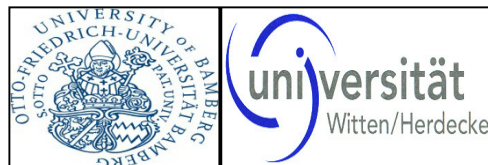
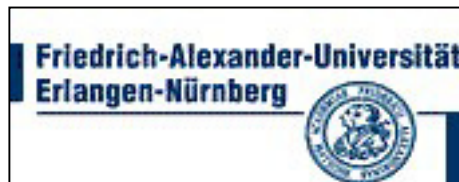


Gesundheit und Krankheit im System der sozialen Sicherung und Versorgung -

Teil 1: 22.11.2012

Teil 2: 29.11.2012



Professor Dr. med. habil. Andreas Weber
Facharzt für Arbeitsmedizin – Sozial - / Umweltmedizin
apl. Prof. Medizinische Fakultät Universität Erlangen
Lehrbeauftragter der Universitäten Bamberg u. Witten/ Herdecke

Leitung Fachdienst Medizin - Berufsförderungswerk Dortmund
Mail: awe@bfw-dortmund.de - Fon: 0231-7109-222

Gesundheit ... höchstes Gut ?

Silvestervorsätze ...

im neuen Jahr mehr
für die Gesundheit tun
(Rauchen aufgeben, Bewegung,
Ernährung)



Geburtstagswunsch

viel Glück im neuen
Lebensjahr ...
vor allem Gesundheit !



Hauptsache gesund !
Egal ob Mädchen oder Junge



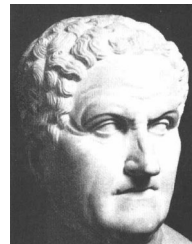
Repräsentative Befragung ,2006 – (n= 4.800)

Gesundheit...

- wichtigste subjektive Bedeutung (Frauen/Männer/ alle Schichten)
- mit Alter zunehmender Wert
- in unteren sozialen Schichten: externale Kontrollüberzeugung



Elmar Brähler et al., Uni Leipzig



Medizin (Galen 129 – 199 n Chr.)
= Lehre von der Gesundheit



Medizin (Gegenwart)
= Lehre von den Krankheiten
(Ökonomie, Technik ,Biologie / Genetik)

Was bedeutet Gesundheit für Sie ?

- a.„fit“ für den Job zu sein, arbeiten zu können**
- b.persönliches Wohlbefinden**
- c. ... „gute Blutwerte“, wenn der Arzt zufrieden ist**
- d. ... alles tun zu können, was ich möchte**
- e. ... die Anforderungen im Alltag zu meistern**

Gesundheit – Definitionsversuche ...

... Zustand völligen *körperlichen, seelischen*
und sozialen Wohlbefindens ... (WHO, 1946)



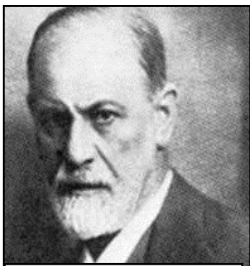
1. *bio-psycho-soziale Dimension – utopisch- statisch ?*

... Die Abwesenheit von Krankheit oder
gesund ist der, der nicht genügend untersucht
wurde (*Technik, Diagnostik, Medizin*)



... persönliches Wohlbefinden , Fitness, Schönheit

2. *subjektiv / objektiv – wer entscheidet, ob gesund oder krank ?*



Sigmund
Freud
(1856 - 1939)

Gesundheit = lieben und **arbeiten** können

Bio –Psycho-Soziales- Gesundheits- /Krankheitsmodell

ICD

Klassifikationssystem der Erkrankungen (ICD 10) – seit 1948

ICF

Komponenten funktionaler Gesundheit



WHO - 2001

Körperfunktionen -
Körperstrukturen
(*Impairments:*
function-structure)

Aktivitäten
Leistung /
Leistungsfähigkeit
(*Activities: performance*
capacity)

Teilhabe
(*Participation*)

