

Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg  
Seminar für Übersetzen und Dolmetschen am  
Institut für Allgemeine und Angewandte Sprach- und Kulturwissenschaft

# **Die medizinische Grundversorgung in Deutschland und Frankreich.**

Ein Vergleich.

Wissenschaftliche Arbeit zur Erlangung des akademischen Grades  
„Diplom-Übersetzer“

vorgelegt von: Caroline Dietrich  
Matrikelnummer: 2403183

Betreuer: Prof. Dr. Jörn Albrecht  
Zweitkorrektor: Prof. Dr. Giovanni Rovere

Heidelberg im April 2009

## Inhaltsverzeichnis

I	Abkürzungsverzeichnis.....	4
II	Diagrammverzeichnis.....	8
<b>1.</b>	<b>Einleitung.....</b>	<b>9</b>
<b>2.</b>	<b>Das Gesundheitssystem in Deutschland.....</b>	<b>12</b>
2.1	Aufgaben des Staates im Gesundheitssystem.....	13
2.2	Die Deutsche Sozialversicherung.....	14
<b>3.</b>	<b>Das Krankenkassenwesen in Deutschland.....</b>	<b>16</b>
3.1	Arten der Krankenversicherung.....	17
3.1.1	Gesetzliche Krankenversicherung.....	17
3.1.2	Private Krankenversicherung.....	18
3.2	Struktur der GKV.....	19
3.3	Finanzierung der GKV.....	20
3.4	Leistungen der GKV.....	21
3.4.1	Der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM).....	25
3.4.3	Zahnärztliche Behandlung.....	27
3.4.4	Krankenhaus, Transport.....	27
3.4.5	Arznei-, Heil- und Hilfsmittel.....	27
3.4.6	Versorgung bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten.....	28
3.4.7	Geldleistungen.....	29
3.5	Versorgung im Pflegefall.....	30
<b>4.</b>	<b>Ärztedichte in Deutschland.....</b>	<b>32</b>
<b>5.</b>	<b>Die medizinische Grundversorgung in Deutschland.....</b>	<b>34</b>
5.1	Was ist die medizinische Grundversorgung?.....	35
5.2	Wer nimmt an der Grundversorgung teil?.....	37
5.2.1	Hausärzte.....	38
5.2.2	Fachärzte und Kinderärzte.....	40
5.2.3	Zahnärzte und Kieferorthopäden.....	41
5.2.4	Krankenhäuser.....	42
5.2.5	Häusliche Pflege.....	44
5.2.6	Andere Grundversorger.....	45
5.2.7	Die Prävention.....	49
<b>6.</b>	<b>Der Arztbesuch in Deutschland.....</b>	<b>50</b>
6.1	Anfallende Gebühren.....	51
6.2	Abrechnung der Leistungen.....	53
6.3	Kostenübernahme Medikamente.....	53
6.4	Überweisung zum Facharzt.....	54
<b>7.</b>	<b>Gesundheitssystem in Frankreich.....</b>	<b>55</b>
7.1	Aufgaben des Staates im Gesundheitswesen.....	57
7.2	La sécurité sociale (Die Sozialversicherung).....	58
<b>8.</b>	<b>Das Krankenkassenwesen in Frankreich.....</b>	<b>59</b>
8.1	Arten der Krankenversicherung.....	60
8.1.1	Der <i>régime générale d'assurance maladie</i> .....	61
8.1.2	Die <i>mutualité sociale agricole</i> (MSA).....	62
8.1.3	Der <i>régime social des indépendants</i> (RSI).....	62
8.1.4	Die <i>couverture maladie universelle</i> (CMU).....	63
8.1.5	Zusatzversicherungen.....	64
8.2	Struktur der Krankenkassen.....	64
8.3	Finanzierung.....	65

8.4 Leistungen .....	65
8.4.1 Die <i>liste des actes et des prestations</i> (LPP) .....	66
8.4.2 Hausärztliche und fachärztliche Behandlung.....	67
8.4.3 Zahnärztliche Behandlung.....	67
8.4.4 Behandlung im Krankenhaus, Transportkosten.....	67
8.4.5 Kostenerstattung für Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel.....	67
8.4.6 Versorgung bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten.....	68
8.4.7 Geldleistungen.....	68
8.4.8 Weitere Leistungen.....	69
8.5 Versorgung im Pflegefall .....	70
<b>9. Ärztedichte in Frankreich.....</b>	<b>70</b>
<b>10. Die medizinische Grundversorgung in Frankreich.....</b>	<b>73</b>
10.1 Was ist die medizinische Grundversorgung? .....	73
10.2 Wer nimmt an der Grundversorgung teil? .....	74
10.2.1 <i>Médecins traitants</i> (Hausärzte).....	75
10.2.2 <i>Spécialistes</i> (Fachärzte) und <i>pédiatres</i> (Kinderärzte).....	76
10.2.3 <i>Dentistes</i> (Zahnärzte) .....	76
10.2.4 <i>Hôpitaux</i> und <i>cliniques</i> (Krankenhäuser) .....	77
10.2.5 <i>Soins à domicile</i> (Häusliche Pflege) .....	78
10.2.6 Andere Grundversorger .....	80
10.2.7 Die <i>prévention</i> .....	83
<b>11. Der Arztbesuch in Frankreich.....</b>	<b>84</b>
11.1 Anfallende Gebühren.....	85
11.2 Abrechnung.....	87
11.3 Kostenübernahme Medikamente .....	88
11.4 Überweisung .....	88
<b>12. Vergleich der medizinischen Grundversorgung in Deutschland und Frankreich .....</b>	<b>89</b>
12.1 Wie könnte eine medizinische Grundversorgung aussehen? .....	99
<b>13. Ausblick.....</b>	<b>100</b>
<b>14. Glossar .....</b>	<b>105</b>
<b>15. Literaturangaben .....</b>	<b>109</b>

# I Abkürzungsverzeichnis

<b>ACOSS</b>	Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Zentrale Agentur der Organe der Sozialversicherung)
<b>AFFSA</b>	Agence française de sécurité sanitaire des aliments (Agentur für Nahrungsmittelsicherheit)
<b>AFSSAPS</b>	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Agentur für Produktsicherheit im Gesundheitswesen)
<b>AGIRC</b>	Association générale des institutions de retraite des cadres (Zusatzrentenversicherung)
<b>AIS</b>	Actes infirmiers de soin, soins d'hygiène de base (Grundpflegemaßnahmen, → Glossar)
<b>AMI</b>	Actes médicaux infirmiers (medizinische Pflegemaßnahmen, → Glossar)
<b>AOK</b>	Allgemeine Ortskrankenkassen
<b>APA</b>	Allocation personnalisée d'autonomie (personenbezogene Selbständigkeitsbeihilfe)
<b>ARH</b>	Agence régionale d'hospitalisation (Regionale Krankenhausagentur)
<b>ARS</b>	Agence régionales de santé (Organisation der Pflege, der Ärzte, Krankenhäuser und des medizinisch-sozialen Bereichs)
<b>ARRCO</b>	Association pour le régime de retraite complémentaire des salariés (Zusatzrentenversicherung)
<b>ASD</b>	Aide-soignante diplômée (Krankenpflegehelferin, → Glossar)
<b>ASG</b>	Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
<b>BÄK</b>	Bundesärztekammer (→ Glossar)
<b>BEMA, BEMA-Z</b>	Bewertungsmaßstab (GKV-Leistungskatalog Zahnärzte)
<b>BfArM</b>	Bundesministerium für Arzneimittel und Medizinprodukte
<b>BG</b>	Berufsgenossenschaft
<b>BKK</b>	Betriebskrankenkassen
<b>BMAS</b>	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
<b>BMG</b>	Bundesministerium für Gesundheit
<b>BMJ</b>	Bundesministerium der Justiz
<b>BZgA</b>	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
<b>CAF</b>	Caisse d'allocation familiale (Familienversicherung)
<b>CANAM</b>	Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes (Nationale Krankenkasse der selbständigen Berufe)
<b>CANTOU</b>	Centres d'activités naturelles tirées d'occupation utiles (Betreuungszentrum für pflegebedürftige Personen)
<b>CCAM</b>	Classification commune des actes médicaux (Teil der LPP)
<b>CCMSA</b>	Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (Zentralkasse der landwirtschaftlichen Sozialversicherung)
<b>CGSS</b>	Caisses générale de sécurité sociale (lokale Krankenkassen in den Überseedepartements)
<b>CHR</b>	Centre hospitalier régional (Kreiskrankenhaus, Regelversorgung)
<b>CHU</b>	Centre hospitalier universitaire (Universitätsklinik)

<b>CMU</b>	Couverture universelle maladie (Krankenversicherungsart)
<b>CNAMTS</b>	Caisse nationale des travailleurs salariés (Nationale Krankenkasse der Arbeitnehmer)
<b>CNAF</b>	Caisse nationale d'allocation familiale (Nationale Familienkasse)
<b>CNAV</b>	Caisse nationale d'assurance vieillesse (Nationale Rentenversicherung)
<b>CNOM</b>	Conseil de l'Ordre des médecins (Ärztammer)
<b>CNOMK</b>	Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes (Physiotherapeutenverband)
<b>CPAM</b>	Caisses primaires d'assurance maladie (lokale und departementale Krankenkassen)
<b>GRAM</b>	Caisses régionales d'assurance maladie (regionale Krankenkassen)
<b>CRDS</b>	Contribution au remboursement de la dette sociale (Beitrag zur Abtragung der Sozialversicherungsschulden)
<b>GRAM</b>	Caisse régionale assurance maladie (Regionale Krankenkasse)
<b>CSG</b>	Contribution sociale généralisée (Allgemeiner Sozialbeitrag)
<b>DFI</b>	Deutsch-Französisches Institut in Ludwigsburg
<b>DGB</b>	Deutscher Gewerkschaftsbund
<b>DIMDI</b>	Deutsches Institut für medizinische Dokumentation
<b>DKG</b>	Deutsche Krankenhausgesellschaft
<b>DMP</b>	Dossier médical personnel (Patientenakte beim Hausarzt)
<b>DREES</b>	Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques (Institut für Forschung, Evaluations- und Statistikstudien)
<b>DRG</b>	Diagnosis-Related-Groups (deutsches Abrechnungssystem von Krankenhausleistungen)
<b>DRK</b>	Deutsches Rotes Kreuz
<b>EBM</b>	Einheitlicher Bewertungsmaßstab (GKV-Leistungskatalog Ärzte)
<b>EDV</b>	elektronische Datenverarbeitung
<b>EFG</b>	Etablissement français des greffes (Transplantationsinstitut)
<b>EFS</b>	Etablissement français du sang (Blutspendeinstitut)
<b>EMPS</b>	équipes mobiles (Palliativ Care Teams)
<b>FSPF</b>	Fédération des syndicats pharmaceutiques de France (Verband der Apothekergewerkschaft)
<b>G-BA</b>	Gemeinsamer Bundesausschuss (beschließt den Inhalt des GKV-Leistungskatalog)
<b>GB-Bund</b>	Gesundheitsberichterstattung des Bundes
<b>GFB</b>	Gemeinschaft fachärztlicher Berufsverbände
<b>GKV</b>	Gesetzliche Krankenversicherung
<b>GKV-WSG</b>	GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz
<b>GMH</b>	Groupe homogène de malades (Abrechnungssystem von Krankenhausleistungen)
<b>GOÄ</b>	Gebührenordnung für Ärzte
<b>GOZ</b>	Gebührenordnung für Zahnärzte
<b>HPTS</b>	Hôpital, patient, territoire, santé (Name der Krankenhausreform)
<b>ICD</b>	International classification of diseases (Internationale Klassifikation der Krankheiten, siehe Glossar)

<b>ICNP</b>	International Classification for Nursing Practice, internationale Pflegediagnosen, vgl. ICD, siehe Glossar)
<b>IDE</b>	Infirmière diplômée d'Etat (diplomierte Krankenschwester)
<b>IGSF</b>	Institut für Gesundheits-System-Forschung, Fritz-Beske-Institut in Kiel
<b>IKK</b>	Innungskrankenkassen
<b>INPES</b>	Institut nationale de prévention et d'éducation pour la santé (Nationales Institut für Prävention und Gesundheitserziehung)
<b>INSEE</b>	Institut nationale de la statistique et des études économiques (Nationales Institut für Statistik und Wirtschaftsstudien)
<b>IRDES</b>	Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Institut für Forschung und Dokumentation in Gesundheitsökonomie)
<b>KBV</b>	Kassenärztliche Bundesvereinigung (Nationale Ärztevertretung)
<b>KV</b>	Kassenärztliche Vereinigung (Regionale Ärztevertretung)
<b>KZBV</b>	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
<b>KZV</b>	Kassenzahnärztliche Vereinigung (regionale Zahnärztevertretung)
<b>LPP</b>	Liste des produits et prestations (Leistungskatalog der Ärzte und med. Hilfsberufe)
<b>MdK</b>	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (→ Glossar)
<b>MSA</b>	Mutualité sociale agricole (Krankenversicherung für Landwirte)
<b>MVZ</b>	Medizinisches Versorgungszentrum
<b>NGAP</b>	Nomenclature générale des actes professionnels (Teil der LPP)
<b>OC</b>	Organisme conventionné (Versicherungsagenturen)
<b>ONDAM</b>	Objectif national des dépenses d'assurance maladie (Dokument, in der die Höhe der Ausgaben für die Krankenversicherung festgelegt ist)
<b>ONSSF</b>	Organisation nationale de sages-femmes (Nationale Hebammenorganisation)
<b>PKV</b>	Private Krankenversicherung
<b>PMSI</b>	Programme de médicalisation du système d'information (Abrechnungsprogramm zur Erfassung von medizinischen Leistungen im Krankenhaus)
<b>PNNS</b>	Programme national nutrition-santé (Gesundheitsprogramm der Regierung)
<b>PsychThG</b>	Psychotherapeuten-Gesetz
<b>RKI</b>	Robert-Koch-Institut
<b>RMI</b>	Revenu minimum d'insertion (Sozialhilfe)
<b>RSA</b>	Risikostrukturausgleich
<b>RSI</b>	Régime social des indépendants (Krankenversicherung für Selbständige)
<b>SAMU</b>	Service d'aide médicale d'urgence (Rettungskräfte, vgl. DRK in Deutschland)
<b>SGB</b>	Sozialgesetzbuch
<b>SNCF</b>	Société nationale de chemin de fer (Eisenbahngesellschaft)
<b>SSIAD</b>	Services de soins infirmiers à domicile (Einrichtung für häusliche Krankenpflege)
<b>STIKO</b>	Ständige Impfkommission im RKI

<b>T2A</b>	Tarification à l'activité (Vergütungssystem von Krankenhausleistungen)
<b>UCANSS</b>	Union des caisses nationales de sécurité sociale (Union der nationalen Sozialversicherungskassen)
<b>UNPF</b>	Union nationale des pharmaciens de France (Apothekergewerkschaft)
<b>UNSSF</b>	Union nationale des syndicats de sages-femmes (Hebammengewerkschaft)
<b>URCAM</b>	Union régionale des caisses d'assurance maladie (Regionale Union der Krankenkassen)
<b>URSSAF</b>	Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (Sammelkasse der Sozialversicherung und Familienausgleichskassen)
<b>USP</b>	Unités de soins palliatifs (Palliativpflegeeinheiten)
<b>WHO</b>	World Health Organisation (Weltgesundheitsorganisation, Organisation mondiale de la santé, OMS)

## II Diagrammverzeichnis

- Diagramm 1: Anzahl der pflegebedürftigen Menschen in Deutschland, Ort der Versorgung und Pflegestufe..... S. 30
- Diagramm 2: Anzahl der Grundversorger (Hausärzte, Fachärzte etc.) in Deutschland 2000 und 2007..... S. 33
- Diagramm 3: Anzahl der Krankenhaus-, Rehabilitations- und Pflegebetten in Deutschland 2000 und 2007..... S. 33
- Diagramm 4: Anzahl der anderen Grundversorger (Hebammen, Krankenschwestern etc.) in Deutschland 2000 und 2007 ..... S. 34
- Diagramm 5: Anzahl der Grundversorger (*généralistes, spécialistes* etc.) in Frankreich 2000 und 2007 ..... S. 71
- Diagramm 6: Anzahl der Krankenhaus-, Rehabilitations- und Pflegebetten in Frankreich 2000 und 2006 ..... S. 72
- Diagramm 7: Anzahl der anderen Grundversorger (*sages-femmes, infirmières* etc.) in Frankreich 2000 und 2008 .....S. 72



# 1. Einleitung

Was bedeutet „gesund sein“? Die Weltgesundheitsorganisation WHO definiert Gesundheit als

„Zustand völligen körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Wohlbefindens.“<sup>1</sup>

Wenn man die WHO-Definition zugrunde legt, kann ein Mensch nie ganz gesund sein, da diese Definition zu umfassend ist.

Im sozialversicherungsrechtlichen Sinne bedeutet gesund sein, dass man arbeits- und erwerbsfähig ist.<sup>2</sup>

Ist ein Mensch nicht gesund, so müssen verschiedene Berufsgruppen im Gesundheitswesen tätig werden. Der Patient hat sowohl in Deutschland als auch in Frankreich das Recht auf medizinische Versorgung. Laut §1 des deutschen Sozialgesetzbuches V (SGB V) hat der Versicherten allerdings eine Mitverantwortung für seine Gesundheit. Er soll den Eintritt von Krankheit und Behinderung vermeiden oder deren Folgen überwinden, indem er ein gesundheitsbewußtes Leben führt, frühzeitig Vorsorgemaßnahmen trifft und aktiv an der Krankenbehandlung und Rehabilitation teilnimmt.

Deutschland und Frankreich gehören innerhalb der europäischen Ländern zu den Staaten, die eine gute medizinische Versorgung haben. Das Fritz-Beske-Institut für Gesundheits-System-Forschung in Kiel (IGSF) hat 2005 in der Arbeit „Leistungskataloge des Gesundheitswesens im internationalen Vergleich“ die Leistungskataloge von 14 hoch industrialisierten Ländern verglichen. Je umfangreicher das Versorgungsniveau, desto höher der Versorgungsindex. Der durchschnittliche Index der verglichenen Länder betrug 100. Deutschland lag mit einem Index von 119 an erster, Frankreich mit einem Versorgungsindex von 102 an siebter Stelle.<sup>3</sup>

Zwischen Deutschland und Frankreich gibt es im Gesundheitsbereich eine Vereinbarung über eine grenzüberschreitende Zusammenarbeit, die im Juli 2005 von Gesundheitsministerin Ulla Schmidt und dem *Ministre de la santé*, Xavier Bertrand, unterzeichnet wurde. Das Abkommen hatte zum Ziel, eine schnellstmögliche

---

<sup>1</sup> Pschyrembel® Pflege, de Gruyter, Berlin 2007, S. 314.

<sup>2</sup> Vgl. Pschyrembel® Pflege, 2007, S. 314.

<sup>3</sup> Vgl. Fritz-Beske-Institut für Gesundheits-System-Forschung (IGSF): Pressemitteilung zur Pressekonferenz des IGSF am 31. August 2005 in Berlin „Gesundheitswesen von Industrienationen im Vergleich: Deutschlands Gesundheitswesen hoch effizient“, <http://www.igsf.de/Band104-lang.pdf>, S.3, (Stand: 01.04.09).

notfallmedizinische Versorgung zu gewährleisten, einen Zugang zu qualitativ besserer Gesundheitsversorgung für Bewohner im Grenzgebiet sicherzustellen und den Austausch vorhandener Kenntnisse und Fertigkeiten zwischen dem Gesundheitspersonal zu fördern.<sup>4</sup>

Doch worin besteht die medizinische Grundversorgung in Deutschland und Frankreich und wer ist daran beteiligt?

Wie ist das System der Krankenkassen aufgebaut, wie wird es finanziert und welche Leistungen werden bezahlt?

Wie groß ist die Ärzte- und Pflegepersonaldichte, wie hoch die Anzahl der Krankenhausbetten?

Gibt es Unterschiede im Ablauf eines Arztbesuches in Deutschland und in Frankreich?

Antworten auf diese Fragen soll diese Diplomarbeit geben.

Im ersten Teil der Arbeit geht es um die medizinische Grundversorgung in Deutschland. Zu Beginn wird ein kurzer Überblick über das deutsche Gesundheitssystem und dessen Geschichte gegeben, danach folgen das Krankenkassenwesen und die Dichte der Ärzte und anderen medizinischen Personals. Anschließend wird die medizinische Grundversorgung erklärt und wer diese gewährleistet. Abgeschlossen wird der erste Teil über Deutschland mit dem Ablauf eines Arztbesuches in Deutschland.

Der zweite Teil der Arbeit befasst sich mit der medizinischen Grundversorgung in Frankreich. Auch hier wird mit einem kurzen Überblick über das Gesundheitssystem und dessen Geschichte begonnen, gefolgt vom Krankenkassenwesen und der Ärztedichte. Danach wird die medizinische Grundversorgung erklärt. Der französische Teil endet ebenfalls mit dem Ablauf eines Arztbesuches.

Im dritten Teil der Arbeit wird die medizinische Grundversorgung in den beiden Ländern verglichen.

Den Abschluss der Diplomarbeit bildet das Glossar. Begriffe, die im Glossar aufgeführt sind, sind in einer anderen Schrift gekennzeichnet.

---

<sup>4</sup> Vgl. Deutsches Auswärtiges Amt und *Ministère des affaires étrangères*: <http://www.deutschland-frankreich.diplo.de/Grenzüberschreitende,1287.html>, (Stand: 15.02.09).

Als Quellen dienten mir Primär- und Sekundärliteratur, Gespräche mit deutschen und französischen Ärzten und Schriftverkehr u.a. mit Krankenkassen, dem Statistischen Bundesamt und der Kassenärztliche Bundesvereinigung.

Eine große Hilfe waren mir für eine erste Übersicht die beiden Bände des Fritz-Beske-Instituts über die Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich, außerdem die Literatur, die ich im Deutsch-Französischen-Institut (DFI) in Ludwigsburg dankenswerterweise einsehen durfte und die ausführlichen Informationen von Herrn Dr. Wolfgang Lindemann, *généraliste* in Walschbronn, über die Arbeit der Allgemeinärzte in Frankreich.

Häufig waren Internetinformationen der benutzten Quellen aktueller als Printmedien, die oft älter als 10 Jahre alt waren.

Informationen aus den Sozialgesetzbüchern (SGB), vor allem dem SGB V, stammen von der Homepage des Bundesministeriums der Justiz (BMJ).

Als Quelle für die statistischen Werte für Deutschland diente hauptsächlich das Statistische Bundesamt, aber auch die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Bundesärztekammer und die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GB-Bund). Quelle der statistischen Informationen für Frankreich war vor allem das *Institut nationale de la statistique et des études économiques* (INSEE) und das *Institut de recherche et documentation en économie de la santé* (IRDES).

Um eine bessere Lesbarkeit zu gewährleisten wurde bei Patienten und Berufsbezeichnung meist die männliche Form benutzt, es sind selbstverständlich aber immer Frauen und Männer gemeint.

Zur Hervorhebung und Verdeutlichung der Unterschiede wurden Geldbeträge in Zahlen und Prozentangaben mit dem %-Zeichen aufgeführt.

## 2. Das Gesundheitssystem in Deutschland

Das Duden Universalwörterbuch definiert Gesundheitswesen als die

„Gesamtheit der staatlichen Einrichtungen zur Förderung und Erhaltung der Gesundheit, zur Bekämpfung von Krankheiten oder Seuchen.“<sup>5</sup>

Auch die Einrichtungen zur Vorbeugung von Krankheiten gehören zum Gesundheitswesen.<sup>6</sup>

Das deutsche Gesundheitswesen ist unterteilt in das öffentliche Gesundheitswesen (z.B. Gesundheitsämter), die stationäre Versorgung (z.B. durch Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen, Pflegeheime), die ambulante ärztliche Versorgung (z.B. durch niedergelassene Ärzte, Zahnärzte, Krankenhausambulanzen), die ambulante nicht-ärztliche Versorgung (z.B. Heilpraktiker, Physiotherapeuten, Optiker) sowie andere Einrichtungen (z.B. Rettungsdienste, Apotheken, Pharmaunternehmen).<sup>7</sup>

Im Gegensatz zu Großbritannien oder den USA, wo die Finanzierung des Gesundheitswesens durch Steuermittel bzw. eine freiwillige Krankenversicherung gewährleistet wird, gibt es in Deutschland – wie auch in Frankreich und den Beneluxstaaten - eine gesetzliche Pflichtversicherung.

Außerdem wird das Gesundheitswesen in Deutschland zusätzlich von privaten Krankenversicherungen (PKV), in Frankreich von Zusatzversicherungen finanziert.

Den Grundstein für unser heutiges Sozialversicherungssystem legte am 17. November 1881 der damalige Reichskanzler Otto von Bismarck.

Er schuf eine Arbeitnehmersversicherung, 1883 die Krankenversicherung und 1884 die Unfallversicherung. Ab 1891 konnten sich die Arbeitnehmer erstmals gesetzlich gegen Invalidität versichern. In den darauffolgenden Jahren wurde die Sozialversicherung immer mehr ausgebaut: ab 1912 gab es die Sozialversicherung für Angestellte, 1927 die Arbeitslosenversicherung, und ab 1994 wurde als jüngste Säule der Sozialversicherung die Pflegeversicherung stufenweise eingeführt.<sup>8</sup>

---

<sup>5</sup> Dudenredaktion (Hrsg.): *Deutsches Universalwörterbuch*, Dudenverlag, Mannheim 2003, S. 646.

<sup>6</sup> Roche Lexikon online:

<http://www.roche.de/lexikon/index.htm?userInput=Suche%20im%20Roche%20Lexikon&loc=www.roche.de>, (Stand: 12.01.09).

<sup>7</sup> Vgl. Pschyrembel® *Pflege*, 2007, S. 322f.

<sup>8</sup> Vgl. Deutsche Sozialversicherung, Europavertretung im Auftrag der Spitzenverbände der Deutschen Sozialversicherung: <http://www.deutsche-sozialversicherung.de/de/wegweiser/einfuehrung.html>, (Stand: 12.01.09).

Herzstück des deutschen Sozialsystems ist die gesetzliche Krankenversicherung (GKV), über die eine medizinische Versorgung auf hohem Qualitätsniveau allen Versicherten zur Verfügung steht und auf die genauer bei 3.1.1 eingegangen wird.<sup>9</sup>

Das „hohe Qualitätsniveau“ ist jedoch nicht unkritisch zu sehen, da – wie genauer unter 3.4 beschrieben – bei den medizinischen Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen das Wirtschaftlichkeitsgebot unbedingt zu beachten ist.

## **2.1 Aufgaben des Staates im Gesundheitssystem**

Der Staat soll den allgemeinen und gleichen Zugang zu Gesundheitsleistungen sicherstellen, eine wirksame Wettbewerbsaufsicht und den notwendigen Verbraucherschutz gewährleisten und Transparenz über das vorhandene Angebot herstellen.<sup>10</sup>

Er delegiert Aufgaben und Verantwortung an die Träger der Sozialversicherung und an die Organe der Selbstverwaltung der Ärzte und Zahnärzte, behält aber Rechtsaufsicht. Die zuständigen Fachministerien, die die Sozialversicherungsträger beaufsichtigen, sind das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS).<sup>11</sup>

Weitere Institutionen auf Bundesebene, die Teil des öffentlichen Gesundheitswesens sind, sind u.a.:

1.) Das Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit, das für die Wasser- und Abfallwirtschaft, für Umwelt und Gesundheit, Chemikaliensicherheit und für den Strahlenschutz zuständig ist.

2.) Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, das mit der Zulassung von Fertigarzneimitteln, der Erfassung und Bewertung von Arzneimittelrisiken und der Eignung und Leistung von Medizinprodukten betraut ist.

3.) Das Robert-Koch-Institut (RKI), das Forschung im Bereich, Virologie, Immunologie, Bakteriologie und Gentechnik betreibt und die Ständige Impfkommision (STIKO) beherbergt.

4.) Das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation (DIMDI), das eine Sammlung in- und ausländischer Literatur und Daten aus Medizin und

---

<sup>9</sup> Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.): *Ratgeber zur neuen Gesundheitsversicherung*, Berlin 2008, S.9.

<sup>10</sup> Vgl. Bender, Biggi: „Gesundheitsreform 2003: Die GKV zukunftsfähig machen“, [http://www.arbeitnehmerkammer.de/sozialpolitik/doku/05\\_soziales/sgb\\_v/2003/2003\\_03\\_00\\_bbender.pdf](http://www.arbeitnehmerkammer.de/sozialpolitik/doku/05_soziales/sgb_v/2003/2003_03_00_bbender.pdf), (Stand: 12.01.09).

<sup>11</sup> Vgl. Dt. Sozialversicherung: <http://www.deutsche-sozialversicherung.de/de/wegweiser/grundprinzipien.html> und <http://www.deutsche-sozialversicherung.de/de/wegweiser/einfuehrung.html>, (beide Stand: 01.04.09).

Biowissenschaft hat und die internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD) herausgibt.

5.) Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA, die das Ziel hat, Gesundheitsrisiken vorzubeugen, gesundheitsfördernde Lebensweisen zu unterstützen und mit gesundheitlicher Aufklärung eigenverantwortliches Gesundheitshandeln zu ermöglichen.<sup>12</sup>

## **2.2 Die Deutsche Sozialversicherung**

In Deutschland ist die Sozialversicherung die wichtigste Institution der sozialen Sicherung. Wichtigstes Prinzip ist das Solidaritätsprinzip: alle Versicherten tragen gemeinsam die zu versichernden Risiken. Rechtsgrundlage der Sozialversicherung ist das Sozialgesetzbuch (SGB).

Die Sozialversicherung soll gewährleisten, dass der Versicherte finanziell geschützt ist im Fall von Krankheiten und deren Folgen, Arbeitslosigkeit, Alter, Betriebsunfällen und Pflegebedürftigkeit.

Säulen der Sozialversicherung sind:

### 1.) Die Arbeitslosenversicherung

Die Arbeitslosenversicherung wird paritätisch von Arbeitgeber und Arbeitnehmern finanziert und ist eine Pflichtversicherung für alle Arbeitnehmer, die einer mehr als geringfügigen Beschäftigung nachgehen und Auszubildenden. Gesetzlich geregelt ist die Arbeitslosenversicherung im SGB III. Bestimmte Personengruppen, wie z.B. Soldaten oder Beamte, sind nicht versicherungspflichtig.

### 2.) Die Rentenversicherung

Die Rentenversicherung wird ebenfalls paritätisch von Arbeitgebern und Arbeitnehmern und durch Zuschüsse des Bundes finanziert. Versicherungspflichtig sind alle Personen, die in einem beruflichen, unselbständigen Beschäftigungsverhältnis stehen und Auszubildende. Die Rentenversicherung ist im SGB VI gesetzlich geregelt.

Beamte sind von der Versicherungspflicht ausgenommen, da hier der Staat alleine die Versorgungsleistung erbringt.

---

<sup>12</sup> Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA):  
<http://www.bzga.de/?uid=a3498e0ec2f8ff559bd057fcbdd79980&id=profil>, (Stand: 01.04.09).

Die Rentenversicherung bezahlt die Invaliditätsrenten, es werden zwei Stufen unterschieden: die volle und die teilweise Erwerbsminderung, wobei bei teilweiser Erwerbsminderung 50% der Invaliditätsversicherung bezahlt wird, die bei voller Erwerbsminderung zu übernehmen wäre. Die Invaliditätsrente wird bis zur Vollendung des 64. Lebensjahres bezahlt, danach wird sie in die Altersrente umgewandelt.<sup>13</sup>

### 3.) Die Unfallversicherung

Die Unfallversicherung ist als einzige der fünf Sozialversicherungen für die Versicherten beitragsfrei, da allein der Arbeitgeber die Kosten trägt. Sie hat vom Gesetzgeber einen Präventionsauftrag: Mit den durch die Unfallversicherung zur Verfügung stehenden Mitteln soll Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren vorgebeugt werden. Träger der Unfallversicherung sind die gewerblichen Berufgenossenschaften (BG) und Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand<sup>14</sup>. Zentrale Aufgabe der Unfallversicherungen ist es, den Unternehmen Handlungshilfe zu geben und über den Arbeitsschutz zu informieren. Gesetzliche Regelungen zur Unfallversicherung sind im SGB VII zu finden.

Im Falle eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit kommt die Unfallversicherung – nicht die Krankenversicherung - für die Behandlungskosten auf, sorgt also für die medizinische, soziale und berufliche Rehabilitation.

Geldleistungen der Unfallversicherung sind Unfall- und Hinterbliebenenrenten. Um die Unfallrente zu erhalten, muss die Arbeitsfähigkeit über die 26. Woche nach dem Unfall hinaus mindestens 20% eingeschränkt sein. Hinterbliebenenrente bekommen Angehörige bis maximal zwei Jahre nach dem Tod des Versicherten. Sie beträgt für Ehepartner 30% des Jahresarbeitsverdienstes und erhöht sich auf 40%, wenn der Versicherte älter als 45 Jahre alt wurde.<sup>15</sup>

### 4.) Die Pflegeversicherung

Die Pflegeversicherung wird paritätisch von Arbeitgeber und -nehmer finanziert und beträgt 1,95% des Bruttogehalts des Arbeitnehmers. Eine Ausnahme stellt Sachsen

---

<sup>13</sup> Vgl. Beske, Fritz et al.: *Leistungskatalog des Gesundheitswesens im internationalen Vergleich*, Band II: *Geldleistungen*, Schmidt & Klaunig, Kiel 2005, S. 48.

<sup>14</sup> Dazu gehören z.B. die Unfallkasse Post und die Gemeinde-Unfallversicherungsverbände.

<sup>15</sup> Vgl. Beske et al., 2005, Band II, S.45.

dar, da hier - im Gegensatz zu allen anderen Bundesländern - zur Finanzierung kein Feiertag abgeschafft wurde. Dort bezahlen die Arbeitnehmer einen Anteil von 1,475%, die Arbeitgeber von 0,25%.<sup>16</sup> Versicherungspflichtig sind Pflichtmitglieder der gesetzlichen Krankenversicherungen. Freiwillige GKV-Mitglieder können zwischen der gesetzlichen und der privaten Pflegeversicherung wählen.

Gesetzlich geregelt ist die Pflegeversicherung im SGB XI.

Geldleistung der Pflegeversicherung ist das Pflegegeld, je nach Eingruppierung in die Pflegestufe.<sup>17</sup>

PKV-Versicherte sind auch pflegeversicherungspflichtig, ebenso Beamte und z.B. Soldaten und Polizeibeamte. Die Leistungen der privaten Pflegeversicherung entsprechen denen der gesetzlichen Pflegeversicherung.<sup>18</sup>

Auf den Fall der Pflegebedürftigkeit wird unter 3.5 näher eingegangen.

#### 5.) Die Krankenversicherung

Auf die Krankenversicherung wird im Folgenden unter 3. ausführlich eingegangen.

Die verschiedenen Beiträge für die Sozialversicherungen werden von den Krankenkassen eingezogen, die sie an die jeweils zuständigen Sozialversicherungsträger weiterleiten.

### 3. Das Krankenkassenwesen in Deutschland<sup>19</sup>

Das Sozialgesetzbuch V regelt die gesetzliche Krankenversicherung.

In Deutschland wird unterschieden in Pflichtversicherte, Familienversicherte, freiwillig Versicherte und Privatversicherte. Gesetzliche Versicherungspflicht in einer gesetzlichen Krankenversicherung besteht u.a. für alle Arbeitnehmer, deren Jahresarbeitsentgelt die Beitragsbemessungsgrenze<sup>20</sup> nicht überschreitet. Sie besteht für Studenten, Auszubildende und Praktikanten, Beziehern von

---

<sup>16</sup> Vgl. Dt. Sozialversicherung: <http://www.deutsche-sozialversicherung.de/de/pflegeversicherung/finanzierung.html>, (Stand: 01.04.09).

<sup>17</sup> Vgl. Beske, 2005, Band II, S. 49.

<sup>18</sup> Vgl. Beske, Fritz et al.: *Leistungskatalog des Gesundheitswesens im Vergleich*, Band I: *Struktur, Finanzierung und Gesundheitsleistungen*, Schmidt & Klaunig, Kiel 2005, S. 83ff.

<sup>19</sup> Vgl. Dt. Sozialversicherung: <http://www.deutsche-sozialversicherung.de/de/krankenversicherung/versicherte.html>, (Stand: 01.04.09) und Wille, Marion/Koch, Erich: *Die Gesundheitsreform 2007*, C.H. Beck, München 2007, S. 362ff.

<sup>20</sup> 2007 lag die Beitragsbemessungsgrenze bei 42.750 Euro pro Jahr.



Arbeitslosenhilfe, Rentnern und Künstlern. Von der Versicherungspflicht befreit sind u.a. Beamte, Richter, Soldaten, Geistliche und Diakonissen sowie Lehrer an privaten Ersatzschulen.

Sie können die Versicherung freiwillig in der GKV fortsetzen, wenn sie in den vergangenen fünf Jahren mindestens 24 Monate in der GKV versichert waren oder in sie können in eine private Krankenversicherung wechseln.<sup>21</sup>

Familienversichert sind in der gesetzlichen Krankenversicherung z.B. Kinder und Ehegatten von Pflichtversicherten.

Privat versichern lassen können sich Personen, deren Einkommen drei Jahre lang über der Jahresarbeitsentgeltgrenze liegt.

90% der Deutschen sind Mitglied in einer gesetzlichen Krankenversicherung. Sie haben die freie Wahl, in welcher Krankenkasse sie sich versichern lassen möchten.

### **3.1 Arten der Krankenversicherung**

In Deutschland gibt es zwei Möglichkeiten, eine Krankenversicherung abzuschließen: man kann sich bei einer gesetzlichen oder bei einer privaten Krankenkasse versichern lassen.

Bis Ende 2008 konnten sich nur Bürger, deren Bruttogehalt einen bestimmten Betrag überstieg, privat versichern lassen oder vollständige Selbstzahler sein. Seit dem 1. Januar 2009 müssen auch private Krankenkassen einen Basistarif anbieten, dessen Leistungen denen der gesetzlichen Kassen ähneln. Der Hauptunterschied der beiden Versicherungsarten besteht in der Höhe des Beitragssatzes und in den gesetzlich vorgeschriebenen bzw. den privat vereinbarten Leistungen. Der gesetzlich versicherte Patient kann zur gesetzlichen Versicherung eine Zusatzversicherung abschließen, mit der ihm beispielsweise eine Chefarztbehandlung oder ein 2-Bett-Zimmer bei einem Krankenhausaufenthalt bezahlt wird.

Im Folgenden werden die Arten der Krankenversicherung näher erklärt.

