen, Dr. Heidrun Gitter, sowie die Präsidentin der Landesärztekammer Thüringen Dr. Ellen Lundershausen gewählt. Für die Mitte 2021 verstorbene Heidrun Gitter wurde vom 125. Deutschen Ärztetag der Präsident der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz Dr. Günther Matheis in das Amt eines der beiden Vizepräsidenten nachgewählt.

Gemeinsam mit der → *Kassenärztlichen Bundesvereinigung* unterhält die Bundesärztekammer das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ).

Sitz der Bundesärztekammer ist Berlin.

Bundesamt für Soziale Sicherung

Abkürzung BAS. Dabei handelt es sich um den seit Anfang 2020 geltenden neuen Namen für das → *Bundesversicherungsamt*.

Das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) führt die Rechtsaufsicht über die bundesunmittelbaren Träger der gesetzlichen → *Kranken-*, → *Renten-* und → *Unfallversicherung* sowie der sozialen → *Pflegever-*

sicherung. Zudem nimmt das BAS eine Reihe von Verwaltungsaufgaben wahr, wie beispielsweise die Bewirtschaftung der Bundeszuschüsse und sonstigen Zuweisungen des Bundes an die Rentenversicherung, die Zulassung von Behandlungsprogrammen für chronisch Kranke (→ *Disease Management Programm*), die Durchführung des Finanzausgleichs in der sozialen Pflegeversicherung und des Risikostrukturausgleichs sowie die Verwaltung des → *Gesundheitsfonds*.

Bundes-Angestelltentarifvertrag

Der Bundes-Angestelltentarifvertrag, besser bekannt unter dem Kürzel BAT, wurde nach insgesamt acht Jahre dauernden Verhandlungen am 23. Februar 1961 in Bad Nauheim von den Tarifparteien des öffentlichen Dienstes unterschrieben und trat am 1. April 1961 in Kraft. Er wurde nach insgesamt über 44jähriger Gültigkeit mit dem 1. Oktober 2005 vom → *Tarifvertrag öffentlicher Dienst* (TVöD) abgelöst.

Der BAT galt für alle Angestellten im Dienste des Bundes, der Länder und der Gemeinden. Neben den für alle Angestellten gültigen Regelungen enthielt der BAT eine Vielzahl von Sonderregelungen für spezielle Beschäftigten-Gruppen. Die Sonderregelungen (SR) 2a und c regelten den → *Bereitschaftsdienst* und die → *Rufbereitschaft* in → *Krankenhäusern*.

Für den Krankenhausbereich stand der BAT viele Jahre in der Kritik, weil er zu unflexibel war und unter anderem die Bezahlung vieler Beschäftigten-Gruppen nach dem BAT nicht mehr wettbewerbsfähig war. Auch die Steigerung der Tarifgehälter mit dem Alter und Zulagen nach dem Familienstand und der Kinderzahl galten als nicht mehr zeitgemäß. Dementsprechend sieht der TVöD Neuregelungen vor. Damit soll unter anderem eine stärkere Bezahlung nach Leistung möglich werden. Dennoch wird in Krankenhauskreisen nach wie vor überlegt, ob ein spezieller Tarif-

vertrag für Krankenhäuser nicht der bessere Weg wäre. Vor allem einzelne große private Krankenhaus-Gruppen streben eigene Gruppentarifverträge mit den Gewerkschaften an. Der erste solche bundesweit gültige Gruppen-Tarifvertrag wurde im Herbst 2004 zwischen der → *Paracelsus-Kliniken Deutschland GmbH* und der Dienstleistungsgewerkschaft → *ver.di* abgeschlossen.

Bundesbasisfallwert

Rechnerischer bundeseinheitlicher → *Basisfallwert* für das gesamte Bundesgebiet, dessen Einführung mit dem Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der → *Krankenhausfinanzierung* ab dem Jahr 2009 (→ *Krankenhausfinanzierungsreformgesetz* – KHRG) geregelt wurde.

Danach sollen die unterschiedlichen → *Landesbasisfallwerte* ab 2010 in einem Zeitraum von fünf Jahren schrittweise in Richtung auf einen einheitlichen Bundesbasisfallwertkorridor um einen bundeseinheitlichen Basisfallwert (Bundesbasisfallwert) angenähert werden. Von dieser Konvergenz wird eine Bandbreite (Korridor) in Höhe von +2,5 Prozent bis -1,25 Prozent um einen rechnerisch ermittelten einheitlichen Basisfallwert ausgenommen. Für die jährliche Absenkung des Landesbasisfallwerts an den einheitlichen Basisfallwertkorridor ist zudem eine Obergrenze vorgegeben worden, die die entstehende Belastung für die Krankenhäuser in den betroffenen Ländern begrenzt und zugleich den Konvergenzzeitraum entsprechend verlängert.

Das vom Bundestag am 12. November 2010 verabschiedete „→ *Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung*“ (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG) sieht allerdings einen Verzicht auf das bisherige Vorhaben zur Weiterentwicklung der → *Landesbasisfallwerte* zu einem Bundesbasisfallwert vor. Beibe-

Knappschaft bundesweit geöffnet und damit für alle Mitglieder der → *Gesetzlichen Krankenversicherung* frei wählbar, und zum 1. Januar 2008 fusionierten die Knappschaft und die See-Krankenkasse zur Knappschaft.

