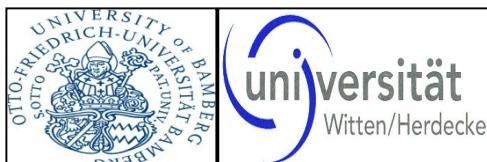
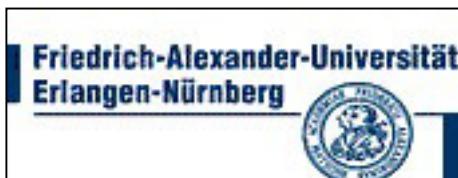


# **Gesundheit und Krankheit im System der sozialen Sicherung und Versorgung -**

**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](mailto: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 !

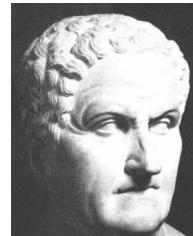


Hauptsache gesund !  
Egal ob Mädchen oder Junge

Repräsentative Befragung ,2006 – (n= 4.800)

## Gesundheit...

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



## Medizin (Galen 129 – 199 n Chr.)

= Lehre von der Gesundheit

## Medizin (Gegenwart)

= Lehre von den Krankheiten

(Ökonomie, Technik ,Biologie / Genetik )

Elmar Brähler et al., Uni Leipzig

## **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)



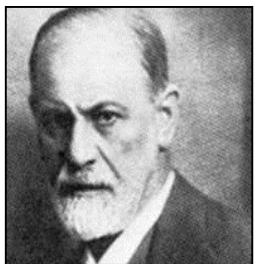
## 1. bio-psycho-soziale Dimension – utopisch- statisch ?

... 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 ?