interdisziplinär - multidimensional - Experten / Laien

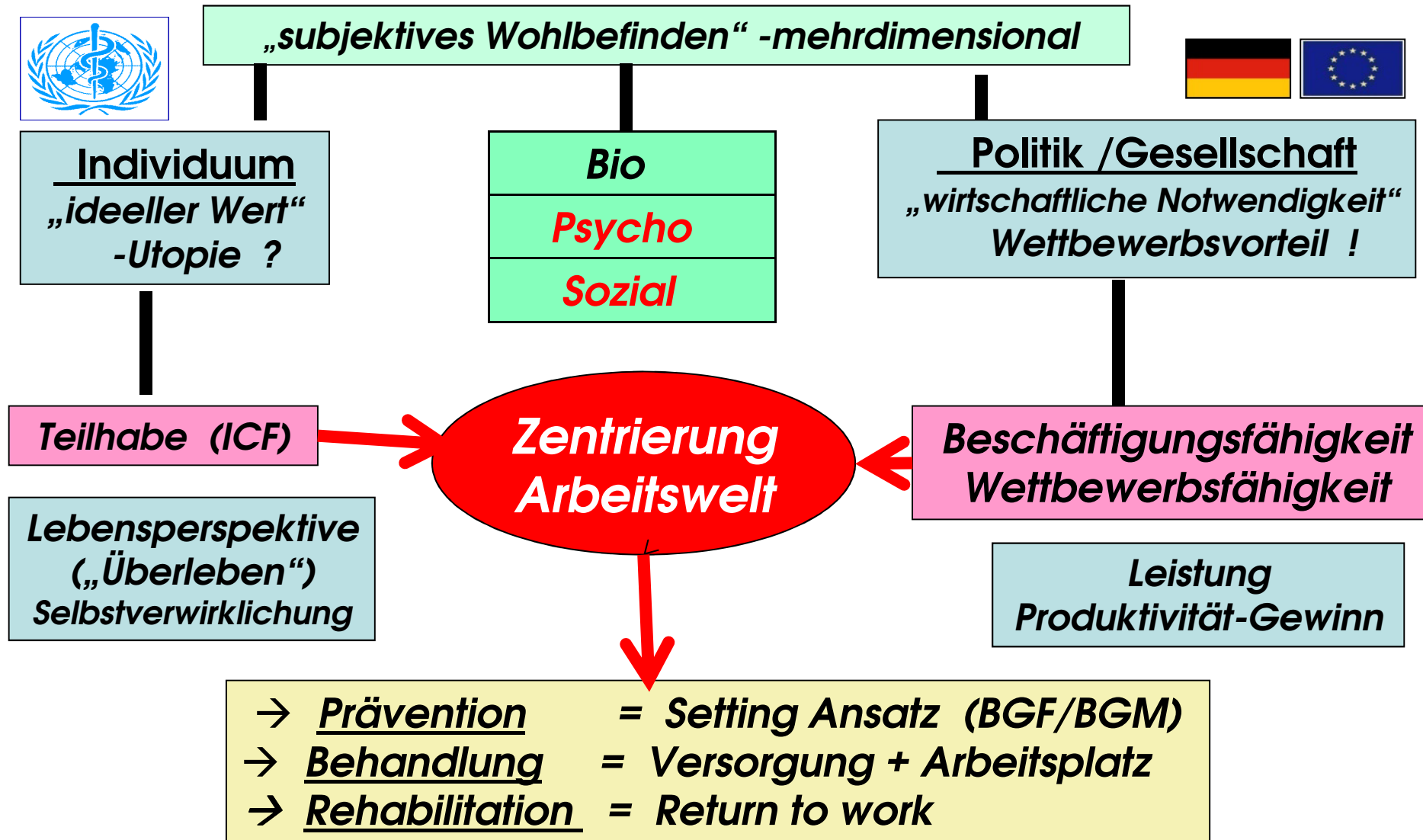
Kontextfaktoren

Umweltfaktoren

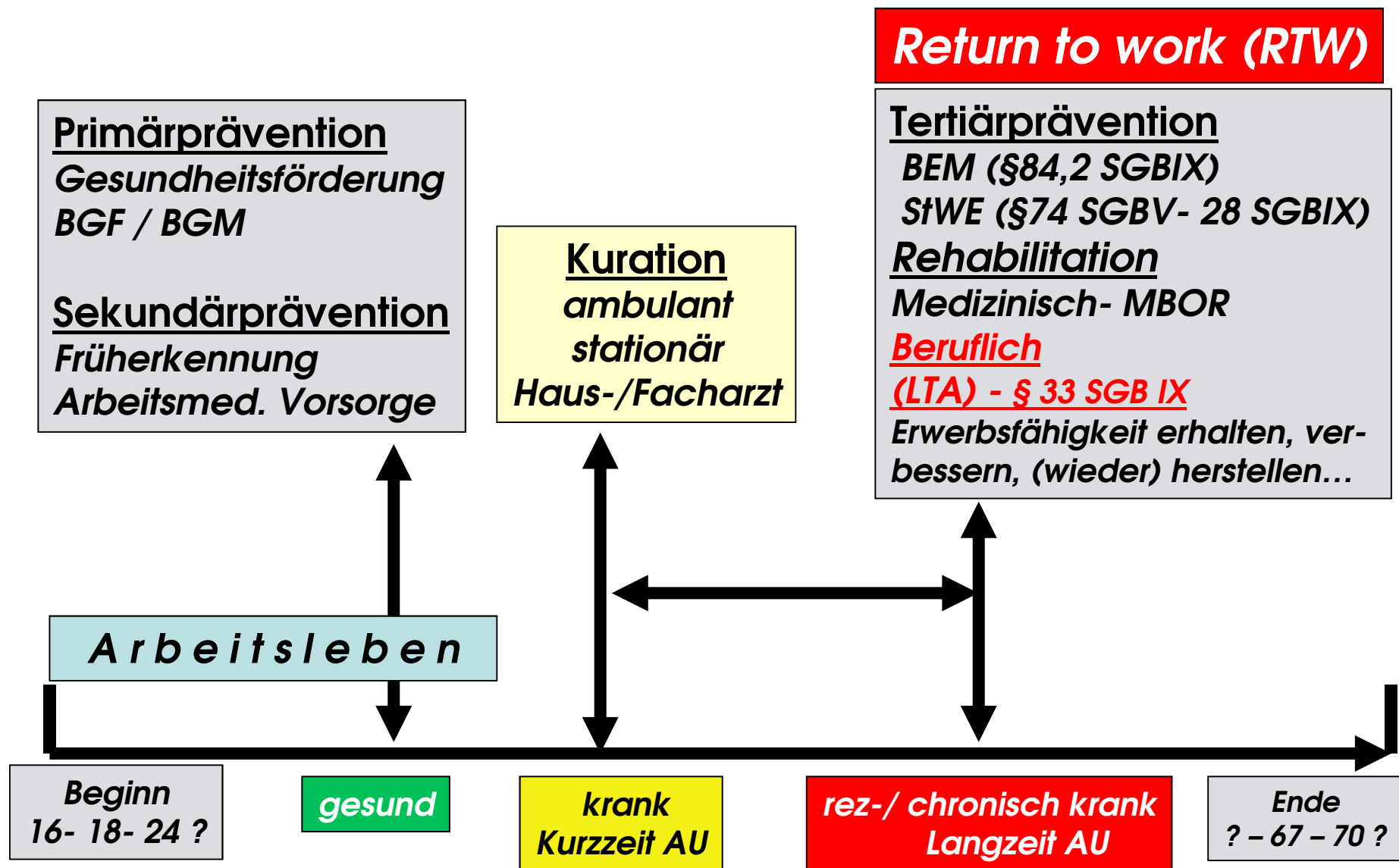
Personenbezogene
Faktoren