Mit ihrem Verbundsystem nimmt die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See in der deutschen → *Sozialversicherung* einen Ausnahmeplatz ein, denn sie ist gleichzeitig Teil der gesetzlichen Krankenversicherung und der Rentenversicherung. Anders als bei den übrigen → *Krankenkassen* war die Knappschaft auch nach Einführung der freien Krankenkassenwahl im Jahre 1996 bis zum 31. März 2007 eine gesetzliche Zuweisungskasse geblieben. Versicherungspflichtige Mitglieder hatten damit kein Wahlrecht; vielmehr war das berufsständische Prinzip bis Ende März 2007 Grundlage der knappschaftlichen Versicherung. Nach der Fusion mit der See-Krankenkasse Anfang 2008 hat die Knappschaft rund 1,6 Millionen Versicherte. Mitte 2021 waren in der Krankenversicherung der Knappschaft-Bahn-See rund 1,5 Millionen Menschen versichert. Eine weitere Besonderheit stellt die Tatsache dar, dass die Knappschaft ein eigenes Netz medizinischer Versorgungsangebote unterhält.

Die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See hat ihren Sitz in Bochum und ist wie alle Träger der Sozialversicherung eine Körperschaft des öffentlichen Rechts mit → *Selbstverwaltung*.

Bundesmantelvertrag

Der Bundesmantelvertrag (Abkürzung: BMV; auch Bundesmantelvertrag-Ärzte – BMV-Ä genannt) wird von der → *Kassenärztlichen Bundesvereinigung* (KBV) und den → *Spitzenverbänden der Krankenkassen* (seit Mitte 2008 der → *Spitzenverband Bund der Krankenkassen*) vereinbart und beinhaltet nach den Regelungen des § 82

→ *SGB V* den allgemeinen Inhalt der → *Gesamtverträge*, die die → *Kassenärztlichen Vereinigungen* mit den Landesverbänden der → *Krankenkassen* zu vereinbaren haben. Bundesmantelvertrag und Gesamtverträge bilden die beiden Teile des vom Gesetzgeber vorgeschriebenen zweistufigen Vertragssystems zur Ausgestaltung der Rechtsbeziehungen zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den → *gesetzlichen Krankenkassen*.

Bestandteile des Bundesmantelvertrages sind unter anderem der → *Einheitliche Bewertungsmaßstab* (EBM) für die ambulanten ärztlichen Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung sowie die vom → *Gemeinsamen Bundesausschuss* (G-BA) erlassenen Richtlinien, Einzelheiten über die Abrechnung ärztlicher → *Leistungen*, den Umfang der Leistungen in der ambulanten Medizin sowie Vereinbarungen zur → *Qualitätssicherung*.

Die jeweils geltenden Vergütungen der an der vertragsärztlichen → *Versorgung* teilnehmenden Ärzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen werden dagegen von den Landesverbänden der Krankenkassen und den → *Ersatzkassen* mit den jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen durch den Abschluss von Gesamtverträgen geregelt.

Bundesministerium für Gesundheit

Eines der insgesamt 15 Bundesministerien der Bundesrepublik Deutschland. Seit dem 8. Dezember 2021 hat der SPD-Politiker Karl Lauterbach das Amt des Bundesministers für Gesundheit inne. Parlamentarische Staatssekretäre sind seither die SPD-Politikerin Sabine Dittmar und der SPD-Politiker Edgar Franke, beamtete Staatssekretäre sind Thomas Steffen und Antje Draheim. Das Bundesministerium für Gesundheit in seinem heutigen Zuschnitt ist nach den vorgezogenen Neuwahlen zum Deutschen Bundestag am 18. September 2005 und der nachfolgenden Regierungsneubildung

durch Teilung des bis dahin existierenden → *Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung* in ein Bundesministerium für Gesundheit und die Zuordnung des Sozialbereiches zum neu gebildeten Bundesministerium für Arbeit und Soziales entstanden.

Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung existierte in dieser Form erst seit Ende 2002, als das bis dahin existierende Bundesministerium für Gesundheit um die Zuständigkeit für die gesetzliche Renten- und → *Unfallversicherung* erweitert wurde. Außer für die Arbeitslosenversicherung war es damit für die übrigen vier Zweige der Sozialversicherung (→ *Krankenversicherung*, → *Pflegeversicherung*, Rentenversicherung sowie Unfallversicherung) zuständig.

Erstmals eingerichtet wurde das Bundesministerium für Gesundheit im Jahre 1961. Acht Jahre später (1969) wurden das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für Familie und Jugend zum neuen Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit zusammengeschlossen. 1991 wurde dann das Bundesministerium für Gesundheit geschaffen, das im Zuge dieser Neuordnung vom Bundesarbeitsministerium erstmals die Zuständigkeit für die → *gesetzliche Krankenversicherung* übernahm.

Im heutigen Zuschnitt besitzt das BMG die Zuständigkeit für die gesetzliche Krankenversicherung, die soziale Pflegeversicherung sowie für Gesundheitsvorsorge und → *Prävention*. Darüber hinaus ist es unter anderem für die Rahmenvorschriften für die Herstellung, klinische Prüfung, Zulassung, die Vertriebswege und Überwachung von → *Arzneimitteln* und → *Medizinprodukten* zuständig. Im Rahmen der Krankheitsbekämpfung gehört die Prävention der Drogen- und Suchtgefahren zum Verantwortungsbereich des Ministeriums. In den Aufgabenbereich des Ministeriums gehören auch die Berufsgesetze für die Aus-

bildungen in den → *Heilberufen*. Dem BMG zugeordnet sind die Drogenbeauftragte und der → *Patientenbeauftragte* der Bundesregierung sowie der Bevollmächtigte der Bundesregierung für Pflege. Der Fach- und Dienstaufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit unterstehen das Robert Koch-Institut das Paul-Ehrlich-Institut (Bundesinstitut für Impfstoffe und biomedizinische Arzneimittel), das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung sowie das → *Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte* (BfArM).

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales ist seit der Neuordnung der Bundesministerien Ende 2005 zuständig für die Themen Arbeitsmarktpolitik, Arbeitsförderung, für Arbeitsrecht, Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin sowie für die Renten- und Unfallversicherung, für das → *Sozialgesetzbuch*, Prävention und → *Rehabilitation*, Versorgungsmedizin sowie für die Arbeits- und Sozialgerichtsbarkeit (Quelle: BMAS).