#### **3.1.1 Gesetzliche Krankenversicherung<sup>22</sup>**

Die gesetzliche Krankenversicherung basiert auf dem Prinzip der Selbstverwaltung und der Solidarität.

Der Staat ermächtigt die Körperschaften der Ärzte, die medizinische Versorgung sicherzustellen (Sicherstellungsauftrag, siehe 5.) und beauftragt die Krankenkassen,

---

<sup>21</sup> Vgl. Wille/Koch, S. 19ff.

<sup>22</sup> Vgl. BMG, 2008, S. 23ff.

die erbrachten medizinischen Leistungen zu honorieren. Wichtigstes Organ der Selbstverwaltung ist der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), der zusammengesetzt ist aus einem unparteiischen Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern und je fünf Vertretern der gesetzlichen Krankenkassen und der Leistungserbringer, also der Vertragsärzte- und der Vertragszahnärzteschaft, der Vertragspsychotherapeuten und der Krankenhäuser. An den monatlichen Sitzungen nehmen fünf Patientenvertreter teil, die aber nur Antrags-, keine Stimmberechtigung haben.<sup>23</sup> Der G-BA entscheidet darüber, welche Therapien, Behandlungen, Arznei- und Hilfsmittel in den GKV-Leistungskatalog aufgenommen werden.<sup>24</sup>

Vertragsärzte sind Mitglieder einer Kassenärztlichen bzw. -zahnärztlichen Vereinigung und dürfen gesetzlich versicherte Patienten behandeln.

Ab 1. Januar 2009 hat sich die Finanzierung der gesetzlichen Krankenkassen geändert. Es wurde der Gesundheitsfonds eingerichtet, der dazu führt, dass von diesem Zeitpunkt an jeder Versicherte denselben Beitragssatz bezahlt, egal, in welcher GKV er versichert ist, welches Alter er hat und wie krank er ist. Der einheitliche prozentuale Beitragssatz wird von der Bundesregierung festgesetzt. Neben den Beitragsgeldern der Arbeitnehmer und Arbeitgeber muss der Gesundheitsfond zusätzlich mit einer variablen Summe aus Steuergeldern finanziert werden.

### 3.1.2 Private Krankenversicherung<sup>25</sup>

In der privaten Krankenversicherung kann man sich voll- oder teilversichern lassen.

Wie bei der gesetzlichen Krankenversicherung besteht ab 1. Januar 2009 auch bei den privaten Versicherungen eine Versicherungspflicht, es besteht Kontrahierungszwang, d.h. der Versicherte muss aufgenommen werden, unabhängig von seinem gesundheitlichen Zustand. Es wurde ein gesetzlich vorgeschriebener Basistarif eingeführt, dessen Leistungen in Art, Umfang und Höhe mit denen der GKV vergleichbar sein müssen. Allerdings wird der Beitrag für den PKV-Basistarif nicht wie in der GKV berechnet, sondern wie alle anderen PKV-Beitragssätze individuell. Auch Ehepartner und Kinder müssen im Basistarif gesondert bezahlen.

---

<sup>23</sup> Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA): [http://www.g-ba.de/downloads/17-98-2491/2008-08-30-Faltblatt-G-BA\\_neu.pdf](http://www.g-ba.de/downloads/17-98-2491/2008-08-30-Faltblatt-G-BA_neu.pdf), S.2, (Stand: 08.01.09).

<sup>24</sup> Vgl. Ludwig, Corinne: *Was macht der Gemeinsame Bundesausschuss?* in: Die Schwester/Der Pfleger 04/2009, S. 364.

<sup>25</sup> Vgl. BMG, 2008, S. 52ff.

Auch erhält die PKV keine steuerlichen Mittel wie die GKV. Der Verband der privaten Krankenkassen befürchtet, dass der Basistarif nicht kostendeckend sein wird und hat u.a. deshalb eine Verfassungsbeschwerde eingelegt.<sup>26</sup>

Die **Finanzierung** der privaten Krankenversicherung geschieht über den Beitrag des Versicherten. Der mögliche Arbeitgeberanteil entspricht der Höhe des Arbeitgeberanteils für GKV-Versicherte.

Die Höhe des Beitrages wird nicht über das Umlageverfahren wie in der GKV berechnet, sondern über das risikoorientierte Kapitaldeckungsverfahren<sup>27</sup>. Im Unterschied zur gesetzlichen Krankenversicherung werden bei der PKV die Beiträge individuell erhoben, je nach Alter, Gesundheitszustand und den zu erbringenden Leistungen. In der PKV gibt es keine kostenlose Familienmitversicherung, für jedes Kind und den Ehegatten muss ein gesonderter Beitrag bezahlt werden.<sup>28</sup>

Die **Leistungen** der privaten Krankenkassen sind abhängig vom abgeschlossenen Tarif. Es gibt keinen gemeinsamen Leistungskatalog der PKVen. Zu den privaten Leistungen gehören beispielsweise Chefarztbehandlung und Unterbringung in einem Einzel- bzw. 2-Bett-Zimmer bei einem stationären Krankenhausaufenthalt, Zahnersatz, also hochwertige Füllungen und Prothesen, Sehhilfen wie Brillen oder Kontaktlinsen, Psychotherapie und zuzahlungsfreie Massage- und Physiotherapiebehandlungen.

Geldleistungen sind z.B. Krankentagegeld und Krankenhaustagegeld.<sup>29</sup>

Ist ein Bürger privat krankenversichert und möchte auch im Pflegefall versichert sein, so muss er eine private Pflegeversicherung abschließen.

### **3.2 Struktur der GKV**<sup>30</sup>

Die Krankenkassen sind rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts und arbeiten nach dem Selbstverwaltungsprinzip. Im Rahmen dieser Selbstverwaltung bestimmen Arbeitgeber und Versicherte über gemeinsam gebildete Verwaltungsräte die Politik der Krankenkassen mit.

---

<sup>26</sup> Vgl. Verband der privaten Krankenversicherung e.V.: <http://www.pkv.de/positionen/basistarif/>, (Stand: 01.04.09).

<sup>27</sup> Vgl. Verbände der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen: <http://www.gkv.info/gkv/index.php?id=657>, (Stand: 01.04.09).

<sup>28</sup> Glossar der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV): <http://www.kbv.de/themen/gesundheitslexikon.asp?range=p>, (Stand: 01.04.09).

<sup>29</sup> Vgl. Beske et al., 2005, Band II, S. 45.

<sup>30</sup> Vgl. Wille/Koch, 2007, S. 273ff.

Die gesetzliche Krankenversicherung hat keinen einheitlichen Träger, sondern gliedert sich in sieben Kassenarten:

- 1.) Allgemeine Ortskrankenkassen (AOK)
- 2.) Betriebskrankenkassen (BKK)
- 3.) Innungskrankenkassen (IKK)
- 4.) Ersatzkassen
- 5.) Knappschaftliche Krankenversicherung
- 6.) Landwirtschaftliche Krankenkassen
- 7.) See-Krankenkasse

Dachorganisation der gesetzlichen Krankenkassen ist der GKV-Spitzenverband. In diesem Verband sind die Bundesverbände der AOK, BKK, IKK, die landwirtschaftlichen Krankenkassen, die Bundesknappschaft, Verbände der Ersatzkassen und die Seekasse vereint.

Im April 2007 gab es in Deutschland 242 gesetzliche Krankenversicherungen.<sup>31</sup>

### **3.3 Finanzierung der GKV<sup>32</sup>**

Die Krankenkassen und die Sozialversicherung werden paritätisch nach dem Umlageverfahren<sup>33</sup> und dem Solidaritätsprinzip finanziert. Dies bedeutet, dass sie je zur Hälfte von Arbeitgeber und Arbeitnehmer bezahlt werden und bis Ende 2008, dass weniger Verdienende geringerer Beiträge, viel Verdienende höhere Beiträge bezahlten.

Seit am 1. Januar 2009 der Gesundheitsfond eingeführt wurde, bezahlen alle gesetzlich Versicherten denselben Beitragssatz, unabhängig davon, in welcher Krankenkasse sie versichert sind (Ausnahme sind die landwirtschaftlichen Krankenkassen)<sup>34</sup>, was sie verdienen und in welchem Bundesland sie leben, wenn sie unter der Beitragsbemessungsgrenze von derzeit 3.675 Euro brutto pro Monat verdienen.

Der Beitragssatz wird vom Bundestag als gesetzgebendes Organ festgelegt. Ab dem 1. Januar 2009 betrug er 15,5% des Bruttogehaltes. Aufgrund der bestehenden

---

<sup>31</sup> Vgl. Wille/Koch, S.274.

<sup>32</sup> Vgl. BMG, 2008, S. 23ff und Dt. Sozialversicherung: <http://www.deutsche-sozialversicherung.de/> und AOK-Bundesverband: [http://www.aok-bv.de/politik/reformaktuell/geschichte/index\\_00605.html](http://www.aok-bv.de/politik/reformaktuell/geschichte/index_00605.html), (alle Stand: 01.04.09).

<sup>33</sup> Vgl. Kranken- u. Pflegekassenverband: <http://www.gkv.info/gkv/index.php?id=657> (Stand 01.04.09)

<sup>34</sup> Vgl. Presse- und Informationsamt der Bundesregierung: <http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Artikel/2008/10/2008-10-07-krankenkassen-beitrag.html>, (Stand: 01.04.09).

Finanz- und Wirtschaftskrise wurde der Betrag von der Bundesregierung auf 14,6% gesenkt und der Differenzbetrag von 0,9% für den Gesundheitsfond aus Steuermitteln zugeschossen. Zusätzlich dazu bekommen die gesetzlichen Krankenversicherungen staatliche Zuschüsse aus Steuergeldern von vier Milliarden Euro. Diese sollen bis 2016 auf bis zu 14 Milliarden<sup>35</sup> aufgestockt werden.

#### Der Risikostrukturausgleich

1994 wurde mit dem Gesundheitsstrukturgesetz der Risikostrukturausgleich (RSA) eingeführt. Ziel war, allen Kassen die gleichen Chancen im Wettbewerb zu geben. Alle Krankenkassen führten den gleichen Prozentsatz der Versicherungsbeiträge ihrer Mitglieder an den RSA-Ausgleichstopf ab. In einem gesetzlich geregelten Verfahren ermittelte dann das Bundesversicherungsamt den objektiven Finanzbedarf jeder Krankenkasse. Es wurde damals allerdings nicht zwischen kranken und gesunden Versicherten unterschieden, so dass Krankenkassen mit vielen kranken Versicherten zu wenig Geld erhielten.<sup>36</sup>

Dies wurde Anfang 2009 geändert. Der so genannte Morbi-RSA wurde eingeführt, er orientiert sich nun auch am Krankheitszustand (Morbidität) der Versicherten jeder Krankenkasse. Ziel des Morbi-RSA ist, dass das Geld dorthin gelangt, wo es für die Versorgung Kranker benötigt wird.<sup>37</sup>

Das Paradoxe ist, dass vor der Einführung des Gesundheitsfonds das Ziel der Krankenkassen war, möglichst viele gesunde Versicherte zu haben, um hohe Einnahmen und wenige Ausgaben zu haben. Nach der Einführung des Gesundheitsfonds und des Morbi-RSA hat sich dies nun ins Gegenteil gekehrt. Interessanter ist es nun für die Krankenkassen, viele kranke Versicherte als Mitglieder zu haben, was schon zu Anstiftungen zum Betrug seitens einiger Krankenkasse geführt hat<sup>38</sup>.

### **3.4 Leistungen der GKV**

In §1 des Sozialgesetzbuches V werden die Aufgaben der GKV definiert. Sie bestehen in der Erhaltung der Gesundheit, der Wiederherstellung der Gesundheit oder der Besserung des Gesundheitszustandes der Versicherten. Außerdem soll die

---

<sup>35</sup>Vgl. IGSF: [http://www.igsf.de/PM110\\_lang.pdf](http://www.igsf.de/PM110_lang.pdf), S. 8, (Stand: 01.04.09).

<sup>36</sup> Vgl. AOK-Bundesverband: [http://www.aok-bv.de/politik/reformaktuell/reformglossar/index\\_00674.html](http://www.aok-bv.de/politik/reformaktuell/reformglossar/index_00674.html), (Stand: 16.03.09).

<sup>37</sup> Vgl. AOK-Bundesverband: <http://www.aok-bv.de/politik/finanzierung/morbi-rsa/index.html>, (Stand: 16.03.09).

<sup>38</sup> Vgl. Bibliomed-News vom 10.02.2009: [http://www.bibliomed.de/cps/rde/xchg/bibliomed/hs.xsl/90\\_14321.htm](http://www.bibliomed.de/cps/rde/xchg/bibliomed/hs.xsl/90_14321.htm), (Stand: 11.02.09).

Krankenversicherung den Versicherten bei einer gesunden Lebensführung durch Aufklärung und Beratung unterstützen und auf gesunde Lebensverhältnisse hinwirken. Leistungen, auf die der Versicherte Anspruch hat, sind insbesondere die Krankenbehandlung, Gesundheitsförderung und Früherkennung von Krankheiten. Dazu zählen ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Behandlung, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, häusliche Krankenpflege, Krankenhausbehandlung und Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Seit der Gesundheitsreform 2007 werden die Leistungen u.a. ergänzt durch den Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativmedizin, auf von der Ständigen Impfkommission empfohlene Schutzimpfungen und die Ausdehnung der häuslichen Krankenpflege auf Wohngemeinschaften.<sup>39</sup>

Im dritten Kapitel des SGB V werden die Leistungen der GKV näher definiert.

Demnach haben Versicherte Anspruch auf Leistungen zur Früherkennung und Verhütung einer Verschlimmerung von Krankheiten, auf Empfängnisverhütung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch. Versicherte haben auch Anspruch auf medizinische Rehabilitation und auf Leistungen, die notwendig sind, um den Unterhalt zu sichern sowie eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen oder die Folgen zu mindern.

Des Weiteren haben Versicherte Anspruch auf ein Versorgungsmanagement, besonders beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche, beispielsweise beim Umzug von zu Hause in ein Pflegeheim.

Besteht bereits eine Pflegebedürftigkeit, so werden die Leistungen zur Behandlungspflege<sup>40</sup> in der häuslichen Pflege<sup>41</sup> von der Krankenversicherung, Leistungen der aktivierenden Pflege, d.h. der Grundpflege<sup>42</sup>, von der Pflegekasse erbracht (siehe 2.2 und 3.5). Leistungen für Folgen von Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten werden nicht von der gesetzlichen Krankenkasse, sondern von der Unfallversicherung oder der Berufsgenossenschaft erbracht.<sup>43</sup>

---

<sup>39</sup> Vgl. Wille/Koch, 2007, S.53.

<sup>40</sup> Im Französischen *actes médicaux infirmiers* (AMI, → Glossar)

<sup>41</sup> Z.B. an Pflegekräfte delegierte ärztliche Behandlungen wie Absaugen der oberen Luftwege, Dekubitusbehandlung, subkutane Injektionen, Stomabehandlung.

<sup>42</sup> Im Französischen *actes infirmier de soin* (ASI, → Glossar).

<sup>43</sup> Vgl. Dt. Sozialversicherung: <http://www.deutsche-sozialversicherung.de/de/unfallversicherung/leistungen.html>, (Stand: 20.02.09).

Der Leistungskatalog ist für alle gesetzlichen Krankenversicherungen einheitlich<sup>44</sup>, damit ist der vom Gesetzgeber geforderte Wettbewerb, festgelegt im Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) von 2007, innerhalb der einzelnen GKVen fragwürdig.

Auf welche Leistungen die gesetzlich Versicherten Anspruch haben, wird seit dem 1. Januar 2004 im Gemeinsamen Bundesausschuss (GB-A) von den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und der kassenärztlichen bzw. -zahnärztlichen Bundesvereinigungen beschlossen. Der Versicherte erhält die Leistungen der GKV als Sach- und Dienstleistungen sowie Geldleistungen. Die GKV arbeitet also nach dem Sachleistungsprinzip, im Gegensatz zur PKV, bei der der Grundsatz der Kostenerstattung zum Tragen kommt.<sup>45</sup>

Es wird zwischen Grund- und Wahlleistungen unterschieden. Grundleistungen sind Leistungen, auf die gesetzlich Versicherte Anspruch haben, Wahlleistungen gehen über die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen hinaus und müssen über eine private Versicherung abgesichert oder privat honoriert werden. Wegen des umfassenden Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenkassen, der nach Ansicht vieler Experten auf Dauer nicht zu finanzieren ist, wird immer wieder vorgeschlagen, bisherige Grundleistungen zu Wahlleistungen zu machen<sup>46</sup>, wie dies bei der zahnärztlichen Versorgung im Bereich der konservierenden und prothetischen Behandlung bereits teilweise geschehen ist. Die Abrechnung der ambulanten Leistungen der GKV ist im Einheitlichen Bewertungsmaßstab aufgeführt (siehe 3.4.1).

### **Das Wirtschaftlichkeitsgebot<sup>47</sup>**

Das Wirtschaftlichkeitsgebot ist in SGB V § 12 festgelegt und besagt, dass Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfen. Leistungen, die diesen Kriterien nicht genügen, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen Leistungserbringer nicht zu Lasten der GKV erbringen und die gesetzlichen Krankenkassen nicht bewilligen.

---

<sup>44</sup> Vgl. Kranken- u. Pflegekassenverband: <http://www.g-k-v.de/gkv/index.php?id=657>, (Stand: 20.02.09).

<sup>45</sup> Vgl. Wille/Koch, 2007, S. 41.

<sup>46</sup> Vgl. KBV-Glossar : <http://www.kbv.de/themen/gesundheitslexikon.asp?range=g>, (Stand : 20.02.09).

<sup>47</sup> Vgl. KBV-Glossar: <http://www.kbv.de/themen/gesundheitslexikon.asp?range=w>, (Stand: 20.02.09).

Das Wirtschaftlichkeitsgebot beeinflusst also die Leistungen des Arztes und Zahnarztes, die er dem Patienten auf Kosten seiner GKV zukommen lassen darf und die er von dieser bezahlt bekommt.

Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, der Leistungskatalog der Krankenkassen und der Einheitliche Bewertungsmaßstab helfen dem Arzt dabei, dieses Gebot einzuhalten.

Die Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebotes wird von den Krankenkassen zusammen mit den kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Vereinigungen überwacht (Wirtschaftlichkeitsprüfung). Wird wiederholt Unwirtschaftlichkeit festgestellt, wozu ein aufwändiges Prüfverfahren in einem paritätisch von Vertretern der Krankenkasse und der Ärzte besetzten Gremium notwendig ist, wird dem betroffenen Arzt das Honorar gekürzt. Der Rechtsweg bleibt ihm aber offen.

In §2 des SGB V werden die Leistungen der Krankenkassen im Allgemeinen beschrieben. Sie werden den Versicherten unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes zur Verfügung gestellt. Behandlungsmethoden, Arznei- und Heilmittel besonderer Therapierichtungen sind nicht ausgeschlossen. Was die Qualität und Wirksamkeit betrifft, so müssen die Leistungen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen und den medizinischen Fortschritt berücksichtigen. Das Wirtschaftlichkeitsgebot und die Erkenntnisse in der medizinischen Forschung können zu erheblichen Konflikten zwischen Arzt, Patient und Versicherung führen.

Die Leistungen werden - mit Ausnahmen, die im SGB V oder IX genannt sind - als Sach- und Dienstleistungen erbracht.

Über die Erbringung der Leistungen schließen die Krankenkassen Verträge mit den Körperschaften der Leistungserbringer (z.B. kassenärztliche und kassenzahnärztliche Vereinigung) ab, wobei die inzwischen mögliche Vielfalt der Organisationsformen der einzelnen Berufsgruppen beachtet werden muss (z.B. medi<sup>®</sup>, dentimed<sup>®</sup>, medizinische Versorgungszentren).

Welche Leistungen von den gesetzlichen Krankenkassen für den hausärztlichen, fachärztlichen und arztübergreifenden Versorgungsbereich bezahlt werden, ist im Sozialgesetzbuch V und dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab, auf den im Folgenden näher eingegangen wird, festgelegt.



### 3.4.1 Der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM)<sup>48</sup>

Der Einheitliche Bewertungsmaßstab ist ein Verzeichnis, nach dem Vertrags-Ärzte<sup>49</sup> und Krankenhaus-Ambulanzen ambulante Leistungen bei Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung abrechnen.

Definiert werden die im EBM enthaltenen Leistungen von den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Außerdem bestimmen sie den Wert jeder Leistung, der, in Punkten ausgedrückt, das Verhältnis der Leistungen untereinander festlegt. Für eine Leistung, die mit 100 Punkten bewertet wird, bekommt der Arzt doppelt so viel Geld wie für eine mit 50 Punkten bewertete Leistung.<sup>50</sup>

Der EBM ist in sechs Bereiche gegliedert<sup>51</sup>:

#### 1.) Allgemeine Bestimmungen

Hier sind allgemeine Bestimmungen beispielsweise über die berechnungsfähigen Leistungen, die Voraussetzung für die Berechnungsfähigkeit, verschiedene Definitionen und die enthaltenen und nicht berechnungsfähigen Kosten aufgelistet.

#### 2.) Arztgruppenübergreifende allgemeine Leistungen

Diese Leistungen stehen allen Ärzten offen. Zu ihnen gehören z. B. Leistungen, die im Notdienst, nachts oder am Wochenende erbracht werden, Hausbesuche, Präventionsleistungen, Schwangerschaftsbetreuung und das Schreiben von Berichten.

#### 3.) Arztgruppenspezifische Leistungen

Hier sind, getrennt voneinander, die hausärztlichen und fachärztlichen Leistungen aufgeführt. Jede Facharztgruppe wird in einem eigenen Kapitel behandelt, jeder Facharzt kann nur Leistungen aus seinem Kapitel abrechnen.

#### 4.) Arztgruppenübergreifende spezielle Leistungen

Dieser Abschnitt kann wieder von allen Ärzten zur Abrechnung genutzt werden. Allerdings ist für die Abrechnung die Genehmigung durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung notwendig, die nur bei einer bestimmten Qualifikation des Arztes gegeben wird. Dafür muss der Arzt eine entsprechende Weiterbildung

---

<sup>48</sup> Vgl. Bundesministerium der Justiz (BMJ): Sozialgesetzbuch V, §87ff:

[http://bundesrecht.juris.de/sgb\\_5/\\_\\_\\_87.html](http://bundesrecht.juris.de/sgb_5/___87.html) und KBV-Glossar:

<http://www.kbv.de/themen/gesundheitslexikon.asp?range=e>, (beide Stand: 20.02.09).

<sup>49</sup> Ein Vertragsarzt ist ein Arzt, der Mitglied in einer Kassenärztlichen Vereinigung ist und Patienten der GKV ambulant behandeln darf. (KBV-Glossar).

<sup>50</sup> Vgl. KBV-Glossar: <http://www.kbv.de/themen/gesundheitslexikon.asp?range=e>, (Stand: 07.04.09).

<sup>51</sup> EBM: <http://www.kbv.de/ebm2009/ebmgesamt.htm>, (Stand: 12.01.09).

abgeschlossen haben. Des Weiteren werden in diesem Abschnitt Röntgen-, Labor- und belegärztliche Leistungen aufgeführt.

#### 5.) Kostenpauschalen

In diesem Teil des EBM werden Kostenpauschalen für verschiedene Sachkosten aufgelistet. Dazu gehören z.B. Kosten für Versandmaterial, Briefporto, Kopien und leistungsbezogene Kostenpauschalen z.B. für Materialien bei Untersuchungen<sup>52</sup>.

#### 6.) Anhänge

Derzeit gibt es im EBM vier Anhänge. Im ersten werden nicht gesondert berechnungsfähige Leistungen aufgeführt, im zweiten finden sich die Zuordnungen zu den operativen Prozeduren zu den EBM-Kapiteln 31 (ambulantes Operieren) und 36 (belegärztliche Operationen), der dritte enthält Angaben für den Zeitaufwand des Leistungserbringers und im letzten Anhang sind die nicht oder nicht mehr berechnungsfähigen Leistungen aufgeführt.

Am 1. Januar 2009 hat der Gesetzgeber mit der Neufassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes eine Reform der vertragsärztlichen Honorare beschlossen. Die endgültige Umsetzung des neuen EBM soll 2012 erfolgen. Darin soll der Wert der Leistungen, die von den niedergelassenen Ärzten erbracht werden, künftig in Euro und Cent ersichtlich sein.<sup>53</sup> Er operiert zwar noch mit Punktwerten, unterscheidet sich aber dennoch vom alten EBM, da er maximale Pauschalbeträge pro Quartal und Patient für die verschiedenen Haus- und Fachärzte vorsieht. Mit der hausärztlichen Versichertenpauschale werden z.B. die im gesamten Abrechnungszeitraum erbrachten Leistungen einschließlich Betreuungs-, Koordinations- und Dokumentationsleistungen abgedeckt. Nur besonders förderungswürdige Leistungen dürfen extra als Einzelleistungen oder Komplexe abgerechnet werden.

Die fachärztlichen Pauschalen werden in Grund- und Zusatzpauschalen unterteilt.

Das neue Vergütungssystem wird anders als bei vorangegangenen Honorarreformen, ohne vorherige Erprobungsphase eingeführt.<sup>54</sup>

Die abrechnungsfähigen Leistungen der Zahnärzte sind im Bewertungsmaßstab (BEMA, BEMA-Z) festgelegt, auf den unter 5.2.3 näher eingegangen wird.

---

<sup>52</sup> Dazu gehört z.B. Kontrastmittel.

<sup>53</sup> Vgl. Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW): <http://www.kvbawue.de/index.php?id=293>, (Stand: 01.04.09).

<sup>54</sup> Vgl. Wille/Koch, 2007, S.210f und S. 223.

### 3.4.2 Haus- und fachärztliche Leistungen

Die ambulanten Leistungen, die bei GKV-Versicherten abgerechnet werden können, sind im Einheitlichen Bewertungsmaßstab aufgeführt (siehe 3.4.1) und in § 87 des Sozialgesetzbuches V verankert. Impfleistungen sind nicht im EBM enthalten, da dazu in jedem Bundesland eigene Regelungen bestehen.

### 3.4.3 Zahnärztliche Behandlung<sup>55</sup>

In Deutschland werden dem Versicherten alle Kosten bei konservierender<sup>56</sup>, parodontologischer<sup>57</sup> und chirurgischer Versorgung als Sachleistung erstattet. Für Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr werden auch kieferorthopädische und zahnprophylaktische Behandlungen übernommen. Für Zahnersatz kann der Patient bis zu 65% der Kosten für die GKV-Leistungen erstattet bekommen, wenn er in den vergangenen 5-10 Jahren die jährlichen zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen wahrgenommen hat.

Die zahnärztlichen Leistungen sind im Bewertungsmaßstab unter 5.2.3 aufgeführt.

### 3.4.4 Krankenhaus, Transport<sup>58</sup>

Der Versicherte kann frei unter den zugelassenen Krankenhäusern wählen, muss aber durch einen Arzt eingewiesen werden. Für ein Mehrbettzimmer werden die Kosten vollständig von der GKV übernommen, pro Tag müssen vom Patienten 10 Euro Eigenanteil geleistet werden.

In bestimmten Fällen werden Transportkosten zu stationären Behandlungen erstattet, zu ambulanten Behandlungen nur in Ausnahmefällen. Die Zuzahlung beträgt 10%, aber mindestens 5 Euro, höchstens 10 Euro pro Fahrt.

### 3.4.5 Arznei-, Heil- und Hilfsmittel

#### **Arzneimittel**

In Deutschland gibt es im Gegensatz zu anderen europäischen Ländern nur eine Negativliste für Arzneimittel, keine *Positivliste*. Die Negativliste wurde erstmals 1991 veröffentlicht und beinhaltet Medikamente bzw. deren Wirkstoffe und Wirkstoff-

---

<sup>55</sup> Vgl. Beske et al., 2005, Band I, S. 79 und Gespräch mit Dr. Dietrich, Zahnarzt, am 24.03.09.

<sup>56</sup> Erhaltender

<sup>57</sup> Den Zahnhalteapparat betreffend.

<sup>58</sup> Vgl. Beske et al., 2005, Band I, S. 80.

Kombinationen, die nicht zu Lasten der GKV verordnet werden dürfen.<sup>59</sup> Anstelle der Positivliste gibt das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen Fachinformationen heraus, damit soll die Ausgabenentwicklung bei Arzneimitteln positiv beeinflusst werden.<sup>60</sup>

Der Patient muss in Deutschland eine Rezeptgebühr für verschreibungspflichtige Medikamente bezahlen (siehe 6.1). Außerdem muss er bei verordneten Arzneimitteln, deren Preis über dem Festbetrag liegt, zusätzlich die Differenz zwischen Festbetrag und Arzneimittelpreis bezahlen.<sup>61</sup>

Seit Mai 2006 gibt es günstige Medikamente, die von der Zuzahlung befreit sind, wenn ihr Betrag nicht über der Zuzahlungsbefreiungsgrenze liegt. Die Arzneimittel sind auf einer Liste auf der Homepage des GKV Spitzenverbandes aufgelistet, die zum 1. und 15. des Monats aktualisiert wird.<sup>62</sup>

### **Heilmittel**

Heilmittel sind z.B. Krankengymnastik und Massagen. Sie gehören zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherungen. Der Patient muss eine Zuzahlung von 10% zzgl. 10 Euro je Verordnung bezahlen.

### **Hilfsmittel**

Hilfsmittel sind Sachleistungen, die niedergelassene und Krankenhausärzte verordnen. Sie sind im Hilfsmittelverzeichnis der GKV aufgeführt. Dazu gehören z.B. Hörhilfen, Körperersatzstücke und orthopädische Hilfsmittel. In der Leistung eingeschlossen sind auch die Änderung oder Instandsetzung der Hilfsmittel und die Erläuterung der Anwendung. Der Patient muss eine Zuzahlung von 10% der Kosten für jedes Hilfsmittel, i.d.R. 5-10 Euro leisten.<sup>63</sup>

## **3.4.6 Versorgung bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten**

Bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten kommt die Unfallversicherung zum Tragen, die schon unter 2.2 erwähnt wurde. Versichert sind Wegeunfälle, Unfälle im

---

<sup>59</sup> Darunter fallen Präparate, die für das Therapieziel oder zur Minderung von Risiken nicht erforderlich Bestandteile enthalten und Mittel, deren Wirkung wegen der Vielzahl der enthaltenen Wirkstoffe nicht nachgewiesen ist. Außerdem gehören auch Präparate dazu, deren therapeutischer Nutzen nicht nachgewiesen ist. Informationen über die betroffenen Arzneimittel können beim Apotheker erfragt werden. (KBV-Glossar).

<sup>60</sup> Vgl. KBV-Glossar: <http://www.kbv.de/themen/gesundheitslexikon.asp?range=p>, (Stand: 01.04.09).

<sup>61</sup> Vgl. Beske et al., 2005, Band I, S. 80.

<sup>62</sup> Vgl. GKV-Spitzenverband: [https://www.gkv-spitzenverband.de/Befreiungsliste\\_Arzneimittel\\_Versicherte.gkvnet](https://www.gkv-spitzenverband.de/Befreiungsliste_Arzneimittel_Versicherte.gkvnet), (Stand: 10.03.09).

<sup>63</sup> Vgl. Beske et al., 2005, Band I, S.80f und KBV-Glossar: <http://www.kbv.de/themen/gesundheitslexikon.asp?range=h>, (Stand: 01.04.09).

Unternehmen und solche, die in ursächlichen Zusammenhang mit der Tätigkeit stehen. Es gibt eine Liste mit 68 Berufskrankheiten<sup>64</sup>.

Bei einem Arbeitsunfall oder einer Berufskrankheit muss sich der Versicherte nicht an den Hausarzt, sondern an einen von der Berufsgenossenschaft (BG) beauftragten Durchgangsarzt (D-Arzt) wenden, der über das weitere Vorgehen entscheidet.

Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten umfassen ärztliche und zahnärztliche Behandlung, Bereitstellung von Arznei-, Verbands- und Heilmitteln sowie die Versorgung mit Hilfsmitteln. Die Berufsgenossenschaft trägt die Kosten der ambulanten bzw. stationären Behandlung und die einer Rehabilitation, besonders die berufsfördernden Leistungen zur Erhaltung bzw. Erlangung eines Arbeitsplatzes.<sup>65</sup>

Geldleistungen der Unfallversicherung sind das Verletzten- und das Übergangsgeld. Ersteres wird an arbeitsunfähige Versicherte für 1½ Jahre bezahlt, die wegen einer Heilbehandlung nicht ganzzeitig arbeiten können, letzteres wird an Versicherte bezahlt, wenn sie Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsplatz bekommen. Es beträgt 80% des regelmäßig erzielten Arbeitsentgeltes.<sup>66</sup>

### 3.4.7 Geldleistungen

#### **Zeitlich befristete Geldleistungen<sup>67</sup>**

Zu den zeitlich befristeten Geldleistungen gehören die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall<sup>68</sup>, nach der 6. Woche das Krankengeld<sup>69</sup>, auch zur Pflege eines Kindes, und das Mutterschaftsgeld<sup>70</sup>.

#### **Zeitlich unbefristete Geldleistungen**

Zeitlich unbefristete Geldleistungen werden nur von der Unfallversicherung und von der Rentenversicherung bezahlt und unter 2.2 erwähnt.

---

<sup>64</sup> Dazu gehören beispielsweise Krankheiten durch Strahleneinwirkung, Lärmschwerhörigkeit, Haut- und Infektionskrankheiten oder auch Lungenerkrankungen durch Staub und allergisierende (Allergie auslösende) Stoffe. (Dt. gesetzliche Unfallversicherung: <http://www.dguv.de/inhalt/leistungen/versschutz/bk/bk-liste/index.jsp>, Stand: 12.04.09).

<sup>65</sup> Vgl. Beske et al., 2005, Band I, S. 87f.

<sup>66</sup> Vgl. Beske et al., 2005, Band II, S. 44.

<sup>67</sup> Vgl. Beske et al., 2005, Band II, S. 42ff.

<sup>68</sup> Bis zur sechsten Wochen bezahlt der Arbeitgeber im Jahr 100% des Arbeitsentgeltes fort.

<sup>69</sup> Das Krankengeld, 70% des Arbeitsentgeltes bis zur Beitragsbemessungsgrenze, wird von der Krankenkasse im Anschluss an die Lohnfortzahlung bezahlt. Anspruch darauf haben erwerbstätige Mitglieder der GKV, aber z.B. keine Rentner oder beitragsfrei mitversicherte Familienangehörige. (Beske et al., 2005, Band II).

<sup>70</sup> Erwerbstätige GKV-Versicherte Frauen erhalten im Mutterschutz sechs Wochen vor und acht Wochen nach der Geburt 13 Euro pro Tag von der Krankenkasse. Nicht GKV-Versicherte Frauen bekommen das Mutterschaftsgeld von der Bundesversicherungsanstalt (BVA).

## Einmalzahlungen

Einmalzahlung war bis 2004 das Sterbegeld, das nach diesem Zeitpunkt aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gestrichen wurde. Allerdings zahlt die Unfallversicherung den Hinterbliebenen in den alten Bundesländern 4.140 Euro und in den neuen Bundesländern 3.480 Euro.<sup>71</sup>

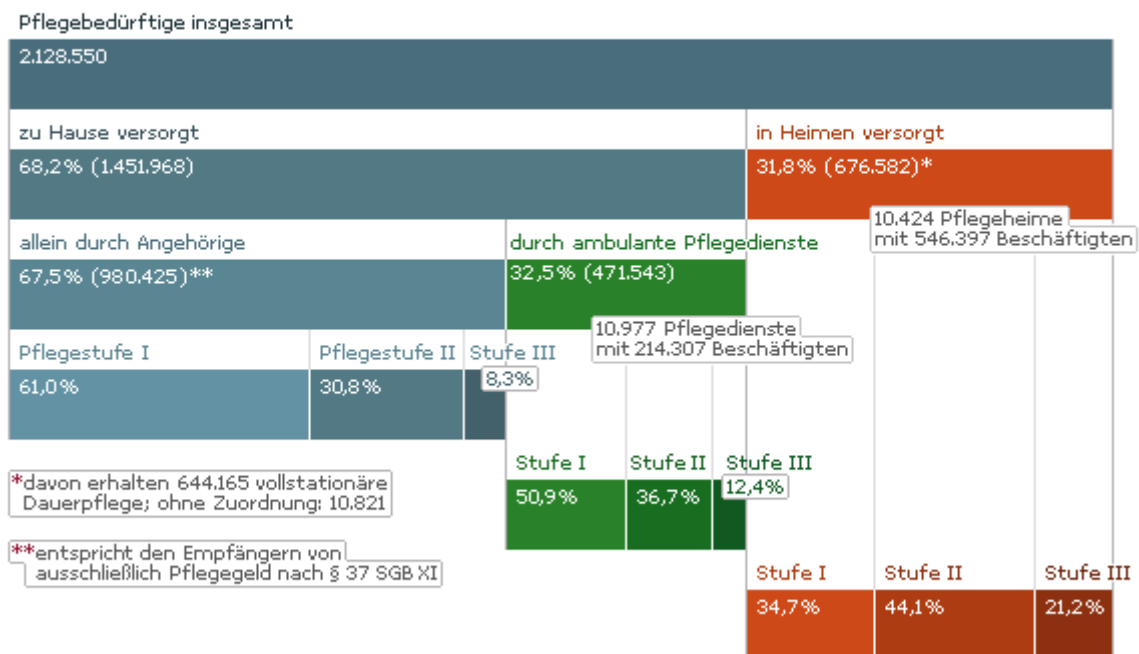
### 3.5 Versorgung im Pflegefall

Ende 2005 gab es in Deutschland 2.128.550 Pflegebedürftige, von denen 68,2% (1.451.968) zu Hause und 31,8% (676.582) in Heimen versorgt wurden.

Die unterschiedliche Versorgung der Pflegebedürftigen veranschaulicht sehr gut das folgende Diagramm 1, das von der Bundeszentrale für politische Bildung veröffentlicht wurde.<sup>72</sup>

#### ■ Pflegebedürftige

Nach Pflegestufe, in absoluten Zahlen und Anteile in Prozent, Jahresende 2005



Quelle: Statistisches Bundesamt: Statistisches Jahrbuch 2008  
Lizenz: Creative Commons by-nc-nd/2.0/de  
Bundeszentrale für politische Bildung, 2008



Die soziale Pflegeversicherung wurde 1994 eingeführt. Träger sind Pflegekassen, Körperschaften des öffentlichen Rechts, die von den Krankenkassen errichtet und verwaltet werden. Als pflegebedürftig gelten Versicherte die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für mindestens

<sup>71</sup> Vgl. Beske et al., 2005, Band II, S. 49.