Sozial = interpersonale Beziehungen – gesellschaftlicher Kontext

Gesundheit in der „24 / 7 –Stand-By“ Gesellschaft

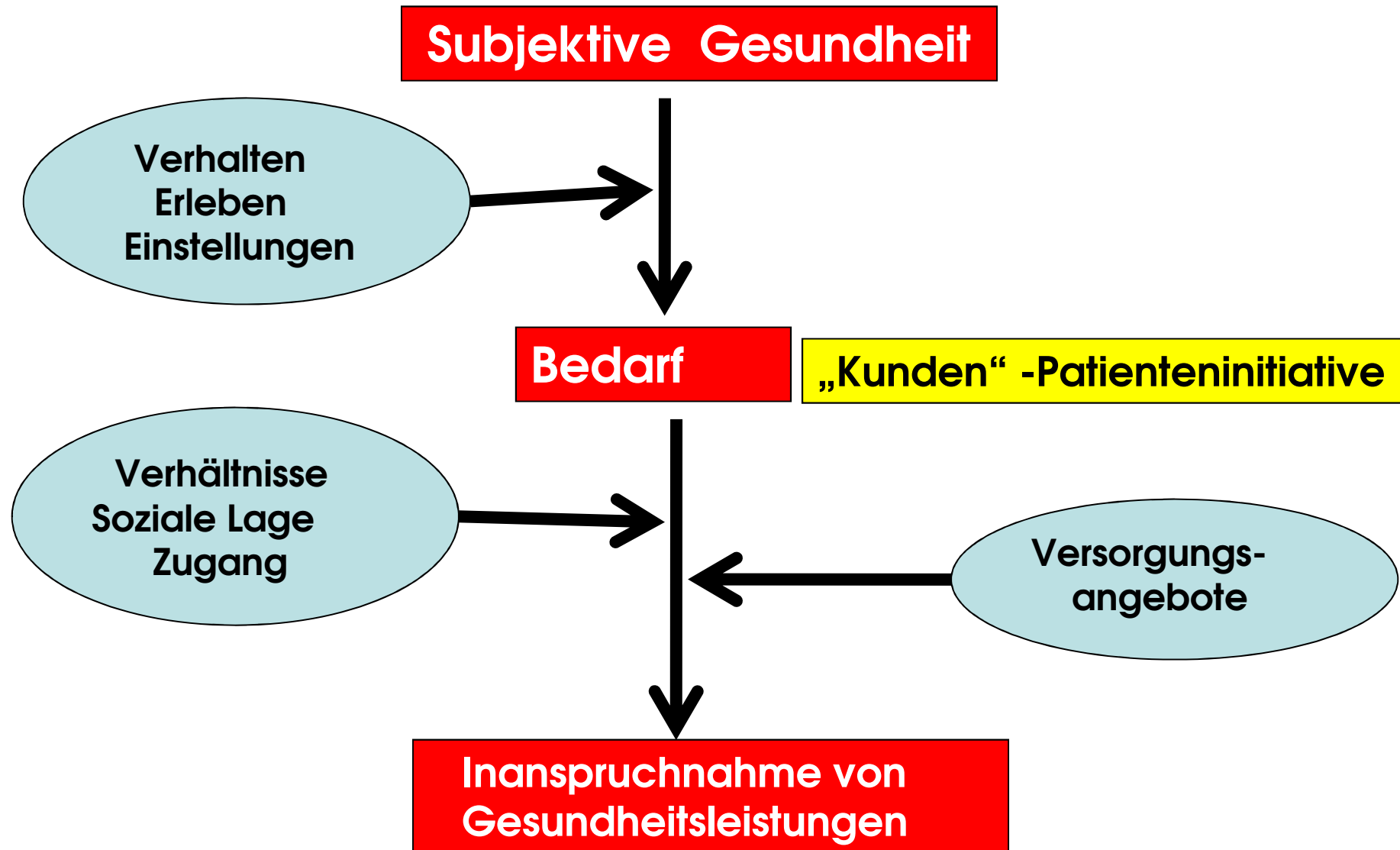


Ausgliederung verhindern – Beschäftigungsfähigkeit erhalten !