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) war in der 15. Legislaturperiode bis zum Herbst 2005 eines der seinerzeit insgesamt 13 Bundesministerien. Es existierte in dieser Form seit Ende 2002, als das bis dahin existierende Bundesministerium für Gesundheit um die Zuständigkeit für die gesetzliche Renten- und → *Unfallversicherung* erweitert wurde. Außer für die Arbeitslosenversicherung war es damit seither für die übrigen vier Zweige der Sozialversicherung (Krankenversicherung, → *Pflegeversicherung*, Rentenversicherung sowie Unfallversicherung) zuständig. Nach der vorgezogenen Bundestagswahl am 18. September 2005 und der nachfolgenden Regierungs-Neubil-

lungsphasen wird das Case-Management insbesondere auch bei chronischen Erkrankungen eingesetzt.

Case-Manager werden heute in Deutschland sowohl von Gesundheitsunternehmen als auch von Krankenkassen eingesetzt. Auf Kassen-Seite sollen sie insbesondere im Rahmen von → *Disease Management Programmen* (DMP) chronisch Kranken helfen, die Behandlung zu optimieren.

Case-Mix

Die „Fallmischung“. Der Case-Mix dient als Bewertungs- und Vergleichswert sowie als Richtgröße für den Patienten-Mix eines → *Krankenhauses* oder einer Abteilung in Abrechnungs- und Managementsystemen, die mit → *Diagnosis Related Groups* (DRG) arbeiten.

Der Case-Mix ergibt sich aus der Addition der → *Relativgewichte* aller in der betreffenden Organisationseinheit behandelten Fälle für einen bestimmten Zeitabschnitt. Dividiert durch die Fallzahl ergibt sich daraus der → *Case-Mix-Index*. Dieser ist ein Abbild der durchschnittlichen Fallschwere der betreffenden Einrichtung und damit zugleich des Ressourcenaufwandes, der zur Behandlung der Fälle erforderlich ist.

Case-Mix-Index

Der Case-Mix-Index (CMI) beschreibt in Abrechnungs- und Managementsystemen, die mit → *Diagnosis Related Groups* (DRG) arbeiten, den durchschnittlichen → *Schweregrad* der in der betreffenden Einrichtung im Laufe eines Zeitraumes behandelten Fälle. Dabei kann der CMI sowohl auf eine → *Krankenhaus-Gruppe*, ein Krankenhaus oder eine Abteilung eines Krankenhauses bezogen sein. Der Schweregrad eines Behandlungsfalles wird durch das → *Relativgewicht* ausgedrückt, das dem

Fall über die Eingruppierung in eine DRG üblicher Weise mit Hilfe eines → *Groupers* zugewiesen wird.

Die Addition der Relativgewichte aller behandelten Fälle für einen Zeitabschnitt ergibt den Case Mix. Wird der Case Mix durch die Anzahl der Fälle geteilt, erhält man den Case-Mix-Index. Dabei wird das DRG-System so justiert, dass der Case-Mix-Index von 1,0 als Durchschnittswert aller Behandlungsfälle gilt, die mit diesem System erfasst werden.

Der Case-Mix-Index eines Krankenhauses oder einer Abteilung ist ein Abbild der durchschnittlichen Fallschwere der betreffenden Einrichtung und damit zugleich des Ressourcenaufwandes, der zur Behandlung der Fälle geleistet werden muss. Ein CMI eines Krankenhauses größer 1,0 bedeutet demnach, dass die durchschnittliche Fallschwere dieses Krankenhauses über dem – theoretischen – Durchschnittswert liegt und umgekehrt. Im Vergleich mehrerer Einrichtungen untereinander bietet der CMI die Möglichkeit, nur anhand dieser einen Ziffer die durchschnittliche Fallschwere und damit den erforderlichen Ressourceneinsatz der betreffenden Einrichtungen unmittelbar miteinander zu vergleichen. Werden zusätzlich die Baserrates der betreffenden Einrichtungen in Beziehung zum jeweiligen CMI miteinander verglichen, können Schlüsse im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeit der verglichenen Einrichtungen im Verhältnis zur durchschnittlichen Fallschwere gezogen werden.

Case-Mix-Volumen

Auch Casemix-Volumen. Begriff, der die Gesamtheit aller → *Case-Mix-Punkte* bezeichnet, die von einer Einheit, z. B. einem → *Krankenhaus*, oder der Gesamtheit aller Krankenhäuser in einer Region, z. B. in einem Bundesland, in einer Zeiteinheit abgerechnet werden.

das → *Bundesgesundheitsministerium* bzw. die Bundesregierung gemäß den Regelungen des 3. BevSchG anhand festgelegter Kriterien spezifische Corona-Verordnungen erlassen. Wenn Schutzmaßnahmen wie z. B. Abstandsgebote oder Veranstaltungsverbote nicht helfen, um das Corona-Virus wirksam einzudämmen, können umfassendere Maßnahmen wie z. B. Ausgangsbeschränkungen durch die Länder getroffen werden. So können betroffene Regionen insbesondere bei einer Überschreitung eines Schwellenwertes von 50 Neuinfektionen je 100.000 Einwohner innerhalb von sieben Tagen umfassende Schutzmaßnahmen ergreifen, die eine effektive Eindämmung des Infektionsgeschehens erwarten lassen. Rechtsverordnungen der Länder sind zu begründen und zeitlich zu befristen. Die Geltungsdauer beträgt grundsätzlich vier Wochen, kann aber verlängert werden.

Weiter wird u. a. vorgeschrieben, dass ab dem 1. Januar 2021 die zuständigen Behörden der Länder das elektronische Melde- und Informationssystem für meldepflichtige Infektionen nutzen müssen, das das → *Robert Koch-Institut* mit Unterstützung der → *Gesellschaft für Telematik* aufzubauen hat.