<sup>72</sup> Bundeszentrale für politische Bildung: <http://www.bpb.de/wissen/B2RM6Z,0,Pflegebed%FCrftige.html>, (Stand: 01.04.09).

sechs Monate in erheblichem Maße auf Hilfe bei den Verrichtungen des täglichen Lebens angewiesen sind.<sup>73</sup> Wird ein Versicherter pflegebedürftig, so ist er über die Pflegeversicherung abgesichert, wenn er mindestens fünf Jahre in einer Pflegekasse versichert war. Wer gesetzlich und privat krankenversichert ist, der ist gleichzeitig auch pflegeversichert. Die Pflegeversicherung ist keine Vollversicherung. Sie soll es dem Versicherten ermöglichen, ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu führen und bietet nur unterstützende Hilfeleistungen an.

In welcher Höhe und Form der Pflegebedürftige Leistungen erhält, wird durch den medizinischen Dienst der Krankenversicherungen (MdK) festgestellt. Er bestimmt den Grad der Hilfsbedürftigkeit und stuft den Versicherten in die Pflegestufe ein.<sup>74</sup>

Es werden drei Stufen unterschieden:

Pflegestufe I: erheblich pflegebedürftig (mindestens 90 Minuten Hilfe pro Tag nötig, davon mindestens 46 Minuten für die Grundpflege)

Pflegestufe II: schwerpflegebedürftig (mindestens 3 Stunden pro Tag Hilfe nötig, davon mindestens 2 Stunden Grundpflege)

Pflegestufe III: schwerstpflegebedürftig (mindestens 5 Stunden Hilfe pro Tag nötig, davon mindestens 4 Stunden Grundpflege)<sup>75</sup>.

Leistungen der Pflegestufe I sind z.B.: Hilfe bei der Körperpflege, beim Anziehen und Hilfe im Haushalt.

Zur Pflegestufe II gehören beispielsweise: Hilfe bzw. Übernahme der Körperpflege, Unterstützung beim Essen und Trinken, Ankleiden und Hauswirtschaftshilfe.

Pflegebedürftige mit Pflegestufe III erhalten: Übernahme der Körperpflege, Essen geben, Begleitung zur Toilette (auch nachts), Hilfe bei Mobilisation.

Leistungen der Pflegeversicherung sind Geld- oder Sachleistungen, mit denen die Grundpflege und eine hauswirtschaftliche Versorgung finanziert werden. In der Regel werden Leistungen, die zur Grundpflege gehören, von der Pflegeversicherung finanziert, Leistungen der Behandlungspflege von der Krankenversicherung. Zu den Leistungen der Pflegeversicherung gehören u.a. Tages- und Nachtpflege, Pflegegeld

---

<sup>73</sup> Vgl. Beske et al., 2005, Band I, S.83ff.

<sup>74</sup> Vgl. Dt. Sozialversicherung: <http://www.deutsche-sozialversicherung.de/de/krankenversicherung/versicherte.html>, (Stand: 06.03.09).

<sup>75</sup> Vgl. Pschyrembel® Pflege, 2007, S. 588f.

für selbst beschaffte Pflegehilfen, Pflegehilfsmittel<sup>76</sup>, technische Hilfen und Zuschüsse zur pflegegerechten Umgestaltung des Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen. Die Pflege kann im häuslichen Bereich oder auch im voll- oder teilstationären Bereich erfolgen.

Die Pflegeleistungen im ambulanten Bereich können auch von Angehörigen oder ehrenamtlichen Helfern sowie von ambulanten Pflegediensten und Sozialstationen erbracht werden, auf die unter 5.2.5 näher eingegangen wird. Zusätzlich zur häuslichen Pflege können Pflegebedürftige in teilstationären Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege betreut werden. Für die stationäre Pflege übernimmt die Pflegekasse die Kosten für pflegerische Aufwendungen, medizinische Behandlungspflege und soziale Betreuung.<sup>77</sup>

#### **4. Ärztedichte in Deutschland**

Erste Anhaltspunkte über den Grad der medizinischen Versorgung können die Ärztedichte und die Anzahl der Krankenhausbetten pro Einwohner eines Staates geben. Mit 341 praktizierenden Ärzten und 846 Krankenhausbetten pro 100.000 Einwohner gehörte Deutschland 2005 zu den Spitzenreitern in der Europäischen Union (EU). Die Zahl der Krankenhausbetten war in den letzten Jahren in den EU-Ländern meist rückläufig.<sup>78</sup> Allerdings sagt die Ärztedichte noch nicht alles über eine gute medizinische Versorgung, da auch die Altersverteilung sehr wichtig ist. In einer Region mit vielen alten Menschen werden mehr Ärzte gebraucht, als in Städten und Regionen mit vielen jungen Menschen.

---

<sup>76</sup> Dazu gehören z.B. Desinfektionsmittel, Inkontinenzartikel (Windeln, Slipeinlagen etc.) und Pflegebetten.

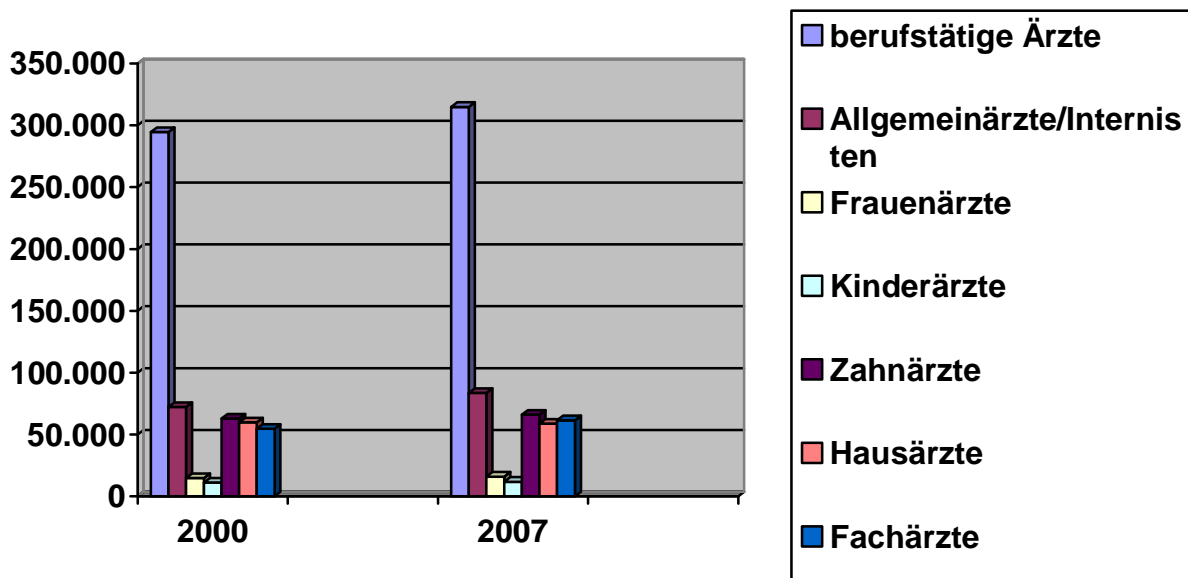
<sup>77</sup> Beske et al., 2005, Band I, S. 86.

<sup>78</sup> Statistisches Bundesamt Deutschland, Datenreport 2008:

<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Querschnittsveroeffentlichungen/Datenreport/Downloads/Datenreport2008DeutschlandEuropa.property=file.pdf>, S. 428, (Stand: 11.01.09).

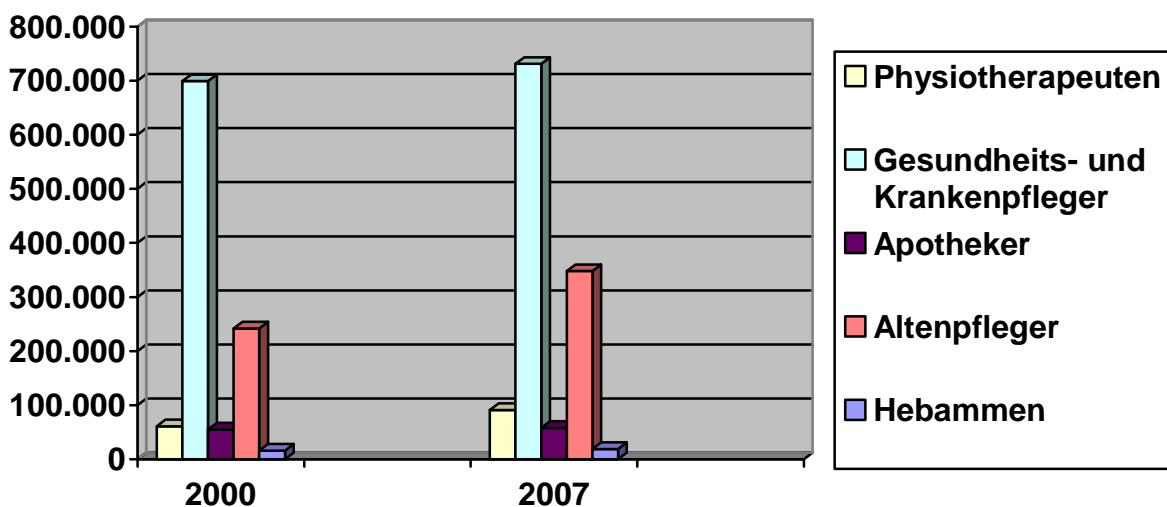


Diagramm 2 zeigt die Zahl der Grundversorger in den Jahren 2000 und 2007.



Quelle: eigene Erstellung nach Ärztestatistik auf der Bundesärztekammer (BÄK)- und der KBV-Seite<sup>79</sup>

Diagramm 3 zeigt die Zahl der anderen Grundversorger und die Bettenzahl in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen.

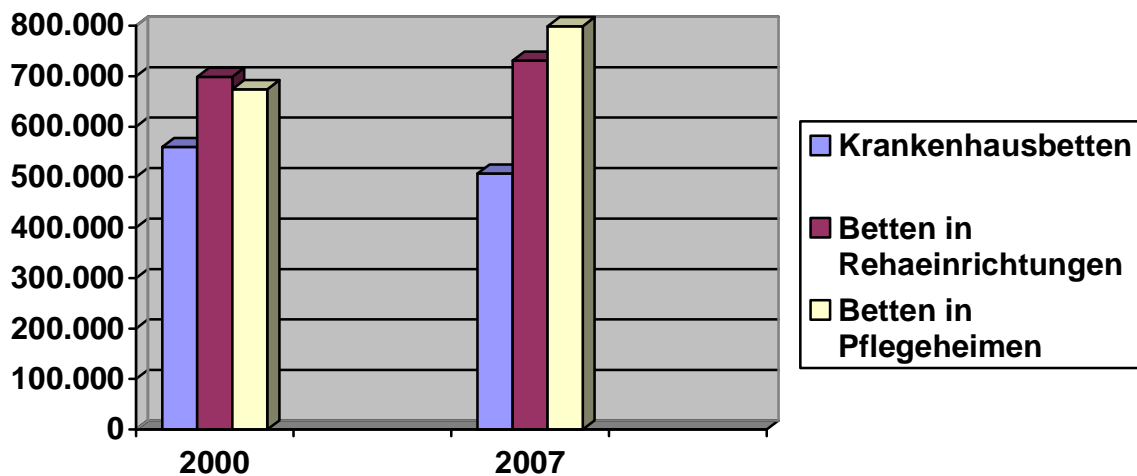


Quelle: eigene Erstellung nach Statistik Statistisches Bundesamt<sup>80</sup> und GB-Bund<sup>81</sup>

<sup>79</sup> Bundesärztekammer: <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Stat07Tabelle3.pdf>, S. 1ff und KBV: <http://daris.kbv.de/daris/doccontent.dll?LibraryName=EXTDARIS^DMSSLAVE&SystemType=2&LogonId=68de509a45a6c4fb3e84d6fd9055ced7&DocId=003741530&Page=1>, (beide Stand 24.02.09).

<sup>80</sup> Stat. Bundesamt: <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Gesundheit/Gesundheitpersonal/Tabellen/Content75/Einrichtungen.templateId=renderPrint.psml> und <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Querschnittsveroeffentlichungen/WirtschaftStatistik/Gesundheitswesen/Personal2001,property=file.pdf>, S.527, (beide Stand: 24.02.09).

Diagramm 4 zeigt die Anzahl der verfügbaren Betten in Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen und Pflegeheimen



Quelle: GB-Bund<sup>82</sup>

Artikel 12 des Grundgesetzes sieht zwar vor, dass jeder approbierte Arzt, Zahnarzt, Tierarzt und Apotheker den Ort seiner Berufsausübung frei wählen darf. In Deutschland besteht allerdings keine Niederlassungsfreiheit für Vertragsärzte. Nach der sogenannten Bedarfplanung wird entschieden, wo sich ein Arzt niederlassen darf. Wenn mehr als 110% der erlaubten Zahl in einer Region praktizieren, so darf sich dort kein weiterer Arzt derselben Fachrichtung niederlassen, der Bezirk gilt dann als gesperrt.<sup>83</sup>

Die Ärzte und Zahnärzte werden auf lokaler Ebene vertreten von den Kassenärztlichen (KV) bzw. Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZV) und auf Bundesebene von den Kassenärztlichen bzw. Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigungen.

## 5. Die medizinische Grundversorgung in Deutschland

Die Gesundheitsversorgung in Deutschland gehört zu den besten der europäischen Länder, wie das Beske-Institut mit dem in der Einleitung genannten Versorgungsindex feststellte.

<sup>81</sup> GB-Bund:

[http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/\\_XWD\\_PROC?\\_XWD\\_292/2/XWD\\_CUBE.DRILL/\\_XWD\\_322/D.489/241](http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/_XWD_PROC?_XWD_292/2/XWD_CUBE.DRILL/_XWD_322/D.489/241), (Stand: 24.02.09).

<sup>82</sup> GB-Bund: [http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd\\_init?gbe.isgbetol/xs\\_start\\_neu/349489732/65939174](http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/349489732/65939174), (Stand 24.02.09).

<sup>83</sup> Vgl. KBV-Glossar: <http://www.kbv.de/themen/gesundheitslexikon.asp?range=n>, (Stand: 11.02.09).

Im Jahr 2006 wurden für die Gesundheit 245 Milliarden Euro ausgegeben<sup>84</sup>, das sind 10,6% des Bruttoinlandsproduktes.<sup>85</sup>

## **Der Sicherstellungsauftrag**

In §75 des SGB V wird der Sicherstellungsauftrag definiert. Er bezeichnet die „Pflicht der Kassenärztlichen Vereinigungen, die vertragsärztliche Versorgung der Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung sicherzustellen und gegenüber den Krankenkassen die Gewähr zu übernehmen, dass diese Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht.“<sup>86</sup>

Als der Terminus 2001 in der Öffentlichkeit bekannt wurde, forderten einige Politiker, den Sicherstellungsauftrag an die Krankenkassen abzugeben. Mittlerweile hat sich aber gezeigt, dass diese Maßnahme nicht zu verwirklichen wäre. Die Krankenkassen müssten Einzelverträge mit den Ärzten schließen. Da jeder Arzt Patienten von ungefähr 40 verschiedenen Krankenkassen betreut, würde dies dazu führen, dass die rund 140.000 Kassenärzte 5,6 Millionen Verträge abschließen müssten – eine völlig unüberschaubare Menge.<sup>87</sup>

### **5.1 Was ist die medizinische Grundversorgung?**

Der Begriff „medizinische Grundversorgung“ taucht zwar sehr häufig in öffentlichen Diskussionen auf, es gibt aber keine einheitliche oder allgemein anerkannte Definition.

Wer die medizinische Grundversorgung gewährleistet ist recht einfach zu beantworten.

Laut Dr. Heinz Koch von der KBV wird in Deutschland unter medizinischer Grundversorgung vor allem die Versorgung durch den Hausarzt, durch Allgemeinärzte, Internisten und Kinderärzte verstanden. Im weiteren Sinne werden das Öffentliche Gesundheitswesen, Sozialstationen und Rehabilitationseinrichtungen mit einbezogen. Auf die an der Grundversorgung beteiligten Berufsgruppen wird in 5.2 näher eingegangen.

---

<sup>84</sup> Stat. Bundesamt:

<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Navigation/Statistiken/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/Gesundheitsausgaben.psml>, (Stand: 11.02.09).

<sup>85</sup> GB-Bund, Gesundheitsausgaben: [http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd\\_init?gbe.isgbetol/xs\\_start\\_neu/i95434538/78083945](http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/i95434538/78083945), (Stand: 01.04.09).

<sup>86</sup> Bundeszentrale für politische Bildung: <http://www.bpb.de/sosi/popup/lexikon.php?id=163>, (Stand: 01.04.09).

<sup>87</sup> Vgl. KBV-Glossar: <http://www.kbv.de/themen/gesundheitslexikon.asp?range=s>, (Stand: 01.04.09).

Meiner Meinung nach müssten aber auch Zahnärzte, Pflegepersonal und Apotheker mit einbezogen werden, da sie ebenfalls an der medizinischen bzw. medikamentösen Versorgung der Patienten beteiligt sind.

Was die Leistungen der medizinischen Grundversorgung angeht, erscheint mir die Beantwortung sehr schwierig. Ist es nur die allernotwendigste Versorgung? Sind es die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen, die zwar nur ausreichend, wirtschaftlich, notwendig und zweckmäßig sein dürfen, jedoch - wie unter 3.4 beschrieben -, auch besondere Therapierichtungen, Behandlungsmethoden, Arznei- und Heilmittel nicht ausschließen und daher mehr als eine Grundversorgung darstellen?

Laut Dr. Werner Geurtsen, Klinikdirektor der Klinik für Zahnerhaltung, Parodontologie und Präventive Zahnheilkunde an der Medizinischen Hochschule Hannover, ist in den meisten Fällen eine pauschale Klassifizierung einer Grundversorgung (er nennt sie Basisversorgung) nicht möglich. Seiner Meinung nach ist es erforderlich, sich intensiv Gedanken zum Thema Grundversorgung zu machen, besonders in Zeiten zunehmender Knappheit finanzieller Ressourcen und gleichzeitig großen Fortschritten in der Zahnmedizin – dies gilt meiner Ansicht nach auch für die Humanmedizin – sowie der Verschiebung der Alterspyramide und der daraus resultierenden erhöhten Inanspruchnahme der Leistungen des Gesundheitssystems.<sup>88</sup>

Ich habe mich entschieden, als Leistungen der medizinischen Grundversorgung in Deutschland die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, die im SGB V aufgeführt sind, so zu benennen. Für Frankreich erachte ich die Leistungen, die in der *liste des produits et prestations* (LPP) aufgeführt sind, als medizinische Grundversorgung.

Die Grundversorgung muss abgegrenzt werden von der Erstversorgung. Als Erstversorgung, auch Akut- oder Notfallversorgung genannt, wird die Versorgung durch Ersthelfer an einem Unfallort bezeichnet und beinhaltet u.a. Prüfung des Bewusstseins, der Atmung und der Kreislaufsituation, Blutstillung, Anlegen eines Verbandes, Lagerung des Patienten und Herbeirufen des Notarztes oder der Rettungssanitäter.

---

<sup>88</sup> Vgl. Geurtsen, Werner: *Basisversorgung versus Luxusversorgung?*, Oralprophylaxe & Kinderzahnheilkunde 1/ 2009, S. 1.

## **Die Budgetierung**

In den Paragrafen 84, 85 und 87 des Sozialgesetzbuches V ist die Budgetierung der ärztlichen und zahnärztlichen Leistungen festgelegt. Dies bedeutet, dass dem Arzt bzw. Zahnarzt für bestimmte Leistungen nur ein begrenzter Betrag zur Verfügung gestellt wird. Damit ist sowohl die ärztliche Vergütung, als auch die ärztliche Leistung limitiert.

Seit dem 1. Januar 2009 heißt diese Budgetierung „Regelleistungsvolumen“, dieses ist für jede Arztgruppe unterschiedlich. Werden diese Regelleistungsvolumina überschritten, so dürfen sie nur noch abgestaffelt vergütet werden (Degression). Ausnahme ist eine außergewöhnliche Erhöhung der Zahl der ärztlich, nicht aber der zahnärztlich behandelten Versicherten.

Für Leistungen von Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendpsychiatern und -psychotherapeuten und Fachärzten für Psychosomatik gibt es keine Regelleistungsvolumina.<sup>89</sup>

## **Honorare**

In Deutschland werden die Honorare der Ärzte und Zahnärzte für die erbrachten GKV-Leistungen von den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der kassenärztlichen (KBV) bzw. kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZBV) ausgehandelt. Bei Nichteinigung besteht die Möglichkeit eines Schiedsverfahrens.

Die Honorare der übrigen medizinischen oder pflegerischen Berufsgruppen werden von den Gewerkschaften oder den konfessionellen Trägern ausgehandelt.

## **5.2 Wer nimmt an der Grundversorgung teil?**

Zu den Grundversorgern sind speziell Hausärzte, Allgemeinärzte, praktische Ärzte, Internisten und Kinderärzte zu zählen.

In Deutschland hat der Patient das Recht auf freie Arztwahl. Er kann also selber entscheiden, welchen Arzt er bei gesundheitlichen Problemen aufsucht, ohne dass für ihn Nachteile bei der Erstattung/Bezahlung seiner in Anspruch genommenen Leistungen entstehen. Nur, wenn er sich in ein Hausarztmodell (siehe unter 5.2.1) eingeschrieben hat, muss er einen Hausarzt benennen und darf diesen für

---

<sup>89</sup> Vgl. Wille/Koch, 2007, S. 207f und S. 213.

mindestens ein Jahr nicht wechseln. Sollte dieses Modell ausgeweitet werden, so wird in Zukunft die freie Arztwahl nicht mehr möglich sein.

### 5.2.1 Hausärzte

„Hausarzt“ ist keine Facharztbezeichnung, sondern bezeichnet den Arzt, der bei allgemeinen gesundheitlichen Problemen als erster vom Patienten aufgesucht wird und erster Ansprechpartner bei gesundheitlichen Fragen ist.

Der Hausarzt spielt also eine zentrale Rolle in der medizinischen Grundversorgung. Er wird auch als Familienarzt bezeichnet, da er im besten Fall einen Patienten schon sehr lange kennt, mit seiner Krankengeschichte und seinem familiären Umfeld vertraut ist und das Vertrauen des Patienten genießt.

Das Patientenspektrum in einer Hausarztpraxis ist sehr breit: es reicht vom Kleinkind bis zum alten Menschen.

Hausärzte können in Deutschland sein: Allgemeinmediziner, Internisten und Kinderärzte. Bis Juni 2004 gehörten Ärzte mit der Fachbezeichnung „praktischer Arzt“ noch dazu. Diese Bezeichnung gibt es seit diesem Zeitpunkt aber nicht mehr, sie werden nun zu den Fachärzten für Allgemeinmedizin gezählt.

Der Anteil der Allgemeinmediziner und praktischen Ärzte an der Gesamtzahl der Vertragsärzte ist zwischen 1992 und 2003 von 41,8% auf 36,7% gesunken. Diese Quote lässt jedoch noch nicht auf den Umfang der hausärztlichen Leistungen schließen, da neben Allgemeinmedizinern auch Kinderärzte und ein Teil der Internisten an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen. Diese umfasst gemäß § 73 SGB V insbesondere die allgemeine Patientenbetreuung in Kenntnis des familiären Umfelds, die Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen sowie die Zusammenführung der Behandlungsdaten.<sup>90</sup>

2004 wurde die Praxisgebühr (siehe auch 6.1) eingeführt. Ziel dieser Gebührenerhebung war eine Stärkung der finanziellen Situation der GKV, die gewünschte Zentrierung bei gesundheitlichen Problemen auf den Hausarzt (Hausarztmodell) und das seltenere Aufsuchen eines Arztes und Zahnarztes, um damit die Leistungen der GKV geringer zu halten.

---

<sup>90</sup> GB-Bund, Ambulante ärztliche Versorgung: [http://www.gbe-bund.de/gbe10/ergebnisse.prc\\_pruef\\_verweise?p\\_uid=gast&p\\_aid=55184183&p\\_fid=10792&p\\_ftyp=TXT&p\\_pspkz=D&p\\_sspkz=&p\\_wsp=&p\\_vtrau=4&p\\_hlp\\_nr=1&p\\_sprache=D&p\\_sprachkz=D&p\\_lfd\\_nr=90&p\\_news=&p\\_window=&p\\_modus=2&p\\_janein=J](http://www.gbe-bund.de/gbe10/ergebnisse.prc_pruef_verweise?p_uid=gast&p_aid=55184183&p_fid=10792&p_ftyp=TXT&p_pspkz=D&p_sspkz=&p_wsp=&p_vtrau=4&p_hlp_nr=1&p_sprache=D&p_sprachkz=D&p_lfd_nr=90&p_news=&p_window=&p_modus=2&p_janein=J), (Stand: 11.01.09).

## Das Hausarztmodell<sup>91</sup>

Seit dem 1. Januar 2004 bieten einige Krankenkassen und Ärzte das Hausarzt-Modell an. Die Krankenkassen sollten den Versicherten ein solches Hausarztmodell anbieten. Dies bedeutet, dass der Patient zuerst seinen Hausarzt konsultiert und nicht gleich einen Spezialisten aufsucht. Der Hausarzt soll den Überblick über das Versorgungsgeschehen haben. Diese Vorgehensweise soll helfen, Wechselwirkungen der Medikamente schnell zu erkennen, die Medikation anzupassen und Doppeluntersuchungen zu vermeiden.

Hält sich der Patient an diesen „Behandlungsweg“, so gewährt ihm die Krankenkasse Vergünstigungen, z.B. reduzierte Zuzahlungen in der Apotheke, Wegfall der Praxisgebühr oder vergünstigte Versicherungstarife.

Möchte ein Patient am Hausarzt-Modell teilnehmen, so muss er sich für mindestens ein Jahr einschreiben und darf in dieser Zeit den Hausarzt nicht wechseln. Das Problem am Hausarzt-Modell ist, dass der Patient keine freie Arztwahl mehr hat, da die Krankenkassen entscheiden, welcher Arzt am Hausarzt-Modell teilnehmen darf und welcher nicht.

Fachärzte müssen sich festlegen, ob sie an der hausärztlichen Versorgung oder ausschließlich an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen möchten, die Abrechnung erfolgt nur nach einer Versorgungsart.

Seit einigen Jahren treten immer häufiger psychische und psychosomatische Erkrankungen (Aufmerksamkeitsstörungen, Essstörungen,...) auf, sowohl bei Jugendlichen als auch bei Erwachsenen. Oft werden diese vom Patienten noch nicht bewusst wahrgenommenen Erkrankungen bei einer Konsultation des Hausarztes entdeckt. Seit Ende der 1990er<sup>92</sup> Jahre gibt es eine Weiterbildung für Hausärzte, in der sie sich mit einer „psychosomatische Grundversorgung“ beschäftigen sollen, d.h., sie lernen, wie die Basisdiagnostik und -behandlung eines Patienten mit einer eventuell vorhandenen psychosomatischen Erkrankung in der hausärztlichen Praxis aussehen kann. Hierfür wurde von der Bundesärztekammer ein

---

<sup>91</sup> Vgl. KBV-Glossar: <http://www.kbv.de/themen/gesundheitslexikon.asp?range=h>, (Stand: 01.04.09).

<sup>92</sup> Bundesärztekammer: <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.120.1116.1122&all=true>, (Stand: 15.02.09).

Curriculum zur Basisdiagnostik und -versorgung von Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen veranstaltet.<sup>93</sup>

Natürlich wird der Hausarzt bei schwerwiegenderen Problemen einen Facharzt konsultieren und ggf. eng mit diesem zusammenarbeiten, allerdings besteht hier auch die Möglichkeit, dass fachärztlicher Rat oder Behandlung zu spät in Anspruch genommen wird.

### 5.2.2 Fachärzte und Kinderärzte

In Deutschland besteht freie Facharztwahl, ohne eine Überweisung vom Hausarzt sind 10 Euro Praxisgebühr zu entrichten, außer bei der Vorsorgeuntersuchung durch den Frauenarzt.

Im Besonderen wird nun auf die Kinder- und Jugendärzte eingegangen.

In Deutschland gibt es, im Gegensatz zu z.B. Großbritannien, wo Kinder von Allgemeinärzten oder speziellen Krankenschwestern behandelt werden, ambulant arbeitende Fachärzte für Kinderheilkunde.<sup>94</sup>

Kinder- und Jugendärzte (früher und im Weiteren Kinderärzte genannt) sind für die medizinische Versorgung der unter 19-Jährigen<sup>95</sup> zuständig und arbeiten - wie auch andere Ärzte - entweder alleine in der eigenen Praxis, in Gemeinschaftspraxen, Praxisgemeinschaften oder in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ).<sup>96</sup>

Die Bevölkerungsgruppe der Kinder und Jugendlichen ist am stärksten von sich wandelnden Gesundheitsgefährdungen betroffen, aber im Versorgungsbereich nur mangelhaft betreut. Beide Bevölkerungsgruppen - abgesehen von Säuglingen und Kleinkindern - werden häufig in die Erwachsenenversorgung mit einbezogen, ohne dass auf ihre speziellen Bedürfnisse eingegangen wird. Ausnahmen sind hier z.B. jugendpsychiatrische Kliniken oder bestimmte Rehabilitationseinrichtungen.

Der Wandel in der Gesellschaft führt zu veränderten Rahmenbedingungen für Kinder und Jugendliche. Früher war es nicht unüblich, viele Kinder zu haben, heute herrscht eher die Ein- bis Zwei-Kind-Familie vor. Aktive verwandtschaftliche Strukturen sind

---

<sup>93</sup> Vgl. Bundesärztekammer – Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern (Hrsg.): Curriculum psychosomatische Grundversorgung. Basisdiagnostik und Basisversorgung bei Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen einschließlich der Aspekte der Qualitätssicherung, Köln 2001.

<sup>94</sup> Institut für Medizinische Biometrie und Medizinische Informatik Freiburg (IMBI): [http://www.imbi.uni-freiburg.de/medinf/gmds-ag-mdk/ak-kj/archiv/2008/sitzung\\_120908/3\\_Hartmann\\_DGKJ.Muenchen\\_080912.pdf](http://www.imbi.uni-freiburg.de/medinf/gmds-ag-mdk/ak-kj/archiv/2008/sitzung_120908/3_Hartmann_DGKJ.Muenchen_080912.pdf), S.5, (Stand: 02.04.09).

<sup>95</sup> Definition Altersgruppen EBM: <http://www.kbv.de/ebm2009/ebmgesamt.htm>, [ I,4., 4.3.5],(Stand: 02.04.09).

<sup>96</sup> Vgl. IMBI: [http://www.imbi.uni-freiburg.de/medinf/gmds-ag-mdk/ak-ikj/archiv/2008/sitzung\\_120908/3\\_Hartmann\\_DGKJ.Muenchen\\_080912.pdf](http://www.imbi.uni-freiburg.de/medinf/gmds-ag-mdk/ak-ikj/archiv/2008/sitzung_120908/3_Hartmann_DGKJ.Muenchen_080912.pdf), S.1, (Stand: 02.04.09).



eher die Ausnahme. Häufig sind beide Elternteile berufstätig, die Trennung zwischen Arbeitsplatz und Wohnumfeld wird zunehmend lebensfeindlicher. Auf diese veränderten Lebensbedingungen, oft gepaart mit hohen Anforderungen an Leistungen und Selbständigkeit, reagieren viele Kinder und Jugendliche mit in erster Linie psychosomatischen und chronischen Erkrankungen sowie Risikoverhaltensweisen bei der Ernährung, in der Sexualität oder durch Drogenkonsum.

An der Spitze der Erkrankungen stehen Allergien und chronische Atemwegserkrankungen wie z.B. Asthma, gefolgt von psychischen Auffälligkeiten wie Konzentrationsschwäche, Anpassungs- und Lernschwierigkeiten, Persönlichkeitsstörungen und Motivationsprobleme, die Anlass sind, eine ärztliche Praxis aufzusuchen. Vorrang hat in der Kinder- und Jugendmedizin also neben der Heilung auch die Vorsorge und Gesundheitsberatung.<sup>97</sup>

Eine Besonderheit der Aufgabe des Kinderarztes ist der gleichzeitige Miteinbezug der Eltern bzw. der Bezugspersonen des Kindes. Diese müssen oft mitinstruiert werden, da sie die Durchführung der therapeutischen Maßnahmen beaufsichtigen müssen.

### 5.2.3 Zahnärzte und Kieferorthopäden

2007 gab es rund 66.000<sup>98</sup> Zahnärzte, zehn Jahre zuvor waren es ca. 62.000<sup>99</sup>. Die zahnärztlichen Leistungen, auf die ein gesetzlich Versicherter Anspruch hat, sind im Bewertungsmaßstab aufgeführt, der wie der EBM der Ärzte im Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegt wird.

#### **Der Bewertungsmaßstab<sup>100</sup>**

Zahnärztliche Leistungen, die von den Krankenkassen bezahlt werden, sind - analog zum EBM der Ärzte - im Bewertungsmaßstab BEMA (oder BEMA-Z) geregelt.

Der BEMA ist in 5 Bereiche unterteilt:

---

<sup>97</sup> Vgl. Settertobulte, Wolfgang et al.: *Gesundheitsversorgung für Kinder und Jugendliche. Ein Praxishandbuch*, Roland Asanger Verlag, Heidelberg 1995, S.9f.

<sup>98</sup> Stat. Bundesamt, Gesundheitspersonal in Berufen:

<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Gesundheit/Gesundheitpersonal/Tabellen/Content75/Berufe,templateId=renderPrint.psml>, (Stand: 02.04.09).

<sup>99</sup> Vgl. Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), Jahrbuch 2007:

[http://www.kzbv.de/statistik/JB07\\_S\\_158-159.pdf](http://www.kzbv.de/statistik/JB07_S_158-159.pdf), S. 1f, (Stand: 02.04.09).

<sup>100</sup> Vgl. KZBV: *Rundschreiben zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für zahnärztliche Leistungen und Richtlinien über eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung*. November 2003.

- 1.) konservierende und chirurgische Leistungen (Kons./Chir.)
- 2.) Kieferbruch
- 3.) Kieferorthopädische Behandlung (KFO)
- 4.) Behandlung von Parodontopathien (Paro)
- 5.) Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen (ZE).

#### 5.2.4 Krankenhäuser

Eine Behandlung im Krankenhaus kann sowohl ambulant<sup>101</sup> als auch stationär erfolgen.

Ein Anhaltspunkt für die Qualität der Patientenversorgung kann die Anzahl der Krankenhausbetten pro 100.000 Einwohner sein. Im Jahr 2007 gab es in Deutschland 616 Betten pro 100.000 Einwohner, 91 Betten weniger als noch 10 Jahre zuvor.

Dabei gab es in Niedersachsen mit 589 die wenigsten und in Berlin mit 1060 die meisten Betten pro 100.000 Einwohner.

Auffallend ist auch, dass innerhalb von 10 Jahren, zwischen 1993 und 2003, in fast allen Fachabteilungen die Bettenzahl um 8% (Innere Medizin) bis zu 34% (Kinderchirurgie) reduziert, jedoch in den Bereichen Orthopädie (0,4%), Neurologie und Neurochirurgie (9,3% und 25,6%), Psychotherapie (26,6%) und vor allem in der Nuklearmedizin (50%) und der Plastischen Chirurgie (63,3%) aufgestockt wurde.

Auch die Zahl der Krankenhäuser geht zurück. 2007 gab es in Deutschland 2087 Krankenhäuser, 171 weniger als noch 10 Jahre zuvor<sup>102</sup>.

Krankenhäuser werden nach Versorgungsstufen eingeteilt, wobei zwischen Grund-, Regel-, Schwerpunkt- und Maximalversorgung unterschieden wird.

Häuser der **Versorgungsstufe I** (Grundversorgung) leisten einen Beitrag zur Grundversorgung der Bevölkerung, vor allem in der Fachrichtung Chirurgie und Innere Medizin. Sie haben keine eigenen Abteilungen für Teilgebiete der beiden Fachrichtungen.

---

<sup>101</sup> Z.B. in den Ambulanzen der Krankenhäuser, aber auch als Behandlung für einen Tag auf einer Station.

<sup>102</sup> Stat. Bundesamt, Krankenhäuser:

<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/Content100/KrankenhaeuserJahre,templateId=renderPrint.psml>, (Stand: 02.04.09).

Krankenhäuser der **Versorgungsstufe II** (Regelversorgung) stellen die Grundversorgung sicher und müssen die Fachrichtungen Chirurgie und Innerer Medizin umfassen. Bei Bedarf können sie auch Abteilungen für Gynäkologie und Geburtshilfe, Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen, Augenheilkunde haben und in besonderen Fällen auch Abteilungen der Urologie und Orthopädie. Normalerweise gibt es in Krankenhäusern der Regelversorgung keine eigenen Abteilungen für Teilgebiete.

Die Häuser der **Versorgungsstufe III** (Schwerpunktversorgung) erfüllen auch örtliche Schwerpunktaufgaben und haben zusätzlich zu den Abteilungen der Versorgungsstufe II auch die Fachrichtungen Pädiatrie, Neurologie und Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgie.

Krankenhäuser der **Versorgungsstufe IV** (Maximalversorgung) müssen ein wesentlich breiteres Leistungsangebot aufweisen als Häuser der Stufe III und sollen hoch differenzierte medizinisch-technische Einrichtungen haben. Universitätskliniken sind zu dieser Versorgungsstufe zu rechnen.<sup>103</sup> Im Jahr 2007 betrug die Fallzahl<sup>104</sup> in den Krankenhäusern Deutschlands 17.178.573. Die Verweildauer war im Durchschnitt 8,3 Tage. 1991 waren es noch 14,0, 1997 schon nur noch 10,4 Tage. Im Jahr 2007 gab es in Deutschland ca. 731.000 Gesundheits- und Krankenpfleger und rund 348.000 Altenpfleger. Pro Bett gab es in Deutschland 0,77 Pflegekräfte. Im Vergleich dazu waren es in den USA 1,56<sup>105</sup>. Diese Zahlen sind nur bedingt vergleichbar, da der Aufgabenbereich der Pflegekräfte unterschiedlich ist.

Die **Leistungen** der Krankenhäuser werden seit der Gesundheitsreform 2000 nach Fallpauschalen bezahlt, d.h.:

Es wurde das *Diagnosis-Related-Groups-System* (DRG) auf Basis eines internationalen Klassifikationssystems eingeführt. Dabei erfolgt die Einstufung in eine DRG erst, wenn der Patient das Krankenhaus verlassen hat. Er wird einer Fallgruppe

---

<sup>103</sup> Carelounge, Bayrisches Krankenhaus-Gesetz:

[http://www.carelounge.de/pflegeberufe/gesetze/khg\\_bayern.pdf](http://www.carelounge.de/pflegeberufe/gesetze/khg_bayern.pdf), S. 2, (Stand: 02.04.09).