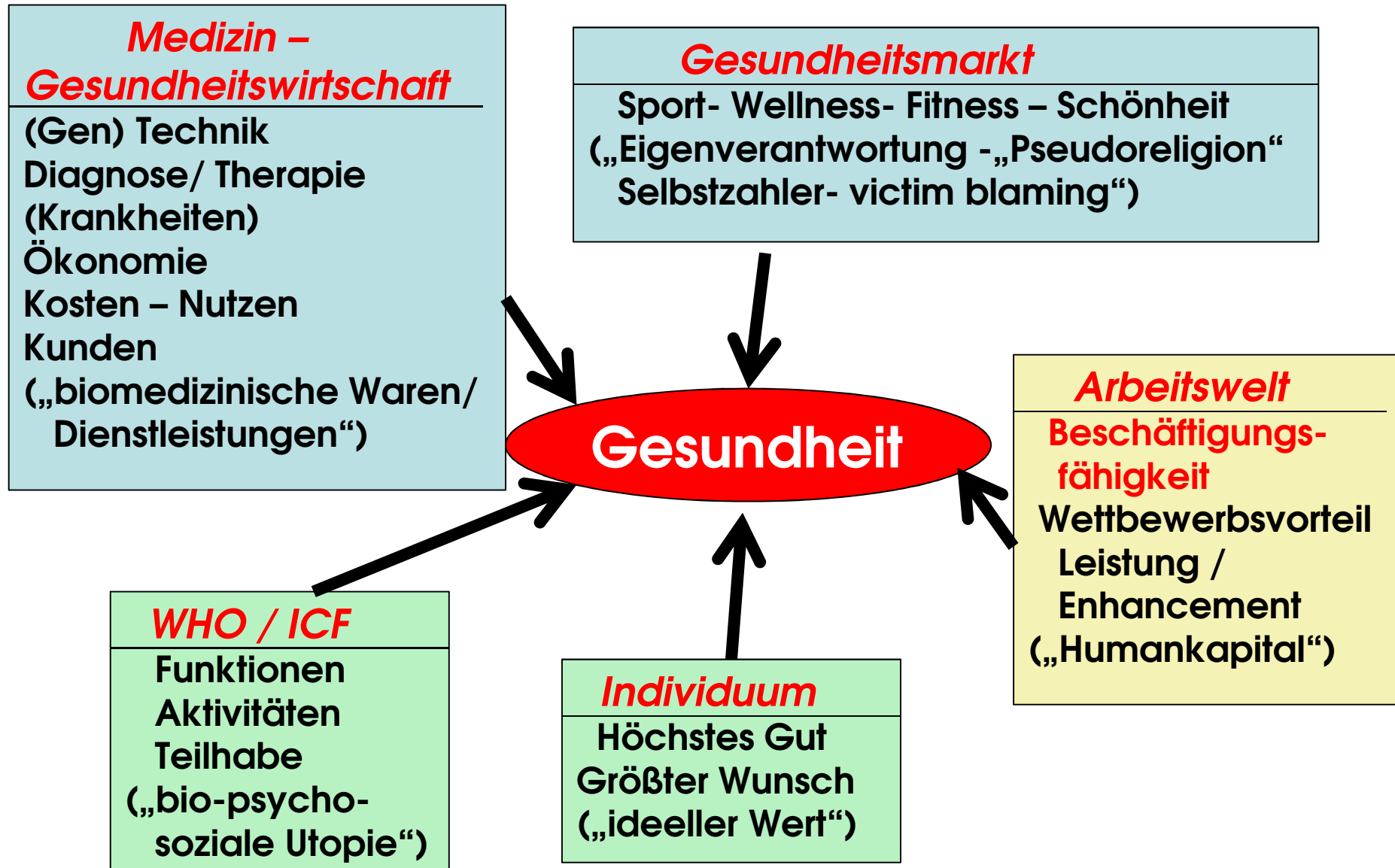


Arbeiten bis 67 - Globaler Wettbewerb – Demografischer Wandel - Fachkräftemangel

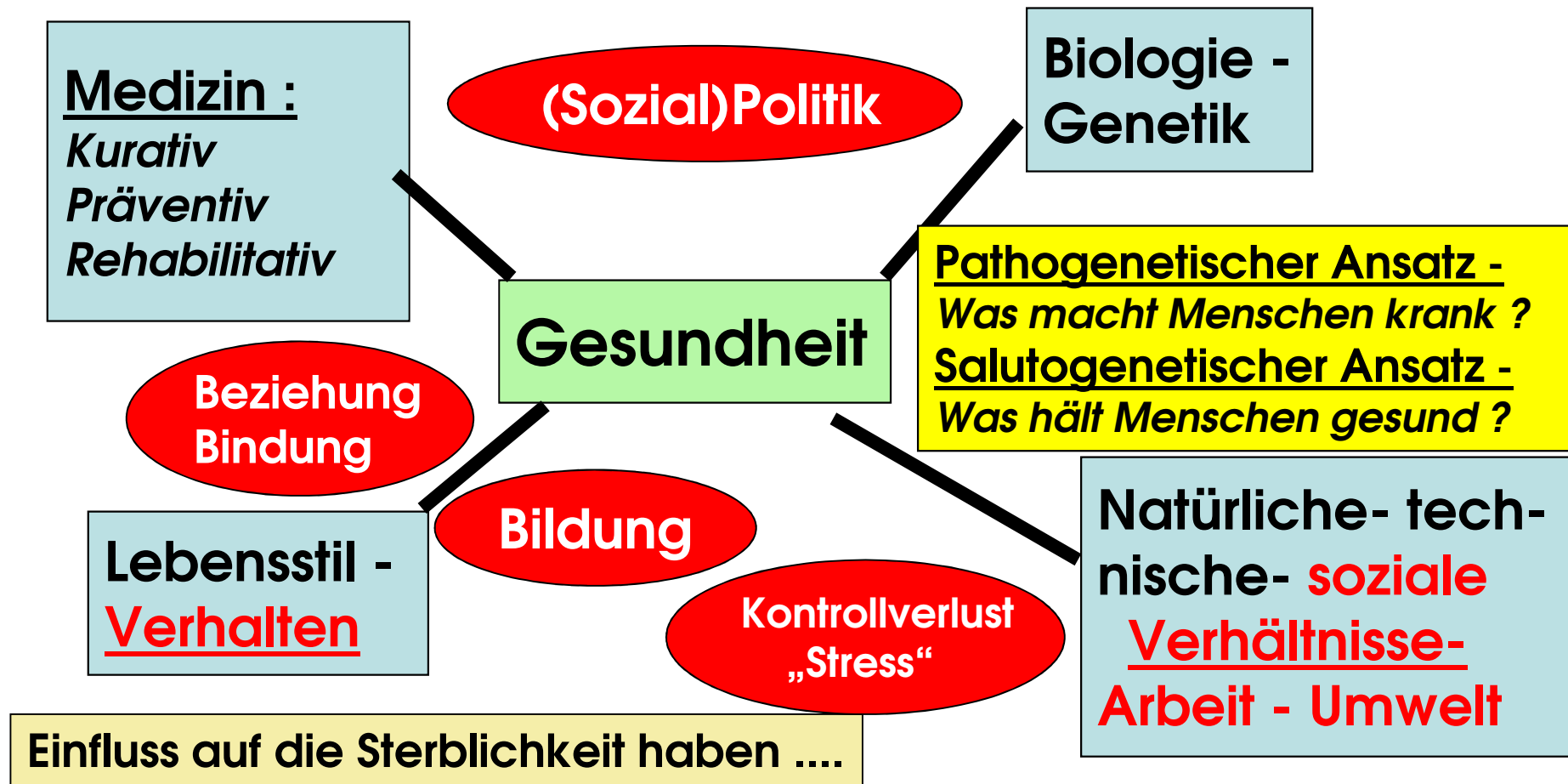
Gesundheit - subjektive Perspektive



Gesundheit - Ware, Wert, Utopie ?



Bio - Psycho - Soziales Gesundheits-/Krankheitsmodell



Schätzungen des CDC - Atlanta, USA :

50% Lebensweise / soziale Umwelt

25% biologische Prädisposition / ökologische Umwelt

15% Gesundheitswesen

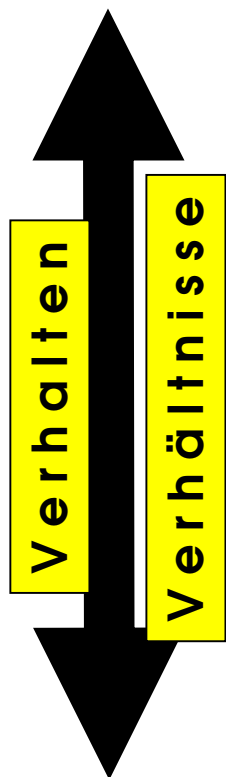
Gesundheit- soziale Dimension – Verhältnisse

Lebenserwartung < 1.500,- € vs. > 4.500,-€ / Monat

m: - 10 / w: - 5 Jahre



Soziale Ungleichheit



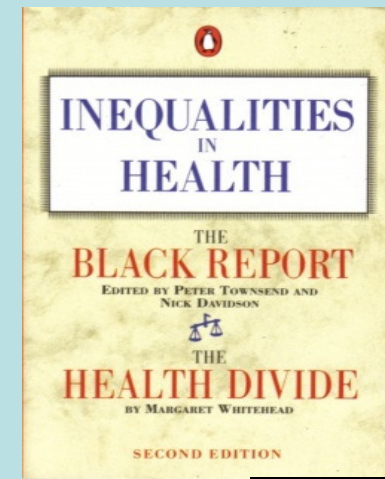
Belastungen (z.B. Arbeitsschwere, Multijobber)

Bildung / Ressourcen

Wohnung / Quartiere

Gesundheitsverhalten / Lebensstil
(z.B. Ernährung, Nikotin, Alkohol)

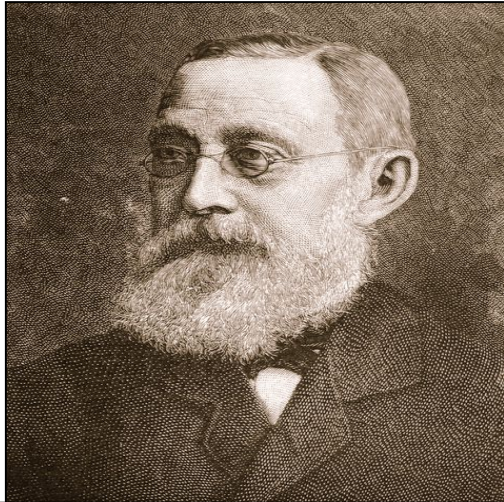
Versorgung (z.B. GKV, PKV, Zugang)



1980

Gesundheitliche Ungleichheit

Gesundheit – soziale Dimension - Sozialmedizin



Rudolf Virchow (1821 -1902)

„Die Medizin ist eine soziale Wissenschaft und die Politik ist weiter nichts als Medizin im Grossen“ ...