Im Hinblick auf die Freihaltepauschalen für → *Krankenhäuser* führt das BevSchG eine Neuregelung ein, nach der Krankenhäuser nur dann Anspruch auf Ausgleichszahlungen für das Verschieben von planbaren Aufnahmen, Operationen oder Eingriffen zur Erhöhung der Verfügbarkeit von betreibbaren intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten haben, wenn im betroffenen Gebiet (Landkreis oder kreisfreie Stadt) die Sieben-Tage-→ *Inzidenz* der Coronavirus SARS-CoV-2 Fälle je 100.000 Einwohner über 70 liegt und weniger als 25 Prozent der Intensivkapazitäten frei und betreibbar sind.

Außerdem sollen Ausgleichszahlungen vorrangig an Krankenhäuser gehen, die eine Versorgungsstruktur vorhalten, die – orientiert an den oberen Notfallstufen des

→ *Notfallstufen-Konzepts* (erweiterte oder umfassende Notfallversorgung) – in besonderem Maße für intensivmedizinische → *Behandlung* geeignet ist. Die Pauschalen sollen für einen Anteil von 90 Prozent der → *Patienten* gezahlt werden, die weniger im Krankenhaus behandelt werden als im Durchschnitt des Vorjahres. Befristet waren die Zahlungen vorerst bis Ende Januar 2021, allerdings soll das Bundesgesundheitsministerium den Zeitraum bei Bedarf per Rechtsverordnung verlängern dürfen. Mit der „3. Änderungsvereinbarung zur Vereinbarung nach § 21 Abs. 7 KHG zum Verfahren des Nachweises für die Ausgleichszahlungen nach § 21 Abs. 1a KHG“ wurde die Befristung bis zum 31. Mai 2021 verlängert, nachdem sie zuvor bereits bis zum 11. April 2021 verlängert worden war.

Wenn die Intensivkapazitäten in den betroffenen Landkreisen oder kreisfreien Städten unter 15 Prozent liegen und keine Kapazitäten in Krankenhäusern der beiden höchsten Notfallstufen in benachbarten Landkreisen bzw. kreisfreien Städten zur Verfügung stehen, können Ausgleichszahlungen auch nachrangig an solche Krankenhäuser gezahlt werden, die die Voraussetzungen für die Teilnahme an der Notfall-Basisversorgung erfüllen.

Die Pauschalen werden für 90 Prozent der Patienten gezahlt, die weniger im Krankenhaus behandelt werden als im Durchschnitt des Vorjahres. Finanziert werden die Ausgleichszahlungen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds.

Due Diligence

Auch Due Diligence Prüfung.

Gründliche Überprüfung eines Kauf- oder Verkaufsobjektes (Unternehmen, Unternehmensbeteiligung) durch den Käufer oder Verkäufer vor dem Abschluss des Kaufes. Im Rahmen einer Due Diligence wird ver-

D

sucht, anhand der zugänglich gemachten Unterlagen eine fundierte Bewertung des Kauf-/Verkaufsobjektes mit allen Risiken vorzunehmen. Gegenstand der Prüfungen sind unter anderem die Bilanzen, die strategische Positionierung des Kauf-/Verkaufsobjektes im Markt, die personellen und sachlichen Ressourcen, aber auch rechtliche und finanzielle Risiken. Zunehmend wichtig werden im Rahmen von Due Diligence Prüfungen auch mögliche Umweltlasten. Das Ergebnis einer Due Diligence Prüfung ist wesentliche Grundlage für die Ermittlung eines angemessenen Kauf- bzw. Verkaufspreises. Aufgedeckte Risiken führen dabei zu Preisabschlägen, können aber auch zum Beispiel durch entsprechende Garantie-Erklärungen des Verkäufers im Kaufvertrag berücksichtigt werden.

Auch im Rahmen von → *Akquisitionen* auf dem → *Krankenhausmarkt* gehören Due Diligence Prüfungen heute zum Standard. Zu diesem Zweck richten die Verkäufer für die in die engere Wahl gekommenen Kaufinteressenten meist einen so genannten Datenraum ein, in dem die potentiellen Käufer auch vertrauliche Daten zum Zwecke der Erstellung einer Due Diligence zugänglich gemacht bekommen. Die großen privaten Krankenhausunternehmen, die vielfach als Käufer auf dem Krankenhausmarkt auftreten, haben speziell geschulte Mitarbeiter für die Erstellung der Due Diligence oder sogar eigene spezialisierte Abteilungen. Alternativ oder ergänzend bedienen sie sich des Sachverständigen spezialisierten Berater.

G

- wie die Einführung der Anschubfinanzierung.
- Die Möglichkeit zur erweiterten ambulanten Behandlung im Krankenhaus.
 - Die Gründung des → *Institutes für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen* (IQWiG), als fachlich unabhängiges wissenschaftliches Institut zur unabhängigen wissenschaftlichen Bewertung des medizinischen Nutzens, der Qualität und der Wirtschaftlichkeit von Leistungen.
 - Die Zusammenfassung der Selbstverwaltung der gesetzlichen Krankenversicherung im → *Gemeinsamen Bundesausschuss* (G-BA).
 - Die Neuordnung der Finanzierung, u. a. durch höhere → *Zuzahlungen* bei Arznei-, Verband- und Hilfsmitteln, durch die Einführung der Praxisgebühr von zehn Euro im Quartal sowie durch Zuzahlungen im Krankenhaus, bei Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege.
 - Die Stärkung der Patienten- und Mitspracherechte, beispielsweise durch einen Patientenbeauftragten der Bundesregierung und Patientenvertreter im neuen Gemeinsamen Bundesausschuss.
 - Die Änderung der Versicherungskonditionen, wie z. B. die Möglichkeit für Krankenkassen, Selbstbehalttarife einzuführen oder Zusatzversicherungen anzubieten.
 - Seit 2006 müssen gesetzlich versicherte Arbeitnehmer das Krankengeld und den Zahnersatz alleine über einen 0,9 %igen Anteil am Beitragssatz finanzieren.
 - Die Arzneimittelhersteller wurden ebenfalls zu Sparmaßnahmen verpflichtet: Einführung von → *Festbetragsgruppen*, in die patentierte Medikamente und → *Generika* zusammengefasst werden (so genannte Jumbo-Gruppen) sowie Erhöhung des Zwangsrabattes für nicht festbetragsregelte → *Arzneimittel* von 6 % auf 16 % für das Jahr 2004.