<sup>104</sup> Nach der Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes wird die Fallzahl anhand der Patientenzu- und -abgänge ermittelt. Es wird zwischen einrichtungs- und fachabteilungsbezogener Fallzahl unterschieden, wobei bei den letztgenannten interne Verlegungen berücksichtigt werden. Außerdem werden in die Fallzahlen die Stunden- und Sterbefälle miteinbezogen. (GB-Bund: [http://www.gbe-bund.de/gbe10/ergebnisse.prc\\_tab?fid=8932&suchstring=Fallzahl&query\\_id=&sprache=D&fund\\_typ=DEF&methode=2&vt=1&verwandte=1&page\\_ret=0&seite=&p\\_lfd\\_nr=1&p\\_news=&p\\_sprachkz=D&p\\_uid=gast&p\\_aid=5828395&hlp\\_nr=3&p\\_janein=J](http://www.gbe-bund.de/gbe10/ergebnisse.prc_tab?fid=8932&suchstring=Fallzahl&query_id=&sprache=D&fund_typ=DEF&methode=2&vt=1&verwandte=1&page_ret=0&seite=&p_lfd_nr=1&p_news=&p_sprachkz=D&p_uid=gast&p_aid=5828395&hlp_nr=3&p_janein=J), Stand: 02.04.09).

<sup>105</sup> GB-Bund:

<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/Content100/KrankenhaeuserJahre,templateId=renderPrint.psml>, (Stand: 06.04.09).

zugeordnet und es wird mit der Hauptdiagnose begonnen, der eine ICD-Ziffer (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) zugeordnet wird. Jede Erkrankung, jedes Symptom, abnorme Laborbefunde usw. haben eine solche ICD-Ziffer.<sup>106</sup> Als Pendant dazu befinden sich zurzeit auch Pflegediagnosen (ICNP, *International Classification for Nursing Practice*) in der Entwicklung, die allerdings noch unscharf definiert und nicht vollständig sind.<sup>107</sup>

### 5.2.5 Häusliche Pflege

In Deutschland werden ungefähr 60% der pflegebedürftigen Menschen zu Hause versorgt, teils nur von Angehörigen, teils mit Hilfe von ambulanten Pflegediensten.

Die professionelle ambulante Pflege wird hauptsächlich von Sozialstationen und ambulanten Pflegediensten durchgeführt. Im Weiteren werden die beiden unter dem Begriff Sozialstationen zusammengefasst.

Träger der Sozialstationen sind Einrichtungen der freien Wohlfahrtspflege wie die Caritas, Diakonie oder das Deutsche Rote Kreuz (DRK). Träger der ambulanten Pflegedienste meist gewerbliche oder private Anbieter.

Aber auch Angehörige, die Nachbarschaftshilfe und ehrenamtliche Helfer übernehmen die ambulante Pflege. Im Jahr 2005 gab es ca. 11.000 ambulante Pflegedienste, davon waren ca. 6350 private, 4460 freigemeinnützige und 193 öffentliche Träger.<sup>108</sup>

Benötigt ein Patient ambulante Pflege, so wird er von den Mitarbeitern der Sozialstationen zu Hause besucht. Seit der Gesundheitsreform 2007 ist der Besuch nicht mehr auf den Haushalt des Versicherten oder seiner Familie begrenzt, sondern kann auch in Kindergärten, Schulen o.ä. erfolgen<sup>109</sup>. Angestellte in der häuslichen Krankenpflege sind ausgebildete Krankenpfleger oder auch Altenpfleger. Die Aufgaben der Sozialstationen bestehen nicht nur in medizinisch-pflegerischen Handlungen wie Hilfe bei der Körperpflege, beim Anziehen, Durchführen eines Verbandwechsels, Gabe von Infusionen und Injektionen z.B. bei Patienten mit Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus). Auch hauswirtschaftliche Arbeiten werden erledigt.

---

<sup>106</sup> Ein nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus Typ 2 hat z.B. die Ziffer E 11.90.

<sup>107</sup> Vgl. Pschyrembel® Pflege, 2007, S.392.

<sup>108</sup> GB-Bund: [http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/\\_XWD\\_PROC?\\_XWD\\_488/2/XWD\\_CUBE.DRILL/\\_XWD\\_518/D.100/10102](http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/_XWD_PROC?_XWD_488/2/XWD_CUBE.DRILL/_XWD_518/D.100/10102), (Stand: 02.04.09).

<sup>109</sup> Vgl. Wille/Koch, 2007, S. 133.

## 5.2.6 Andere Grundversorger

Im Folgenden wird eine Auswahl der nicht-ärztlichen Grundversorger genannt.

### **Öffentliches Gesundheitswesen**

Als öffentliches Gesundheitswesen wird der Teil des Gesundheitswesens bezeichnet, der von unmittelbaren (z.B. Bund, Länder, Gemeinden) oder mittelbaren (z.B. Stiftungen, Körperschaften des öffentlichen rechts) Trägern der Staatsverwaltung wahrgenommen wird oder durch Einrichtungen, die von ihnen errichtet und getragen werden. Zum öffentlichen Gesundheitswesen gehört auch der öffentliche Gesundheitsdienst. Seine Aufgabe ist es, öffentlich-rechtliche Tätigkeiten im Bereich des Gesundheitswesens wahrzunehmen, zum Beispiel Untersuchungstätigkeiten. Er wird besonders auf Landesebene und in den Kommunen tätig. Institute des öffentlichen Gesundheitswesens sind die unter 2.1 genannten Bundes-Institute und auf kommunaler Ebene das Gesundheitsamt. Aufgaben des Gesundheitsamtes sind u.a. die Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, die Überwachung und Aufsicht der Personen, die in Gesundheitsberufen tätig sind und der Einrichtungen des Gesundheitswesens, Gesundheitshilfen wie Eheberatung, Schulgesundheitspflege, Mutter- und Kinderberatung, Gesundheitserziehung, -beratung und -aufklärung.<sup>110</sup>

### **Psychiater und Psychotherapeuten**

2007 gab es in Deutschland 8.316 Psychiater<sup>111</sup> und Psychotherapeuten<sup>112</sup>, 1.738 Kinder- und Jugendpsychiater, 4.354 Ärzte im Bereich Psychosomatik und Psychologen<sup>113</sup>.

Sie arbeiten meist in eigener Praxis, aber auch in Einrichtungen wie Krankenhäusern, Psychiatrien, Heimen und beratenden Institutionen.

Laut §1 des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) ist innerhalb einer psychotherapeutischen Behandlung auch immer eine somatische<sup>114</sup> Abklärung der

---

<sup>110</sup> Vgl. Beske, F./Hallauer, J.F.: *Das Gesundheitswesen in Deutschland*, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 1999, S. 45ff.

<sup>111</sup> Psychiater sind Fachärzte für Psychiatrie. Sie befassen sich mit Neurosen, psychosomatischen Syndromen, abnormen Persönlichkeiten und süchtigen Fehlhaltungen, aber auch mit den endogenen und körperlich begründbaren Psychosen und der Untersuchung, Diagnostik und Therapie dieser Leiden. (dtv-Lexikon).

<sup>112</sup> Die Ausbildung zum Psychotherapeuten baut auf einem Studium der Medizin, der Pädagogik, Sozialpädagogik oder der Psychologie auf. (dtv-Lexikon).

<sup>113</sup> Psychologen sind keine Ärzte, sondern haben Psychologie studiert. Sie arbeiten auf dem Gebiet der Diagnose (z.B. als Gutachter), der Beratung (z.B. Berufsberatung) und der Therapie (z.B. Psychotherapie). (dtv-Lexikon).

<sup>114</sup> körperliche

Beschwerden herbeizuführen. Seit 1971 ist die Psychotherapie Pflichtleistung der GKV.<sup>115</sup>

### **Rehabilitationseinrichtungen**<sup>116</sup>

Die Rehabilitation gehört zum Bereich der tertiären Prävention (siehe 5.2.7). Es wird unterschieden zwischen medizinischer, schulischer, beruflicher und sozialer Rehabilitation.

Die **medizinische Rehabilitation** erfolgt bei Gesundheitsschäden und hat zum Ziel, eine Heilung oder Linderung von Krankheit zu erreichen oder auch Folgeerkrankungen vorzubeugen. Leistungen sind z.B. ärztliche und zahnärztliche Behandlung, Heilmittel<sup>117</sup>, orthopädische Prothesen oder andere Körperersatzstücke. An einer **schulischen Rehabilitation** nehmen Kinder und Jugendliche teil, deren Lernfähigkeit aufgrund von angeborenen oder erworbenen Behinderungen vermindert ist oder die krankheitsbedingt nur unzureichend am regulären Schulunterricht teilnehmen können. Leistungen der schulischen Rehabilitation sind Hilfen zur Entwicklung der geistigen und körperlichen Fähigkeiten, zur Erleichterung und Ermöglichung der Verständigung mit der Umwelt und zur Erhaltung und Besserung der körperlichen und geistigen Beweglichkeit sowie des seelischen Gleichgewichtes.

Die **berufliche Rehabilitation** erfolgt, wenn der Versicherte in seiner Berufs- und Erwerbstätigkeit eingeschränkt ist. Leistungen sind z.B. Hilfen zur Förderung einer Erwerbs- und Berufstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt oder in einem Arbeitstrainingsbereich einer anerkannten Behindertenwerkstatt oder auch Berufsfindung, Arbeitserprobung und Berufsvorbereitung.

Die **soziale Rehabilitation** setzt die anderen drei Arten der Rehabilitation voraus und wird angewendet, um den Versicherten wieder in das familiäre, berufliche, politische und kulturelle Leben einzugliedern. Leistungen der sozialen Rehabilitation sind u.a. Unterstützung zur Verbesserung der Unterbringung in einer Wohnung, zur Ermöglichung und Erleichterung der Verständigung mit der Umwelt und Hilfen zur Freizeitgestaltung und zur Teilnahme am gesellschaftlichen und kulturellen Leben.

Weitere ergänzende Leistungen der Rehabilitation sind z.B. Übergangs- und Krankengeld, Übernahme der mit einer berufsfördernden Leistung

---

<sup>115</sup> Vgl. dtv-Lexikon in 20 Bänden, Deutscher Taschenbuch Verlag, München 1999, S. 312.

<sup>116</sup> Vgl. Beske/Hallauer, 1999, S. 196ff.

<sup>117</sup> Zu den Heilmitteln gehören beispielsweise Krankengymnastik, Bewegungs- und Sprachtherapie.

zusammenhängenden Kosten und Reisekosten sowie Haushalts- und Wohnungshilfen.

Rehabilitationseinrichtungen können sein: Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen<sup>118</sup> oder Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation.

Im Jahr 2007 gab es in Deutschland 1239 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, 148 weniger als 1997. 17,4% der Rehabilitationseinrichtungen öffentlich, 25,6% freigemeinnützig und 57% privat.

Im Jahr 2007 betrug die Fallzahl in den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen 1.942.566, die Verweildauer 25,5 Tage. 1997 waren es 27,3, 1991 sogar 31 Tage.<sup>119</sup>

### **Pflegeheime**

2007 gab es in Deutschland ca. 11.000 Pflegeheime mit stationärer oder teilstationärer Pflege. In Pflegeheimen arbeiten überwiegend Altenpfleger, aber auch Krankenschwestern<sup>120</sup>. Über die Versorgung im Pflegefall wurde schon bei 3.5 näher eingegangen.

### **Hebammen<sup>121</sup>**

Hebammen<sup>122</sup> können freiberuflich tätig oder in einem Krankenhaus angestellt sein. Der Schwerpunkt der Arbeit einer Hebamme liegt in der medizinischen Betreuung, der Gesundheitsförderung und Steigerung der Lebensqualität der Frauen und Familien.<sup>123</sup> Sie betreut Frauen während der Schwangerschaft, bei der Geburt sowie Mutter und Kind nach der Geburt im Wochenbett. Sie arbeitet dabei vor allem mit Frauenärzten und im Krankenhaus mit dem Pflegepersonal zusammen.

Eine Besonderheit der Hebammenarbeit ist, dass sich eine Hebamme in der Regel um Gesunde kümmert. Dies kann zu Problemen führen, da die Notwendigkeit des Umfangs der medizinischen Maßnahmen vom Kostenträger in Frage gestellt werden kann.

---

<sup>118</sup> Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sind z.B. Kurkliniken und Sanatorien.

<sup>119</sup> GB-Bund: [http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd\\_init?gbe.isgbetol/xs\\_start\\_neu/371893727/65169235](http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/371893727/65169235), (Stand: 07.04.09).

<sup>120</sup> Seit der Änderung des Krankenpflegegesetzes 2003 lautete die offizielle Berufsbezeichnung für Krankenschwester bzw. Krankenpfleger nun „Gesundheits- und Krankenpfleger/in“.

<sup>121</sup> SGB V, §134.

<sup>122</sup> Die männliche Bezeichnung lautet Entbindungspfleger.

<sup>123</sup> Vgl. Deutscher Hebammenverband e.V.: <http://www.bdh.de/> (Stand 30.03.09).

## **Apotheken**

2003 gab es in Deutschland in den alten Bundesländern 27, in den neuen Bundesländern 22 Apotheken pro 100.000 Einwohner.

Apotheker können selbständig in eigenen Apotheken oder auch als Angestellte in Krankenhäusern arbeiten. Die Apotheker sind die Garanten für die sichere Abgabe und Herstellung von Arzneimitteln.

## **Physiotherapeuten**

Physiotherapeuten gehören zur Berufsgruppe der Heilberufe. Im Jahr 2007 gab es in Deutschland 91.000 Physiotherapeuten<sup>124</sup>. Sie arbeiten entweder privat in eigener Praxis oder sind z.B. an Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen und Arztpraxen angestellt.<sup>125</sup> Sie können auch als Ergonomieberater am Arbeitsplatz tätig sein oder Personen im Laien- oder Spitzensport betreuen.

Hauptaufgaben der Physiotherapeuten sind die Prävention, die Kuration und die Rehabilitation. Sie haben also die Aufgabe, Gesundheit zu fördern, Krankheiten zu heilen und die funktionale Gesundheit wieder herzustellen bzw. zu verbessern.

Zu den physiotherapeutischen Behandlungen gehört die Massage, die manuelle Lymphdrainage und Therapie, der Einsatz von medizinischen Trainingsgeräten und die physikalische Therapie. In Deutschland gelten physiologische Maßnahmen der Kuration und Rehabilitation als Heilmittel und sind somit verschreibungspflichtig. Umfang und Zielsetzung der Physiotherapie sind im Heilmittelkatalog festgelegt, an dem sich der verordnende Arzt orientiert.<sup>126</sup>

## **Hospize und Palliativstationen**

In Deutschland gibt es Hospize erst seit Ende der 1980er Jahre. Sie gehören zu den stationären Behandlungs- und Pflegeeinrichtungen für Palliativpflege. Hier werden unheilbar kranke oder sterbende Menschen interdisziplinär von Ärzten, Psychologen, Theologen, speziell ausgebildetem Pflegepersonal u.a. betreut und es

---

<sup>124</sup> GB-Bund:

[http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Gesundheit/Gesundheit\\_spersonal/Tabellen/Content75/Berufe,templateId=renderPrint.psml](http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Gesundheit/Gesundheit_spersonal/Tabellen/Content75/Berufe,templateId=renderPrint.psml), (Stand: 06.04.09).

<sup>125</sup> Vgl. Verband Physikalische Therapie: <http://www.vpt-physio.com/berufe/physio01.html>, (Stand: 30.03.09).

<sup>126</sup> Vgl. Pschyrembel® Pflege, 2007, S. 596.



wird ihnen ein friedliches Sterben im Kreise der Angehörigen ermöglicht.<sup>127</sup> Im §39a des SGB V sind die stationären und ambulanten Hospizleistungen verankert.<sup>128</sup>

Für Kinder gibt es derzeit sieben stationäre Kinderhospize, sieben weitere sind in Planung.

Seit der Gesundheitsreform 2007 haben die Versicherten Anspruch auf eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung zu Hause oder in einer stationären Pflegeeinrichtung. Diese Versorgung wird meist durch *Palliativ Care Teams*, Ärzte und andere Leistungserbringer geleistet.<sup>129</sup>

Leider scheint die Umsetzung dieses Gesetzes in der Praxis nur unzureichend zu funktionieren, wie Reinhard Wandtner in seinem Artikel in der Frankfurter Allgemeinen Zeitung berichtet.<sup>130</sup>

### 5.2.7 Die Prävention<sup>131</sup>

Wegen der immer älter werdenden Bevölkerung und Finanzierungsproblemen des Gesundheitssystems wird die Prävention von Krankheiten in der medizinisch-pflegerischen Versorgung immer wichtiger. Als Aufgabe der Krankenkassen und auch der Patienten ist sie in §20 des SGB V verankert. Präventionsleistungen sollen den Gesundheitszustand verbessern und einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen leisten. Unterteilt wird die Prävention in drei Bereiche:

#### 1.) Primäre Prävention

Die primäre Prävention dient der Erhaltung und Förderung der Gesundheit durch Verringerung der Krankheitsanfälligkeit und die Erhöhung der allgemeinen Widerstandskraft.<sup>132</sup>

#### 2.) Sekundäre Prävention

Mit sekundärer Prävention ist das frühzeitige Erkennen von Gesundheitsförderungen oder Erkrankungen gemeint. Ziel der sekundären Prävention ist die Kontrolle von Risikofaktoren und frühzeitige Einleitung einer Therapie.<sup>133</sup>

---

<sup>127</sup> Vgl. Pschyrembel® Pflege, 2007, S. 381.

<sup>128</sup> Vgl. Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V.: <http://www.hospiz.net/index.html> (Stand 30.03.09).

<sup>129</sup> Vgl. Wille/Koch, 2007, S. 125f.

<sup>130</sup> Vgl. Wandtner, Reinhard (2009): *Unerfüllter letzter Wunsch*. In: Frankfurter Allgemeine Zeitung 77, 1. April 2009, S. N1.

<sup>131</sup> Vgl. Pschyrembel® Pflege, 2007, S.603f.

<sup>132</sup> Zur primären Prävention gehören z.B. Schutzimpfungen.

<sup>133</sup> Zur sekundären Prävention sind Handlungen wie Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern, zur Krebsvorsorge, zu Erkrankungen wie Diabetes oder Erbkrankheiten zu zählen.

### 3.) Tertiäre Prävention

Die tertiäre Prävention wird auch Rehabilitation genannt. Sie soll Krankheitsrückfälle vermeiden, Verschlimmerung von Krankheitszuständen verhindern und dabei helfen, Folgen von Krankheiten zu bewältigen.<sup>134</sup>

Zu den Präventionsleistungen gehören beispielsweise Schutzimpfungen, Krebsvorsorgeuntersuchungen, Förderung der Selbsthilfe der Patienten, Zahnprophylaxe und Mutterschaftsvorsorge. An der Prävention sind Ärzte, Zahnärzte, aber auch Schulen, Rehabilitationseinrichtungen und staatliche Institutionen beteiligt. Sie soll eine eigenständige Säule der Versorgung werden.<sup>135</sup>

## 6. Der Arztbesuch in Deutschland

Mediziner können als niedergelassene Ärzte in eigener Praxis arbeiten oder an einem Krankenhaus, in einer Rehabilitationseinrichtung oder anderen Einrichtungen angestellt sein.

Sie können alleine in einer Einzelpraxis oder mit anderen Ärzten derselben oder anderen Fachrichtungen in einer Gemeinschaftspraxis, Praxisgemeinschaft, Gerätegemeinschaft etc. arbeiten. Seit einiger Zeit gibt es auch die so genannten Medizinischen Versorgungszentren, in denen Ärzte und andere medizinische Berufsgruppen wie Physiotherapeuten, Radiologen und ambulante Pflegedienste zusammenarbeiten.

Eine weitere Möglichkeit für Ärzte, ihren Beruf auszuüben, ist, als Belegarzt zu arbeiten. Ein Belegarzt ist ein niedergelassener Arzt, der nicht an einem Krankenhaus angestellt ist und dem von einem Krankenhausträger vertraglich Krankenhausbetten (Belegbetten) zur Verfügung gestellt worden sind, um Patienten (Belegpatienten) der eigenen Fachrichtung stationär behandeln zu können. Belegärzte dürfen ihre stationäre Tätigkeit nicht zum Schwerpunkt ihrer Arbeit machen, müssen aber dafür Sorge tragen, genügend Zeit für die stationäre Behandlung zur Verfügung zu haben.

Der Belegarzt rechnet direkt mit dem Patienten bzw. den Sozialleistungsträgern ab. Er bezahlt dem Krankenhausträger für die Inanspruchnahme der Einrichtung und des Personals des Krankenhauses eine Vergütung, das so genannte Nutzungsentgelt.

---

<sup>134</sup> Einrichtungen der tertiären Prävention sind z.B. Kur- und Rehabilitationskliniken.

<sup>135</sup> Vgl. Wille/Koch, 2007, S. 55f.

Vorteil dieser Art der Behandlung für die Patienten ist, dass sie auch stationär von ihrem vertrauten Arzt behandelt werden können. Vorteil für das Gesundheitssystem ist, dass Kosten gespart werden, da z.B. Mehrfachuntersuchungen vermieden werden.<sup>136</sup>

Die Wartezeiten auf medizinische Leistungen sind in Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern gering, was zu einer hohen Patientenzufriedenheit führt.<sup>137</sup>

Der Arztbesuch beginnt in Deutschland, außer in Notfällen, mit der telefonischen oder persönlichen Terminvereinbarung. Dieser wird von der medizinischen Fachangestellten an der Rezeption vorgenommen. Ärzte und Zahnärzte in Deutschland arbeiten mit medizinischen bzw. zahnmedizinischen Fachangestellten zusammen, die ihnen bei der Behandlung assistieren und Untersuchungen wie z.B. Röntgenaufnahmen oder Blutentnahmen machen. Die Ausbildung zur (zahn-)medizinischen Fachangestellten dauert drei Jahre.

Gleich zu Beginn des Besuches muss ggf. die Praxisgebühr bezahlt und die Krankenversichertenkarte vorgezeigt werden, über die bei GKV-Patienten abgerechnet wird. Privatpatienten und Selbstzahler erhalten am Ende der Behandlung eine Rechnung.

Ein Allgemeinarzt betreut in Deutschland ca. 40-50 Patienten pro Tag. Meist bleibt wenig Zeit für ausführlichere Gespräche, denn durch den großen Patientendurchlauf bleiben dem Arzt pro Patient nur ca. acht Minuten Behandlungszeit. Dies führt sowohl bei Patienten als auch den Ärzten zu großer Unzufriedenheit.<sup>138</sup>

## **6.1 Anfallende Gebühren**

### **Die Praxisgebühr<sup>139</sup>**

Im Januar 2004 wurde von der damaligen Bundesregierung unter Gesundheitsministerin Ulla Schmidt die Praxisgebühr eingeführt. Sie ist in §28 des SGB V verankert, beträgt 10 Euro und muss - mit gesetzlich geregelten Ausnahmen -

---

<sup>136</sup> GB-Bund: [http://www.gbe-bund.de/gbe10/ergebnisse.prc\\_tab?fid=2208&suchstring=&query\\_id=&sprache=D&fund\\_typ=DEF&methode=&vt=&verwandte=1&page\\_ret=0&seite=1&p\\_sprachkz=D&p\\_uid=gast&p\\_lfd\\_nr=13&p\\_news=&p\\_aid=24517407&hlp\\_nr=1&p\\_janein=J](http://www.gbe-bund.de/gbe10/ergebnisse.prc_tab?fid=2208&suchstring=&query_id=&sprache=D&fund_typ=DEF&methode=&vt=&verwandte=1&page_ret=0&seite=1&p_sprachkz=D&p_uid=gast&p_lfd_nr=13&p_news=&p_aid=24517407&hlp_nr=1&p_janein=J) und KBV-Glossar: <http://www.kbv.de/themen/gesundheitslexikon.asp?range=b>, (beide Stand: 08.04.09).

<sup>137</sup> Vgl. IGSF: <http://www.igsf.de/Band104-lang.pdf>, S. 4, (Stand 01.04.09).

<sup>138</sup> Vgl. Spektrum der Wissenschaft Verlagsgesellschaft mbH: <http://www.wissenschaft-online.de/artikel/865031>, (Stand: 12.04.09).

<sup>139</sup> Vgl. BMG, 2008, S.128f.

von jedem gesetzlich Versicherten bei jedem ersten Arzt- und Zahnarztbesuch im Quartal bezahlt werden.

Diese Gebühr ist kein Zusatzverdienst für die Ärzte oder Zahnärzte. Sie ziehen die Praxisgebühr für die entsprechende Krankenkasse ein und führen die eingekommenen Beträge in voller Höhe an die Krankenkassen ab.<sup>140</sup>

Vertragsärztliche Leistungen, die der Praxisgebühr unterliegen sind:

- Sprechstunden des Haus-, Fach- und Zahnarztes
- Hausbesuch des Haus-, Fach- und Zahnarztes
- Dienstleistungen wie Blutabnahme oder Rezeptausstellung
- Telefonische Beratung durch den Haus- oder Facharzt
- Notfallbehandlung.

Die Praxisgebühr entfällt bei ärztlichen und zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen und in folgenden Situationen:

- wenn die Gebühr für das Quartal schon bezahlt wurde und der (Fach-)Arzt erneut aufgesucht wird
- wenn eine Überweisung vorliegt
- wenn eine Befreiungsbescheinigung der Krankenkasse vorliegt
- beim Gesundheitscheck ab dem 35. Lebensjahr. Dieser Check kann alle zwei Jahre vorgenommen werden und dient der Früherkennung von Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen und Diabetes mellitus
- wenn eine Schutzimpfung gemacht wird.<sup>141</sup> Impfungen für Fernreisen gehören allerdings nicht zu den Schutzimpfungen.

Kinder und Jugendliche (unter 18 Jahren) sind grundsätzlich von der Praxisgebühr befreit.

Informationen zur Praxisgebühr geben die Krankenkassen und das Bundesministerium für Gesundheit.

### **Rezeptgebühr<sup>142</sup>**

Für jedes rezeptpflichtige Arzneimittel benötigt der Versicherte ein von einem Arzt ausgestelltes Rezept. Er muss für das Medikament eine Rezeptgebühr von 10% des

---

<sup>140</sup> Vgl. KBV-Glossar: <http://www.kbv.de/themen/gesundheitslexikon.asp?range=p>, (Stand 04.04.09).

<sup>141</sup> Zu den Schutzimpfungen gehören z.B. Impfungen gegen Kinderlähmung (Polio), Wundstarrkrampf (Tetanus), Diphtherie, Mumps, Masern, Röteln, Keuchhusten, Grippeviren (Influenza), Hirnhautentzündung (Meningitis).

<sup>142</sup> Vgl. BMG, 2008, S.101.

Verkaufspreises (zwischen 5 und 10 Euro) dazu bezahlen. Für chronisch Kranke gelten dieselben Zuzahlungen wie für alle anderen Versicherten auch, jedoch wird auf ihre besondere Situation mit einer geringeren Belastungsgrenze und ggf. Freistellung von Zuzahlungen Rücksicht genommen.<sup>143</sup>

## **6.2 Abrechnung der Leistungen**

Die Abrechnung der ärztlichen und zahnärztlichen Leistungen erfolgt unterschiedlich. **GKV-Patienten** weisen den Anspruch auf Leistungen der GKV über die Krankenversichertenkarte nach, die ärztlichen und zahnärztlichen Leistungen werden per EDV über die kassenärztlichen (KV) bzw. -zahnärztlichen Vereinigungen (KZV) abgerechnet. Für die außervertraglich erbrachten Leistungen erhält der Patient eine Privatrechnung, die er selbst bezahlen muss.

GKV-Patienten können auch Kostenerstattung bei ihrer Krankenkasse beantragen. Allerdings gilt diese Kostenerstattung dann mindestens für ein Jahr und für den gesamten Bereich der ärztlichen Behandlung. Entscheidet sich der Patient z.B. für die Kostenerstattung beim Allgemeinarzt, so gilt sie auch bei einer ggf. nachfolgenden fachärztlichen Behandlung.<sup>144</sup> Bei der Kostenerstattungsregelung vereinbart der Patient mit dem behandelnden Arzt den Leistungsumfang und die Höhe des Honorars, bekommt aber von der GKV nur den gesetzlich festgelegten Betrag erstattet. Er ist also in der gleichen rechtlichen Situation wie ein Privatpatient.<sup>145</sup>

Patienten, die **privat versichert** sind, bekommen ebenfalls eine Rechnung über die erbrachten Leistungen, die sie selbst begleichen. Danach reichen sie diese bei ihrer Krankenversicherung oder Beihilfestelle ein und bekommen ihre Kosten je nach individuell abgeschlossenem Vertrag erstattet.

**Selbstzahler** bezahlen die erbrachten Leistungen vollständig selbst.

## **6.3 Kostenübernahme Medikamente**

Laut §31 des SGB V haben Versicherte Anspruch auf die Versorgung mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln, wenn diese nicht unter die nicht-verschreibungspflichtigen Arzneimittel fallen oder durch die Rechtsverordnung des BMG oder Richtlinien nach §92 SGB V ausgeschlossen sind.

---

<sup>143</sup> Vgl. Statistisches Bundesamt:

[http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Gesundheit/Gesundheit\\_spersonal/Tabellen/Content75/Berufe,templateId=renderPrint.phtml](http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Gesundheit/Gesundheit_spersonal/Tabellen/Content75/Berufe,templateId=renderPrint.phtml), (Stand: 06.04.09).

<sup>144</sup> Vgl. Wille/Koch, 2007, S. 177ff.

<sup>145</sup> Gespräch mit Dr. Dietrich am 24.03.09.

Mit Ausnahmen von Kindern bis zum 12. Lebensjahr und Jugendlichen mit Entwicklungsstörungen bis zum 18. Lebensjahr haben GKV-Patienten also keinen Anspruch auf die Versorgung mit nicht-verschreibungspflichtigen Arzneimitteln.

#### **6.4 Überweisung zum Facharzt**

In Deutschland kann ein Patient ohne Überweisung zu einem Facharzt gehen. Er hat dadurch keinen Nachteil bei der Erstattung der GKV-Kosten durch die Krankenkasse, muss aber dort ggf. die Praxisgebühr bezahlen.

Jeder Arzt kann den Patienten zu einem anderen Arzt überweisen. Es gibt aber keine rechtlichen Grundlagen und Formulare für die Überweisung vom Zahnarzt zum Arzt und umgekehrt. Diese erfolgt meistens mit einer schriftlichen Mitteilung, dem „Brief ärztlichen Inhalts“.

Ist der Patient allerdings in einem Hausarztmodell eingeschrieben, so muss er zum Hausarzt gehen, denn nur dieser darf ihn an einen Facharzt überweisen.

Grund für eine Überweisung zu einem Facharzt sind meist schwierigere Erkrankungen, erschwerte Diagnosestellung, komplizierte Krankheitsverläufe, spezielle Krankheitsbilder oder auch das Fehlen von medizinischen Geräten in der Praxis des überweisenden Arztes.

Laut Einschätzung von Dr. Jörg Rüggeberg, Präsident der Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände (GFB)<sup>146</sup>, hat sich seit der Einführung der Praxisgebühr außer dem generellen Rückgang der Patientenkontakte in den ersten sechs Monaten um knapp 10% nichts am bisherigen Verhalten der Patienten geändert. Die Zahl der Patienten, die direkt zum Facharzt gehen, ohne vorher ihren Hausarzt konsultiert zu haben, ist nicht zurück gegangen. Seiner Meinung nach hat die Steuerung im System durch den Hausarzt nichts am Verhalten der Patienten geändert. Wer zum Facharzt gehen wolle, der tue das auch.<sup>147</sup>

In rund der Hälfte der Fälle gehen Patienten direkt zum Facharzt. Bei einer Befragung in den Jahren 1997/1998 gaben über 90% der erwachsenen Bevölkerung an, einen Hausarzt zu haben und ihn im Regelfall auch zuerst bei gesundheitlichen Problemen aufzusuchen. Die Fallzahlstatistik des Wissenschaftlichen Instituts der AOK für das Jahr 1998 zeigt jedoch ein anderes Bild: Versicherte in den alten Bundesländern suchten in 48% aller Behandlungsfälle direkt einen Facharzt auf. In

---

<sup>146</sup> Dachorganisation der deutschen fachärztlichen Berufsverbände.

<sup>147</sup> E-Mail Dr. Rüggeberg vom 16.12.08.

weiteren rund 15% der Fälle lag eine Überweisung zum Facharzt vor. Allgemeinmediziner führten knapp 37% der Krankenbehandlungen durch.

Obwohl also Patienten dem Hausarzt prinzipiell eine wichtige Rolle bei der Primärversorgung zuzuschreiben scheinen, entscheiden sie sich in einem großen Teil der Fälle zum direkten Facharztbesuch ohne vorherige Überweisung. Zu berücksichtigen ist bei der Interpretation dieser Zahlen allerdings, dass bei manchen Fachärzten (beispielsweise Frauen- und Augenärzten) wegen des spezialisierten und klar umrissenen Tätigkeitsfeldes eine Überweisung offenkundig nicht notwendig ist und dass zudem ein Teil der fachärztlich ausgebildeten Internisten an der Hausarztversorgung teilnimmt.<sup>148</sup>

---

<sup>148</sup> GB-Bund: Gesundheitsberichterstattung, hausarztzentrierte Versorgung: [http://www.gbe-bund.de/gbe10/ergebnisse.prc\\_tab?fid=10802&suchstring=hausarztzentrierte\\_Versorgung&query\\_id=&sprache=D&fund\\_typ=TXT&methode=2&vt=1&verwandte=1&page\\_ret=0&seite=&p\\_lfd\\_nr=1&p\\_news=&p\\_sprachkz=D&p\\_uid=gast&p\\_aid=73516123&hlp\\_nr=3&p\\_janein=J](http://www.gbe-bund.de/gbe10/ergebnisse.prc_tab?fid=10802&suchstring=hausarztzentrierte_Versorgung&query_id=&sprache=D&fund_typ=TXT&methode=2&vt=1&verwandte=1&page_ret=0&seite=&p_lfd_nr=1&p_news=&p_sprachkz=D&p_uid=gast&p_aid=73516123&hlp_nr=3&p_janein=J), (Stand: 06.04.09).

## 7. Gesundheitssystem in Frankreich

Der „Duden Frankreichs“, *Le Petit Robert*, definiert *santé publique* (Gesundheitssystem bzw. Gesundheitswesen) als

„ connaissances et techniques propres à prévenir les maladies, à préserver la santé, à améliorer la vitalité et la longévité des individus par une action collective mesure d'hygiène et de salubrité, dépistage et traitement préventif des maladies, mesures sociales propres à assurer le niveau de vie nécessaire.“<sup>149</sup>

Auch das französische Gesundheitssystem kann unterteilt werden in das öffentliche Gesundheitswesen, die stationäre Versorgung, die ambulante ärztliche und nicht-ärztliche Versorgung und andere Einrichtungen wie z.B. das Rettungswesen.

Wie auch in Deutschland ist das Gesundheitssystem in Frankreich nach dem Sozialversicherungsmodell aufgebaut. Hierauf wird unter 7.2 näher eingegangen.

Das französische Sozialversicherungssystem - so wie es heute existiert - wurde nach dem Zweiten Weltkrieg im Oktober 1945 unter General Charles de Gaulle eingeführt. Es sollte ursprünglich auf die gesamte Bevölkerung angewendet werden, was aber bei den Selbständigen und bei Berufsgruppen, die schon eigenständige Versicherungssysteme hatten, auf Widerspruch stieß.

In Artikel 1 der Verfassung von 1946 ist das Recht auf Schutz der Gesundheit verankert:

„Il est institué une organisation de la Sécurité sociale destinée à garantir les travailleurs et leurs familles contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou de supprimer leurs capacités de gain, à couvrir les charges de maternité ou les charges de famille qu'ils supportent.“<sup>150</sup>

Das Sozialversicherungssystem vereinte alle alten Versicherungsbranchen wie Renten- und Krankenversicherung und beendete damit das Vorkriegssystem.

Um auf eine steigende Lebenserwartung, Fortschritte in Medizin und Forschung und die Verbesserung der Renten zu reagieren, wurde mit der Verordnung von 1967 die Teilung in autonome Branchen beschlossen: Krankheit, Familie und Alter. Nun war jeder Bereich selbst für seine Ressourcen und Ausgaben verantwortlich.

---

<sup>149</sup> Robert, Paul : Le nouveau Petit Robert, Dictionnaires Le Robert, Paris 2004, S. 2361.

<sup>150</sup> Vgl. AMELI: <http://www.ameli.fr/1-assurance-maladie/connaitre-l-assurance-maladie/missions-et-organisation/la-securite-sociale/histoire-de-l-8217-assurance-maladie.php>, (Stand: 04.04.09).



Die Reform von 2004 hatte zum Ziel, die Krankenversicherung zu sichern und gleichzeitig ihre Grundprinzipien zu bewahren, nämlich Gleichheit im Zugang zu den Behandlungen, Qualität der Behandlungen und die solidarische Finanzierung.<sup>151</sup>

Die soziale Sicherung wird in Frankreich von vier Säulen getragen: Arbeitslosenversicherung, Arbeitsunfallversicherung, Familienbeihilfeversicherung und Krankenversicherung (siehe 8.1.1).

Alle im Gesundheitswesen erbrachten Güter und Dienstleistungen sind mit Ausnahme der Krankenhausversorgung nicht budgetiert. Seit 1996 wird allerdings für die Gesundheitsausgaben ein nationales Ausgabeziel festgelegt, das aber auch überschritten werden kann.<sup>152</sup>

### **7.1 Aufgaben des Staates im Gesundheitswesen**

Im Vorwort der Verfassung von 1958 steht folgendes über die Aufgabe des Staates in der sozialen Sicherheit:

„La Nation assure à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement. Elle garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence.“<sup>153</sup>

Auch in Frankreich spielt der Staat die Hauptrolle in der Verwaltung des Gesundheitssystems. Er soll die Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung gewährleisten. Teilweise greift er direkt in die Finanzierung oder Produktion der Leistungen ein und kontrolliert die Beziehungen zwischen Finanz-, Berufs- und Versicherteninstitutionen. Der Staat kümmert sich also direkt oder indirekt um die allgemeinen Gesundheitsprobleme im öffentlichen Gesundheitswesen. Er ist für die kollektive Prävention zuständig, für die Bekämpfung von ansteckenden Krankheiten und informiert über den Umgang mit gesundheitsschädigenden Substanzen (Drogen, Alkohol etc.).

---

<sup>151</sup> Vgl. AMELI: <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/connaitre-l-assurance-maladie/missions-et-organisation/la-securite-sociale/histoire-de-l-8217-assurance-maladie.php>, (Stand: 04.04.09).