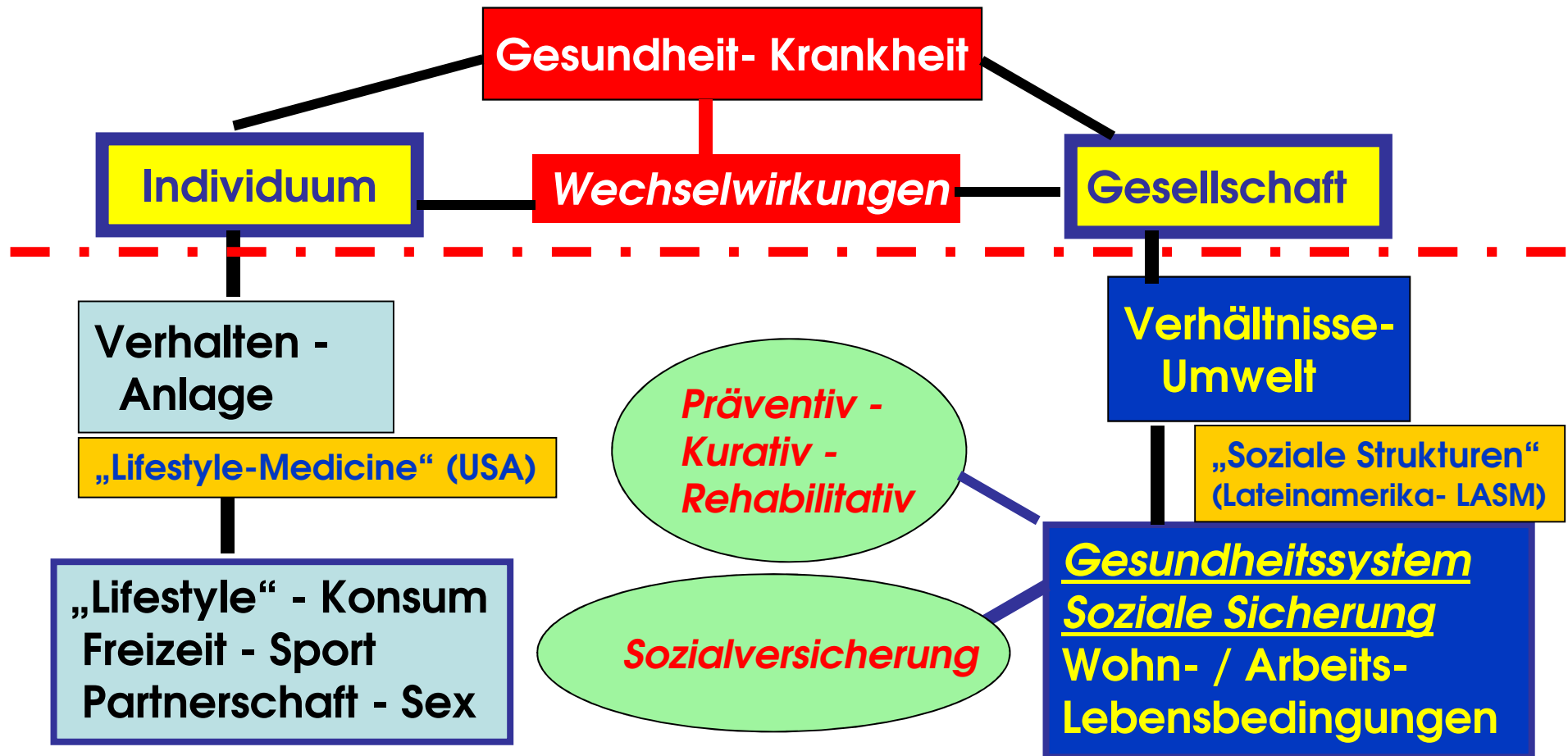
„Vater“ der deutschen Sozialmedizin

?

Virchow – Prinzipien (1848)

1. Gesundheit der Bevölkerung ist ein prioritäres soziales Anliegen !
2. *Soziale und ökonomische Bedingungen* haben bedeutende Auswirkungen auf *Gesundheit* und *Krankheit*, diese sind wissenschaftlich zu untersuchen !
3. *Gesundheitsförderung* und *Krankheitsbekämpfung* muss gleichermaßen sozial und medizinisch erfolgen !

Sozialmedizin -Definition / Gegenstand



Soziale Sicherung in Deutschland

Keine Einheitsversicherung – segmentiert!

Sozialversicherung

Beiträge - lohnabhängig

Krankenversicherung (SGB V)

Rentenversicherung (SGB VI)

Unfallversicherung (SGB VII)

Pflegeversicherung (SGB XI)

Grundsicherung für

Arbeitssuchende (SGB II)

Arbeitsförderung (SGB III)

Rehabilitation (SGB IX)

Sozialhilfe (SGB XII)

Art. 20 GG – demokratischer und sozialer Bundesstaat



Versorgung

Steuermittel

Kompensation
für staatliche
Gesundheitss.-
Haft-/ Kriegs-/
Verbrechens-
opfer ,
Impfschäden

Haushalt

Beamtenversorgung

Beihilfe ~12 Mrd.€
Pensionen ~41 Mrd.€

ALG II , ~ 48 Mrd €

Ca. 7 Mio Schwerbehinderte

1.86 Mio Personen -

Sozialversicherung – ein deutsches Erfolgsmodell

- Inflationen / Währungsreform und 2 Weltkriege überlebt
- durch Teilung Deutschlands unbeschädigt – bei der Wiedervereinigung bewährt
- Verlängerung der Lebenszeit um eine Generation
- drastische Senkung der Unfälle in der Industrie
- Sicherung eines weit hinausgeschobenen Alters



Herausforderungen an den Sozialstaat

- **Demografie / Lebenserwartung / Kinderzahl**
- **Familienstrukturen / Mann als Alleinverdiener**
- **(Sozialversicherungspflichtige) Vollbeschäftigung**
Wandel Arbeitswelt - Globalisierung – Working poor
Arbeitslosigkeit – Armut - Migration - Integration



Sozialversicherung - Merkmale

- > **Pflichtversicherung** (Zugehörigkeit kraft Gesetz)
- > **Versicherungsprinzip** (Leistung gegen Beiträge)
- > **Rechtsanspruch auf Leistung** (Klageweg)
- > **Selbstverwaltung**
- > **Pluralismus** (gegliedertes System - mehrere
Träger - verteilte Risiken)
- > **„Amtsermittlungsprinzip“**
- > **„objektive Beweislast“** beim Versicherten
(kein „in dubio pro aegroto“)

Sozialversicherung - Anspruch u. Alltag

Politikabhängigkeit

Kosten := 1/3 BIP !!

Qualitätssicherung – Evidenzbasierte Steuerung

Renten (GRV)	~ 250 Mrd. €
Kranken (GKV)	~ 176 Mrd. €
Arbeit (BA- SGBIII)	~ 41 Mrd. €
„HartzIV“ –SGBII	~ 48 Mrd. €
Pflege (GPV)	~ 20 Mrd. €
Unfall (GUV)	~ 11 Mrd. €
Sozialhilfe	~ 24 Mrd. €

PKV ~ 20 Mrd. €

Leitbild –“Wettbewerb“:

Fusionen (Grösse)

„kundenorientierte Dienstleister“

245 SV- Träger (01.01.2010)

„Paradoxon“ der SV

wie Unternehmen geführt,
unterliegen staatlicher Aufsicht

Politik:

Reformen- Effektivität-
Effizienz

Gesellschaft:

Demografische Entwicklung

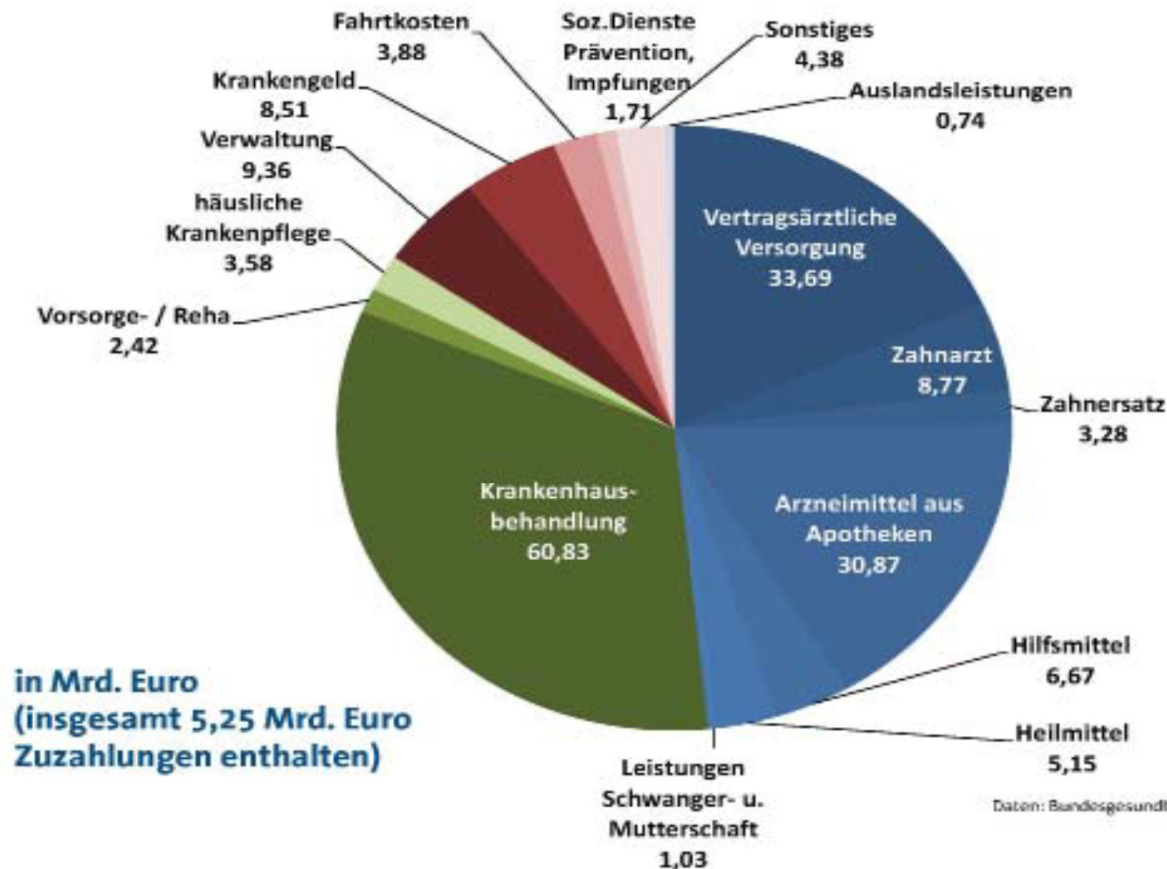
„Geldfresser“ – Wirtschaftsstörer
Lohnnebenkosten - Bürokratie