GKV-Reformgesetz 2000

Allgemein gebräuchliche Abkürzung für das Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000) vom 22. Dezember 1999, das am 1. Januar 2000 in Kraft getreten ist.

Es hat unter anderem die Einführung eines durchgängigen, leistungsorientierten und pauschalierenden Entgeltsystems auf der Basis von → *Diagnosis Related Groups* (DRGs) ab dem 1. Januar 2003 bestimmt. Mit dem GKV-Reformgesetz 2000 wurden auch erstmals die Voraussetzungen für einen bundesweiten Vergleich von → *Krankenhausleistungen* geschaffen. Weitere Neuerungen waren die Einführung des Bundesausschusses Krankenhaus sowie des Koordinierungsausschusses – beide mit dem → *GKV-Modernisierungsgesetz* (GMG) dann ab Anfang 2004 mit weiteren Gremien der → *Selbstverwaltung* im → *Gemeinsamen Bundesausschuss* zusammengefasst – und eines Informationssystems zur Bewertung medizinischer Technologien (→ *Health Technology Assessment*).

GKV-Schätzerkreis

Beim → *Bundesamt für Soziale Sicherung* (BAS) wird nach den Vorgaben im § 220 → *SGB V* ein Schätzerkreis gebildet, der dafür zuständig ist, einmal jährlich jeweils bis zum 15. Oktober für das Folgejahr

1. die Höhe der voraussichtlichen beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der → *Krankenkassen*,
2. die Höhe der voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des → *Gesundheitsfonds*,
3. die Höhe der voraussichtlichen jährlichen Ausgaben der Krankenkassen sowie

4. die voraussichtliche Zahl der → *Versicherten* und der Mitglieder der Krankenkassen

zu schätzen. Diese Schätzung für das Folgejahr dient als Grundlage für die Festlegung des durchschnittlichen → *Zusatzbeitragsatzes*, für die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds sowie für die Durchführung des Ausgleichs der beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassen im Hinblick auf die von ihnen erhobenen Zusatzbeiträge.

Der Schätzerkreis, der gemeinhin GKV-Schätzerkreis genannt wird, besteht aus Expertinnen und Experten des → *Bundesministeriums für Gesundheit*, des Bundesamts für Soziale Sicherung und des → *GKV-Spitzenverbandes*.

GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz

Abkürzung für das im Februar 2017 in Kraft getretene → *Gesetz zur Verbesserung der Handlungsfähigkeit der Selbstverwaltung der Spitzenorganisationen in der Gesetzlichen Krankenversicherung sowie zur Stärkung der über sie geführten Aufsicht*. In der Begründung heißt es, mit dem GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz würden sowohl die interne als auch die externe Kontrolle der Selbstverwaltungskörperschaften auf Bundesebene sowie die Transparenz im Verwaltungshandeln der Institutionen weiterentwickelt.

GKV-Spitzenverband

Bezeichnung für den mit dem → *GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz* zum 1. Juli 2007 eingeführten → *Spitzenverband Bund der Krankenkassen* gemäß § 217a SGB V. Der GKV-Spitzenverband ist eine Körperschaft öffentlichen Rechts und hat seinen Sitz in Berlin.

Zu seinen wichtigsten Aufgaben (§ 217f SGB V) zählen:

- Unterstützung der Krankenkassen und Landesverbände bei der Erfüllung ihrer Aufgaben und Wahrnehmung ihrer Interessen
- Fachliche und rechtliche Entscheidungen zum Beitrags- und Meldeverfahren
- Entscheidungen zur einheitlichen Erhebung der Beiträge (→ *Beitragseinzug* für den → *Gesundheitsfonds*)
- Gestaltung und Weiterentwicklung des Vergütungssystems für die stationäre und ambulante Versorgung
- Entscheidungen zur Organisation des Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitswettbewerbs der Krankenkassen
- Ausgestaltung der → *Telematik* im → *Gesundheitswesen*

Insgesamt sind über 160 wettbewerbsneutrale Aufgaben für die → *gesetzliche Krankenversicherung* und die soziale → *Pflegeversicherung* auf den GKV-Spitzenverband übergegangen, die früher von den sieben → *Spitzenverbänden der Krankenkassen* erledigt wurden.

Zum 1. Januar 2009 hat der GKV-Spitzenverband weitere Aufgaben übertragen bekommen, die neu aus dem „Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der GKV“ (GKV-OrgWG) erwachsen sind. Dazu gehört unter anderem das neu aufzubauende Frühwarnsystem zur Vermeidung der Schließung oder der Insolvenz von Krankenkassen.

Mit dem → *Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung* wurde der GKV-Spitzenverband außerdem damit beauftragt, für → *Arzneimittel* mit Zusatznutzen innerhalb eines Jahres nach → *Zulassung* einen Erstattungspreis auf Basis der Nutzenbewertung mit dem jeweiligen Hersteller zu verhandeln.

organisationsprozesse. Der kommende „sechste Kondratieff“ wird nach Expertenmeinung beherrscht werden von den Themen Gesundheit, Wellness und Bildung, die damit zu Schlüsselfaktoren der Wirtschaft werden. Damit wird der → *Gesundheitsmarkt* zu einem wichtigen Schlüsselmarkt der wirtschaftlichen Entwicklung.