<sup>152</sup> Vgl. Beske et al., 2005, Band I, S. 94.

<sup>153</sup> Vgl. AMELI: <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/connaitre-l-assurance-maladie/missions-et-organisation/la-securite-sociale/histoire-de-l-8217-assurance-maladie.php>, (Stand: 04.04.09).

Er bildet die Gesundheitsfachkräfte aus und legt deren Ausübungsbedingungen fest. Außerdem überwacht er die Qualitätsstandards der Pflegeeinrichtungen und der Arzneimittelherstellung.

Der Staat hat die Aufsicht über die 1996 gegründeten *Agences régionales d'hospitalisation* (ARH), die regionalen Krankenhausbehörden. Diese sind auf regionaler Ebene zuständig für die Regelung der Gesundheitspolitik der privaten und öffentlichen Krankenhäuser.

Er kontrolliert die Finanzierungssituation und reguliert das Leistungsangebot im Gesundheitswesen.

Außerdem gibt es noch viele für verschiedene Gebiete eingerichtete Institutionen. So z.B. die *Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé* (AFSSAPS), die *Agence française de sécurité sanitaire des aliments* (AFSSA), das *Etablissement français du sang* (EFS), das *Etablissement français des greffes* (EFG) und der *Conseil national d'éthique* (Nationaler Ethikrat).

Die Ministerien, die die Aufsicht über das Gesundheitswesen haben, sind das *Ministère des affaires sociales* (Sozialministerium) und das *Ministère de la santé, de la jeunesse et du sport* (Gesundheitsministerium).<sup>154</sup>

## **7.2 La sécurité sociale (Die Sozialversicherung)**

Das französische Sozialversicherungssystem setzt sich zusammen aus:

- 1.) Der allgemeinen Krankenversicherung
  - 1a) Verschiedene Sondersicherungssysteme für bestimmte Gruppen von Arbeitnehmern
  - 1b) Die unabhängige Alters- und Krankenversicherung der Freiberufler (Altersgrundrentenversicherung und Pflichtzusatzversicherung)
  - 1c) Die Landwirtschaftliche Versicherungsanstalt
- 2.) Der Arbeitslosenversicherung
- 3.) Der Zusatzrentenversicherung *Association pour le régime de retraite complémentaire des salariés* (ARRCO) und *Association générale des institutions de retraite des cadres* (AGIRC), die Pflicht für alle Arbeitnehmer des allgemeinen und des landwirtschaftlichen Systems ist.<sup>155</sup>

---

<sup>154</sup> Vgl. Ministère de la santé, de la jeunesse et du sport: [http://www.sante.gouv.fr/htm/minister/index\\_sante.htm](http://www.sante.gouv.fr/htm/minister/index_sante.htm), (Stand: 30.03.09).

<sup>155</sup> Vgl. Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale (CLEISS): [http://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime\\_france/al\\_0.html](http://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_france/al_0.html), (Stand: 11.01.09).

## Struktur

Von den verschiedenen Versicherungsbereichen gibt es jeweils örtliche, regionale und nationale Organe. Sie werden paritätisch verwaltet<sup>156</sup> und werden vom *Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité* (Ministerium für soziale Angelegenheiten, Arbeit und Solidarität) und dem *Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées* (Ministerium für Gesundheit, Familie und Personen mit Behinderung) beaufsichtigt.

## Finanzierung

Finanziert wird die Sozialversicherung über die Beiträge der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer sowie von Steuern. Eingezogen werden die Beiträge dezentral durch die *Unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales*, URSSAF.<sup>157</sup>

Jährlich beschließt das Parlament das Finanzierungsgesetz für die *sécurité sociale* und legt Ausgabenziele der Krankenversicherung unter Berücksichtigung der zu erwartenden Einnahmen fest.<sup>158</sup>

## 8. Das Krankenkassenwesen in Frankreich<sup>159</sup>

Auch das Krankenkassenwesen in Frankreich ist nach dem Solidaritätsprinzip aufgebaut.

In Artikel 1 des Gesetzes vom 13. August 2004 steht über die Krankenversicherung:

„La Nation affirme son attachement au caractère universel, obligatoire et solidaire de l'Assurance Maladie. Indépendamment de son âge et de son état de santé, chaque assuré social bénéficie, contre le risque et les conséquences de la maladie, la protection qu'il finance selon ses ressources.“<sup>160</sup>

In diesem Gesetz über die Reform der Krankenkasse, das im Januar 2005 in Kraft trat, wurde festgelegt, dass jeder Patient ein *dossier médicale personnel* (DMP)

---

<sup>156</sup> Vgl. CLEISS: <http://www.cleiss.fr/presentation/index.html>, (Stand: 11.01.09).

<sup>157</sup> Vgl. Beske et al., 2005, Band I, S. 93.

<sup>158</sup> Vgl. Représentation des institutions françaises de sécurité sociale (REIF) : <http://www.reif-eu.org/rubriques/france/presentation.php>, (Stand: 01.04.09).

<sup>159</sup> Vgl. Ess-Europe, Europavergleich der Sozialsysteme: [http://www.ess-europe.de/europa/kvsys\\_frankreich.htm](http://www.ess-europe.de/europa/kvsys_frankreich.htm), (Stand 11.01.09).

<sup>160</sup> Vgl. AMELI: <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/connaitre-l-assurance-maladie/missions-et-organisation/la-securite-sociale/histoire-de-l-8217-assurance-maladie.php> (Stand: 11.01.09).

erhält, dass er einen *médecin traitant*, seinen behandelnden Arzt benennen muss und dass ein Pauschalbetrag von 1 Euro pro Konsultation zu entrichten ist.<sup>161</sup>

In Frankreich wird nicht zwischen gesetzlichen und privaten Krankenkassen unterschieden. Der Versicherte hat zwei Möglichkeiten, sich versichern zu lassen. Er kann sich in der Grundversicherung, also der allgemeinen Krankenversicherung, versichern lassen, außerdem hat er die Möglichkeit, eine Zusatzversicherung abzuschließen (siehe 8.1.5).

Familienangehörige sind in Frankreich mitversichert. Auch Dritte, sogenannte *ayants droits*, können mitversichert werden. Dazu zählen Personen, die mit dem Versicherten zusammenleben wie z.B. Lebenspartner, Kinder, Geschwister, Tanten. Im Folgenden werden die verschiedenen Krankenkassen vorgestellt.

### **8.1 Arten der Krankenversicherung<sup>162</sup>**

In Frankreich gibt es die obligatorischen Krankenversicherungen (ab 8.1.1) und die Zusatzversicherungen (siehe 8.1.5). Die obligatorische Krankenversicherung ist in vier *régimes* unterteilt: Der Großteil der französischen Arbeitnehmer ist über die Allgemeine Krankenversicherung versichert. Beschäftigte in der Landwirtschaft, Freiberufler und Künstler haben eigene Krankenkassen. Für bestimmte Berufszweige, z.B. Seeleute, gibt es spezielle Versicherungen. Zusätzlich dazu sichern sich viele Franzosen noch mit einer Zusatzversicherung ab, der so genannten *mutuelle*. Davon gibt es hunderte, die Höhe der Beiträge und Kostenerstattungen variiert.

Personen mit geringem Einkommen, mit Anspruch auf Sozialhilfe (*revenu minimum d'insertion*, RMI), nicht steuerpflichtige Haushalte oder Personen, die in keiner anderen Krankenversicherung versichert sind, haben Anspruch auf die *Couverture maladie universelle* (CMU), die unter 8.1.4 näher erklärt wird.

---

<sup>161</sup> Vgl. La documentation française: [http://www.service-public.fr/accueil/loi\\_assurance\\_maladie.html](http://www.service-public.fr/accueil/loi_assurance_maladie.html) und Ministère de la santé, de la jeunesse et du sport: [http://www.sante.gouv.fr/assurance\\_maladie/actu/dmp.htm](http://www.sante.gouv.fr/assurance_maladie/actu/dmp.htm), (beide Stand: 07.04.09).

<sup>162</sup> Vgl. AMELI: <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/connaître-l-assurance-maladie/missions-et-organisation/la-securite-sociale/les-differentes-branches-du-regime-general.php?&page=1> und Portal der Krankenversicherungen AMELI, MSA, RSI und URCAM: <http://www.assurance-maladie.fr/>, (beide Stand: 07.04.09).

### 8.1.1 Der *régime générale d'assurance maladie*

Mehr als 85% der französischen Arbeitnehmer ist über die staatliche<sup>163</sup> allgemeine Krankenversicherung versichert. Sie wird von der *Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés* (CNAMTS) organisiert, die auch als *tête du réseau*, als Kopf des Ganzen, bezeichnet wird.<sup>164</sup>

Die fünf *branches* (Bereiche) der allgemeinen Krankenversicherung sind<sup>165</sup>:

- 1.) *Branche maladie* (Krankheit) und *branche accidents du travail, maladies professionnelles* (Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten)

Die CNAMTS ist zuständig für die Bereiche „Krankheit, Mutterschaft, Invalidität und Tod“ sowie „Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten“ und hat die Aufsicht über die *Caisses primaires d'assurance maladie* (CPAM) und die *Caisses régionale d'assurance maladie* (CRAM).

128 CPAM in Frankreich und vier *Caisses générale de sécurité sociale* (CGSS) in den Überseedepartements sind zuständig für die Umsetzung der medizinischen Versorgung für Arbeitnehmer des *Régime générale d'assurance maladie*.

Die regionalen Versorgungspläne werden von den 16 CRAM entwickelt und kontrolliert. Die CRAM sind zuständig für den Bereich „Prävention“ sowie „Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten“. Seit 1996 sind sie auch mit der Organisation der Krankenhausversorgung betraut (Zusammenarbeit mit den *Agences régionales de l'hospitalisation*, ARH) und zuständig für die Organisation der Pflege und der Unfallversicherung.<sup>166</sup>

- 2.) *Branche retraite* (Rente)

Zuständig für diesen Bereich ist die *Caisse nationale d'assurance vieillesse* (CNAV). In den Überseedepartements hat die CGSS die Aufgabe der Umsetzung, in der Ile-de-France ist die CNAV selbst für die Umsetzung der medizinischen Versorgung zuständig, in den anderen Regionen Frankreichs hat die CRAM diese Aufgabe.

---

<sup>163</sup> E-Mail von Dr.Koch, KBV, vom 02.03.09.

<sup>164</sup> Vgl. Keller, Bruno: *Les auteurs du système de soins français*, Edition Jean-Baptiste Baillière, Paris 2004, S. 66.

<sup>165</sup> Vgl. AMELI: <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/connaître-l-assurance-maladie/missions-et-organisation/la-securite-sociale/les-differentes-branches-du-regime-general.php>, (Stand: 07.04.09) und Beske et al., 2005, Band I, S. 94.

<sup>166</sup> Vgl. Beske et al., 2005, Band I, S. 94 und o.N.: *Großes System mit kleinen Fehlern*, Süddeutsche Zeitung, 6.11.02: [www.sueddeutsche.de/politik/861/393651/text/print.html](http://www.sueddeutsche.de/politik/861/393651/text/print.html); Stand: 11.01.09).

Ausnahmen sind die Departements *Haut-Rhin*, *Bas-Rhin* und *Moselle*. Hier ist die *CRAM d'Alsace-Moselle* zuständig.

### 3.) *Branche famille* (Familie)

Die *Caisse nationale d'allocation familial* (CNAF) ist für diesen Bereich der Allgemeinen Krankenversicherung zuständig. Auf lokalem Niveau regelt die CAF die Abgaben der Leistungen, beispielsweise Beihilfe für Alleinerziehende, Behinderte oder auch Mietzuschuss.

### 4.) *Branche recouvrement* (Einzug der Beiträge)

Die *Agence centrale des organisme de sécurité sociale* (ACOSS) führt die Umsetzung der Leistungen der Allgemeinen Krankenversicherung aus. Sie verwaltet die Finanzen der Sozialversicherung und koordiniert die Arbeit der *Unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales* (URSSAF), die auf lokalem Niveau die Einkassierung der Beiträge und Abgaben regelt.

### 5.) *Union des caisses nationales de sécurité sociale* (UCANSS)

Die UCANSS sichert die gemeinsamen Interessen der gesamten allgemeinen Krankenversicherung z.B. in Bezug auf die Ausbildung der Angestellten oder Gehaltsverhandlungen.

## 8.1.2 Die *mutualité sociale agricole* (MSA)

Die MSA ist zuständig für die Angestellten in der Landwirtschaft. Sie betreut 54 Firmen, circa 4 Millionen Menschen sind in der MSA versichert. Sie regelt u.a. die Krankenversicherung, aber auch die Prävention von Unfällen am Arbeitsplatz und Berufskrankheiten.

Die MSA wird auf nationaler Ebene geregelt durch die *Caisse centrale de la mutualité sociale agricole* (CCMSA), 78 departementale und 130 lokale Kassen.<sup>167</sup>

## 8.1.3 Der *régime social des indépendants* (RSI)

Der RSI ist der Zweig der Krankenversicherung für Selbständige, Künstler, Freiberufler und Einzelhändler und betreut ca. 2,9 Millionen Personen. Er ist unterteilt

---

<sup>167</sup> Vgl. Keller, 2004, S. 70.

in die *Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes* (CANAM), 31 regionale Kassen und ungefähr 160 Zusatzversicherungen oder Versicherungsagenturen (*organismes conventionnés*, OC), die vom Versicherten selbst gewählt werden können.

Als das RSI 1966 gegründet wurde, waren seine angebotenen Leistungen niedriger als die der allgemeinen Krankenversicherung. Seit dem Jahr 2000 sind sie aber an die Leistungen der CNAMTS angepasst.<sup>168</sup>

Außerdem gibt es in Frankreich noch spezielle Versicherungen, z.B. für See- und Bergleute, für Angestellte der Bahn (SNCF), der *Assemblée Nationale*, des *Sénat* und viele mehr.<sup>169</sup>

#### 8.1.4 Die *couverture maladie universelle* (CMU)

Die CMU wurde im Jahr 2000 mit dem Ziel eingeführt, die soziale Ausgrenzung beim Zugang zur medizinischen Versorgung zu minimieren.<sup>170</sup> Sie ist also eine Krankenversicherung für die sozial sehr schwache Bevölkerungsgruppe.

Die CMU ist eine Versicherung für alle Personen, die keinen Zugang zur Allgemeinen Krankenversicherung haben<sup>171</sup>. Dies sind Arbeitslose, Personen mit geringem Einkommen, die eine Aufenthaltsgenehmigung haben und seit mehr als 3 Monaten in Frankreich leben (Ausnahmen sind Schüler, Asylbewerber etc.). Sie unterteilt sich in die *CMU protection de base* und die *CMU protection complémentaire*.

Die *CMU protection de base* ist für den nicht steuerpflichtigen Versicherten kostenlos, ebenso für RMI-Empfänger. Steuerpflichtige Versicherte bezahlen alle drei Monate einen Beitrag. Genau wie alle anderen Versicherten bezahlt der CMU-Empfänger seine Gebühren beim Arzt, in der Apotheke, im Krankenhaus oder im Labor selbst und bekommt diese dann von seiner Krankenversicherung erstattet.

Die *CMU protection complémentaire* bekommen Haushalte, deren Einkommen einen bestimmten Betrag nicht übersteigt, deren Mitglieder seit mindestens drei Monaten in Frankreich wohnen und eine Aufenthaltsgenehmigung haben. Mit der *CMU protection complémentaire* hat der Versicherte keine eigenen Ausgaben, unter

---

<sup>168</sup> Vgl. Keller, 2004, S. 71.

<sup>169</sup> Vgl. AMELI: <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/connaître-l-assurance-maladie/missions-et-organisation/la-securite-sociale/les-differents-regimes-de-l-assurance-maladie.php>, (Stand: 06.04.09).

<sup>170</sup> Vgl. Beske et al., 2005, Band I, S. 95f.

<sup>171</sup> Vgl. Ministère de la santé, de la jeunesse et du sport : [http://www.sante.gouv.fr/hm/minister/index\\_sante.htm](http://www.sante.gouv.fr/hm/minister/index_sante.htm), (Stand: 06.04.09).

bestimmten Voraussetzungen bekommt er auch Prothesen, Zahnkronen, Zahnsparren, Brillengläser und -gestelle bezahlt.<sup>172</sup>

### 8.1.5 Zusatzversicherungen<sup>173</sup>

Es gibt drei Anbieter von Zusatzversicherungen:

#### 1. Die *mutuelle*

Es gibt ca. 6500 *mutuelles* in Frankreich. Bei ihnen sind ca. 60% der Versicherten zusatzversichert, sie erstatten 7,1% der Ausgaben für medizinische und pflegerische Leistungen.

#### 2. Die *compagnie d'assurance privées*

Die ca. 80 *compagnies*, in denen hauptsächlich private Unternehmen versichert sind, erstatten 3% der Ausgaben.

#### 3. Die *institution de prévoyance*

Von den *institutions de prévoyance* gibt es ungefähr 20. Sie versichern vor allem Arbeitnehmer und Gewerkschaftler und erstatten 2% der Ausgaben.

Der zu Versichernde kann selbst eine der Versicherungen wählen, häufig bekommt er aber Vorschläge von seinem Arbeitgeber und wird kollektiv in der Firma versichert.

## 8.2 Struktur der Krankenkassen

In Frankreich sind die Krankenkassen unterteilt in die nationalen Krankenkassen<sup>174</sup>, die regionalen Verbände der Krankenkassen (CRAM) und die lokalen Krankenkassen (CPAM). Dachverband der Regionalverbände ist die *Union régionale des caisses d'assurance maladie* (URCAM).

Seit 1967 regelt die *Agence centrale des organismes de sécurité sociale* (ACOSS) die Finanzen und hat die Aufsicht über die URSSAF, die die *Contribution au remboursement de la dette sociale* (CRDS) und die *contribution social généralisée* (CSG) eintreibt. Im Folgenden wird auf diese beiden Beiträge näher eingegangen.<sup>175</sup>

---

<sup>172</sup> Vgl. AMELI: 3. CMU – demande de protection de base : [http://www.ameli.fr/assures/formulaires/liste-des-formulaires.php?cat\\_uids=139&cat\\_aff=CMU%20/%20Compl%C3%A9mentaire%20sant%C3%A9&id=2228](http://www.ameli.fr/assures/formulaires/liste-des-formulaires.php?cat_uids=139&cat_aff=CMU%20/%20Compl%C3%A9mentaire%20sant%C3%A9&id=2228), (Stand : 05.04.09).

<sup>173</sup> Vgl. Ministère de la santé, de la jeunesse et du sport : [http://www.sante.gouv.fr/hm/minister/index\\_sante.htm](http://www.sante.gouv.fr/hm/minister/index_sante.htm), (Stand: 05.04.09).

<sup>174</sup> Dazu gehören die CNAMTS, die CNAF und die CNAV-TS.

<sup>175</sup> Vgl. Dossier Familial (Hrsg.): *Assurance maladie: être bien remboursé*, Spezialausgabe zu Nr.406, 11/2008, S. 6f und Beske et al., 2005, Band I, S. 93f.



### **8.3 Finanzierung**

Die allgemeine Krankenversicherung wird finanziert über den allgemeinen Sozialbeitrag (CSG), einen allgemeiner Sozialversicherungsbeitrag und zweckgebundene Steuern.

Im Jahr 2005 betrug die CSG 7,5% des Arbeitnehmereinkommens.

Der **allgemeine Sozialversicherungsbeitrag** beträgt 13,55%, von denen der Arbeitgeber 12,8%, der Arbeitnehmer 0,75% zuzüglich CSG bezahlt.

Zweckgebundene Steuern sind z.B. der Beitrag zur Abtragung der Sozialversicherungsschulden (CRDS), Alkoholsteuer, Tabaksteuer, Steuern auf Werbungsumsätze für pharmazeutische und medizinische Produkte sowie der umsatzabhängige Beitrag des pharmazeutischen Großhandels und des Umsatzes von medizinischen Laboratorien.

Es gibt keine Beitragsbemessungsgrenze und die Beiträge gelten nur für abhängig Beschäftigte. Arbeitnehmer, die keinen CSG zahlen (z.B. Personen, die ihren Steuersitz außerhalb Frankreichs haben), müssen 5,5% ihrer Einkünfte an die Krankenversicherung abführen.

Die in der **Landwirtschaft** beschäftigten Versicherten bezahlen einen Beitragssatz von 8,13% für die Finanzierung der medizinischen Versorgung und ca. 2,71% für Verwaltungsausgaben. Selbständige Landwirte müssen zusätzlich 7,5% ihrer Gewinne als allgemeinen Sozialbeitrag abführen.

**Selbständige** und Freiberufler in der Industrie, dem Handwerk und dem Handel bezahlen einen Beitrag von 7% zur Finanzierung der Gesundheitsleistungen und 6,4% bei einem Einkommen bis 150.960 Euro. Zusätzlich führen sie den CSG von 7,5% ab.<sup>176</sup>

### **8.4 Leistungen**

In Frankreich werden die von der Krankenversicherung zu erstattenden Leistungen in der gesetzlich vorgeschriebenen *liste des actes et des prestations* aufgelistet, die in den ärztlichen und den Teil für Zahnärzte und medizinische Hilfsberufe unterteilt ist und im Folgenden näher erklärt wird.

---

<sup>176</sup> Vgl. Beske et al., 2005, Band I, S.93ff.

#### 8.4.1 Die *liste des actes et des prestations* (LPP)<sup>177</sup>

In der LPP werden anerkannte Behandlungsverfahren sowie Arznei- und Hilfsmittel aufgelistet. Ob und welche Leistungen, Arznei- und Hilfsmittel auf diese Liste kommen, wird durch eine Transparenzkommission entschieden, die die klinische Wirksamkeit der Leistungen beurteilt. In der Regel muss der Versicherte bei allen Leistungen einen Betrag zuzahlen. Die Liste wird regelmäßig aktualisiert und überarbeitet.<sup>178</sup>

Die Höhe der Ausgaben für die Krankenversicherung wird jährlich vom Parlament beschlossen und ist im *objectif national des dépenses d'assurance maladie* (ONDAM) definiert.<sup>179</sup>

Seit der Gesundheitsreform 2004 ist es gesetzlich im *Code de la sécurité sociale* vorgeschrieben, dass Leistungen, die von der Krankenkasse erstattet werden, auf der LPP stehen müssen. Diese ist in zwei Teile untergliedert:

1.) Die *classification commune des actes médicaux* (CCAM)

Sie enthält die ausschließlich ärztlichen Leistungen.

2.) Die *nomenclature générale des actes professionnels* (NGAP)

Die NGAP wurde 1945 als Grundlage für die Honorare der Ärzte und der medizinischen Hilfsberufe erstellt. In ihr sind Leistungen aufgelistet, die von Zahnärzten, Hebammen und Personen aus medizinischen Hilfsberufen, wie z.B. Physiotherapeuten, abgerechnet werden können. Die NGAP ist noch einmal in Teil I und Teil II unterteilt.

Teil I enthält ärztliche Leistungen, darunter die strikt ärztlichen und auch die im Krankenhaus erbrachten. Außerdem sind in Teil I Leistungen aufgeführt, die z.B. von Krankenschwestern ausgeführt werden dürfen<sup>180</sup> und solche, die Hebammen und andere medizinischen Hilfsberufe erbringen und zahnärztliche Tätigkeiten, die von Ärzten durchgeführt werden. In Teil II finden sich u.a. Leistungen von Zahnärzten, Krankenschwestern, Podologen<sup>181</sup>, Physiotherapeuten.<sup>182</sup>

---

<sup>177</sup> Vgl. AMELI: <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/nomenclatures-et-codage/la-liste-des-produits-et-prestations-l.p.p./la-liste-des-produits-et-prestations-l.p.p./consultation-et-telechargement-de-la-l.p.p.php>, (Stand 02.04.09).

<sup>178</sup> Vgl. Beske et al., 2005, Band I, S. 96f.

<sup>179</sup> Vgl. Keller, 2004, S. 67.

<sup>180</sup> Hierzu zählt beispielsweise die intravenöse Injektion, also die Injektion eines Medikamentes direkt in die Vene.

<sup>181</sup> Fußpfleger.

<sup>182</sup> Vgl. AMELI: <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/nomenclatures-et-codage/la-n.g.a.p.php> und Eco-Santé: <http://www.ecosante.fr/DEPAFRA/363.html>, (beide Stand 02.04.09).

#### 8.4.2 Hausärztliche und fachärztliche Behandlung

Um seine Kosten maximal erstattet zu bekommen, muss sich der Versicherte in Frankreich an den *parcours de soins* (Behandlungspfad) halten. Dies bedeutet, dass er einen Hausarzt benennen muss, der Hauptansprechpartner bei gesundheitlichen Problemen ist und die medizinische und pflegerische Behandlung koordiniert, also den Patienten ggf. an einen Facharzt überweist oder eine Behandlung durch niedergelassenes Krankenpflegepersonal anordnet. Benennt der Patient keinen Hausarzt oder konsultiert einen Facharzt ohne hausärztliche Überweisung, so wird ihm ein geringerer Teil der Kosten erstattet (siehe auch 11.1).

#### 8.4.3 Zahnärztliche Behandlung<sup>183</sup>

Der Versicherte bekommt Kosten für präventive und konservierend-chirurgische, nach Genehmigung durch ihre Krankenversicherung auch kieferorthopädische Behandlungen und Zahnersatz zu 70% erstattet.

#### 8.4.4 Behandlung im Krankenhaus, Transportkosten<sup>184</sup>

Der Patient hat in Frankreich auch die freie Wahl unter den öffentlichen und den privaten Krankenhäusern. Im Allgemeinen muss er 20% der Krankenhauskosten zuzahlen und eine Krankenhauspauschale von 13 Euro pro Tag entrichten. Für eine fachärztliche Behandlung in einer Krankenhaus-Ambulanz muss der Versicherte 25% selbst bezahlen.

Für den Transport in das Krankenhaus werden die Kosten zu 65% übernommen.

#### 8.4.5 Kostenerstattung für Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel<sup>185</sup>

##### **Arzneimittel**

In Frankreich gibt es eine *Positivliste* für Arzneimittel. Der Patient muss 35% zuzahlen, bei Mitteln zur Behandlung leichter Erkrankungen 65%. Bei Bagatellerkrankungen, z.B. Schnupfen, erstattet die Krankenkasse nichts. Bei chronischen Erkrankungen muss der Patient keine Zuzahlungen leisten. Bei der Erstattung wird seit 2003 nicht mehr zwischen Generika<sup>186</sup> und Originalarzneimittel unterschieden, es gilt ein pauschaler Erstattungstarif.

##### **Heilmittel**

---

<sup>183</sup> Vgl. Beske et al., 2005, Band I, S. 97.

<sup>184</sup> Vgl. Beske et al., 2005, Band I, S. 97ff.

<sup>185</sup> Vgl. Beske et al., 2005, Band I, S. 98f.

<sup>186</sup> Generika sind pharmazeutische Präparate mit der gleichen Zusammensetzung wie ein auf dem Markt befindliches Präparat, das in der Regel billiger angeboten wird, als dieses. (Duden Universalwörterbuch).

Um die Kosten von der Krankenkasse erstattet zu bekommen, müssen Heilmittel vom Arzt verschrieben werden. Die Zuzahlung beträgt 35%, bei physiotherapeutische Behandlung 40%.

### **Hilfsmittel**

Die Krankenkasse erstattet nach vorheriger Genehmigung bis zu 65% der Festbeträge bei Hilfsmitteln, bei großen Prothesen 100%. Brillen werden ohne Begrenzung bis zum 6. Lebensjahr und ab dem 18. Lebensjahr erstattet, Brillengestelle bis zum 16. Lebensjahr mit 30 Euro, danach mit 3 Euro, die Erstattung von Brillengläsern ist abhängig von der Sehbeeinträchtigung. Kosten für Kontaktlinsen werden in manchen Fällen mit einer Pauschale von 39 Euro pro Jahr übernommen. Hörgeräte werden bis zum 20. Lebensjahr auf Grundlage des Hilfsmittelkatalogs erstattet, danach in Höhe von 199 Euro. Bei Rollstühlen muss keine Zuzahlung geleistet, sondern nur der Differenzbetrag zwischen dem Krankenkassen-Festbetrag und Marktpreis bezahlt werden.

### **8.4.6 Versorgung bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten<sup>187</sup>**

Der Patient hat auch bei Arbeitsunfällen und bei der Behandlung von Berufskrankheiten freie Arzt- und Krankenhauswahl. Die Krankenkasse übernimmt alle Kosten, der Versicherte muss keine Zuzahlungen leisten, auch nicht bei stationärer Behandlung. Die Leistungen werden für unbestimmte Zeit gewährt. Außerdem finanziert die Krankenkasse Maßnahmen zur Rehabilitation und Umschulung sowie Existenzgründungsdarlehen.

### **8.4.7 Geldleistungen<sup>188</sup>**

Auch in Frankreich werden die Geldleistungen in befristet und unbefristet unterteilt und Einmalzahlungen gewährt.

#### **Zeitlich befristete Geldleistungen**

Lohnfortzahlung im Krankheitsfall ist nicht gesetzlich geregelt, also eine freiwillige Leistung. Sie beschränkt sich auf Tarifverträge und private Vereinbarungen zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer.

Krankengeld wird von der Sozialversicherung nach drei Karenztagen höchstens bis zu 12 Monaten in drei aufeinander folgenden Jahren bezahlt und ist nach Krankheitsmonaten gestaffelt.

---

<sup>187</sup> Vgl. Beske et al., 2005, Band I, S. 101.

<sup>188</sup> Vgl. Beske et al., 2005, Band II, S. 53ff.

Für Versicherte, die einen Angehörigen pflegen, gibt es keinen gesetzlichen Anspruch auf Pflegegeld, sondern wieder nur freiwillige Leistungen der Arbeitgeber. Mutterschaftsgeld wird sechs Wochen vor und zehn Wochen nach der Geburt an Frauen bezahlt, die vor der Geburt mindestens zehn Monate versichert waren und beträgt 50% des Bruttogehaltes, zwischen derzeit 238 Euro und 1.989 Euro monatlich.

Die Unfallversicherung bezahlt bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten bis zur Heilung im ersten Monat 60% des Arbeitsentgeltes, ab dem zweiten Monat 80%, höchstens aber 5.947 Euro.

### **Zeitlich unbefristete Geldleistungen**

Dazu gehören die Unfall- und die Invaliditätsrente, die von der Unfallversicherung geleistet werden. Die Höhe der Unfallrente ist abhängig vom Grad der Arbeitsunfähigkeit und geht von 100% bis zu einer pauschalen Kapitalabfindung bei einer Arbeitsunfähigkeit unter 10%. Die Invaliditätsrente wird im Anschluss an das Krankengeld bezahlt und ab dem 60. Lebensjahr in die Altersrente umgewandelt.

### **Einmalzahlungen**

Sterbegeld in Höhe von 1.283 Euro wird bei einem tödlichen Arbeitsunfall bezahlt.

Werdende Mütter bekommen im siebten Monat der Schwangerschaft ein Geburtsgeld von 812 Euro je Kind von der Krankenversicherung.

### **8.4.8 Weitere Leistungen<sup>189</sup>**

Auch die Kosten für medizinische Laboruntersuchungen und -analysen, sowie für bestimmte Schutzimpfungen werden von der Krankenkasse übernommen.

Für Anschlussheilbehandlungen werden 80% erstattet, bei einem ärztlich verordneten Kuraufenthalt 70%.

Im Falle einer Mutterschaft werden Kosten für Untersuchungen in der Schwangerschaft und nach der Geburt übernommen.

Bei einer Invalidität wird eine Invalidenrente nach Prüfung der Arbeitsfähigkeit bezahlt.

Generell müssen Leistungen und Produkte, die der Versicherte erstattet bekommen möchte, zwei Bedingungen erfüllen:

- 1.) Sie müssen von einer autorisierten öffentlichen oder privaten Institution oder von autorisiertem medizinischen Personal geleistet werden und

---

<sup>189</sup> Vgl. Mme B. Pradines, *documentaliste* bei der CNAMTS: Dossier über die *assurance maladie*

- 2.) sie müssen in der NGAP oder auf der Liste der erstattungsfähigen Medikamente und Produkte genannt sein.<sup>190</sup>

### **8.5 Versorgung im Pflegefall<sup>191</sup>**

Die Pflegeversicherung ist in Frankreich kein eigenständiges Sicherungssystem. Die Versorgung der Pflegebedürftigen wird von den Regionalverbänden der Krankenkasse organisiert.

Die Leistungen werden durch die *Allocation personnalisée d'autonomie* (APA) erbracht und richten sich nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit. Es werden vier Stufen unterschieden, bei denen der Schwerpunkt weniger auf den medizinischen Gründen liegt, als vielmehr drauf, ob der Betroffene Hilfe bei alltäglichen Verrichtungen benötigt. Es geht also nicht um den Grund für die Pflegebedürftigkeit, sondern um das Ziel, die Selbständigkeit des Betroffenen möglichst lange zu erhalten.<sup>192</sup>

Ein Ärzte- und Pflegeteam ermittelt den Umfang des Pflegebedarfs.

Anspruch auf eine Pflegeversicherung haben Personen ab dem 60. Lebensjahr, die bei lebenswichtigen Verrichtungen des Alltags auf Hilfe angewiesen sind oder ständige Beaufsichtigung benötigen.

In der häuslichen Pflege und der stationären Pflege hängt die Zahlung vom Grad der Pflegebedürftigkeit und von der finanziellen Situation des Versicherten ab.

## **9. Ärztedichte in Frankreich**

Im Jahr 2007 gab es in Frankreich 208.191 Mediziner, das sind 338 Ärzte pro 100.000 Einwohner. Es gab 101.549 Allgemeinärzte und 106.642 als Fachärzte, insgesamt gut 18.000 Ärzte mehr als noch 10 Jahre zuvor.<sup>193</sup>

Dabei fällt auf, dass die Ärztedichte an der Atlantikküste, südlich von Bordeaux, und der Mittelmeerküste sowie in Paris und auf Korsika mit 108-134 Ärzte pro 100.000

---

<sup>190</sup> Vgl. Dossier Mme Pradines

<sup>191</sup> Vgl. Beske et al., 2005, Band I, S. 99f.

<sup>192</sup> Vgl. Friedrich-Ebert-Stiftung, Vortrag Fr. Dr. Jani, Oktober 1999:

<http://library.fes.de/fulltext/akademie/freudenstadt/00920005.htm>, (Stand: 02.04.09).

<sup>193</sup> OECD-Daten GB-Bund : [http://www.gbe-bund.de/gbe10/ergebnisse.prc\\_tab?fid=9133&suchstring=&query\\_id=&sprache=D&fund\\_typ=TAB&methode=&vt=&verwandte=1&page\\_ret=0&seite=1&p\\_sprachkz=D&p\\_uid=gast&p\\_lfd\\_nr=1&p\\_news=&p\\_aid=28693854&hlp\\_nr=1&p\\_janein=J](http://www.gbe-bund.de/gbe10/ergebnisse.prc_tab?fid=9133&suchstring=&query_id=&sprache=D&fund_typ=TAB&methode=&vt=&verwandte=1&page_ret=0&seite=1&p_sprachkz=D&p_uid=gast&p_lfd_nr=1&p_news=&p_aid=28693854&hlp_nr=1&p_janein=J) und Institut nationale de la statistique et des études économiques (INSEE):

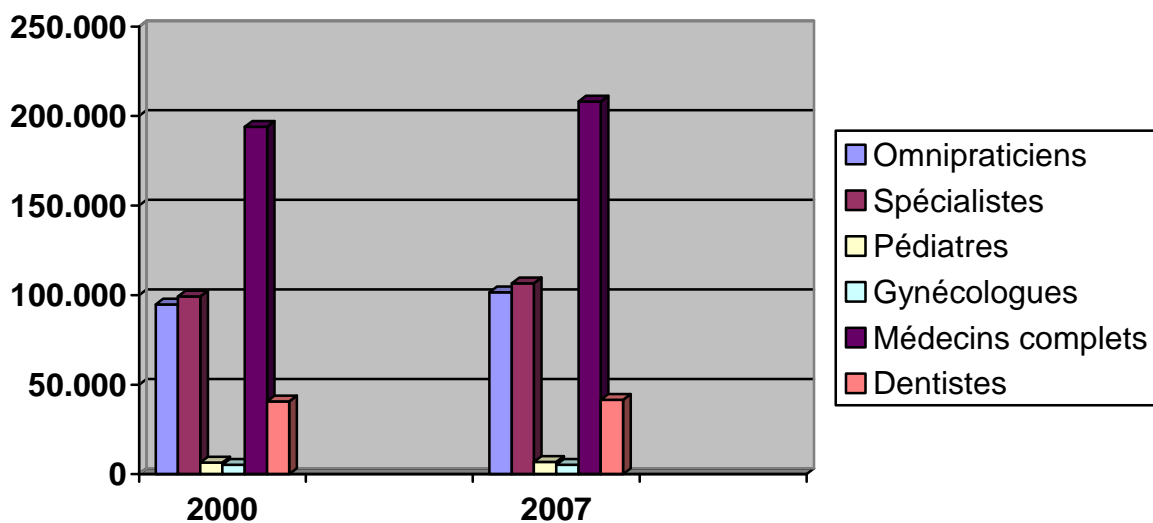
[http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg\\_id=0&ref\\_id=NATTEF06103](http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF06103), (beide Stand : 02.04.09).

Einwohner wesentlich höher ist als in Zentral- und Nordfrankreich mit 74-89 Ärzten pro 100.000 Einwohner.

Generell kann man sagen, dass auch bei den anderen Grundversorgern die Dichte im Süden höher ist als im Norden. Allerdings sind die selbständigen Krankenschwestern (*infirmiers libéraux*) eine Ausnahme: deren Zahl ist in den Regionen *Midi-Pyrénées*, *Limousin* und *Auvergne*, der *Bretagne*, dem Elsass und der Region *Provence-Alpes-Côte d'Azur* am größten. Die größte Dichte der Hebammen zieht sich wie ein Gürtel im Osten Frankreichs entlang.<sup>194</sup>

Auch in Frankreich sagt die Ärztedichte nicht unbedingt etwas über eine gute Versorgung aus, denn die Mediziner sind sehr ungleich verteilt. Vor allem in ländlichen Gegenden und in bestimmten Vierteln der großen Städte fehlt es an Ärzten. Auch die Tatsache, dass nicht alle Vollzeit arbeiten, nicht alle jeden Tag Sprechstunde haben, beeinflusst die medizinische Versorgung. So praktizierten von den 11.000 *généralistes* in Paris nur 3.500 wirklich als Allgemeinarzt und viele davon nur in Teilzeit bzw. als Vertretung.<sup>195</sup>

Diagramm 5 zeigt die Dichte der Grundversorger in den Jahren 2000 und 2007.