Dienstleistungsbranche mit
hohen Wachstumsraten
(„Jobmaschine“)

Sozialversicherung - Anspruch u. Alltag

2011 - GKV-Ausgaben 184,86 Mrd. Euro



Staat oder Markt ? – Hauptziele des Sozialstaates

**Vermeidung von Armut, Soziale Gerechtigkeit,
Sicherung sozialer Frieden, Zugang zum Arbeitsmarkt**

Lebensrisiken	Kollektiv - Sozialvers. <small>Staat</small>	Individual - Privatwirts. <small>Markt</small>
Krankheit	GKV	PKV
Invalidität - Alter- Tod	GRV	Leben- BUZ - V
Arbeitsunfall- Berufskrankheit	GUV	private UV
Pflege- bedürftigkeit	GPV	private PV

**Grundproblematik in Zeiten „knapper Finanzen“
*Wieviel soll eine Gesellschaft - was kann der Einzelne tragen ??***

Lebensrisiko - Krankheit

- ▶ **GKV: arbeitsweltbezogene Finanzierung (Lohnanteile)**
– **arbeitsweltferne Versorgung (Konvergenzproblem)**
- ▶ flächendeckende Versorgung – qualitativ hochwertig
- ▶ immer noch umfassender Leistungskatalog
- ▶ kurze Wartezeiten

- 70 Mio ---> GKV --- ~ 141 GKK 1.1.2012 1970: 1.815 KK

48% Mitglieder / 24% Rentner / 28% Familienangehörige

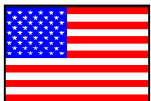
~ 9 Mio ---> (voll) PKV --- ~ 40 Unternehmen

48% Beamte / 18% Selbstständige / 13% Angestellte

~ 22,5 Mio ---> Zusatz-PKV

~ ?? ---> ohne Versicherung

~ 90 % der Bevölkerung - GKV-erfasst



~ 40 Mio ohne KV Schutz
~ 15,8% der Bevölkerung

Krankheit - Definitionen ...

Störung körperliches, seelisches, soziales Wohlbefinden ?

...ist Leben unter veränderten Bedingungen (Rudolf Virchow)

Medizinisch

jeder regelwidrige Körper - und
Geisteszustand (Normbezug)



+

Juristisch

Krankheitswert : - klinisch manifest
- Funktionsstörung
- Besonderheiten für Rechtsgebiete

Krankheit - Definitionen ...

...regelwidriger Körper-/ Geisteszustand ...

+

Leistungsvoraussetzung

GKV



- Behandlungsbedürftigkeit und / oder
Arbeitsunfähigkeit *(BSG- Rechtsprechung)*

GRV



Erhebliche Gefährdung / Minderung der
Erwerbsfähigkeit *(Schwere – Dauer - > 6 Monate)*

GUV



Zustand kausal durch versicherte Tätigkeit
(mit)bedingt – Arbeitsunfall / Berufskrankheit



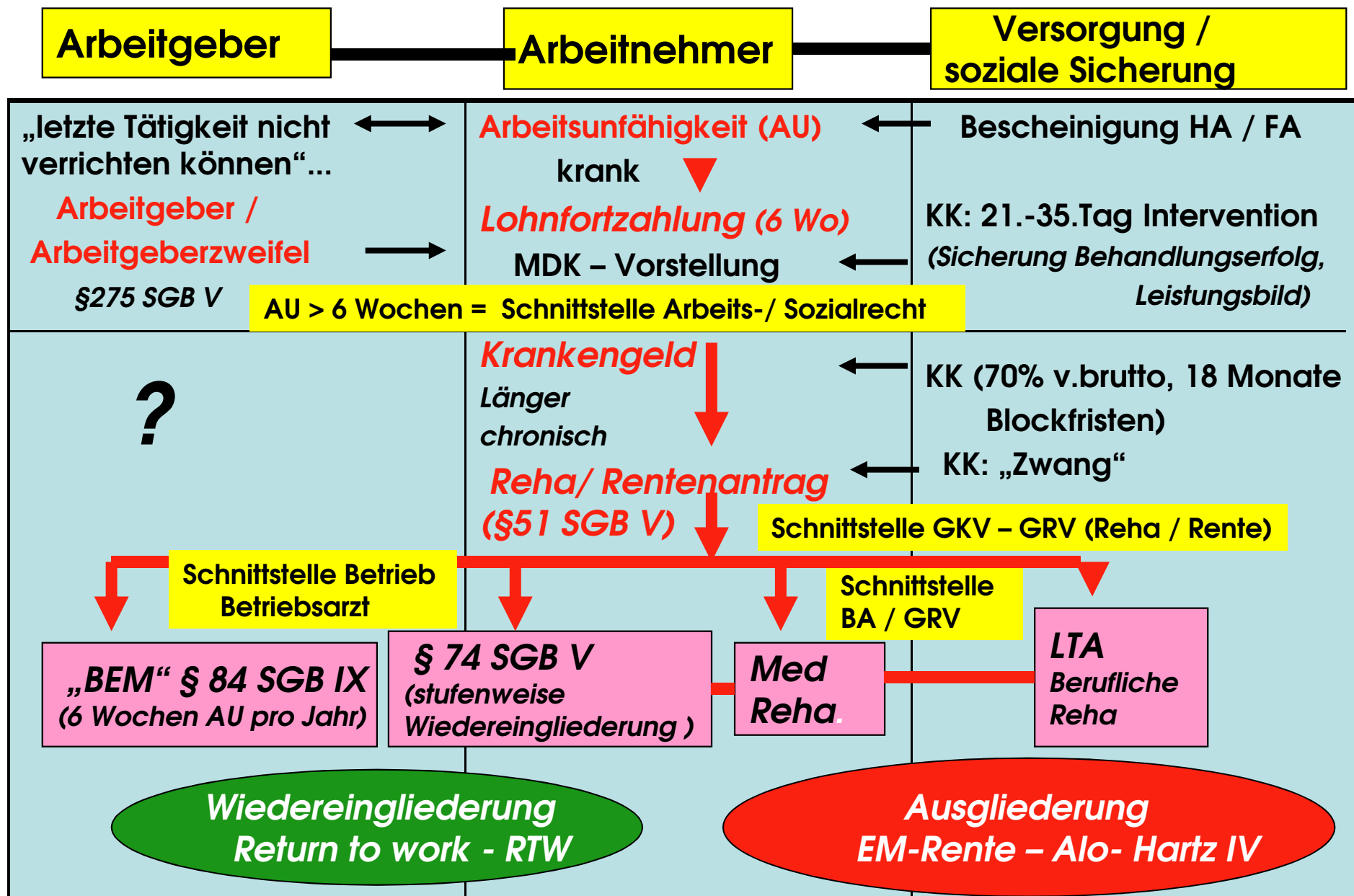
Lebensrisiko Krankheit

PKV (voll)