Die bisherigen Kondratieff-Zyklen lassen sich wie folgt zusammenfassen, wobei die Zeitangaben nur eine grobe Einteilung darstellen und auch die Übergangphasen zwischen den Zyklen umfassen:

1. Zyklus: ca. 1780–1850 (Dampfmaschine, Baumwolle, Textilindustrie)
2. Zyklus: ca. 1850–1890 (Stahlerzeugung, Eisenbahn)
3. Zyklus: ca. 1890–1940 (Elektrotechnik, Stromerzeugung, Chemie)
4. Zyklus: ca. 1940–1975 (Petrochemie, individuelle Mobilität, gekennzeichnet durch Automobil und Flugzeug)
5. Zyklus: ca. 1975–2010 (Informationstechnologie, Computernetze, Gentechnologie)
6. Zyklus: ab ca. 2010–20XX (Psychosoziale Gesundheit, Biotechnologie, wahrscheinlich Gesundheitsmarkt insgesamt)

Konkurs

Mit dem Inkrafttreten der Insolvenzordnung Anfang 1999 wird an Stelle des Begriffs Konkurs der Begriff des Insolvenzverfahrens benutzt, siehe → *Insolvenz*.

Kontrahierungszwang

Gesetzlich verankerte Pflicht zur Annahme eines Vertragsangebots, welche besonders dann besteht, wenn an der Leistung ein öffentliches Interesse vorliegt.

Die → *Krankenkassen* in der → *gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)* unterliegen dem Kontrahierungszwang. Sie müssen

neue Mitglieder unabhängig von deren Gesundheitszustand und ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit aufnehmen. In der → *privaten Krankenversicherung* dagegen gilt der Kontrahierungszwang nicht. Ausnahmen bilden bestimmte Gruppenversicherungsverträge, bei denen es unter vertraglich definierten Rahmenbedingungen teilweise Kontrahierungszwang für die Mitglieder der definierten Gruppe gibt, sowie der Basistarif, der von allen PKV-Unternehmen seit dem 1. Januar 2009 angeboten werden muss.

Im direkten Zusammenhang mit dem Kontrahierungszwang in der gesetzlichen Krankenversicherung steht die Einführung eines → *Risikostrukturausgleichs*. Denn durch den Kontrahierungszwang können die betroffenen Krankenkassen bei → *Kassenwahlfreiheit* die bei ihnen versicherten Risiken nicht steuern. Dies führt bei der einkommensbasierten und risikounabhängigen Beitragsbemessung in der GKV zu ungleichen Belastungen gemäß der sich entwickelnden ungleichen Risikostruktur. Diese muss dann durch einen Risikostrukturausgleich ausgeglichen werden, wenn man vergleichbare Wettbewerbsbedingungen für die einzelnen Kassen als Ziel hat.

Kontratieff

Häufig verwendete, aber wohl falsche Schreibweise des Namens → *Kontratieff*. Nikolai Dimitrijewitsch Kondratieff (1892–1938) war ein russischer Ökonom, der in den zwanziger Jahren des zwanzigsten Jahrhunderts eine Theorie langer Konjunkturwellen in der Weltwirtschaft entwickelte.

Konvergenzphase

Durch das 2. Fallpauschalenänderungsgesetz (2. FPÄndG) verlängerte Anpassungsphase an das neue Vergütungssystem der

sche Legitimationskraft ebenso wie die Möglichkeit der Einflussnahme immer wieder angezweifelt.

Die Bundeswahlbeauftragten für die Sozialwahlen 2017 haben in ihrem Abschlussbericht ein zehn-Punkte-Programm für eine Reform der Sozialwahlen vorgelegt. Darin wird unter anderem die Einführung von Onlinewahlen ab 2023 vorgeschlagen.

Spezialisierung

Gebräuchliche Bezeichnung für die → *Weiterbildung* zum → *Facharzt* von Ärztinnen und → *Ärzten*. Die Weiterbildung beginnt nach der → *Approbation* und dauert – je nach Fachgebiet, in dem die Spezialisierung erfolgen soll – zwischen fünf und sechs Jahren. Im Anschluss an die Facharztprüfung, die die Weiterbildung abschließt und Voraussetzung für die Facharztanerkennung ist, kann der Arzt noch eine Zusatzweiterbildung in einer Subspezialität ergänzen. Zuständig für die Regelung der Weiterbildung ist die jeweilige Ärztekammer, die auf der Grundlage gesetzlicher Rahmenbestimmungen eine Weiterbildungsordnung erlässt. Diese Weiterbildungsordnung bedarf der Zustimmung der jeweiligen Aufsichtsbehörde (des Gesundheits- oder Sozialministeriums des Landes).

Der Begriff der Spezialisierung bezeichnet auch eine Entwicklung auf dem → *Krankenhausmarkt*, die als Folge der Einführung des → *DRG*-basierten → *Fallpauschalen*-systems angesehen wird. Als Folge der *DRG*-Einführung konzentrieren sich → *Krankenhäuser* stärker auf solche Fachgebiete oder auch Behandlungen bzw. diagnostische Verfahren, die sie besonders gut beherrschen und besonders wirtschaftlich erbringen und bei denen sie die Chance sehen, zusätzliche Patienten zu behandeln. Dies kann so weit gehen, dass Spezialkrankenhäuser entstehen, so etwa für bestimmte elektive Eingriffe.

Ein weiterer Faktor, der die Spezialisierung von Krankenhäusern vorantreibt, ist die Einrichtung von → *Mindestmengen*. Danach dürfen Krankenhäuser bestimmte Eingriffe nur noch dann zu Lasten der → *gesetzlichen Krankenversicherung* erbringen, wenn sie eine bestimmte Mindestmenge davon pro Jahr erbringen.