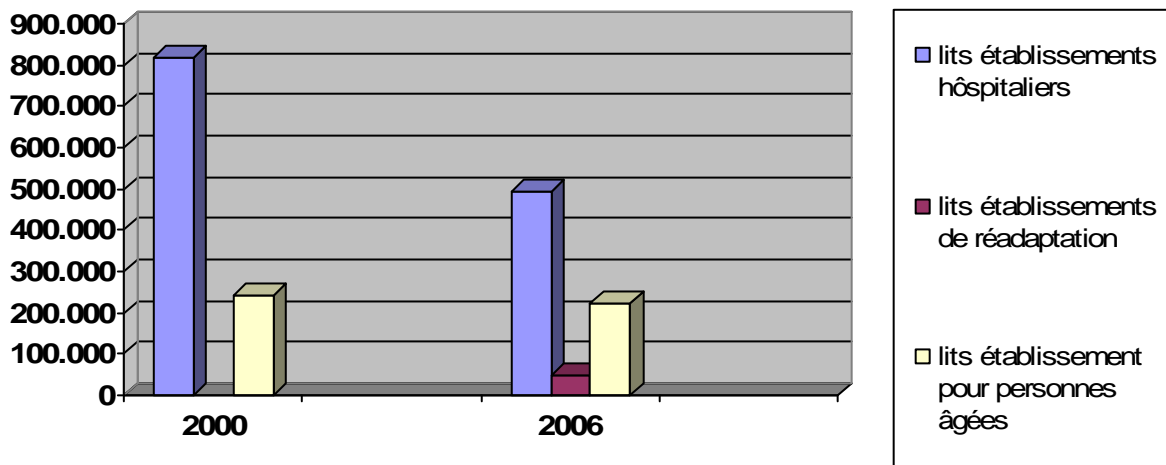
Quelle: Eigene Erstellung mit Daten des INSEE<sup>196</sup> und IRDES<sup>197</sup>

<sup>194</sup> Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) : <http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/DemographieProfSante/DemoMedecins.htm>, (Stand: 02.04.09).

<sup>195</sup> Vgl. Conseil de l'Ordre des médecins, Bulletin März 2008 : [http://bulletin.conseil-national.medecin.fr/article.php3?id\\_article=154](http://bulletin.conseil-national.medecin.fr/article.php3?id_article=154), (Stand : 18.03.09).

<sup>196</sup> INSEE: [http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg\\_id=0&ref\\_id=NATTEF06103](http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF06103), (Stand:06.04.09).

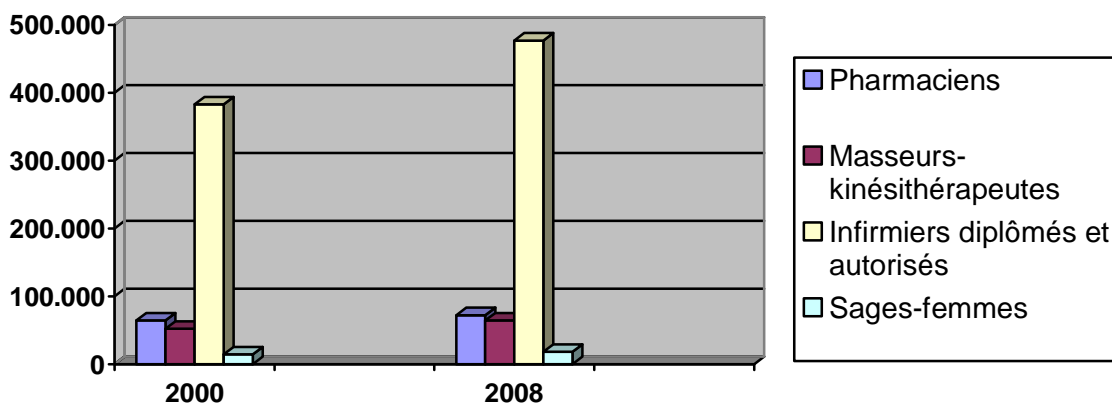
Diagramm 6 zeigt die Anzahl der Betten in den verschiedenen stationären Einrichtungen.



Quelle: Eigene Erstellung mit Daten des INSEE<sup>198</sup>, mit OECD-Daten<sup>199</sup> und Daten von Eurostat<sup>200</sup>

Mit *établissements pour personnes âgées* sind nur Pflegeheime abgedeckt. Für die *réadaptation* (Rehabilitation) wurden keine Daten von 2000 gefunden.

Diagramm 7 zeigt die Dichte der anderen Grundversorger in den Jahren 2000 und 2008.



Quelle: Eigene Erstellung mit Daten des INSEE<sup>201</sup>, mit OECD-Daten<sup>202</sup> und Daten des IRDES<sup>203</sup>

<sup>197</sup> IRDES:

<http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/DemographieProfSante/DemoMedecins.htm>, (Stand: 06.04.09).

<sup>198</sup> INSEE: [http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg\\_id=0&ref\\_id=NATTEF06106](http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF06106), (Stand: 06.04.09).

<sup>199</sup> GB-Bund, OECD-Daten: [http://www.gbe-bund.de/gbe10/ergebnisse.prc\\_tab?fid=9130&suchstring=&query\\_id=&sprache=D&fund\\_typ=TAB&methode=&vt=&verwandte=1&page\\_ret=0&seite=1&p\\_sprachkz=D&p\\_uid=gast&p\\_lfd\\_nr=1&p\\_news=&p\\_aid=9974459&hlp\\_nr=1&p\\_janein=J#T3](http://www.gbe-bund.de/gbe10/ergebnisse.prc_tab?fid=9130&suchstring=&query_id=&sprache=D&fund_typ=TAB&methode=&vt=&verwandte=1&page_ret=0&seite=1&p_sprachkz=D&p_uid=gast&p_lfd_nr=1&p_news=&p_aid=9974459&hlp_nr=1&p_janein=J#T3), (Stand: 06.04.09).

<sup>200</sup> Statistisches Amt der Europäischen Gemeinschaften, Eurostat:

[http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?\\_pageid=1996,39140985&\\_dad=portal&\\_schema=PORTAL&screen=detailref&language=de&product=REF\\_TB\\_health&root=REF\\_TB\\_health/t\\_health/t\\_hlth/t\\_hlth\\_care/tps00046](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?_pageid=1996,39140985&_dad=portal&_schema=PORTAL&screen=detailref&language=de&product=REF_TB_health&root=REF_TB_health/t_health/t_hlth/t_hlth_care/tps00046), (Stand: 06.04.09).



In Frankreich gibt es keine Niederlassungsbeschränkung. Jeder Arzt kann seine Praxis dort eröffnen, wo er möchte.<sup>204</sup>

Vertreten werden die Ärzte von verschiedenen Organisationen wie z.B. dem *Conseil national de l'ordre des médecins* (CNOM) und unterschiedlichen Ärztegewerkschaften.

## 10. Die medizinische Grundversorgung in Frankreich

Im Jahr 2006 betragen die Ausgaben für Gesundheit in Frankreich 19.054 Euro<sup>205</sup>, 11,1% des Bruttoinlandproduktes<sup>206</sup>.

### 10.1 Was ist die medizinische Grundversorgung?

Auch in Frankreich gibt es keine genaue Definition des Begriffs. Im Allgemeinen wird die medizinische Versorgung vor allem durch den Hausarzt, aber auch durch Allgemeinärzte (*médecins généralistes, omnipraticiens*) und Kinderärzte (*pédiatres*) als Grundversorgung bezeichnet. Die Facharztbezeichnung ‚Internist‘ gibt es in Frankreich nicht.

Im weiteren Sinne gehören auch das öffentliche Gesundheitswesen, Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen sowie niedergelassene Krankenschwestern zu den Grundversorgern.<sup>207</sup>

Wie auch im ersten Teil dieser Arbeit wurden Zahnärzte, Frauen- und Kinderärzte, Apotheker und andere Berufsgruppen bei der Grundversorgung aufgeführt.

Ärztliche Leistungen sind in Frankreich nicht budgetiert.

### Honorare

In Frankreich werden die Höhe der Honorare der Ärzte und des anderen medizinischen Personals, z.B. Krankenpflegepersonal, von der *assurance maladie* und den verschiedenen Gewerkschaften der medizinischen Berufsgruppen

---

<sup>201</sup> INSEE: [http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg\\_id=0&ref\\_id=NATTEF06103](http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF06103), (Stand: 06.04.09).

<sup>202</sup> GB-Bund, OECD-Daten: [http://www.gbe-bund.de/gbe10/ergebnisse.prc\\_tab?fid=9130&suchstring=&query\\_id=&sprache=D&fund\\_typ=TAB&methode=&vt=&verwandte=1&page\\_ret=0&seite=1&p\\_sprachkz=D&p\\_uid=gast&p\\_lfd\\_nr=1&p\\_news=&p\\_aid=9974459&hlp\\_nr=1&p\\_janein=J](http://www.gbe-bund.de/gbe10/ergebnisse.prc_tab?fid=9130&suchstring=&query_id=&sprache=D&fund_typ=TAB&methode=&vt=&verwandte=1&page_ret=0&seite=1&p_sprachkz=D&p_uid=gast&p_lfd_nr=1&p_news=&p_aid=9974459&hlp_nr=1&p_janein=J), (Stand: 06.04.09).

<sup>203</sup> IRDES: <http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/DemographieProfSante/DemoProfAutres.htm>, (Stand: 06.04.09).

<sup>204</sup> Telefonat mit Dr. Lindemann am 14.11.08.

<sup>205</sup> OECD 2008: [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de) (Stand: 06.04.09).

<sup>206</sup> Vgl. Fenina, Annie/Geoffroy, Yves: *Les comptes nationaux de la santé en 2006*, Etudes et Résultats N° 593, September 2007.

<sup>207</sup> E-Mail Dr. Lindemann vom 23.01.09.

verhandelt. Nur ein sehr kleiner Prozentsatz der Ärzte bestimmt seine Honorare selbst (siehe auch 11.1).<sup>208</sup>

Die Ärzte werden in zwei Sektoren eingeteilt, in denen sie unterschiedliche Honorare bekommen. Die Zuordnung erfolgt durch die Krankenkasse, größtenteils zum Sektor I. Nur Ärzte mit besonderer Qualifikation können dem Sektor II zugeordnet werden und bekommen dann auch höhere Honorare.<sup>209</sup>

## **10.2 Wer nimmt an der Grundversorgung teil?**

Wie schon erwähnt nehmen an der Grundversorgung Allgemeinärzte, aber auch Frauen- und Kinderärzte sowie niedergelassene Krankenschwestern teil. In Frankreich hat der Patient freie Arztwahl. Dies ist im *Code de la sécurité sociale*, Artikel L.162-2 festgelegt:

„Le droit du malade au libre choix de son praticien est un principe fondamental de la législation sanitaire.“<sup>210</sup>

Seit dem Gesetz vom 13. August 2004 (*loi du 13 août 2004*), mit dem das Hausarzt-Modell eingeführt wurde, ist dieses Recht eingeschränkt. Der Versicherte hat nicht mehr die freie Arztwahl, wenn er seine Kosten maximal erstattet bekommen möchte.<sup>211</sup>

In Frankreich gibt es keine Kassenzulassung. Jeder Arzt, der sich in einer eigenen Praxis niederlassen oder Praxisvertretungen machen möchte - was vor allem in der Allgemeinmedizin viel häufiger vorkommt, als in Deutschland -, muss Mitglied der französischen Ärztekammer, dem *Ordre du conseil national des médecins*, sein.<sup>212</sup>

In Frankreich gibt es keinen Katalog, der hausärztliche von fachärztlichen Leistungen trennt. Jeder Arzt

„[...] est, en principe, habilité à pratiquer tous les actes de diagnostic, de prévention et de traitement, Mais il ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins, ni formuler des prescriptions dans des domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience et les moyens dont il dispose.“<sup>213</sup>

---

<sup>208</sup> E-Mail Mme Pradines vom 11.03.09.

<sup>209</sup> E-Mail Dr. Lindemann vom 04.04.09.

<sup>210</sup> Vgl. La documentation française : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/dossiers/droits-malades/reforme1970.shtml>, (Stand: 06.04.09).

<sup>211</sup> Vgl. Dossier Familial, 11/2008, S. 7.

<sup>212</sup> Telefonat Dr. Lindemann am 14.11.08.

<sup>213</sup> Aus einem persönlicher Brief an die Autorin vom Conseil de l'Ordre des médecins: Code de déontologie médicale, Artikel 70 ; Code de la santé publique, Artikel R4127-70.

Die *convention médicale* vom 12. Januar 2005 regelt die Beziehung zwischen Krankenversicherung und *généraliste* bzw. *spécialiste* und setzt auch die Arzttarife fest.<sup>214</sup>

In Frankreich sind mit Ausnahme der Krankenhausversorgung alle Güter und Dienstleistungen, die im Gesundheitswesen erbracht werden, nicht durch Budgets begrenzt. Allerdings gibt es seit 1996 ein jährlich festgelegtes nationales Ausgabenziel für das Gesundheitswesen, dies kann aber überschritten werden.<sup>215</sup>

### 10.2.1 *Médecins traitants* (Hausärzte)

In Frankreich gibt es seit 2005 ein Hausarztsystem. Es wurde mit dem Ziel eingeführt, Kosten zu sparen, indem die Patienten zuerst zum Hausarzt und nicht sofort zum meist teureren Facharzt gehen.

Im Hausarztmodell muss jeder Patient einen Hausarzt bzw. behandelnden Arzt (*médecin traitant*) benennen, der für ihn die erste Anlaufstelle bei gesundheitlichen Problemen ist und der das *dossier médicale personnel* anlegt. Der Hausarzt kann ein *généraliste* (Allgemeinarzt) oder auch ein *spécialiste* (Facharzt) sein. Bei Bedarf kann der *médecin traitant* auch gewechselt werden.

Das Behandlungsspektrum der Allgemeinärzte in Frankreich, vor allem im ländlichen Bereich, wo die Arztdichte geringer ist, ist sehr breit. Wegen des Fachärztemangels und der daraus resultierenden Wartezeiten bei der Terminvergabe und im Wartezimmer gehören kleinere Beschwerden aus dem Bereich der Kinder- und Frauenheilkunde ebenso zum Behandlungsspektrum des Allgemeinarztes wie auch die Behandlung alter Menschen oder die Ausführung kleinerer chirurgischer Eingriffe, z.B. die primäre Wundversorgung<sup>216</sup> bei Verletzungen. Diese Art der Behandlung hat auch Auswirkungen auf die Überweisung zum Facharzt (siehe 11.3).

Wie oft und wie lange der Arzt seine Praxis geöffnet haben muss, ist nicht vorgeschrieben. Es ist also auch möglich, die Praxis z.B. nur an einem Tag in der Woche und dann nur nachmittags geöffnet zu haben. Dies kommt natürlich den auch ambulant behandelnden Krankenhausärzten zu gute. Auch das Arbeiten am Samstagvormittag gehört zur regulären Arbeitszeit.<sup>217</sup>

Die Überweisung an einen Facharzt erfolgt durch den Hausarzt.

---

<sup>214</sup> Vgl. Dossier Familial, 11/2008, S. 24f.

<sup>215</sup> Vgl. Beske et al., 2005, Band I, S. 94.

<sup>216</sup> Wundverschluss mit so genannter Primärnaht bei einer unkomplizierten, nicht tiefen Wunde (z.B. Schnittwunde), die nicht älter als 6-8 Stunden ist. (Pschyrembel® Pflege, 2007).

<sup>217</sup> Telefonat mit Dr. Lindemann am 14.11.08.

### 10.2.2 *Spécialistes* (Fachärzte) und *pédiatres* (Kinderärzte)

Die Wahl des Facharztes ist dem Patienten freigestellt. Der Besuch beim Frauen- und beim Augenarzt ist auch ohne Überweisung möglich.

Auch in Frankreich gibt es ambulant in der eigenen Praxis arbeitende Fachärzte für Kinderheilkunde<sup>218</sup>, die Zahl sinkt jedoch. Nur 20% der Kinder werden von einem *pédiatre* betreut, sehr wenige im Vergleich zu 90% in der Schweiz und immerhin 50% in Deutschland. Auch unterscheidet sich die Behandlung durch einen Facharzt für Kinderheilkunde deutlich von der eines *généralistes*. Kinder, die bei einem Kinderarzt in Behandlung sind, kommen seltener pro Jahr zum Arzt, als solche, die von einem Allgemeinarzt behandelt werden. Auch verschreiben Kinderärzte weniger Antibiotika, schleimlösende und entzündungshemmende Medikamente, dafür häufiger Vitamin D und Fluorid zur Kariesprophylaxe und achten besser auf einen ausreichenden Impfschutz. Eine wichtige Aufgabe des Kinderarztes ist auch die Prävention vor allem in Ernährungsfragen und bei Verhaltensauffälligkeiten.<sup>219</sup>

Allerdings besteht auch bei den französischen Pädiatern Ärztemangel, wodurch Kinder häufiger vom Hausarzt behandelt werden.<sup>220</sup>

### 10.2.3 *Dentistes* (Zahnärzte)

Im Jahr 2007 gab es in Frankreich 41.444 *dentistes*<sup>221</sup>. Sie arbeiten überwiegend in eigener Praxis.<sup>222</sup>

Für die Leistungen der französischen Zahnärzte gibt es keinen eigenen Leistungskatalog, sie sind – wie die ärztlichen Leistungen – in der NGAP aufgeführt. Die zahnärztliche Versorgung schließt präventive, konservierende<sup>223</sup> und chirurgische Behandlungen ein, nach Antrag bei der Krankenversicherung auch Zahnersatz.

---

<sup>218</sup> Vgl. Institut für Med. Biometrie und Med. Informatik, Freiburg: [http://www.imbi.uni-freiburg.de/medinf/gmds-ag-mdk/ak-ikj/archiv/2008/sitzung\\_120908/3\\_Hartmann\\_DGKJ.Muenchen\\_080912.pdf](http://www.imbi.uni-freiburg.de/medinf/gmds-ag-mdk/ak-ikj/archiv/2008/sitzung_120908/3_Hartmann_DGKJ.Muenchen_080912.pdf), S. 5, (Stand: 02.04.09).

<sup>219</sup> Vgl. Sandrine Blanchard: *La France manque des pédiatres*, in: *Le monde* 4/4/2007 (auf der Homepage der Selbständigen Pädiater: [http://www.pediatres-liberaux.com/html/le\\_monde\\_avril\\_2007.htm](http://www.pediatres-liberaux.com/html/le_monde_avril_2007.htm), Stand: 03.03.09).

<sup>220</sup> Telefonat mit Dr. Lindemann am 14.11.08.

<sup>221</sup> GB-Bund, OECD-Daten: [http://www.gbe-bund.de/gbe10/ergebnisse.prc\\_tab?fid=9133&suchstring=&query\\_id=&sprache=D&fund\\_typ=TAB&methode=&vt=&verwandte=1&page\\_ret=0&seite=1&p\\_sprachkz=D&p\\_uid=gast&p\\_lfd\\_nr=1&p\\_news=&p\\_aid=20957867&hlp\\_nr=1&p\\_janein=J#T7](http://www.gbe-bund.de/gbe10/ergebnisse.prc_tab?fid=9133&suchstring=&query_id=&sprache=D&fund_typ=TAB&methode=&vt=&verwandte=1&page_ret=0&seite=1&p_sprachkz=D&p_uid=gast&p_lfd_nr=1&p_news=&p_aid=20957867&hlp_nr=1&p_janein=J#T7), (Stand: 06.04.09).

<sup>222</sup> Vgl. Ministère de la santé, de la jeunesse et du sport: [http://www.sante.gouv.fr/hm/minister/index\\_sante.htm](http://www.sante.gouv.fr/hm/minister/index_sante.htm), (Stand: 06.04.09).

<sup>223</sup> Z.B. Wurzelfüllung, Zahnfüllungen.

Behandlungen bei einem *orthodontistes* (Kieferorthopäden) müssen ebenfalls bei der Krankenversicherung beantragt werden.<sup>224</sup>

In Frankreich gibt es auch den Beruf der zahnmedizinischen Fachangestellten nicht. Wenn man bei einem Zahnarzt arbeiten möchte, so bewirbt man sich direkt in der Praxis und wird 2 Jahre eingelernt. Eine staatliche Prüfung findet nicht statt.<sup>225</sup>

#### 10.2.4 *Hôpitaux* und *cliniques* (Krankenhäuser)

In Frankreich besteht freie Krankenhauswahl für den Patienten.

Die Krankenhäuser werden in öffentliche und private Häuser unterteilt. Es gibt Häuser für die Regelversorgung und die Universitätskliniken, die *Centres hospitaliers universitaires* (CHU). Im Jahr 2006 gab es in Frankreich 977 öffentliche und 1836 private Krankenhäuser<sup>226</sup> mit 224.168 Betten, das sind 3,7 Betten pro 1.000 Einwohner in der Akutversorgung. Nicht-staatliche Krankenhäuser werden *cliniques* genannt und sind meist in privater Hand einer Gruppe von Ärzten. Kirchliche Krankenhäuser gibt es nur wenige.<sup>227</sup>

Die *établissements de santé publique* unterstehen den *Agences régionales d'hospitalisation*. Sie können allgemeine oder spezielle Aufgaben haben. Zu denen mit allgemeinen Aufgaben gehören die *Centres hospitaliers régionaux* (CHR), die im Bereich Forschung und Lehre aktiv sind und die *Centres hospitaliers*, die den regionalen Bereich abdecken. Außerdem gibt es noch die *Centres hospitaliers spécialisés*, deren Schwerpunkt in der Psychiatrie und den Krebserkrankungen liegt. Die privaten Häuser unterteilen sich noch einmal in die *établissements privés lucratifs*, die gewinnorientierten, und die *établissements privés non lucratif*, die nicht gewinnorientierten Einrichtungen. Erstere haben meist Patienten für mittellange und lange Aufenthalte, letztere legen ihren Schwerpunkt auf die Akutbehandlung und die Chirurgie. Außerdem gibt es seit einigen Jahren immer mehr *hospitalisation à domicile* und *hospitalisation de jour ou de nuit* („Tagespflege“, „Kurzzeitpflege“).

Die Verteilung der finanziellen Mittel unter den Krankenhäusern und die Korrektur bestehender finanzieller Ungleichheit wird von der ARH organisiert.<sup>228</sup>

---

<sup>224</sup> Vgl. Beske et al., 2005, Band I, S. 97f.

<sup>225</sup> Vgl. Homepage Dr. Lindemann: <http://www.wolfganglindemann.net/html/allgemeinmedizin.html>, (Stand: 02.04.09).

<sup>226</sup> INSEE: [http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg\\_id=0&ref\\_id=NATTEF06106](http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF06106), (Stand: 02.04.09).

<sup>227</sup> Telefonat Dr. Lindemann am 14.11.08.

<sup>228</sup> Vgl. Ministère de la santé, de la jeunesse et du sport : [http://www.sante.gouv.fr/htm/minister/index\\_sante.htm](http://www.sante.gouv.fr/htm/minister/index_sante.htm), (Stand: 02.04.09).

Die *cliniques* haben meist weniger finanzielle, diagnostische und therapeutische Mittel, machen häufig keine Notaufnahme und sind oft auf Fachgebiete spezialisiert. An *cliniques* gibt es keine Assistenzärzte (diese dürfen nur an den *hôpitaux* ausgebildet werden), sondern nur Fachärzte, die meist nebenher noch eine niedergelassene Praxis haben, also wie Belegärzte arbeiten. Die Patienten müssen wie in der Praxis die Behandlungskosten selbst verauslagen.

Die *hôpitaux* decken die Grund- und Maximalversorgung ab, haben Notaufnahmen und mehrere Fachabteilungen und bilden Fachärzte aus. Wie auch in der niedergelassenen Praxis ist das Arbeiten am Samstagvormittag der Normalfall.<sup>229</sup>

Die Verweildauer in der stationären Versorgung betrug 2006 in Frankreich 5,7 Tagen<sup>230</sup>, pro Bett gab es 0,58 Pflegekräfte.<sup>231</sup>

Im Rahmen der Krankenhausreform „Hôpital 2007“ soll die Vergütung der Leistungen in öffentlichen und privaten Gesundheitseinrichtungen nach dem Prinzip der *tarification à l'activité* (T2A) erfolgen, die abhängig ist vom erwirtschafteten Betrag. Dieser Betrag wird erstellt über das *programme de médicalisation du système d'information* (PMSI). Die Krankheiten der Patienten werden im PMSI in homogene Krankheitsgruppen, den *Groupes homogènes de malades* (GMH), unterteilt und werden nach Kostenaufwand und Verweildauer eingruppiert.<sup>232</sup>

### 10.2.5 Soins à domicile (Häusliche Pflege)

#### **Niedergelassenes Krankenpflegepersonal**

In Frankreich gibt es keine Sozialstationen im deutschen Sinne. Pflegebedürftige Menschen werden oft zu Hause von Angehörigen gepflegt. Dies kommt vor allem im ländlichen Bereich vor, da dort die Dichte der Pflegeheime noch geringer ist als in den Städten.

Allerdings gibt es auch *infirmiers diplômés d'Etat* (IDE), Krankenschwestern, die sich niederlassen. Sie arbeiten entweder selbständig als *infirmière libérale* in einer eigenen Praxis oder sind in Arztpraxen oder im Krankenhaus angestellt und

---

<sup>229</sup> Telefonat Dr. Lindemann am 14.11.08.

<sup>230</sup> GB-Bund: [http://www.gbe-bund.de/gbe10/ergebnisse.prc\\_tab?fid=9136&suchstring=&query\\_id=&sprache=D&fund\\_typ=TAB&methode=&vt=&verwandte=1&page\\_ret=0&seite=1&p\\_sprachkz=D&p\\_uid=gast&p\\_lfd\\_nr=1&p\\_news=&p\\_aid=30260614&hlp\\_nr=1&p\\_janein=J](http://www.gbe-bund.de/gbe10/ergebnisse.prc_tab?fid=9136&suchstring=&query_id=&sprache=D&fund_typ=TAB&methode=&vt=&verwandte=1&page_ret=0&seite=1&p_sprachkz=D&p_uid=gast&p_lfd_nr=1&p_news=&p_aid=30260614&hlp_nr=1&p_janein=J), (Stand: 07.04.09).

<sup>231</sup> Stat. Bundesamt:

<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/Content100/KrankenhaeuserJahre,templateId=renderPrint.psml>, (Stand: 06.04.09).

<sup>232</sup> Vgl. Tanti-Hardouin : *La recomposition de l'offre hospitalière*, in : Cahiers français Nr. 324 „La santé“, Januar/Februar 2005, S. 61-65.

übernehmen teilweise auch die häusliche Pflege. Hauptarbeit ist aber in der eigenen Praxis oder im Krankenhaus, da die häusliche Pflege schlecht bezahlt wird. Diese wird oft von *aides-soignantes diplômées* (ASD)<sup>233</sup>, den Krankenpflegehelfern, übernommen, die aber nur *soins de nursing*, pflegerische, keine medizinischen Maßnahmen, durchführen dürfen und nicht als Selbständige, sondern nur unter Aufsicht einer Krankenschwester arbeiten können.

Aufgaben der niedergelassenen Krankenschwestern sind z.B. Injektionen, Impfungen, Medikamentenaufbereitung, Blutabnahme, Verbandswechsel, Infusionen. Sie arbeiten eng mit den niedergelassenen Hausärzten zusammen.<sup>234</sup>

### **Häusliche Pflege**

Ausgeführt wird die häusliche Pflege von den *Services de soins infirmiers à domicile* (Ssiad), die in den 1970er Jahren gegründet wurden und von der *assurance maladie* finanziert werden. Zwei Drittel der Leistungen werden von privaten, nicht gewinnorientierten Einrichtungen ausgeführt. Zwischen 1980 und 2002 ist die Anzahl der Plätze in den 1.760 Ssiad von 3.500 auf 71.000 gestiegen. Betreut werden überwiegend Personen, die 80 Jahre und älter sind. Der Aufgabenbereich der Ssiad umfasst in Frankreich die Unterstützung älterer, behinderter, chronisch kranker oder auch bettlägeriger Menschen, um eine Einweisung ins Krankenhaus zu vermeiden, um nach einem Krankenhausaufenthalt nicht gleich auf sich selbst gestellt zu sein oder auch um zu Hause sterben zu können. Die Leistungen werden vom Arzt verschrieben<sup>235</sup> und bestehen in Hilfe zur Körperpflege, beim An- und Auskleiden, Injektions-, Infusions- und Medikamentenverabreichung und dem Liefern von Essen auf Rädern.

Ausgeführt werden diese Tätigkeiten hauptsächlich von ASD, die 80% der Patientenbesuche machen, nur ca. 13% der Patientenbesuche werden von *infirmiers libéraux* durchgeführt.

---

<sup>233</sup> Vgl. Glossar *Caisse d'assurance du personnel* (CAP): <http://www.capretraite.fr/cantou-58-96-40-6.html>, (Stand: 02.04.09).

<sup>234</sup> Telefonat Dr. Lindemann am 14.11.08.

<sup>235</sup> Telefonat mit Dr. Lindemann am 14.11.08.

In den meisten Departements gibt es zwischen 2,15 und 3,5 Pflegepersonen eines Ssiad pro 1.000 alte Menschen (70 Jahre und älter). Dabei fällt auf, dass es im Süden weit mehr Pflegepersonen pro Einwohner gibt, als im Norden.<sup>236</sup>

## 10.2.6 Andere Grundversorger

### **Öffentliches Gesundheitswesen<sup>237</sup>**

Administrative Kompetenzen im öffentlichen Gesundheitswesen liegen bei den zuständigen Ministerien und den Gebietskörperschaften, die die von der Regierung und dem Parlament vorgegebene Politik über die Generaldirektion *Directions générales de la santé* und über die jeweils zuständigen regionalen bzw. departmentalen Verwaltungseinheiten. Aufgaben der Ministerien sind z.B. das Erlassen von Verordnungen und das Erarbeiten von Gesetzesentwürfen.

Die *Direction générale de la santé*, entscheidet und koordiniert die Maßnahmen in Zusammenarbeit mit den in 9.1 genannten Institutionen.

Weitere Aufgaben des öffentlichen Gesundheitswesens sind z.B. die Umsetzung von Gesundheitsprogrammen, Überwachung der Hygienevorschriften, Erfassung der meldepflichtigen Erkrankungen, die Ausbildung von Assistenzärzten und einem Teil des nicht-medizinischen Personals<sup>238</sup>, z.B. Krankenschwestern und der Umweltschutz in Bezug auf die Gesundheit der Bevölkerung<sup>239</sup>.

### **Pflege- und Rehabilitationseinrichtungen**

In Frankreich werden insgesamt weniger Menschen in Pflegeheimen versorgt als in Deutschland, sie bleiben auch bis ins hohe Alter zu Hause. Solche Pflegeeinrichtungen heißen z.B. *maison de retraite, établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes* oder *résidence service*. Der Überbegriff ist *établissement d'accueil. Aides ménagères*, Haushaltshilfen, stehen vorrangig den

---

<sup>236</sup> Vgl. Sophie Bressé : *Les services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) et l'offre de soins infirmiers aux personnes âgées en 2002*, in : DREES : Etudes et Résultats N° 350, November 2004.

<sup>237</sup> Vgl. Euro-Institut Kehl: *Der öffentliche Gesundheitsdienst in Deutschland, der Schweiz und Frankreich* (auf der Homepage von [http://www.sante-sarre-moselle.org/fileadmin/presse/de/EuroInstitut\\_Gesundheit\\_dt.pdf](http://www.sante-sarre-moselle.org/fileadmin/presse/de/EuroInstitut_Gesundheit_dt.pdf), S. 14ff, (Stand: 02.04.09).

<sup>238</sup> Z.B. Krankenschwestern.

<sup>239</sup> Hierzu gehören z.B. die Kontrolle der Trinkwasserqualität oder Studien zur Lärmbelastung.



alleinstehenden Personen zur Verfügung oder solchen, die weit entfernt von Verwandten wohnen.<sup>240</sup>

Seit 2004 werden Tagespflegestätten und Einrichtungen für die Kurzzeitpflege ausgebaut und ein Netz kommunaler Koordinationszentren für die Unterstützung älterer Menschen im medizinischen und sozialen Bereich errichtet.<sup>241</sup> Es gibt auch Kleinsteinheiten, die *Centres d'activités naturelles tirées d'occupation utiles* (CANTOU), in denen etwa 12 Personen in einer familienähnlichen Gemeinschaft zusammenleben und von einer professionellen Pflegeperson betreut werden. Häufig sind diese zu betreuenden Personen an Alzheimer oder einer anderen Form der Altersdemenz erkrankt.<sup>242</sup>

2007 gab es ca. 67.370 *établissements soins de longue durée* oder *long séjour*, in denen Pflegebedürftige und Sterbende stationär betreut werden.<sup>243</sup>

Rehabilitationseinrichtungen gehören zu den Stationen des *moyen séjour*, in denen Patienten nach chirurgischen Eingriffen oder nach schweren Krankheitsverläufen wieder zu Kräften kommen.<sup>244</sup>

### **Sage-femmes** (Hebammen)

2008 gab es 17.998 Hebammen in Frankreich.<sup>245</sup> 80% sind an Krankenhäusern angestellt, ca. 13% arbeiten auch selbständig oder mit anderen Hebammen zusammen. Auch in Frankreich sind sie für die Betreuung der Frauen in der Schwangerschaft und für Mutter und Kind nach der Geburt zuständig. *Sage-femme* ist eine geschützte Berufsbezeichnung, die Ausübungsbedingungen der Hebammen sind gesetzlich im *Code de la santé publique* verankert. Sie dürfen bestimmte Medikamente wie z.B. Magenschutzmittel, entkrampfende Mittel, Verhütungsmittel und medizinische Geräte, z.B. Milchpumpen, verschreiben. In den Gewerkschaften werden die Hebammen von der *Organisation nationale de sages-femmes* (ONSSF) und der *Union nationale des syndicats de sages-femmes* (UNSSF) vertreten.<sup>246</sup>

---

<sup>240</sup> Vgl. Friedrich-Ebert-Stiftung, Vortrag Fr. Dr. Jani, Oktober 1999: <http://library.fes.de/fulltext/akademie/freudenstadt/00920005.htm>, (Stand: 02.04.09).

<sup>241</sup> Vgl. Beske et al., 2005, Band I, S. 99f.

<sup>242</sup> Vgl. Friedrich-Ebert-Stiftung, Vortrag Fr. Dr. Jani, Oktober 1999: <http://library.fes.de/fulltext/akademie/freudenstadt/00920005.htm>, (Stand: 02.04.09).

<sup>243</sup> INSEE: [http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg\\_id=99&ref\\_id=CMRCCV06101](http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=99&ref_id=CMRCCV06101), (Stand: 01.04.09).

<sup>244</sup> Vgl. Glossar CAP retraite: <http://www.capretraite.fr/cantou-58-96-40-6.html>, (Stand: 01.04.09).

<sup>245</sup> INSEE: [http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg\\_id=0&ref\\_id=NATTEF06103](http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF06103), (Stand: 01.04.09).

<sup>246</sup> Vgl. Ordre des sages-femmes: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/pro/compet/procompetdef.htm>, (Stand: 01.04.09.)

### **Pharmaciens** (Apotheker)

Im Jahr 2008 gab es in Frankreich 72.160 Apotheker, das sind 118 pro 100.000 Einwohner.<sup>247</sup> Die meisten von ihnen arbeiten in freien Apotheken in den Städten.

Vertreten werden die Apotheker von diversen Gewerkschaften, wie z.B. der *Union nationale des pharmaciens de France* (UNPF) oder der *Fédération des syndicats pharmaceutiques de France* (FSPF).

### **Masseur-kinésithérapeutes** (Physiotherapeuten)

Die *masseurs-kinésithérapeutes* gehören zum *métier paramédical* bzw. zu den *auxilières médicales*, den medizinischen Hilfsberufen. Für die Ausbildung benötigen Franzosen das *baccalauréat*<sup>248</sup>, sie dauert 3 Jahre.<sup>249</sup> 2008 gab es in Frankreich 64.327 *masseurs-kinésithérapeutes*, 105 pro 100.000 Einwohner.<sup>250</sup> Die Mehrzahl arbeitet selbständig in eigener Praxis oder mit anderen Physiotherapeuten zusammen, einige sind aber auch in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen beschäftigt.<sup>251</sup> Die zu erbringenden Leistungen werden vom Arzt verschrieben, die Zuzahlung für physiotherapeutische Behandlungen beträgt 40%.<sup>252</sup>

Vertreten werden die *masseurs-kinésithérapeutes* vom *Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes* (CNOMK).

### **Hospices et unités de soins palliatifs** (Hospize und Palliativstationen)

In Frankreich beginnt die Geschichte der Palliativpflege und -behandlung nur langsam in den 1970er Jahren. Wegen der negativen Konnotation des Wortes *hospice*, das für eine Einrichtungen für psychisch Kranke steht, wird die Palliativpflege in Frankreich in Anlehnung an den englischen Ausdruck *palliativ care* als *soins palliatifs* bezeichnet. Die ersten *Unités de soins palliatifs* (USP) wurden allerdings erst 1987 eingerichtet. 1997 gab es nur ca. 50 USP in den

---

<sup>247</sup> INSEE: [http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg\\_id=0&ref\\_id=NATTEF06103](http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF06103), (Stand: 01.04.09).

<sup>248</sup> Entspricht etwa dem deutschen Abitur.

<sup>249</sup> Vgl. Ordre des masseurs kinésithérapeutes:

<http://www.cnomk.org/espace.asp?parent=Exer100&page=Exer100&frere=>, (Stand : 02.04.09).

<sup>250</sup> INSEE: [http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg\\_id=0&ref\\_id=NATTEF06103](http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF06103), (Stand: 02.04.09).

<sup>251</sup> Vgl. Ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité :

[http://www.metiers.santesolidarites.gouv.fr/metiers-masseur\\_kinesitherapeute-64.html](http://www.metiers.santesolidarites.gouv.fr/metiers-masseur_kinesitherapeute-64.html), (Stand 08.03.09).