GKV

Beitrag	Risikoprinzip Alter/Geschlecht „Unisex-Urteil“ Leistung – Krankheiten <i>(Psychotherapie?- Reha?)</i> jede Person: extra	Solidarprinzip Prozentualer Lohnanteil <i>Familienversicherung</i> (Partner/ Kinder mitversichert) kein Krankheitsausschluß
Selbstbehalt	~ 40 Unternehmen, „Fangprämie“ ~ 300 – 1.500,- €	~ 160 Krankenkassen Wahltarife: 300- 720,- €
Versicherte	>4.050,- € / Monat (Beamte- Selbst.) - <i>Kündigung / Wechsel ?</i> <i>Altersrückstellung ? (ab 1.1.09)</i> <i>Patientensicherheit ?</i>	< 4.050,-€ / Monat / freiwillige Vers. – Kündigung Evidence- based- Medicine (RCT) - „Zulassungshürden“
Bezahlung	Arztrechnung an Pat. <i>Kürzungen ! (Transparenz ?)</i>	Chipkarte- Abrechnung mit KK via KV
Arztwahl	frei	Vertragsarzt - Praxisgebühr
Klinik	frei, ggfs. Chefarzt Ein- / Zweibettzimmer	Einweisung durch Arzt Mehrbett (10,-€ bis 28.T)
Ausland	in Europa, sonst 1.Monat	teilweise in EU, CH, N, ICE

Lebensrisiko Krankheit - soziale Sicherung



Arbeitsunfähigkeit (BSG) (G-BA)	Zuletzt verrichtete Tätigkeit krankheitsbedingt nicht mehr oder nur auf Kosten der Gesundheit ausüben können (<i>Defizit orientiert</i>) (ICF-: Aktivitäts- / Teilhabestörung)
Arbeitsfähigkeit (Arbeitsmedizin Public health)	Summe der Faktoren, die Menschen in die Lage versetzt, gestellte Arbeitsaufgaben erfolgreich zu bewältigen (<i>Ilmarinen</i> – WAI – Konzept)
Beschäftigungs- fähigkeit (Politik)	dauerhafte aktive Teilhabe am wirtschaftlichen Leben (individuell / Unternehmen)
Erwerbsfähigkeit (SGB II)	Leichte Tätigkeiten mindestens 3 Stunden pro Tag an 5 Tagen in der Woche ausüben können
Erwerbsminderung (SGB VI)	teilweise: 3-6 Std. erwerbstätig volle: < 3 Std. erwerbstätig

Sozialmedizinisches Management - Hausarzt

„Weichensteller“



Krankheit - Bewältigung

weiteres Berufsleben

**Soziale Lage -
(Familie - Privatleben)**

Arbeitsunfähigkeit (AU) - Bescheinigung (1)

... = der Versicherte kann aufgrund von Krankheit seine zuletzt ausgeübte Tätigkeit nicht mehr oder nur unter der Gefahr der Verschlimmerung der Erkrankung verrichten...

Rechtliche Grundlagen

AU – Richtlinien des Gemeinsamen
Bundesausschuß (G-BA) (nach § 92 SGBV von 2006)
Voraussetzung: Krankengeldbezug /
Entgeltfortzahlung
Vorlage Arbeitgeber: meist ab 3. Tag

„Player“

Vertragsarzt (Haus/Facharzt)
Krankenkasse - MDK
(*nicht* Arbeitgeber oder Arbeitsmediziner)

~ 250 Mio AU –Bescheinigungen an ~ 3,3 Mio Arbeitgeber / Jahr

Arbeitsunfähigkeit (AU) – Bescheinigung (2)

- ▶ Bescheinigung auf Vordruck
- ▶ Diagnose(n) eintragen, die AU begründen
- ▶ Symptome (z.B. Fieber / Übelkeit) nach spätestens 7 Tagen durch Diagnose/Verdachtsdiagnose ersetzen
- ▶ keine Rückdatierung (ausnahmsweise nur bis zu 2 Tagen)
- ▶ arbeitsplatzbezogene Probleme bei AU der Krankenkasse mitteilen (§ 5 Abs.2 AU- Richtlinie) ebenso Verdacht auf Arbeitsunfall/ BK

Arbeitsunfähigkeit (AU) – Bewertungskriterien (1)

Bezug : konkrete zuletzt ausgeübte Tätigkeit

- ▶ Abgleich Fähigkeiten (krankheitsbedingte Leistungsminderung) versus Anforderungsprofil konkreter Arbeitsplatz („Matching“)
(„Befragung“ des Versicherten – unsystematisch
„Erfahrungswerte“ – „Bauchentscheidungen“)
- ▶ „Alles oder Nichts“ – Prinzip (keine Teil- AU in der GKV)
- ▶ Feststellung nur aufgrund ärztlicher Untersuchung
(„keine virtuelle AU“)

(kurze) Berufs- / Sozialanamnese absolute Pflicht
(Anspruch und Wirklichkeit ?)

Arbeitsunfähigkeit (AU) - Bewertungskriterien (2)

Erkrankung

Leistungs- beurteilung

Ergebnis

akut – entzündlich fieberhaft Erkrankung / Unfall / Operation	Leistungsvermögen vorübergehend eingeschränkt	AU – Kurzzeit Anforderungsprofil nicht wesentlich
lokalisierter Schaden Leichtere Befindlich- keitsstörung einzelnes chronisches Leiden	Tätigkeitsrelevante Aktivitäten ?	AU – Nicht AU ?
Chronische Leiden Maligne Erkrankungen Unfall / Op Folgen	Strukturelle / funktionelle Schädigungen Aktivitäts - / Teilhabe Störung ?	AU ? Ggfs. erhebliche Gefährdung / Minderung der Erwerbsfähigkeit ? med. Reha / LTA ?

Arbeitsunfähigkeit (AU) - Bewertungskriterien (3)

Kategorie

Bezug

Beschäftigte	letzte konkrete Tätigkeit
Beschäftigte, die Arbeits- Platz während AU verloren haben	<u>Un-/Angelernte:</u> zuletzt verrichtete oder ähnliche Tätigkeit <u>Ausbildungsberuf:</u> Anforderungen des abstrakten Ausbildungsberufes, ggfs. Leistungsbild
Arbeitslose (SGB III)	leichte Arbeiten für die sie sich zur Verfügung gestellt haben
Erwerbsfähige Hilfebedürftige („Hartz IV“ – SGB II)	3 Std / pro Tag (5 Tage) leichte Tätigkeit ?

„Gesund und krank“ in der Arbeitswelt

krank medizinisch	krank sozialrechtlich	z.B.
ja (path. Befunde)	ja (AU)	<i>„echte Krankheit“ (akut – rez. – Unfall)</i>
nein (keine path.Befunde)	ja (AU)	<i>subjektives Befinden „Blaumacher“ soziale Probleme Arbeitsplatzproblem</i>
ja (path. Befunde)	nein (nicht AU)	<i>(chronisch) krank mit leidensgerechtem Arbeitsplatz - krank bei nicht leidens- gerechter Arbeit Präsentismus</i>
nein (keine path. Befunde)	nein (nicht AU)	<i>„gesunde“ (nicht untersuchte)</i>
„krank ist nicht gleich krank“ !		