Teilweise werden diese Vorschriften zu Mindestmengen dadurch ergänzt, dass auch die operierenden Ärzte eine bestimmte Mindest-Anzahl der fraglichen Eingriffe pro Jahr erbringen müssen. Ein Beispiel hierfür sind die Mindestmengen zur Anerkennung als → *Brustzentren* in Nordrhein-Westfalen, für die pro Operateur eine Mindestmenge von 50 Operationen pro Jahr vorgeschrieben ist. Ein Brustzentrum muss zur Anerkennung mindestens 150 Operationen bei Neuerkrankungen pro Jahr durchführen. Diese können in begründeten Fällen auf mehrere Standorte verteilt werden. Dann müssen jedoch in den Standorten jeweils mindestens 100 und je Operateur mindestens 50 Operationen erbracht werden.

Spezielle sektorengleiche Vergütung

Das → *Gesetz zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus sowie zur Anpassung weiterer Regelungen im Krankenhauswesen und in der Digitalisierung* (*Krankenhauspflegeentlastungsgesetz – KHPfLEG*) beauftragt die Vertragsparteien nach § 115b Absatz 1 Satz 1 → *SGB V* (→ *GKV-Spitzenverband*, die → *Deutsche Krankenhausgesellschaft* und die → *Kassenärztliche Bundesvereinigung*), bis zum 31. März 2023 eine spezielle sektorengleiche Vergütung sowie eine Auswahl von → *Leistungen* des Katalogs ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationersetzender Eingriffe und stationersetzender Behandlungen nach § 115b Absatz 1 Nummer 1 (→ *AOP-Katalog*) zu vereinbaren, auf die die spezielle sektorengleiche Vergütung unabhängig da-

Spitzenverbände der Krankenkassen

von angewendet wird, ob die Leistung ambulant oder stationär durchgeführt wird. In der Gesetzesbegründung heißt es dazu, die spezielle sektorengleiche Vergütung solle insofern bestehende → *Ambulantisierungspotentiale* bei bislang unnötig stationär erbrachten Leistungen heben. Grundidee sei eine Vergütung, deren Höhe zwischen dem ambulanten (→ *EBM*) und stationären Niveau (→ *DRG*) liege, wodurch einerseits Anreize zur ambulanten Leistungserbringung gesetzt und andererseits höherer stationärer Behandlungsaufwand vermieden würden. Damit dies gelinge, sei die Auswahl der Leistungen, für die eine spezielle sektorengleiche Vergütung gelten soll, entscheidend: „Mitnahmeeffekte“ durch eine höhere Vergütung bereits heute überwiegend ambulant erbrachter Leistungen seien ebenso zu vermeiden wie eine angebotsinduzierte Mengenausweitung. Die Einführung der speziellen sektorengleichen Vergütung habe das Potenzial, das → *Pflegepersonal* zu entlasten, ohne die → *Qualität* der medizinischen Versorgung für die → *Patientinnen und Patienten* einzuschränken.

Spitzenverbände der Krankenkassen

Laut den bis Ende 2008 geltenden Vorschriften des Sozialgesetzbuches zu bilden die Spitzenorganisationen der → *Krankenkassen*-Arten (→ *Allgemeine Ortskrankenkassen* (AOK), → *Betriebskrankenkassen*, → *Innungskrankenkassen*, Landwirtschaftliche Krankenkassen, die → *Bundesknappschaft* und die Verbände der → *Ersatzkassen*) auf Bundesebene.

§ 213 Abs. 2 SGB V bestimmte in der bis Ende 2008 geltenden Fassung: „Die Spitzenverbände sollen sich über die von ihnen nach diesem Gesetz gemeinsam und einheitlich zu treffenden Entscheidungen einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, erfolgt die Beschlussfassung durch drei Vertreter der Ortskrankenkassen einschließlich der See-Kran-

kenkasse, zwei Vertreter der Ersatzkassen und je einen Vertreter der Betriebskrankenkassen, der Innungskrankenkassen, der landwirtschaftlichen Krankenkassen und der Bundesknappschaft. Beschlüsse bedürfen der Mehrheit der in Satz 2 genannten Vertreter der Spitzenverbände. Das Verfahren zur Beschlussfassung regeln die Spitzenverbände in einer Geschäftsordnung.“

Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben zur Abstimmung untereinander und zur wissenschaftlichen Unterstützung ihrer Mitglieder gemeinsam die Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen gebildet.

Nach dem am 1. April 2007 in Kraft getretenen → *GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz* hat zum 1. Juli 2008 der „→ *Spitzenverband Bund der Krankenkassen*“, auch → *GKV-Spitzenverband*, die bisher bestehenden Spitzenverbände der Krankenkassen abgelöst. Die bisherigen Spitzenverbände der Krankenkassen wurden gleichzeitig in Gesellschaften bürgerlichen Rechts umgewandelt, wenn die Mitglieder nicht eine andere Rechtsform wählten.

Spitzenverband Bund der Krankenkassen / GKV-Spitzenverband

Durch die Regelungen des → *GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes* (GKV-WSG) kam es zu einer Umstrukturierung der Kassenverbandslandschaft. Zum 1. Juli 2008 hat der GKV-Spitzenverband die gesetzlichen Aufgaben der vorher bestehenden sieben → *Spitzenverbände der Krankenkassen* übernommen (§ 217a SGB V). Der GKV-Spitzenverband ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Sitz in Berlin und besteht aus drei Selbstverwaltungsorganen (Vorstand, Verwaltungsrat, Mitgliederversammlung). Er untersteht der Aufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit. Alle ge-



**JETZT
BESTELLEN!**

Die Zukunft der Pflege im Krankenhaus gestalten

Mit einem umfassenden Überblick über die aktuellen Herausforderungen in der Pflege aus vielen unterschiedlichen Perspektiven sowie konkrete Handlungsempfehlungen für die weitere Entwicklung der Pflege



Mit 44 aktuellen Fachbeiträgen zu den Herausforderungen der Pflege und den Chancen für eine positive Entwicklung.