<sup>252</sup> Vgl. Beske et al., 2005, Band I, S. 98.

damals 3500 Krankenhäusern. Eine Wende bracht das Gesetz vom Juni 1999. In Artikel 1 der *loi n° 99-477* steht:

„Toute personne malade dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et 'a l'accompagnement. Les soins palliatifs sont des soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne et à soutenir son entourage.“<sup>253</sup>

Außerdem wurden in den Krankenhäusern weniger USP eingerichtet, als *équipes mobiles* (EMPS), deren Zusammensetzung aus Ärzten, Krankenschwestern und manchmal einem Psychologen bestand. 2003 gab es in den Krankenhäuser 291 EMPS und 90 UPS, 2004 insgesamt 2084 Palliativbetten in ganz Frankreich.<sup>254</sup>

### ***Le Service d'aide médicale d'urgence* (SAMU)**

Eine Besonderheit des französischen Gesundheitswesens ist, dass bei der Notfallversorgung von der Annahme des Anrufes in der Zentrale bis zum Einsatz vor Ort ein Arzt anwesend ist. Zuständig für die Organisation der Notfallversorgung ist der SAMU. Er organisiert den Transport zum Krankenhaus und die Aufnahme des Patienten in die Krankenhaus-Abteilung. Nur in schweren und lebensbedrohlichen Fällen wird eine *Unité mobile hospitalière* mit einem Anästhesisten oder ein Notfallmediziner entsandt.<sup>255</sup>

### 10.2.7 Die *prévention*<sup>256</sup>

Das *Institut national de prévention et d'éducation pour la santé* (INPES) untersteht dem *Ministère de la santé* und hat verschiedene Aufgaben. Es entwirft für den Staat und seine öffentlichen Einrichtungen Gesundheitsprogramme, hat eine Experten- und Beratungsfunktion, kümmert sich um die Gesundheitserziehung und ist für die Ausbildungsprogramme der Gesundheitsberufe zuständig.

Die Prävention im Gesundheitsbereich betreffend gibt es vier nationale Programme: Kampf gegen Krebs, Kampf gegen Gewalt, Abhängigkeit und risikoreiches Verhalten

---

<sup>253</sup> Vgl. Mino, Jean-Christophe : *Le développement des soins palliatifs en France* in : Problèmes politiques et sociaux N° 926, 07/2006, S. 33-36.

<sup>254</sup> Vgl. Mino, 2006, S. 33-36.

<sup>255</sup> Vgl. Gemeinschaftsprojekt „Santé:gesundheit Saar: Moselle“ der Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung Saarland und dem Centre Lorrain des Technologies de la Santé : <http://www.sante-sarremoselle.org/index.php?id=152&L=0>, (Stand 18.03.09).

<sup>256</sup> INPES: <http://www.inpes.sante.fr/>, (Stand: 18.03.09).

Verbesserung der Lebensumstände chronisch kranker Personen und Unterstützung der an seltenen Erkrankungen leidenden Personen.

Das INPES hat 12 Präventions-Programme, bei denen das Augenmerk besonders auf notleidende und anfällige Personen gerichtet ist. Hauptthemen sind die Konsumierung von Alkohol, Tabak und Drogen, die Ernährung und die mentale Gesundheit, eine gesunde Umwelt, Infektionskrankheiten wie AIDS<sup>257</sup> und andere sexuell übertragbare Krankheiten sowie die Lebensqualität besonders von chronisch Kranken, Kindern und Jugendlichen sowie alten Menschen.

Eine weitere wichtige Aufgabe ist die Umsetzung des *programme national nutrition-santé* (PNNS), das die Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung durch gesunde Ernährung vorsieht. Ziele sind u.a. die Förderung des Stillens, die Vorsorge vor Mangelernährung bei alten Menschen, Beachtung der allergieauslösenden Nahrungsmittel und die bessere Versorgung von alten Menschen, Kindern und Schwangeren mit Elektrolyten, Eisen und Vitamin D.

Präventionsmaßnahmen werden in Frankreich komplett von der Krankenkasse bezahlt. Nur spezielle Programme, z.B. Brust- und Darmkrebsvorsorge, kommen nur für bestimmte Altersgruppen in Frage.<sup>258</sup>

## 11. Der Arztbesuch in Frankreich

Im Folgenden wird der Schwerpunkt auf den Besuch in der allgemeinärztlichen Praxis gelegt. Er wird ausführlicher beschrieben, als der Arztbesuch in Deutschland, das er sich von dem in Deutschland in einigen Punkten stark unterscheidet.

Französische Ärzte arbeiten meist in Einzelpraxen, es gibt aber auch immer mehr Gemeinschaftspraxen. Außerdem nehmen einige Krankenhausärzte zusätzlich an der ambulanten Versorgung teil und arbeiten in der eigenen Praxis.

Hausbesuche gehören zum ärztlichen Alltag, besonders auf dem Land.

Der Arztbesuch in Frankreich beginnt, außer bei Notfällen, mit der telefonischen oder persönlichen Terminvereinbarung. Zu Stoßzeiten, z.B. vormittags, kann es auch vorkommen, dass keine festen Termine vergeben werden. Allerdings wird normalerweise nicht die Sprechstundenhilfe, sondern der Arzt selbst ans Telefon

---

<sup>257</sup> Abkürzung für acquired immunodeficiency syndrome. Durch den HI-Virus (HIV, human immunodeficiency virus) übertragene Infektionskrankheit.

<sup>258</sup> E-Mail Dr. Lindemann vom 04.04.09.

gehen und den Termin vereinbaren. Da es den Beruf der medizinischen Fachangestellten in Frankreich nicht gibt, wird eventuell eine Sekretärin eingestellt, die aber nur Telefondienst und Terminvereinbarungen macht und keine medizinischen Handlungen wie Blutabnahme, Verbandwechsel o.ä. durchführt. Meistens können sich diesen „Luxus“ nur Gemeinschaftspraxen leisten. Insgesamt betreut ein französischer Allgemeinarzt meist etwa 20-30 Patienten pro Tag. Dabei bleibt häufig Zeit, um sich die allgemeinen Alltagsorgen des Patienten anzuhören. Nach der Konsultation bezahlt der Patient die Kostenpauschale bar oder mit Scheck (siehe 11.1) und bekommt die *feuille de soins* für die CPAM. Ist der Patient komplett von den Zuzahlungen befreit, z.B. als RMI-Empfänger, so wird die *feuille de soins* vom Arzt selbst ausgefüllt und an die Krankenkasse weitergeleitet.<sup>259</sup>

### 11.1 Anfallende Gebühren<sup>260,261</sup>

Pro Arztbesuch fallen für jeden Versicherten generell Kosten von 1 Euro an, die nicht erstattet werden, vergleichbar einer Praxis- bzw. Konsultationsgebühr. Dies gilt nicht für Besuche bei einem *chiurgien-dentiste* (Zahnarzt), und bei einem *auxiliaire médical*<sup>262</sup>.

Für einen Patienten, der älter als 16 Jahre alt ist, fallen bei einer Konsultation folgende Gebühren an:

konsultierter Arzt	Sektor I	Sektor II
1. Hausarzt		
* Généraliste	22 Euro	22 Euro
* Spécialiste (inkl. Kardiologe <sup>263</sup> )	25 Euro	23 Euro
* Psychiater, Neuropsychiater <sup>264</sup> , Neurologe <sup>265</sup>	37 Euro	34,40 Euro

<sup>259</sup> Telefonat Dr. Lindemann am 14.11.08.

<sup>260</sup> Vgl. Dossier Familial, 11/2008, S. 24ff.

<sup>261</sup> Vgl. Beske et al., 2005, Band I, S. 97.

<sup>262</sup> Dazu gehören z. B. Masseur, Hebammen, Krankenschwestern.

<sup>263</sup> Facharzt für Herzerkrankungen.

<sup>264</sup> Facharzt für Neurologie und Psychiatrie.

<sup>265</sup> Facharzt für Erkrankungen der Nerven.

2. Mit Überweisung, einmaliger Besuch		
* Généraliste	22 Euro	22 Euro
* Spécialiste	44 Euro	44 Euro
* Psychiater, Neuropsychiater, Neurologe	55 Euro	55 Euro
3. Mit Überweisung, regelmäßiger Besuch		
* Généraliste	25 Euro	22 Euro
* Spécialiste	28 Euro	23 Euro
*Psychiater, Neuropsychiater, Neurologe	41 Euro	34,30 Euro
* Kardiologe	49 Euro	45, 73 Euro
4. Arzt (mit direktem Zugang)		
* Gynäkologe <sup>266</sup> , Ophtalmologe <sup>267</sup>	28 Euro	23 Euro
* Psychiater, Neuropsychiater (Patienten von 16-25 Jahre )	41 Euro	34 Euro
5. Arzt (mit direktem Zugang, außerhalb des regulären Besuchs)		
* Gynäkologe, Augenarzt	25 Euro	23 Euro
* Psychiater, Neuropsychiater (Patienten älter als 26 Jahre)	37 Euro	34 Euro

Hält der Patient den *parcours de soins* nicht ein, so muss er folgende Gebühren bezahlen:

konsultierter Arzt	Sektor I	Sektor II
* Généraliste * Spécialiste *Psychiater, Neuropsychiater, Neurologe * Kardiologe	siehe oben, 1.  45,73 Euro	   45,73 Euro

<sup>266</sup> Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Frauenarzt.

<sup>267</sup> Facharzt für Augenerkrankungen, Augenarzt.

*Gynäkologe, Ophtalmologe	siehe oben, 5.
*Psychiater, Neuropsychiater	

Für Kinder unter 16 Jahren müssen folgende Gebühren bezahlt werden:

konsultierter Arzt	Alter des Patienten	Sektor	
		I	II
Généraliste	< 2 Jahren	27 Euro	
	2-6 Jahre	25 Euro	
	6-16 Jahre	22 Euro	
Kinderarzt	< 2 Jahren	31 Euro	28 Euro
	2-16 Jahre	28 Euro	23 Euro
Spécialiste	< 16 Jahren	28 Euro	23 Euro
Psychiater, Neuropsychiater, Neurologe	< 16 Jahren	41 Euro	34,30 Euro
Kardiologe	< 16 Jahren	49 Euro	45,73 Euro

## 11.2 Abrechnung<sup>268</sup>

In Frankreich wird der Arzt vom Patienten direkt bezahlt. Er bezahlt am Ende der Behandlung die Kostenpauschale, die bei den verschiedenen Ärzten unterschiedlich hoch ist. Der Arzt füllt die *feuille de soins* aus, eine Art Quittung, die der Patient bei der Krankenkasse einreicht, die ihm die Kosten erstattet. Seit einiger Zeit kann die Abrechnung auch elektronisch über die *carte vitale* erfolgen, ähnlich unserer Krankenkassenkarte.<sup>269</sup>

Der Versicherte bekommt die Kosten zu 70% erstattet, wenn er den *parcours de soins* einhält, wenn er einen Frauen- oder Augenarzt konsultiert oder zu einem Psychiater bzw. Neuropsychiater geht. Letzteres wird nur den unter 26-Jährigen erstattet. Hält der Versicherte diesen Weg nicht ein, benennt also keinen Hausarzt

<sup>268</sup> Vgl. Dossier Familial, 11/2008, S. 6.

<sup>269</sup> Vgl. AMELI: <http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/comment-etre-rembourse/la-carte-vitale/que-contient-votre-carte-vitale.php>, (Stand: 06.04.09).

oder sucht einen Spezialisten ohne hausärztliche Überweisung auf, so werden ihm nur 50% der Kosten erstattet.

Die Ärzte werden in zwei Sektoren unterteilt: *médecin du secteur I* und *médecin du secteur II*. Ärzte im Sektor I rechnen nach den konventionellen Tarifen ab und bekommen Zusatzpauschalen für Extraleistungen wie z.B. Hausbesuche außerhalb der allgemeinen Sprechzeiten. Ärzte im Sektor II können über höhere Tarife abrechnen. Allerdings werden dem Versicherten die Kosten immer nur auf der Basis des konventionellen Tarifs erstattet.

Im Sektor I sind ca. 90% der *généralistes* und 62% der *spécialistes* vertreten, im Sektor II ungefähr 75% der Urologen, Chirurgen, Neurochirurgen und Orthopäden. Gynäkologen, Augenärzte und HNO-Ärzte sind etwa in gleicher Anzahl in Sektor I und II vertreten.

### **11.3 Kostenübernahme Medikamente**

Die Krankenkasse übernimmt nur die Kosten für Medikamente, die von einem Arzt, einer Hebamme, einer Krankenschwester, einem *chirurgien-dentiste* oder einem Laborarzt verschrieben wurden zu 65% bzw. 35% für Mittel zur Behandlung leichter Erkrankungen. Außerdem werden nur Medikamente erstattet, die auf der *Positivliste* aufgeführt sind. Chronisch Kranke sind von der Zuzahlung befreit.<sup>270</sup> Kauft ein Patient Medikamente ohne ein Rezept, so werden ihm die Kosten dafür nicht erstattet.<sup>271</sup>

### **11.4 Überweisung**

Seit 2005 muss beim Besuch eines Facharztes ohne eine Überweisung eine Praxisgebühr von 5 Euro bezahlt werden.<sup>272</sup>

Überweisungen an den Facharzt erfolgen in Frankreich nicht so häufig, da das Behandlungsspektrum breiter ist und es weniger Fachärzte gibt. Überwiesen wird nicht nur bei speziellen Erkrankungen, sondern z.B. auch für Röntgen- und Blutuntersuchungen, aber auch für Krankenpflegemaßnahmen.

Für die Überweisung gibt es keine speziellen Formulare, der überweisende Arzt kann ggf. dem Patient einen Arztbrief für den Kollegen mitgeben.

---

<sup>270</sup> Vgl. Beske et al., 2005, Band I, S.98.

<sup>271</sup> Vgl. Dossier Familial, 11/2008, S. 28f.

<sup>272</sup> Vgl. Beske et al., 2005, Band I, S.97.



Der Zugang zu Augen- und Frauenärzten ist frei, der Patient benötigt keine Überweisung und muss auch keine Facharzt-Pauschale bezahlen.<sup>273</sup>

Da es in Frankreich einen Mangel an Fachärzten gibt, sind die Wartezeiten auf einen Termin und im Wartezimmer häufig lang, einige Therapie- und Anwendungsmaßnahmen werden deshalb vom Facharzt wieder zurück an den Hausarzt oder eine niedergelassene Krankenschwester delegiert.<sup>274</sup>

## 12. Vergleich der medizinischen Grundversorgung in Deutschland und Frankreich

Im Folgenden wird die medizinische Grundversorgung der beiden Länder chronologisch nach der Gliederung der vorliegenden Arbeit verglichen.

Begonnen wird mit dem **Gesundheitssystem**:

In beiden Ländern sorgt der Staat für die Rahmenbedingungen der sozialen Sicherheit der Bevölkerung. Die Aufgaben des Gesundheitswesens werden an verschiedene Sozialkassen verteilt (Rente, Unfälle, Arbeitsunfälle, Arbeitslosigkeit, Krankheit, Pflege). Dabei sind die Säulen der sozialen Sicherung in Frankreich und Deutschland nicht deckungsgleich.

Die **Aufgaben des Staates** sind in beiden Ländern sehr ähnlich. Er soll gleichen Zugang zu den Gesundheitsleistungen gewähren und delegiert bestimmte Aufgaben an die Träger der Sozialversicherung. Er greift in die Finanzierung des Gesundheitssystems und die Verwaltung ein. Aufsicht über die Institutionen des Gesundheitssystems haben in beiden Ländern das Gesundheitsministerium, in Deutschland zusätzlich das Bundessozialministerium und die Länderministerien, in Frankreich das Arbeitsministerium. In Frankreich bilden staatliche Institutionen auch Gesundheitsfachkräfte aus, in Deutschland übernehmen dies städtische oder auch kirchliche Träger. Außerdem gibt es in beiden Ländern staatliche Institutionen, die für die Kontrolle der Medizinprodukte, Nahrungsmittelsicherheit etc. zuständig sind. In Deutschland ist es das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM).

Die **Sozialversicherung** beinhaltet in Deutschland und Frankreich unterschiedliche Bereiche. In Deutschland sind die fünf Säulen die Renten-, die Unfall-, die Arbeitslosen-, die Pflege- und die Krankenversicherung. In Frankreich hingegen gibt

---

<sup>273</sup> Vgl. Beske et al., 2005, Band I, S. 98.

<sup>274</sup> E-Mail Dr. Lindemann vom 04.04.09.

es die Kranken-, die Arbeitslosen- und die Rentenversicherung. Arbeitsunfälle werden über die Unfallversicherung abgedeckt, die der Patient allerdings selbst bezahlen muss. Der Arbeitgeber zahlt nur 0,3% des Arbeitnehmergehaltes dazu. Geplant ist, die Pflegeversicherung als einen eigenständigen Zweig der Sozialversicherung einzurichten<sup>275</sup>.

Die **Finanzierung der Sozialversicherung** geschieht in beiden Ländern über Beiträge der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer, in Frankreich kommen zusätzlich die CSG und zweckgebundenen Steuern dazu. In Deutschland wird die Unfallversicherung allein vom Arbeitgeber getragen, zur Rentenversicherung gibt der Bund Zuschüsse.

Bei der **Krankenversicherung** gibt es Unterschiede in den beiden Ländern. Gemeinsam sind beiden das Solidaritätsprinzip und die Familienversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. dem *Régime générale d'assurance maladie*. In Deutschland wird zwischen gesetzlicher und privater Versicherung unterschieden, GKV-Versicherte können Zusatzversicherungen für Zahnersatz, 1-Bett-Zimmer im Krankenhaus usw. abschließen. In Frankreich gibt es die allgemeinen Krankenversicherung und die *mutuelles*.

In Deutschland entscheidet das Jahreseinkommen in der Regel, ob sich der Bürger in der gesetzlichen bzw. privaten Krankenversicherung versichern lässt. In Frankreich entscheidet die Berufszugehörigkeit über die Art der Krankenversicherung. Sozialhilfeempfänger sind in beiden Ländern versichert, in Deutschland in der GKV (das Sozialamt übernimmt die Beiträge), in Frankreich in der CMU.

Die **Struktur der Krankenkassen** ähnelt sich in den beiden Ländern. Sowohl in Deutschland als auch in Frankreich gibt es nationale, regionale bzw. departmentale und lokale Krankenkassen.

Die **Finanzierung der Krankenversicherung** erfolgt in beiden Ländern paritätisch über Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträge und zusätzliche Steuern.

In Deutschland liegen die monatlichen Beiträge für die Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung zusammen bei ungefähr 35% des Bruttoeinkommens des Arbeitnehmers. Diese setzen sich aus dem gesetzlich vorgeschriebenen Beitrag von

---

<sup>275</sup> Vgl. Beske et al., 2005, Band I, S. 100.

14,6% für die Kranken- und Pflegeversicherung, ca. 20% des Bruttoeinkommens für die Rentenversicherung und 0,9% an Steuern zusammen. Zusätzlich bezahlt der GKV-Patient selbst oder seine Zusatzversicherung:

- 10 Euro Praxisgebühr pro Quartal beim Arzt
- 10 Euro Praxisgebühr pro Quartal beim Zahnarzt
- 5-10 Euro Heil- und Arzneimittelzuzahlung, zu den Heilmitteln kommen noch zusätzlich 10% des Verordnungsbetrages
- variable Hilfsmittelzuzahlungen zwischen 5 und 10 Euro
- 10 Euro sowohl für den Krankentransport als auch pro Tag bei einer stationären Behandlung im Krankenhaus und
- ungefähr 35% Zuzahlung zu Zahnersatz.

Für die Unfallversicherung bezahlt der Arbeitgeber 1,3% des Bruttoeinkommens des Arbeitnehmers. Die Beiträge der PKV-Versicherten werden individuell nach Krankheitsrisiko berechnet und sind nicht gesetzlich festgelegt. Diese Beiträge decken alle oben genannten Zuzahlungen ab, der Patient hat also keine zusätzlichen Kosten.

In Frankreich liegt der Prozentsatz der Beiträge für die Kranken- und Rentenversicherung bei ungefähr 21%, diese setzen sich zusammen aus 13,5% des Bruttoeinkommens des Arbeitnehmers und 7,5% CSG.

Zusätzlich zu den oben genannten Beiträgen bezahlen die französische Patienten oder anteilig ihre Zusatzversicherung:

- Unfallversicherung (Pauschalbeträge oder individuelle tarifliche Beiträge)
- Pflegeversicherung (Arbeitgeber zahlt nur 0,3% des Arbeitsentgeltes)
- 1 Euro Pauschalgebühr pro Arztbesuch
- 5 Euro Gebühr und 30% Zuzahlung bei der Konsultation eines Facharztes
- 35-40% Zuzahlung bei Heilmitteln
- variable Hilfsmittelzuzahlungen bis zu 35%
- 35-65% Zuzahlung bei Arzneimitteln
- Krankentransport 35%
- 20% Zuzahlung und 13 Euro pro Tag bei einem stationären Krankenhausaufenthalt.

Personen, die ihren Steuersitz nicht in Frankreich haben, müssen - im Gegensatz zu Deutschland - zusätzlich 5,5% ihrer Einkünfte abgeben. Die gesamten Beiträge für

die Sozialversicherung werden die Deutschland von den Krankenkassen, in Frankreich von der ACOSS bzw. der URSSAF eingezogen.

In Deutschland sind die **Leistungen der medizinischen Grundversorgung** im Sozialgesetzbuch V, dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche, dem Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen und analogen Listen anderer Berufsgruppen festgelegt. Leistungen, die nicht zum GKV-Leistungskatalog zählen, werden über die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. für Zahnärzte (GOZ) abgerechnet und vom Patienten bzw. seiner Zusatzversicherung bezahlt. Einzelheiten werden in verschiedenen Verordnungen geregelt. Die Bewertungsmaßstäbe und Listen werden nur unregelmäßig überarbeitet. Die GOZ ist beispielsweise seit 1988 unverändert. In Frankreich gibt es für Leistungen der medizinischen Grundversorgung nur eine Liste, die LPP, die Leistungen der Ärzte, aber auch der Zahnärzte und der medizinischen Hilfsberufe wie Hebammen und Physiotherapeuten enthält. Allerdings wird sie regelmäßig überarbeitet und aktualisiert. In beiden Ländern werden die Leistungen der Krankenversicherung als Sach-, Dienst- oder auch Geldleistungen erbracht.

In Deutschland wird zwischen **haus- und fachärztlichen Leistungen** unterschieden, die im EBM festgelegt sind. In Frankreich ist die Erstattung der Kosten niedriger, wenn der *parcours de soins* nicht eingehalten wird, das Hausarztmodell ist in Frankreich gängige Praxis. Die Kostenpauschalen bei den verschiedenen Fachärzten sind unterschiedlich hoch. In Deutschland wurde das Hausarztssystem bisher zwar in Pilotversuchen getestet, aber von einigen Krankenkassen aus Kostengründen wieder verworfen.

Bei den **zahnärztlichen Leistungen** werden in Deutschland 65% der GKV-Leistungen, konservierende und chirurgische Behandlungen und Präventionsmaßnahmen bis zum 18. Lebensjahr erstattet. In der NGAP aufgeführte zahnärztliche Leistungen werden in Frankreich zu 70%, erstattet, ebenso konservierende und chirurgische Behandlung und die Zahnprophylaxe.

Medizinische **Prävention** wird in Deutschland nur für bestimmte Altersgruppen bezahlt. In Frankreich wird sie komplett von der Krankenkasse bezahlt. Es gibt allerdings auch spezielle Programme, z.B. Brust- und Darmkrebsvorsorge, die nur für bestimmte Altersgruppen in Frage kommen.

Leistungen bei einem stationären **Krankenhausaufenthalt** werden in Deutschland erstattet, der Patient bezahlt nur ein Krankenhaus-Tagegeld und Transportkosten

von je 10 Euro. Für eine fachärztliche Behandlung in einer Krankenhaus-Ambulanz muss er keine zusätzlichen Zahlungen leisten. In Frankreich werden dem Patienten 80% der Krankenhauskosten erstattet, für den Krankentransport 65%. Der Patient muss 13 Euro Krankenhaustagegeld bezahlen und bei fachärztlicher Behandlung in einer Krankenhaus-Ambulanz 25% der Kosten tragen.

Für **Arzneimittel** gibt es in Deutschland keine *Positivliste*, aber eine *Negativliste*. Außerdem können Krankenkassen mit Pharmafirmen Rabattverträge abschließen.

In Frankreich hingegen gibt es für Arzneimittel eine *Positivliste*.

**Heilmittel** werden in Deutschland zu 90% erstattet, der Patient muss zusätzlich 10 Euro pro Verordnung bezahlen. In Frankreich erstattet die Krankenkasse 60-65% der Kosten.

Die Höhe der Erstattung für **Hilfsmittel** ist in Deutschland und Frankreich sehr variabel und hängt im Wesentlichen vom Lebensalter und der Art des Hilfsmittels ab, der Patient hat eine hohe Selbstbeteiligung.

Im Falle eines **Arbeitsunfalls und einer Berufskrankheit** ist der Patient in Deutschland und Frankreich versichert. In Deutschland zahlt der Arbeitgeber dafür in 35 verschiedene Berufsgenossenschaften 1,3% des Bruttogehaltes des Arbeitnehmers ein. In Frankreich beinhaltet die Krankenversicherung die Arbeitsunfall- und Berufskrankheitenversicherung. Sie gilt auf unbestimmte Zeit und der Patient muss keine Zuzahlungen leisten. In beiden Ländern hängt die Höhe des auszahlenden Betrages vom Grad der Verletzung und der Arbeitsunfähigkeit ab.

**Geldleistungen** werden in beiden Ländern gewährt.

Zu den **befristeten Geldleistungen** gehört in Deutschland die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall. Bis zur sechsten Woche wird diese vom Arbeitgeber geleistet, danach von der Krankenversicherung. Außerdem hat der Patient Anspruch auf Krankengeld, das 70% seines Bruttoarbeitslohnes beträgt. In Frankreich ist die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall eine freiwillige Leistung des Arbeitnehmers, die in einer privaten Vereinbarung zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer festgelegt wird. Krankengeld erhält der Patient gestaffelt nach Krankheitsmonaten.

In beiden Ländern hat der Versicherte Anspruch auf Mutterschaftsgeld. In Deutschland beträgt dies 13 Euro pro Tag, sechs Wochen vor und acht Wochen nach der Geburt. In Frankreich bekommt die Versicherte 50% des Bruttogehaltes,

gestaffelt bis zu einem Maximalbetrag von 1.989 Euro, sechs Wochen vor und zehn Wochen nach der Geburt.

Außerdem gibt es in Deutschland eine gesetzlich geregelte Unterstützung für Versicherte, die ein Kind pflegen. In Frankreich bekommen diese Unterstützung Versicherte, die allgemein einen Angehörigen pflegen. Diese Leistung ist allerdings eine freiwillige Leistung des Arbeitgebers.

**Unbefristete Geldleistungen** sind in Deutschland und Frankreich die Unfallversicherung und Invaliditätsrente. Die Höhe des Betrages hängt in beiden Ländern vom Grad der Arbeitsunfähigkeit und der Invalidität des Versicherten ab. Die Invaliditätsrente wird oft ab einem bestimmten Alter in die Altersrente umgewandelt.

**Einmalzahlungen** gibt es in beiden Ländern. In Deutschland wurde das früher von der Krankenversicherung geleistete Sterbegeld gestrichen. Mittlerweile bekommen die Hinterbliebenen eine einmalige Summe von der Unfallversicherung. In Frankreich gibt es das Sterbegeld noch, es beträgt 1200 Euro. Außerdem bekommen französische Mütter vor der Niederkunft ein Geburtsgeld von 800 Euro.

Im Falle einer **Pflegebedürftigkeit** sind in beiden Ländern die Versicherten abgesichert. In Deutschland ist die Pflegeversicherung nicht abhängig vom Alter und der finanziellen Situation des Patienten. Die Pflege kann stationär, ambulant oder zu Hause erfolgen. Der Grad der Pflegebedürftigkeit wird vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen in 3 Stufen eingeteilt. Geplant ist eine Einteilung in 5 Stufen<sup>276</sup>. Welche Pflegestufe der Patient eingeteilt wird, ist abhängig von der Hilfe, die er pro Tag für verschiedene Tätigkeiten des Alltags benötigt.

In Frankreich haben Patienten erst ab dem 60. Lebensjahr Anspruch auf die Pflegeversicherung. Die Höhe des Betrags ist abhängig von der finanziellen Situation des Patienten. Die Pflegebedürftigkeit wird in 4 Stufen eingeteilt, die von einem Ärzte- und Pflegeteam individuell ermittelt werden. Ziel ist weniger die medizinische Hilfe als viel mehr die Förderung und Erhaltung der Selbständigkeit des Patienten.

Für die Statistiken über die Anzahl der Ärzte, Zahnärzte, der Krankenhausbetten und der medizinischen Hilfsberufe wurden unterschiedliche Zahlen bei den nationalen und internationalen Statistikinstituten gefunden.

---

<sup>276</sup> Vgl. Bibliomed-News vom 28.01.2009.

Die **Ärztedichte** unterscheidet sich in beiden Ländern kaum. Allerdings hat Frankreich nur etwa halb so viele Krankenhausbetten in der Akutversorgung und in Pflegeheimen wie Deutschland. In der folgenden Tabelle sind die Zahlen genau aufgelistet. Als Quelle dienen dafür die Daten der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) in der Gesundheitsberichterstattung des Bundes in Deutschland (GB-Bund)<sup>277</sup> vom Jahr 2006. Nur die Zahl der Pflegeheime stammt von 2005, da für 2006 noch keine Angaben über Deutschland erstellt sind.

	<b>Deutschland</b>	<b>Frankreich</b>
<b>Einwohnerzahl</b> (30.06.2006) in Millionen	82.368	61.353
<b>Lebenserwartung bei der Geburt</b> in Jahren		
Männer	77,2	77,3
Frauen	82,4	84,4
<b>Säuglingssterblichkeit</b>	3,8 je 1000 Lebendgeborene	3,8 je 1000 Lebendgeborene
<b>perinatale<sup>278</sup> Sterblichkeit</b>	5,5 je 1000 Lebend- und Totgeborene	11,2 je 1000 Lebend- und Totgeborene
<b>Ärztedichte</b>		
praktiz. Ärzte	284.427	207.277
praktiz. Allgemeinärzte	81.651	101.267
praktiz. Fachärzte	202.776	106.010
praktiz. Zahnärzte	65.463	41.374
praktiz. Apotheker	48.724	70.869
praktiz. Krankenschwestern	805.000	469.011
<b>Bettenzahlen</b>		
Akutversorgung Krankenhaus insg.	510.767	224.168
Akutversorgung Krankenhaus pro 1.000 Einwohner	6,2	3,7

<sup>277</sup> GB-Bund, OECD-Daten: [http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc\\_abr\\_test\\_logon?p\\_uid=gast&p\\_aid=&p\\_sprache=D&p\\_knoten=TR20420](http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=&p_sprache=D&p_knoten=TR20420), (Stand: 06.04.09).

<sup>278</sup> Den Zeitraum kurz vor der Geburt betreffend. (Duden Universalwörterbuch).

<b>Pflegeheime 2005</b>		
Bettenzahlen insgesamt	757.186	345.141
Betten pro 1.000	9,2 pro 1.000	5,7 pro 1.000
<b>Verweildauer</b>		
stationäre Versorgung	10,1 Tage	13,5 Tage
Krankenhaus	8,5 Tage	5,4 Tage
<b>Gesundheitsausgaben</b>	245.003 Millionen	199.054 Millionen

In Deutschland haben Ärzte - im Gegensatz zu Frankreich - keine Niederlassungsfreiheit, die Zahnärzte erst wieder seit 2008. Die deutschen Ärztevertretungen sind die Ärzte- bzw. Zahnärztekammer, die Kassenärztlichen und -zahnärztlichen Vereinigungen und Bundesvereinigungen, der Marburger Bund, der Hartmannbund sowie verschiedene Fachgesellschaften. In Frankreich werden die Ärzte durch die verschiedenen *syndicats*, die Gewerkschaften, und den *Conseil de l'Ordre des médecins* (CNOM) vertreten, der der Ärztekammer in Deutschland ähnelt.

Ein **Budget** für ärztliche Leistungen gibt es nur in Deutschland, in Frankreich hingegen sind nur Krankenhausleistungen budgetiert.

Ärztliche **Honorare** werden in beiden Ländern von den Verbänden der Krankenkassen und den Vertretern der Ärzte festgelegt.

**Beteiligt an der medizinischen Grundversorgung** sind sowohl in Frankreich als auch in Deutschland vor allem die Hausärzte, aber auch Fachärzte, Zahnärzte, Pflege- und Rehabilitationseinrichtungen, Krankenhäuser, Apotheker und medizinischen Hilfsberufe. Die Facharztbezeichnung „Internist“ existiert in Frankreich nicht, in Deutschland gibt es im Gegenzug keine niedergelassenen Krankenschwestern.

Belegärzte gibt es in beiden Ländern, wobei in Deutschland die Hauptarbeit des Arztes in der eigenen Praxis liegt, in Frankreich der Arzt vor allem im Krankenhaus und nur zusätzlich noch in eigener Praxis arbeitet.



In Deutschland gibt es keine Krankenhausbehörde. Aufsichtsbehörde ist das Regierungspräsidium, das aber nicht die Finanzen und Leistungen regelt.

Frankreich hingegen hat eine Krankenhausbehörde, die staatliche *Agence régionale d'hospitalisation*.

In beiden Ländern haben die Patienten die freie Wahl, in welchem Krankenhaus sie ggf. stationär versorgt werden möchten.

Als **Leistungen der medizinischen Grundversorgung** können in Deutschland die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen, die im EBM bzw. im BEMA festgelegt sind, genannt werden. Diese Leistungen sind budgetiert. Nicht-GKV-Leistungen sind Wahlleistungen<sup>279</sup> und gehören daher nicht zur medizinischen Grundversorgung.

Bei den Zahnärzten in Deutschland gibt es schon eine beginnende Grundversorgung, die „Basisversorgung“ genannt wird. Dies liegt meiner Meinung nach daran, dass es bei den zahnärztlichen Leistungen nur sehr wenige lebensnotwendige Behandlungen gibt und sie einfacher als notwendig oder nicht notwendig eingestuft werden können. In Frankreich können als Leistungen der medizinischen Grundversorgung die Leistungen genannt werden, die von der Krankenversicherung bezahlt werden, also in der *liste des produits et prestations* aufgeführt sind. Diese werden von der Transparenzkommission, der *Commission de la transparence*, definiert<sup>280</sup>. Andere Leistungen können als Wahlleistungen bezeichnet werden und werden nicht von der Krankenkasse bezahlt. In Frankreich ist nur die Krankenhausversorgung budgetiert.

In beiden Ländern werden Leistungen in Krankenhäusern nach Fallpauschalen (in Deutschland gekennzeichnet durch die DRGs, in Frankreich durch die GMH) bezahlt.

Beim **Arztbesuch** herrscht in beiden Ländern freie Arztwahl. In Deutschland arbeiten die Ärzte und Zahnärzte mit medizinischen bzw. zahnmedizinischen Fachangestellten zusammen, die viele Qualifikationsmöglichkeiten haben und evtl. eigene Bereiche der Behandlung übernehmen können, z.B. Prophylaxebehandlungen. Belegärzte arbeiten in Deutschland hauptsächlich in der ambulanten Praxis und weniger als Belegarzt im Krankenhaus. In Frankreich arbeiten die Ärzte und Zahnärzte, vor allem die Allgemeinärzte, meist alleine, ohne

---

<sup>279</sup> Hierzu gehören z.B. die 1-Bett-Zimmer-Unterbringung im Krankenhaus, die Bestimmung des PSA-Wertes zur Prostata-Krebsvorsorge, die Bestimmung des Augeninnendruckes zur Vorbeugung eines Glaukoms (Grüner Star), Chefarztbehandlung bei stationärem Aufenthalt, Zahnersatz.

<sup>280</sup> Vgl. Le Sénat: <http://www.senat.fr/rap/r02-409/r02-4092.html>, (Stand: 06.04.09).

medizinische oder zahnmedizinische Fachangestellte. Diese Berufsgruppe existiert so in Frankreich nicht. In Arztpraxen werden diese Aufgaben von Krankenschwestern oder Krankenpflegehelfern, meist nur in Praxisgemeinschaften, geleistet. Um als zahnmedizinische Fachangestellte zu arbeiten, wird keine besondere Qualifikation benötigt. Man muss sich lediglich bei einem Zahnarzt vorstellen und wird dann von ihm zwei Jahre ausgebildet. Eine staatliche Abschlussprüfung gibt es nicht.

**Anfallende Gebühren** bei einem Arztbesuch sind in Deutschland die Praxisgebühr, 10 Euro pro Quartal, und die Rezeptgebühr bei verschreibungspflichtigen Medikamenten. In Frankreich muss der Patient 1 Euro pro Arztkontakt bezahlen, bei einem Facharzt sind es 5 Euro pro Besuch. Die Abrechnung der Leistungen erfolgt in Deutschland in drei unterschiedlichen Formen. Bei GKV-Patienten werden die Leistungen elektronisch über die Krankenversicherungskarte und dann per EDV über die Krankenversicherung bzw. KZV abgerechnet. Der Arzt erhält sein Geld also nicht direkt vom Patienten. Nur wenn der Versicherte Wahlleistungen in Anspruch genommen hat, bekommt der GKV-Versicherte eine Privatrechnung. Privatversicherte Patienten erhalten vom Arzt oder Zahnarzt eine Rechnung, die sie selbst begleichen und dann – je nach abgeschlossenem Vertrag – nach Einreichen bei der Krankenkasse erstattet bekommen. Selbstzahler bekommen ebenfalls eine Privatrechnung, die sie selbst begleichen. Sie bekommen nichts von der Krankenkasse erstattet. In Frankreich wird der Arzt direkt vom Patienten bezahlt. Die Abrechnung erfolgt bar oder mit Scheck. Der Arzt füllt die *feuille de soins* aus, die der Patient anschließend bei der Krankenkasse einreicht, um seine Kosten erstattet zu bekommen. Hat der Patient eine *carte vitale*, so wird elektronisch über diese abgerechnet, die *feuille de soins* ist dann nicht nötig.

Die **Überweisung zum Facharzt** ist in Deutschland verbreiteter, als in Frankreich, da hier das Leistungsspektrum der allgemeinen Ärzte kleiner ist und kein Mangel an Fachärzten herrscht. Es gibt mehr spezialisierte Ärzte, da es in Deutschland auch mehr Agglomeration gibt. Daher gibt es mehr Patienten für die Spezialisten, diese Leistungen lohnen sich also, zumal in der Gebührenordnung ja zwischen haus- und fachärztlichen Leistungen unterschieden wird. Fachärztliche Leistungen können also separat abgerechnet werden. In Deutschland müssen beim Facharztbesuch ohne Überweisung 10 Euro Praxisgebühr bezahlt werden. Beim Zahnarzt müssen pro Quartal zusätzlich 10 Euro bezahlt werden. Eine Überweisung ist von Arzt zu Arzt,

nicht aber von Zahnarzt zu Arzt oder umgekehrt möglich. In Frankreich sind weniger *spécialistes* zu finde, da es ein Flächenstaat ist und es folglich auch weniger Agglomeration gibt. Das führt auch dazu, dass weniger Patient für spezielle Ärzte vorhanden sind, fachärztliche Leistungen lohnen sich wirtschaftlich also nicht. Gefragt sind also viel mehr fortgebildete Generalisten mit einem breiten Leistungsangebot.