Arbeitsunfähigkeit (AU) - Problemlagen

Vertragsärzte	wichtige Rolle , aber ... „Überforderung“ ? arbeits-/sozialmedizinische Kenntnisse ? Interessenskonflikte ?
Arbeitnehmer	Mißbrauch ?
Krankenkasse/ Versorgungs- / Gesundheitssystem	Arbeitsweltferne ? gegliedertes System Schnittstellenmanagement ? „zu krank für die Arbeit, zu gesund für die Rente“ ?
Gesellschaft	„Medikalisierung“ sozialer Probleme

Langzeitarbeitsunfähigkeit - „Return to work“ ?

Instrument

Inhalt

§ 74 SGB V „stufenweise Wiedereingliederung“ §28 SGB IX	<ul style="list-style-type: none">→ AU- Status des Vers.→ Zeitraum maximal 6 Monate→ Einverständnis des Vers.→ Kooperation: Vertragsarzt, Vers., MDK, Krankenkasse, Arbeitgeber, Betriebsarzt, Betriebsrat
§ 51 SGB V	<ul style="list-style-type: none">→ Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet / gemindert ?→ “10 Wochen Frist“ durch KK→ “Zwang zur Reha (med./LTA), sonst Krankengeldverlust→ “Umdeutung“ in Rentenanspruch (§116 SGB VI)
§ 84 Abs.2 SGB IX Betriebliches Eingliederungs- Management (BEM)	<ul style="list-style-type: none">→ 6 Wochen (kumulativ oder am Stück) au pro Jahr = Arbeitgeberverpflichtung für ein BEM

Krankenstand – Indikator für Gesundheit ?

Krankenstand =
Anzahl der kranken
Beschäftigten an allen
Beschäftigten an
Stichtag/Bezugsperiode

Arbeitsunfähigkeit = temporärer Absentismus

Präsentismus = Anwesenheit trotz Krankheit

Individuum

Arbeitsplatz

System – Politik –Versorgung

Krankheit Befunde ICF- orientiert	Konkrete Bedingungen (Schwere, Dauer) Belastungen Arbeitsorganisation	Wirtschaftslage Arbeitsmarkt
Psychosoziale Lage (Familie / Partnerschaft) <i>Subjektive</i> <i>Erwerbsprognose</i>	Unternehmenskultur Konflikte / Ängste Beruflicher Status	Sozialgesetze
Persönlichkeitsstruktur	Führungsverhalten Betriebsklima Arbeitszufriedenheit	Arzt (Ausbildung – Zeit- Persönlichkeit- Ökonomie)

Lebensrisiko Krankheit - Versorgung

- ambulant - niedergelassene Ärzte (~ 141.500)
 - stationär - Ärzte in Akut Kliniken (~ 164.000)
 - ÖGD - Gesundheitsamt - Behörden (~ 28.500)
 - Reha- Einrichtungen (~ 1.270 KI- 175.000 Betten)
- (Mischformen: Tagesklinik, Gesundheitszentren, stat. / ambulant, Belegarztsystem, Praxisklinik)

> 4,6 Mio
Beschäftigte

Experten-
System

Ökonomisierung („Bürokratisierung“)

~ 334.000 (aktive) Ärzte
~ 439.000 Gesamtzahl

- „Gesundheitsberufe“ (Physiotherapie - Ergotherapie- Logopädie)
 - „**Neue Gesundheitsberufe**“ (**Ärztemangel**)
 - OTA/ CTA: *operationstechnischer /chirurgisch- technischer Assistent*
 - PA: *Physician Assistant (Bachelorstudium- private FH)*
 - psychologische Psychotherapeuten /Apotheker
 - Heilpraktiker / „Wunderheiler“
- ~ 303.000 Pflegekräfte (Kliniken)

Akademisierung

- organisierte Selbsthilfe (Selbsthilfegruppen) - Patientenverbände
- Selbstbehandlung

Patientenbeteiligung -Eigenverantwortung

~ 70.000 SH- Gruppen

Laien- System

Versorgungssystem - Determinanten

Politikziel :

Qualität und Wirtschaftlichkeit optimieren !

**Demografische
Entwicklung**



Langlebigkeit - Geburtenrückgang
„Singularisierung – Feminisierung“
Chronische Leiden -Pflegebedürftigkeit
Lebensarbeitszeit- Beschäftigungsfähigkeit
Arbeitsbezug von Prävention /Kuration / Reha
(neue)Migration - Versorgungsangebote

**Technischer /
Medizinischer
Fortschritt**



Gesundheitswirtschaft –Medizintechnik
Vernetzung (Telemedizin)
„Markt – Politik – Ethik“
(Evidenzpostulat –Leitlinien – QM)

**Finanzierung /
Organisations**



Wirtschaftslage – Sicherungssysteme
Ressourcen - („ambulant > stationär“ –
integrierte Versorgung – disease/case
management)
informierter Patient („doc internet“)
„ soziale Ungleichheit“ (**Rationierung**)

Gesundheitssystem - ambulante Versorgung

Durchschnittliches Bruttoeinkommen : ~120.000,-€ /Jahr (grosse Schwankungen)

- *Sicherstellung der Versorgung = Aufgabe der KV !*
- Niederlassungsfreiheit (Grundgesetz)
- Bedarfsplanung / Zulassungsbeschränkung (Vertragsarzt)
(~ 395 KV Planungsbezirke - *Ärztemangel*)
- freie Arztwahl (Vertragsärzte ?)
- Selektivverträge (Hausarztverträge mit KK)
- haus-/ fachärztliche Versorgung (doppelte FA-Schiene)
- differenzierte Vergütung:

GKV	- Pauschalen
andere SV	- Einzelleistung
PKV	- GOÄ

Primärärztliche Versorgung – internationaler Vergleich

Erhebung (telefonisch- online- schriftlich) - zeitgleiche Zufallsstichprobe (n> 10.300) –
AUS/CAN/NZ/USA/UK/F/D/N/S/I/NL - Commonwealth Fund (CWF)



Wesentliche Ergebnisse aus 2009

- hohe subjektive Unzufriedenheit mit eigener Tätigkeit und System
- ~ 250 Patientenkontakte/Woche (Median) (doppelt so viele wie in anderen Ländern)
- Arbeitszeit: ~ 50 Std/ Woche (Median)
- Zeit pro Patient : ~ 9,1 Minuten (Median)
- Ärztemangel wird nicht beklagt !

Gesundheitssystem - Stationäre Versorgung

- ***Sicherstellungsauftrag der Bundesländer !***
- staatliche KH- Planung (Bedarfsplan)
- duale Finanzierung (Investitionen / laufende Kosten)
- freie Krankenhauswahl der Versicherten (Umgebung)
- Krankenhaus individuelle Budgetverhandlungen
- Versorgungsaufträge und – verträge
- differente Träger: öffentlich, freigemeinnützlich, privat
- Basis /Grundversorgung (bis 200 Betten)/Regel- /Schwerpunktversorgung (200-500 Betten) / Zentral- /Maximalversorgung (> 500 Betten)
- Allgemeine Krankenhäuser (nicht nur psychiatrisch) - sonstige Krankenhäuser (Psychiatrie/ Neurologie) - Vorsorge-/ Rehaeinrichtungen