- ▶ Realitätscheck: Veränderungsdruck im Krankenhaus und in der Pflege
- ▶ Besonderheiten im Pflegeberuf und Professionsentwicklung
- ▶ Best Practice in der Pflege und ein Blick über den Tellerrand
- ▶ Pflegeberuf der Zukunft: Aus- und Weiterbildung, Vergütung und Karriere
- ▶ Chancen durch Digitalisierung und Ambulantisierung
- ▶ Chancen durch neues Management und moderne Führung
- ▶ Chancen durch positives Image und ein starkes Berufsbild

Erscheint Mai 2023

Ca. 700 Seiten. 89,00 €. Softcover.

ISBN 978-3-86216-925-2.

Die Chancen der Generalistik, Best Practice-Beispiele, internationale Blickwinkel, kreative Konzepte wie Magnetkrankenhäuser und engagierte berufspolitische Standpunkte, praktische Führungs- und Managementideen sowie klare Influencer-Statements in diesem Buch zeigen auf, wie viel Potenzial in der Pflege und damit in der Zukunft der Krankenhäuser stecken kann. **Das Buch soll eine Einladung zu einer notwendigen inhaltlichen Debatte sein, die Potenziale der professionellen Pflege zu nutzen.**

Das deutsche Gesundheitssystem

verstehen

Gliederung

1. Das deutsche Gesundheitssystem – ein Überblick
2. Gesetzliche und private Krankenversicherung
3. Die Rolle der Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitssystem
4. Der Gemeinsame Bundesausschuss – Zusammensetzung, Arbeitsweise und Aufgaben
5. Ambulante ärztliche und zahnärztliche Versorgung und Vergütung
6. Stationäre Versorgung und deren Vergütung
7. Arznei-, Heil- und Hilfsmittel-Versorgung
8. Überblick: Reha – Pflege – Prävention

Das deutsche Gesundheitssystem im Überblick



Das ist die Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitssystem



Gemeinsamer Bundesausschuss

Gemeinsamer Bundesausschuss (+ IQWiG/IQTIG)
3 unparteiische Mitglieder, 5 Kassenvertreter, 5 Vertreter der Leistungserbringer, 5 Patientenvertreter (nicht stimmberechtigt)

- Spitzengremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der gesetzlichen Krankenversicherung
- **Zusammensetzung:**
 - Insgesamt 13 stimmberechtigte Mitglieder:
 - ein unparteiischer Vorsitzender
 - zwei weitere unparteiische Mitglieder
 - fünf Vertreter der GKV (GKV-Spitzenverband)
 - fünf Vertreter der Leistungserbringer (2 DKG, 2 KBV, 1 KZBV)
- **Fünf Patientenvertreter**
 - Die Patientenvertreter haben Antrags- und Mitberatungsrecht, jedoch kein Stimmrecht



medhochzwei

→ mit zahlreichen zusätzlichen Erläuterungen, Hintergrundinformationen & Multiple-Choice-Fragen zur Wissensprüfung

TEIL 1 – [73 Minuten]
Überblick, GKV und PKV, Rolle der Selbstverwaltung, G-BA

TEIL 2 – [105 Minuten]
Versorgung und Finanzierung; Reha, Pflege, Prävention

**JETZT
BUCHEN!**



www.medhochzwei-verlag.de

A H X

Gemeinsamer Bundesausschuss, Gesundheitsfonds, Sicherstellungszuschläge, GKV-Schätzerkreis, Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz, Pflegepersonalregelung 2.0, Krankenhauspflegeentlastungsgesetz – was all diesen Begriffen gemein ist? Viele davon hat man vielleicht schon gehört oder darüber gelesen, doch was sich konkret hinter dem Begriff verbirgt, ist einem nicht immer ganz klar.

L B y F
C g M P
R S Q U K J
D
e z N w V

Unser Gesundheitssystem befindet sich im ständigen Wandel. Das Lexikon des deutschen Gesundheitssystems begleitet Sie zuverlässig bei all diesen Veränderungen. So finden sich in der vollständig durchgesehenen und überarbeiteten 7. Auflage des Standard-Nachschlagewerks über 60 neue Stichworte, gewohnt anschaulich erklärt.

Mit insgesamt weit über 1.000 Begriffen ist das Lexikon von Uwe K. Preusker nicht nur an Umfang unschlagbar. Es besteht zudem sowohl Wissenshungrige in Aus-/Fortbildung und Studium, Neueinsteiger in die Gesundheitsbranche als auch gestandene Fachleute verschiedenster Gesundheitsberufe mit wertvollem Hintergrundwissen. Objektiv und tiefgehend hat es seit 2006 seinen Platz in sämtlichen Regalen als zuverlässiger Helfer in Zweifelsfragen dies- und jenseits des eigenen Fachgebiets gefunden. – Mehr als nur ein Lexikon!



Dr. Uwe K. Preusker hat unterschiedliche Managementpositionen im deutschen und europäischen Gesundheitssystem bekleidet. Darüber hinaus arbeitete er als Interessenvertreter, Moderator und Dozent. Heute ist er vor allem als Fachpublizist und Gutachter tätig. So ist er seit vielen Jahren Herausgeber des Brancheninformationsdienstes „Klinik Markt inside“. Zusätzlich ist er vielen als Autor von Büchern und Zeitschriftenbeiträgen zu gesundheitspolitischen und krankenhausspezifischen Themen bekannt.

ISBN 978-3-86216-986-3



9 783862 169863

€ 129,00 (D)


 medhochzwei