Seit Einführung der Praxisgebühr 2004 in Deutschland, die zum Ziel hatte, dass Patient seltener zu Arzt gehen und die hausarztzentrierte Versorgung gestärkt wird, haben sich laut Tobias Binder von der KV Baden-Württemberg die Patientenströme verändert, sie gingen häufiger erst zum Hausarzt als direkt zum Facharzt, was ja auch u.a. Ziel der Praxisgebühr war.<sup>281</sup> Dieser Aussage widerspricht Dr. Jörg Rüggeberg von der Gemeinschaft fachärztlicher Berufsverbände (GFB). Seiner Ansicht nach hat die Einführung der Praxisgebühr nichts am Verhalten des Patienten bezüglich Haus- oder Facharztbesuch geändert. Patienten, die direkt einen Facharzt aufsuchen möchten, täten dies auch. Leider wird in den KVen bzw. der KBV keine Statistik über die Häufigkeit geführt, mit denen Patienten einen Facharzt mit oder ohne Überweisung aufsuchen. Dabei wäre dies doch eine gute Möglichkeit, die Wirksamkeit der Praxisgebühr zu überprüfen.<sup>282</sup>

Abschließend ist zu sagen, dass sich die medizinische Grundversorgung in Deutschland und Frankreich nicht wesentlich unterscheidet. Größter Unterschied ist die direkte Bezahlung des Arztes durch den Patienten in Frankreich, die Berufsgruppe der niedergelassenen Krankenschwestern dort und die unterschiedlichen Zweige der französischen Sozial- bzw. Krankenversicherung. Andererseits gibt es in Frankreich keine medizinischen bzw. zahnmedizinischen Fachangestellten und weniger Einrichtungen für alte und pflegebedürftige Menschen.

### **12.1 Wie könnte eine medizinische Grundversorgung aussehen?**

Wie eine medizinische Grundversorgung aussehen könnte, beschreibt der Medizinethiker Dr. Christian Lenk von der Universität Göttingen seinem Kapitel „Worin könnte eine ‚medizinische Grundversorgung‘ bestehen?“.

Er nennt Kriterien, die eine Grundversorgung erfüllen muss. Diese sind: Bedarfsgerechtigkeit, Gleichmäßigkeit der Verteilung medizinischer Mittel, d.h.

---

<sup>281</sup> E-Mail Herr Binder, KVBW, vom 18.03.09.

<sup>282</sup> E-Mail Dr. Rüggeberg, GFB, vom 16.12.2008.

gleiche Behandlung bei gleicher Schwere und Dringlichkeit und Schutz besonders vulnerabler Gruppen (Kinder, behinderte, Demenzkranke, alte Menschen,...). Für ihn stellt sich die Frage, was unsere gegenwärtige Versorgung von einer medizinischen Grundversorgung in dem von ihm beschriebenen Sinn unterscheidet. Seiner Meinung nach nicht viel, wenn Doppeluntersuchungen und -befunde, sowie *overtreatment* („Fehlversorgung“) konsequent beschnitten würden. Es blieben nur Einschnitte bei nicht lebensbedrohlichen Erkrankungen und bei nicht vulnerablen Gruppen.<sup>283</sup>

Auch Dr. Fritz Beske vom Institut für Gesundheits-System-Forschung (IGSF) in Kiel beschäftigt sich mit der Grundversorgung, d.h. mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherungen. Um die finanzielle Situation in Zukunft zu verbessern, schlägt er vor, den Leistungskataloges der GKV neu zu bestimmen und umzustrukturieren. Die Politik müsse mehr Aufgaben und Leistungen übernehmen, die bisher von der GKV erbracht werden. Seiner Meinung nach ist eine Zwei-Klassen-Medizin nicht das Problem, da es schon immer so war, dass sich wohlhabendere Personen mehr leisten können. Relevant sei für ihn allein, dass dem Versicherten im Krankheitsfall eine bedarfsgerechte Versorgung zugute kommt. Diese ist an drei Voraussetzungen gebunden: bedarfsgerechter Leistungskatalog und dessen bedarfsgerechte Finanzierung sowie eine leistungsgerechte Honorierung der Leistungserbringer. Leistungen müssten rationiert und Prioritäten gesetzt werden, die Eigenverantwortung des Patienten und die Solidarität müssten verstärkt und Leistungen aus dem GKV-Katalog herausgenommen und umgestaltet werden.<sup>284</sup> Unterstützung bekommt er dafür auch vom Nationalen Ethikrat.

### 13. Ausblick

Das Gesundheitswesen wird sich, wie schon in den vergangenen Jahrzehnten, auch in den nächsten Jahren immer wieder verändern. Hauptgrund wird die finanzielle Situation der Krankenkassen, der medizinische und technische Fortschritt, „Ansprüche der Versicherten auf Teilhabe am medizinischen Fortschritt“<sup>285</sup>, und vielleicht das Immer-Älter-Werden der Menschen sein. Meiner Meinung nach wäre es eine gute Investition, wenn zweckgebundene Steuern wie die Tabak- oder die

---

<sup>283</sup> Vgl. Lenk, Christian: *Worin könnte eine „medizinische Grundversorgung“ bestehen?*, in: Rauprich, Oliver et al.: *Gleichheit und Gerechtigkeit in der Medizin*, mentis Verlag, Paderborn 2005, S. 247-265.

<sup>284</sup> Vgl. Dr. Beske, IGSF: <http://www.igsf.de/Band107-lang.pdf>, S.5ff, (Stand: 30.03.09).

<sup>285</sup> Vgl. Dr. Beske, IGSF: <http://www.igsf.de/Band107-lang.pdf>, S.1, (Stand: 30.03.09).

Alkoholsteuer auch in Deutschland für die Gesundheit der Bevölkerung ausgegeben würde.

In beiden Ländern werden sinkende Arztzahlen vorausgesagt, die dazu führen werden, dass Bereiche der ärztlichen Aufgaben an das Krankenpflegepersonal übergeben werden wird und generell die Aufgabenbereiche der medizinischen und der nicht-medizinischen Berufsgruppen neu aufgeteilt werden müssen. In Deutschland geschieht dies bereits vor allem im Osten des Landes. Mit der Gemeindegeschwester AGnEs (**a**rzt-entlastende, **g**emeinden**a**he, **E**-health<sup>286</sup> gestützte, systemische Intervention) können Krankenschwester in Regionen mit Mediziner-mangel bestimmte ärztliche Tätigkeiten in der Regelversorgung ausführen. Hierzu gehören Hausbesuche, das Messen von Blutdruck und Puls, Blutabnahmen oder auch die Kontrolle von Arzneimitteln<sup>287</sup>. Als Pendant dazu soll Verah (**V**ersorgungs**a**ssistentin in der **H**ausarzt**p**raxis) den niedergelassenen Ärzten bei diesen Tätigkeiten helfen. Viele medizinische Fachangestellte sind bereits dabei, am Fortbildungscurriculum für Verah teilzunehmen<sup>288</sup>. Insgesamt ist eine Neuordnung der Verantwortlichkeiten im Gesundheitsbereich im Gespräch. Dr. Christine Güse, Prodekanin der Evangelischen Fachhochschule in Nürnberg, plädiert für eine Neudefinition der Aufgaben verschiedener Gesundheitsberufe, v.a. Ärzten, Pflegepersonal und Sozialarbeitern, besonders bei der Betreuung chronisch kranker Menschen.<sup>289</sup>

Ob die Finanzierung der Krankenkassen über den Gesundheitsfond Bestand hat, wird sich in den nächsten Monaten zeigen. Bibliomed-Medizinische Verlagsgesellschaft schreibt in den Bibliomed-News vom 27. Januar 2009, dass 86% der Krankenkassenchefs aufgrund der angespannten Finanzlage mit Zusatzbeiträgen für die Versicherten rechnen. Die FDP möchte bei einem eventuellen Sieg bei den Bundestagswahlen 2009 die gesetzlichen Krankenkassen

---

<sup>286</sup> Auch Telemedizin genannt. In der Telemedizin werden medizinische Dienstleistungen über moderne Kommunikations- und Informationstechnologie erbracht. Hierzu zählt die elektronische Patientenakte und Patientenakte sowie elektronische Arztbriefe oder auch Rezepte. (Dt. Gesellschaft für Telemedizin: <http://www.dgtelemed.de/de/telemedizin/>, Stand: 23.03.09).

<sup>287</sup> Vgl. Bibliomed-News vom 23.03.09: [http://www.bibliomed.de/cps/rde/xchg/bibliomed/hs.xml/90\\_14693.htm](http://www.bibliomed.de/cps/rde/xchg/bibliomed/hs.xml/90_14693.htm), (Stand: 04.04.09).

<sup>288</sup> Vgl. Bibliomed-News vom 04.02.2009: [http://www.bibliomed.de/cps/rde/xchg/bibliomed/hs.xml/90\\_14264.htm](http://www.bibliomed.de/cps/rde/xchg/bibliomed/hs.xml/90_14264.htm), (Stand: 04.04.09).

<sup>289</sup> Vgl. Güse, Christine: *Neue Verantwortlichkeiten für unterschiedliche Arbeitsfelder*, Die Schwester/Der Pfleger 04/2009, S. 404-407.

ganz abschaffen und plädiert für eine Pflichtversicherung aller Bürger in einer privaten Krankenkasse und die komplette Überarbeitung des SGB V.<sup>290</sup>

Seit einigen Jahren steht der Vorschlag eine „Bürgerversicherung“ zur Debatte.

Angesichts der demographischen Veränderung und des technischen Fortschrittes in der Medizin stehen vor allem die gesetzlichen Krankenversicherungen vor einer großen finanziellen Herausforderung. Um dem steigenden Kostendruck im Gesundheitswesen entgegen zu wirken, werden von unterschiedlichen Organen immer wieder Vorschläge zur Lösung des Kostenproblems gemacht. So hat im Jahr 2004 die Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen (ASG), der Deutsche Gewerkschaftsbund (DGB) und das Netzwerk Gesundheit<sup>291</sup> Vorschläge zur Umsetzung einer so genannten Bürgerversicherung gemacht. Sie soll eine Annäherung an den europäischen Standard darstellen. Vorgesehen ist ein einheitlicher Leistungskatalog der gesetzlichen und privaten Krankenkassen, dasselbe Vergütungssystem für alle Ärzte, egal, ob diese PKV- oder GKV-Patienten behandeln, die Abschaffung der Versicherungspflichtgrenze und eine Bemessung der Beiträge aus Einnahmen, die im Zusammenhang mit abhängiger und selbständiger Erwerbsarbeit<sup>292</sup> oder aus Vermögenseinkommen entstehen. Es bleibt allerdings dann die Frage nach dem tatsächlichen Unterschied von PKV und GKV in der Krankenversicherung. Mittel der Wahl zur Finanzierung der Bürgerversicherung soll nicht die Kapitaldeckelung der aktuellen PKV-Finanzierung sein, sondern das Umlageverfahren, wie es zurzeit in der GKV angewendet wird. Der Risikostrukturausgleich soll zwar beibehalten werden, die PKV aber Altverträge auslaufen lassen und neue Verträge mit denselben Kriterien wie die GKV anbieten, bei einkommensbezogenen Beiträgen und einheitlichem Leistungskatalog. Umgesetzt werden soll die Bürgerversicherung nicht als Optionsmodell, d.h., dass die PKV die Option hat, in die neue Versicherung einzutreten oder nicht, sondern ohne Übergang an einem Stichtag.<sup>293</sup> Ob eine erneute Umstrukturierung der Krankenversicherung in naher Zukunft stattfinden wird,

---

<sup>290</sup> Vgl. Bibliomed-News vom 09.02.2009:

[http://www.bibliomed.de/cps/rde/xchg/bibliomed/hs.xsl/90\\_14292.htm](http://www.bibliomed.de/cps/rde/xchg/bibliomed/hs.xsl/90_14292.htm), (Stand: 04.04.09).

<sup>291</sup> Beteiligte Organisationen sind u.a der Berufsverband der Allgemeinärzte Deutschlands – Hausärzterverband e. V., der Deutsche Pflegerat, der Bundesverband der Arbeiterwohlfahrt, die Industriegewerkschaft für Bergbau, Chemie, Energie, die Deutsche Gesellschaft für Public Health und der Verein demokratischer Ärzte und Ärztinnen.

<sup>292</sup> Z.B. Arbeitsentgelt und -einkomme, Rentenzahlungen.

<sup>293</sup> Vgl. Pfaff, Martin/Stapf-Finé, Heinz (Hrsg.): *Bürgerversicherung – solidarisch und sicher!*, VSA-Verlag, Hamburg 2004, S. 240ff.

ob die Trennung von GKV und PKV abgeschafft und eine einheitliche Krankenkasse geschaffen wird, bleibt abzuwarten.

Ob und wann die elektronische Gesundheitskarte für alle Patienten kommt, auf der medizinische Daten gespeichert werden, ist noch nicht sicher, da zwei bisher durchgeführte Pilotversuche wegen Nichtfunktion der Karte, verwaltungstechnischem Mehraufwand und Widerstand der Ärzte abgebrochen wurden. Auch das neue Honorarsystem für die Ärzte steht in der Kritik, es bleibt abzuwarten, ob es nicht noch einmal geändert wird. Die vorgesehene Änderung der zwanzig Jahre alten und unveränderten Gebührenordnung für Zahnärzte wurde von diesen wegen fachlicher und finanzieller Imperfektion abgelehnt.

In Frankreich ist eine Krankenhausreform unter dem Namen *Hôpital, patient, territoire, santé* (HPTS) angedacht. Staatspräsident Nicolas Sarkozy betont die Notwendigkeit einer Reform, bei der die Diplome der Krankenschwestern ab September 2009 als Genehmigung zur Berufsausübung anerkannt, Überstunden bezahlt werden und die niedergelassenen Ärzte die Krankenhausärzte stärker in der Notfallversorgung unterstützen sollen. Sarkozy schlägt außerdem vor, den Direktor eines Krankenhauses zum „*seul patron de l'hôpital*“ zu machen. Die HPTS wird besonders von Seiten der Mediziner kritisiert.<sup>294</sup>

Zukünftig soll die Pflegeversicherung ein eigenständiger Zweig der Sozialversicherung werden.<sup>295</sup>

Dieses Jahr noch sollen *Agences régionales de santé* (ARS) gegründet werden, die die Organisation der Pflege, der Ärzte, Krankenhäuser und des medizinisch-sozialen Bereichs übernehmen und die *Agences régionales d'hospitalisation* ersetzen sollen. Durch den zu erwartenden Ärztemangel werden mehr Kompetenzen den Krankenschwestern übergeben werden. Insgesamt sollen die Verantwortungsbereiche der einzelnen Gruppen (Ärzte, Krankenschwestern, Hebammen, Krankenpflegehelferinnen) neu verteilt werden.<sup>296</sup>

Da allerdings nur 12% der Krankenschwester als Selbständige arbeiten und auch die Dichte in Teilen des Landes gering ist (43 Krankenschwester auf 100.000 Einwohner

---

<sup>294</sup> Vgl. Le monde: [http://www.lemonde.fr/societe/article/2009/03/13/reforme-de-l-hopital-sarkozy-defend-un-projet-de-loi-juste-et-necessaire\\_1167762\\_3224.html](http://www.lemonde.fr/societe/article/2009/03/13/reforme-de-l-hopital-sarkozy-defend-un-projet-de-loi-juste-et-necessaire_1167762_3224.html), (Stand: 06.04.09).

<sup>295</sup> Vgl. Beske et al., 2005, Band I, S, 100.

<sup>296</sup> Vgl. Benamouzig, Daniel: *Régionaliser pour réorganiser*, Alternatives économiques, N° 270, Juni 2008, S. 52-60.

in der *Ile-de-France* gegen 186 Schwester pro 100.000 Einwohner im *Languedoc-Roussillon*), könnte diese Umverteilung der medizinischen Aufgaben, bei der die *infirmières* die erste Anlaufstelle für Patienten würden und eine *triage* der Patienten durchführen würden, nur funktionieren, wenn die Zahl der frei arbeitenden Krankenschwester stiege.<sup>297</sup>

Die *Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques* (DREES) hat eine Prognose für die Ärzteentwicklung bis zum Jahr 2025 veröffentlicht. Zu diesem Zeitpunkt wird es ca. 97.100 *généralistes* und etwa 71.700 *spécialistes médicale* und *chirurgicales* geben. Dies werden ungefähr 3000 bzw. 10.000 Ärzte in diesem Bereich weniger sein als noch im Jahr 2002.<sup>298</sup>

Wenn Sie nun die Wahl hätten, in welchem Land möchten Sie gerne Arzt oder Patient sein?

---

<sup>297</sup> Vgl. Barnay, Thomas et al. : *Réforme du « médecin traitant » et nouveaux enjeux de la médecine de ville en France*, in : *Revue française des affaires sociales* Nr.1 (Januar-März 2007) S. 109-126.

<sup>298</sup> INSEE: [http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg\\_id=0&ref\\_id=NATTEF06104](http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF06104), (Stand: 12.04.09).



## 14. Glossar

### AIS

Abkürzung für *actse infirmiers de soin*, → Grundpflege.

### AMI

Abkürzung für *actes médicaux infirmiers*, → Behandlungspflege, Medizinische Pflegemaßnahmen.

### Behandlungspflege, Medizinische Pflegemaßnahmen,

Gegenteil der → Grundpflege. Maßnahmen der Behandlungspflege sind ärztlichen Behandlung wie z.B Absaugen der oberen Atemwege, Blutzucker- und Blutdruckmessung, Dekubitusbehandlung, subkutane Injektionen etc., die an examinierte Pflegekräfte delegiert werden. (frz.: *actes médicaux infirmiers* (AMI) vgl. AIS).

### Bundesärztekammer (BÄK)

Die Bundesärztekammer ist ein freiwilliger Zusammenschluss der Landesärztekammern auf nationaler Ebene. Ihre Aufgabe ist es, Positionen der Ärzteschaft zu Themen der gesundheits- und Sozialpolitik in der Öffentlichkeit zu vertreten und den Erfahrungsaustausch unter den Ärztekammern fördern. Außerdem soll sie möglichst einheitliche Regelungen der ärztlichen Berufspflichten und der Weiterbildung schaffen. Die Organe der Bundesärztekammer sind die Hauptversammlung, besser bekannt unter dem Namen „Deutscher Ärztetag“, die jährlich stattfindet und der Vorstand. Dieser setzt sich aus einem Präsidenten, zwei Vizepräsidenten, zwei Vertreter der angestellten Ärzte und allen Landesärztekammerpräsidenten zusammen. (Quelle: KBV-Glossar).

In Frankreich hat der *Conseil de l'ordre des médecins* eine ähnliche Funktion.

### Chronische Erkrankungen

In Deutschland gilt laut des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen gilt in Deutschland ein Patient als chronisch krank, wenn er sich in ärztlicher Dauerbehandlung befindet und zusätzlich entweder Pflegestufe 2 oder 3 oder eine mindestens 60%-ige Behinderung vorliegt, eine kontinuierliche Arzneimittel- oder Psychotherapie oder Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln nötig ist, ohne die eine Beeinträchtigung der Lebensqualität oder eine Verminderung der Lebenserwartung zu erwarten ist. Hierzu gehören Erkrankungen wie Diabetes mellitus, Herzkrankheiten, Asthma, chronisch-obstruktive Bronchitis, Brustkrebserkrankungen. (Quelle: → Gemeinsamer Bundesausschuss und Informationsbroschüre Techniker Krankenkasse (TK)).

In Frankreich gilt ein Patient als chronisch krank, wenn er an einer der 30 Krankheiten leidet, die auf der *liste der affections de longue durée* stehen und von der Krankenkasse als chronische Erkrankungen anerkannt sind. Dazu gehören z.B. Krebserkrankungen, Diabetes mellitus, psychische Erkrankungen, Herzerkrankungen. (Quelle: AMELI).

### Chronisch Kranke → chronische Erkrankungen

## **Dekubitus**

Druckgeschwür. Beschädigung der Hautstruktur mit Entzündung, abnehmender Blutversorgung und Verlust von Gewebe, das durch Druck und Reibung der Haut zwischen Hautoberfläche und Knochen entsteht. Dies ist besonders bei bettlägerigen, komatösen und immobilen Patienten der Fall. Dekubiti sind am häufigsten an den Knochenvorsprüngen wie Kreuzbein (Steißregion), Trochanter major (Rollhügel des Oberschenkelknochens) und Fersen lokalisiert. Zur Vorbeugung werden Patienten mehrmals täglich zur Entlastung der Haut auf den Rücken bzw. die Seite gelagert. Bei einem bestehenden Dekubitus muss ggf. das abgestorbene Gewebe chirurgisch entfernt werden.

## **Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)**

Der Gemeinsame Bundesausschuss, auch „kleiner Gesetzgeber“ genannt, entscheidet über die Therapien und Behandlungen, die in den Leistungskatalog der GKV aufgenommen werden. Er besteht seit 2004 und ist zusammengesetzt aus Leistungserbringern und Kostenträgern. Seit dem 1. Juli 2008 tagt der G-BA öffentlich und trifft seine Entscheidungen immer in der gleichen sektorübergreifenden Zusammensetzung, um unabhängige Entscheidungen treffen und über die Sektorengrenze hinaus denken zu können. Außerdem gehört die Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Versorgung zum Aufgabenbereich des G-BA. Unterstützt wird er hierbei seit 2004 vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). (Quelle: Ludwig, Corinne: *Was macht der Gemeinsame Bundesausschuss?*, in: Die Schwester/Der Pfleger, 04/2009.)

## **Grundpflege**

Maßnahmen der Grundpflege sind z.B. Körperpflege, Ernährung, Hilfe beim An- und Auskleiden oder auch Unterstützung bei der Mobilisation. Das Gegenteil von Grundpflege ist die → Behandlungspflege. Maßnahmen der Grundpflege heißen im Französischen *soins d'hygiène de base, actes infirmiers de soin* (AIS).

## **Kapitaldeckelung**

Das Grundprinzip der Kapitaldeckelung besteht in der Ansparung finanzieller Mittel aus den Prämien der privat Versicherten, aus denen dann im höheren Lebensalter notwendige Leistungen finanziert werden. (Quelle: <http://www.bpb.de/sosi/popup/lexikon.php?id=79>).

## **Krankenpflegehelfer, - in**

Die neue deutsche Bezeichnung lautete Gesundheits- und Krankpflegehelfer/in. Sie unterstützen die examinierten Pflegefachkräfte, übernehmen hauswirtschaftliche Aufgaben und assistieren bei Therapiemaßnahmen. Die Ausbildung dauert i.d.R. ein Jahr. (frz.: *aide soignante*, ASD). (Quelle: „Blätter zur Berufskunde“ der Bundesagentur für Arbeit in Nürnberg und ).

## **Luftwege, obere**

Als obere Luftwege werden die Nase, die Nasennebenhöhlen und der Rachenraum bezeichnet. Sie sind abzugrenzen von den unteren Luftwegen, die den Kehlkopf, die Luftröhre und die Bronchien bezeichnen.

## **Medizinischer Dienst der Krankenversicherungen (MdK)**

Der MdK ist ein sozialmedizinischer Beratungs- und Gutachterdienst der GKV und der Pflegeversicherung, der von den GKV-Verbänden und den Pflegekassen getragen wird. Gesetzliche Grundlagen finden sich im SGB V und XI. Er entstand 1989 aus dem Vertrauensärztlichen Dienst (VäD), der zur Zeit der Bismarckschen Sozialversicherung für die gutachterlichen Tätigkeiten zuständig war. Im gutachterlichen Bereich des MdK sind Ärzte, Pflegekräfte, Verwaltungs- und Assistenzpersonal tätig. Der MdK hat keine leistungsrechtliche Entscheidungskompetenz. Er entscheidet über die Beendigung der Arbeitsunfähigkeit, führt Gutachten im sozialmedizinischen Bereich aus und prüft die Voraussetzungen für Pflegebedürftigkeit. Die begutachtenden Ärzte sind nur ihrem Gewissen unterworfen, müssen allerdings auch das Gesamtinteresse der GKV berücksichtigen. In der PKV gibt es statt dem MdK den so genannten *Medic proof*. (Quelle: Pschyrembel® Pflege, 2007).

## **Nuklearmedizin**

In der Nuklearmedizin werden kernphysikalische Verfahren zur Diagnostik und Therapie eingesetzt, z.B. beim Radiojodtest zur Prüfung der Schilddrüsenfunktion, bei der Bestrahlung eines Krebsgeschwürs oder bei der Durchführung einer Computertomographie (CT). (dtv-Lexikon, 1999)

## **Palliativmedizin**

Palliativmedizin und -pflege behandelt Patienten mit einer weit fortgeschrittenen unheilbaren Krankheit. Hauptaufgabe ist die Schmerztherapie, Linderung der Symptome (z.B. Erbrechen, Übelkeit, Luftnot) sowie psychologische Betreuung. Strebebegleitung gehört nicht zum Leistungsanspruch. (Quelle: Wille/Koch, 2007).

**Palliativpflege** → Palliativmedizin

## **Parodontopathien**

Parodontopathien bezeichnen alle Erkrankungen des Zahnhalteapparates. Es wird zwischen marginalen (randständigen) und apikalen (die Zahnwurzelspitze betreffenden) Parodontopathien unterschieden. (Quelle: Pschyrembel Klinisches Wörterbuch, 1998).

## **Physikalische Therapie**

Die physikalische Therapie ist ein Teilbereich der Physiotherapie, der sich mit der allgemeinen Anregung oder gezielten Behandlung gestörter physiologischer Funktionen mit physikalischen, naturgegebenen Mitteln beschäftigt. Hierzu gehören u.a. Therapien mit Wasser, Wärme oder Kälte, Licht, Luft, Elektrizität und Heilquellen. (Pschyrembel® Pflege, 2007).

## **Positivliste**

In der Positivliste sind Medikamente aufgeführt, die zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden dürfen. Sie dient der Ausgabenregulierung. (Quelle: KBV-Glossar).

## **Psychosomatik**

Psychosomatik bezeichnet die psychischen Einflüsse auf körperliche Vorgänge und die Auswirkungen körperlicher Erkrankungen auf psychische Prozesse.

Psychosomatische Erkrankungen sind z.B. Asthma und Essstörungen wie Magersucht (Anorexia nervosa) oder Ess-Brech-Sucht (Bulimie). (Quelle: Pschyrembel® „Pflege“)

### **Stomabehandlung**

Stoma (griech. „Mund“), auch Anus praeter genannt, ist ein künstlicher Darmausgang. Die Stomabehandlung gehört zur Behandlungspflege.

### **Subcutan, subkutan (s.c.)**

Lat. „unter die Haut“. Verschiedene Medikamente, z.B. Insulin oder blutverdünnende Mittel, werden subcutan gespritzt.

## 15. Literaturangaben

### Printmedien :

- Barnay, Thomas et al. : *Réforme du « médecin traitant » et nouveaux enjeux de la médecine de ville en France*, in : *Revue française des affaires sociales* Nr.1 (Januar-März 2007)
- Benamouzig, Daniel: *Régionaliser pour réorganiser*, Alternatives économiques, N° 270, Juni 2008, S. 52-60
- Beske, Fritz et al.: *Leistungskatalog des Gesundheitswesens im Vergleich*, Band I: Struktur, Finanzierung und Gesundheitsleistungen, Schmidt & Klaunig, Kiel 2005
- Beske, Fritz et al.: *Leistungskatalog des Gesundheitswesens im internationalen Vergleich*, Band II: Geldleistungen, Schmidt & Klaunig, Kiel 2005
- Beske, Fritz/Hallauer, Johannes F.: *Das Gesundheitswesen in Deutschland*, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 1999
- Bressé, Sophie : *Les services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) et l'offre de soins infirmiers aux personnes âgées en 2002*, in : *DREES : Etudes et Résultats* N° 350, November 2004
- Bundesärztekammer – Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern (Hrsg.): *Curriculum psychosomatische Grundversorgung. Basisdiagnostik und Basisversorgung bei Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen einschließlich der Aspekte der Qualitätssicherung*, Köln 2001
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): *Ratgeber zur neuen Gesundheitsversicherung*, Berlin 2008
- Dossier Familial (Hrsg.): *Assurance maladie: être bien remboursé*, Spezialausgabe zum Dossier Nr.406, 11/2008
- dtv-Lexikon in 20 Bänden, Deutscher Taschenbuch Verlag , München 1999
- Dudenredaktion (Hrsg.): *Deutsches Universalwörterbuch*, Dudenverlag, Mannheim 2003
- Fenina, Annie/Geoffroy, Yves: *Les comptes nationaux de la santé en 2006*, *Etudes et Résultats* N° 593, September 2007
- Geurtsen, Werner: *Basisversorgung versus Luxusversorgung?*, in: *Oralprophylaxe & Kinderzahnheilkunde* 1/ 2009, S. 1

- Güse, Christine: *Neue Verantwortlichkeiten für unterschiedliche Arbeitsfelder*, Die Schwester/Der Pfleger 04/2009, S. 404-407
- Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) (Hrsg.): *Rundschreiben zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für zahnärztliche Leistungen und Richtlinien über eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung*. November 2003.
- Keller, Bruno: *Les auteurs du système de soins français*, Edition Jean-Baptiste Baillière, Paris 2004
- Lenk, Christian: *Worin könnte eine „medizinische Grundversorgung“ bestehen?*, in: Rauprich, Oliver et al.: *Gleichheit und Gerechtigkeit in der Medizin*, mentis Verlag, Paderborn 2005, S. 247-265
- Ludwig, Corinne: *Was macht der Gemeinsame Bundesausschuss?*, Die Schwester/Der Pfleger 04/2009, S. 364
- Mino, Jean-Christophe : *Le développement des soins palliatifs en France* in: Problèmes politiques et sociaux Nr. 926, 07/2006, S. 33-36
- Pfaff, Martin/Stapf-Finé, Heinz (Hrsg.): *Bürgerversicherung – solidarisch und sicher!*, VSA-Verlag, Hamburg 2004
- Pradines, Brigitte, *documentaliste* bei der CNAMTS: Dossier über die Assurance maladie
- Pschyrembel Klinisches Wörterbuch, de Gruyter, Berlin 1998
- Pschyrembel® Pflege, de Gruyter, Berlin 2007
- Robert, Paul: *Le nouveau Petit Robert*, Dictionnaires Le Robert, Paris 2004
- Settertobulte, Wolfgang et al.: *Gesundheitsversorgung für Kinder und Jugendliche. Ein Praxishandbuch*, Roland Asanger Verlag, Heidelberg 1995
- Tanti-Hardouin : *La recomposition de l'offre hospitalière*, in : Cahiers français Nr. 324 „La santé“, Januar/Februar 2005, S. 61-65.
- Techniker Krankenkasse (TK) Hamburg (Hrsg.): *TK-Kompakt. Informationen über Services, Leistungen und Beiträge*, Hamburg 2008
- Wandtner, Reinhard (2009): *Unerfüllter letzter Wunsch*. In: Frankfurter Allgemeine Zeitung 77, 1. April 2009
- Wille, Marion/Koch, Erich: *Die Gesundheitsreform 2007*, C.H. Beck, München 2007

## Internetseiten :

- Assurance maladie en ligne (AMELI) : <http://www.ameli.fr>
- AOK-Bundesverband: <http://www.aok-bv.de>
- Bayrisches Krankenhaus-Gesetz auf der Homepage von Carelounge:  
[http://www.carelounge.de/pflegeberufe/gesetze/khg\\_bayern.pdf](http://www.carelounge.de/pflegeberufe/gesetze/khg_bayern.pdf)
- Bender, Biggi: *Gesundheitsreform 2003: Die GKV zukunftsfähig machen.*  
[http://www.arbeitnehmerkammer.de/sozialpolitik/doku/05\\_soziales/sgb\\_v/2003/2003\\_03\\_00\\_bbender.pdf](http://www.arbeitnehmerkammer.de/sozialpolitik/doku/05_soziales/sgb_v/2003/2003_03_00_bbender.pdf)
- Bibliomed Medizinische Verlagsgesellschaft mbH, Bibliomed-News:  
<http://www.bibliomed.de>
- Blanchard, Sandrine: *La France manque des pédiatres*, in : *Le monde* 4/4/2007 (auf der Homepage der Selbständigen Pädiater:  
[http://www.pediatres-liberaux.com/html/le\\_monde\\_avril\\_2007.htm](http://www.pediatres-liberaux.com/html/le_monde_avril_2007.htm)
- Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) : *Blätter zur Berufskunde. Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/in*. Nürnberg o.J.  
(<http://berufenet.arbeitsagentur.de/berufe/start?dest=profession&prof-id=30191>)
- Bundesärztekammer: <http://www.bundesaerztekammer.de>
- Bundesministerium der Justiz (BMJ): Sozialgesetzbuch V:  
[http://bundesrecht.juris.de/sgb\\_5/\\_\\_87.html](http://bundesrecht.juris.de/sgb_5/__87.html)
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): <http://www.bzga.de>
- Bundeszentrale für politische Bildung: <http://www.bpb.de>
- Caisse d'assurance du personnel (CAP), Glossar:  
<http://www.capretraite.fr/cantou-58-96-40-6.html>
- Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale (CLEISS):  
<http://www.cleiss.fr>
- Conseil de l'Ordre des médecins, Bulletin März 2008 :  
[http://bulletin.conseil-national.medecin.fr/article.php3?id\\_article=154](http://bulletin.conseil-national.medecin.fr/article.php3?id_article=154)
- Deutsche gesetzliche Unfallversicherung :  
<http://www.dguv.de/inhalt/leistungen/versschutz/bk/bk-liste/index.jsp>
- Deutsche Gesellschaft für Telemedizin: <http://www.dgtelemed.de>
- Deutscher Hebammenverband e.V.: <http://www.bdh.de/>
- Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V.: <http://www.hospiz.net/index.html>

- Deutsches Auswärtiges Amt und Ministère des affaires étrangères:  
<http://www.deutschland-frankreich.diplo.de>
- Deutsche Sozialversicherung, Europavertretung im Auftrag der Spitzenverbände der Deutschen Sozialversicherung:  
<http://www.deutsche-sozialversicherung.de>.
- Dr. Lindemann: [www.wolfganglindemann.net](http://www.wolfganglindemann.net)
- Eco-Santé: <http://www.ecosante.fr>
- Ess-Europe, Europavergleich der Sozialsysteme: <http://www.ess-europe.de>
- Euro-Institut Kehl: *Der öffentliche Gesundheitsdienst in Deutschland, der Schweiz und Frankreich* (auf der Homepage von [http://www.sante-sarre-moselle.org/fileadmin/presse/de/EuroInstitut\\_Gesundheit\\_dt.pdf](http://www.sante-sarre-moselle.org/fileadmin/presse/de/EuroInstitut_Gesundheit_dt.pdf))
- Friedrich-Ebert-Stiftung, Vortrag Fr. Dr. Jani, Oktober 1999:  
<http://library.fes.de/fulltext/akademie/freudenstadt/00920005.htm>
- Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung (IGSF) Kiel:  
<http://www.igsf.de>
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA): <http://www.g-ba.de>
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GB-Bund): <http://www.gbe-bund.de>
- GKV-Spitzenverband: <https://www.gkv-spitzenverband.de>
- Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES):  
<http://www.inpes.sante.fr>
- Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) :  
<http://www.irdes.fr>
- Institut für Medizinische Biometrie und Medizinische Informatik, Freiburg:  
<http://www.imbi.uni-freiburg.de>
- Institut nationale de la statistique et des études économiques (INSEE):  
<http://www.insee.fr>
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM): <http://www.kbv.de/ebm2009/ebmgesamt.htm>
- Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Glossar:  
<http://www.kbv.de/service/gesundheitslexikon.asp>
- Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV): <http://www.kzbv.de>
- Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW): <http://www.kvbawue.de>
- La documentation française : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr>
- La documentation française :



- [http://www.service-public.fr/accueil/loi\\_assurance\\_maladie.html](http://www.service-public.fr/accueil/loi_assurance_maladie.html)
- Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung Saarland und Centre Lorrain des Technologies de la Santé, Gemeinschaftsprojekt „Santé:gesundheit Saar: Moselle“: <http://www.sante-sarre-moselle.org/index.php?id=152&L=0>
  - Le monde: <http://www.lemonde.fr>
  - Le Sénat: <http://www.senat.fr>
  - Ministère de la santé, de la jeunesse et du sport: <http://www.sante.gouv.fr>
  - Ministère du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité, Portal der Gesundheits- und Sozialberufe :  
<http://www.metiers.santesolidarites.gouv.fr>
  - o.N.: *Großes System mit kleinen Fehlern*, Süddeutsche Zeitung, 6.11.02 auf [www.sueddeutsche.de/politik/861/393651/text/print.html](http://www.sueddeutsche.de/politik/861/393651/text/print.html)
  - Ordre des masseurs kinésithérapeutes: <http://www.cnomk.org>
  - Ordre des sages-femmes: <http://www.ordre-sages-femmes.fr>
  - Portal der Krankenversicherungen AMELI, MSA, RSI und URCAM:  
<http://www.assurance-maladie.fr/>
  - Presse- und Informationsamt der Bundesregierung: <http://www.bundesregierung.de>
  - Représentation des institutions françaises de sécurité sociale (REIF) :  
<http://www.reif-eu.org>
  - Roche Lexikon online:  
<http://www.roche.de/lexikon/?loc=www.roche.de&content=/lexikon/suche.html&sid=afe82402712b73af41d85fe392638f77>
  - Spektrum der Wissenschaft Verlagsgesellschaft mbH: <http://www.wissenschaft-online.de>
  - Statistisches Bundesamt: <http://www.destatis.de>
  - Statistisches Amt der Europäischen Gemeinschaften, Eurostat:  
<http://epp.eurostat.ec.europa.eu>
  - Verbände der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen: <http://www.gkv.info>
  - Verband der privaten Krankenversicherung e.V.: <http://www.pkv.de>
  - Verband Physikalische Therapie: <http://www.vpt-physio.com>

**Gesprächspartner, E-Mail-, Brief- und Telefonkontakte:**

- Docteur Jackie Ahr, Conseil de l'Ordre des médecins, Paris
- Dr. Matthias Dietrich, Zahnarzt, Stuttgart
- Dr. Heinz Koch, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin
- Dr. Wolfgang Lindemann, *généraliste*, Walschbronn
- Dr. Jörg Rüggeberg, Präsident der Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände (GFB), Bremen
- Herr Tobias Binder, KVBW, Stuttgart
- Mme Brigitte Pradines, *documentaliste* bei der *Caisse nationale des travailleurs salariés* (CNAMTS), Paris.