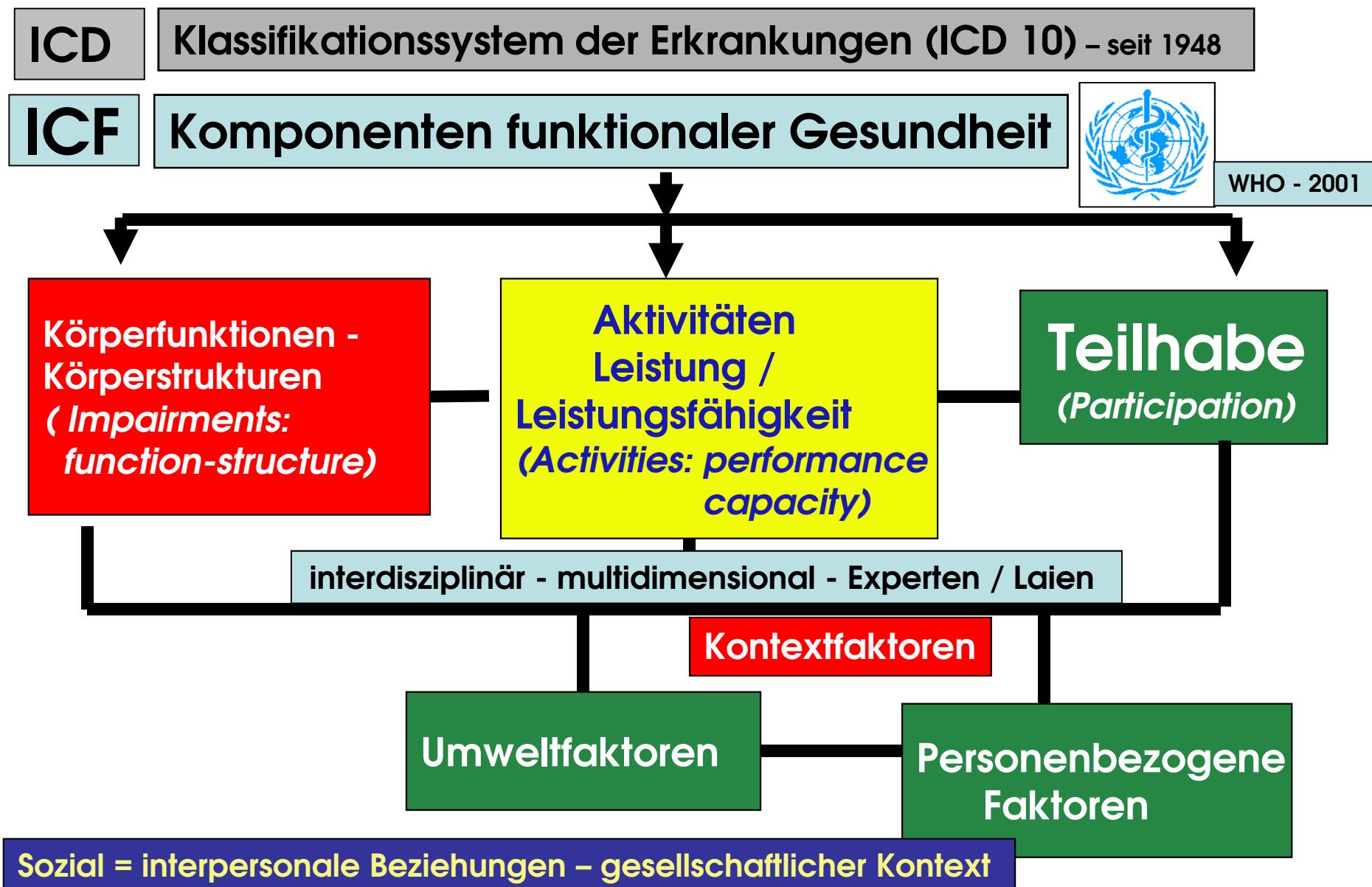


Sigmund  
Freud  
(1856 - 1939)

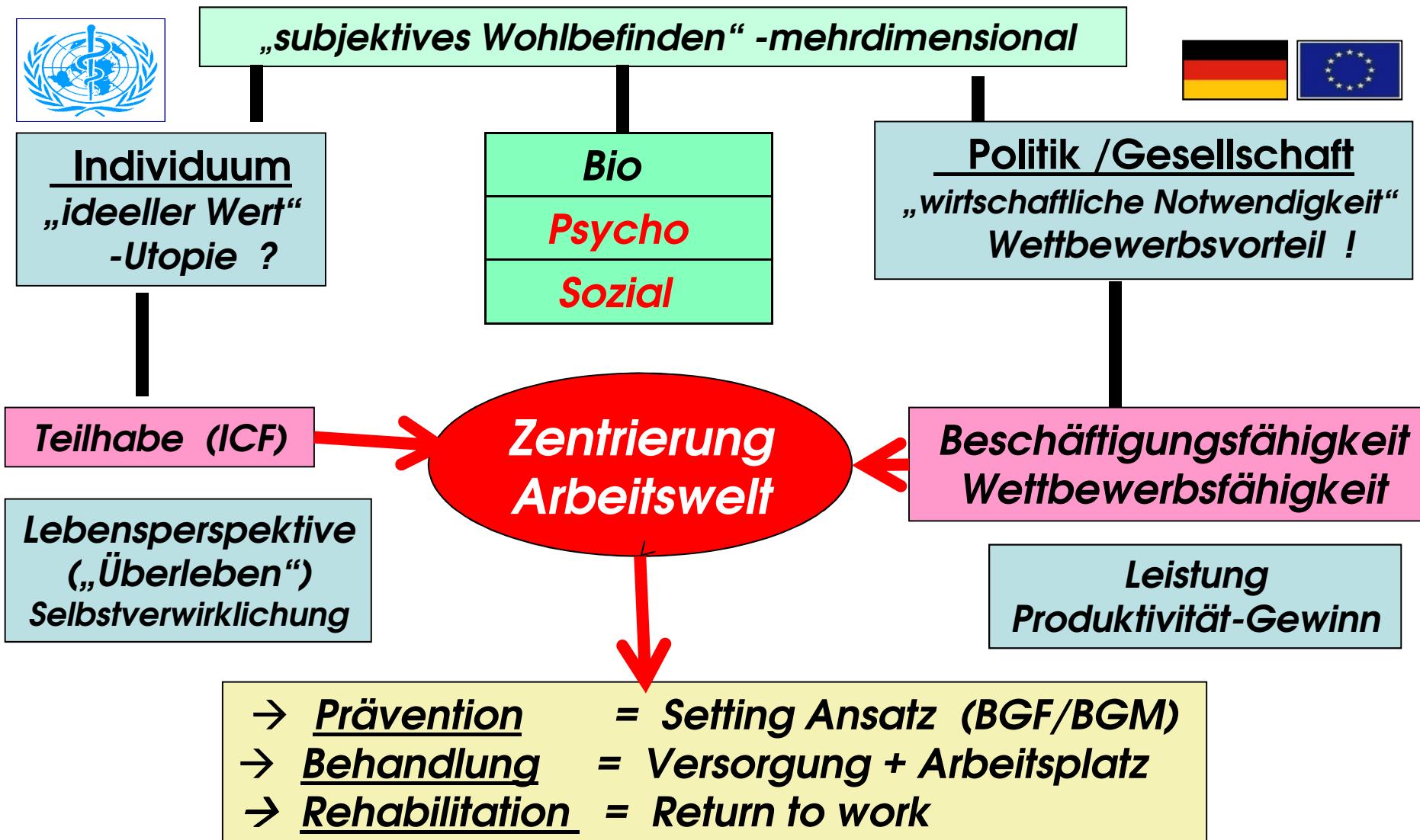


**Gesundheit = lieben und arbeiten können**

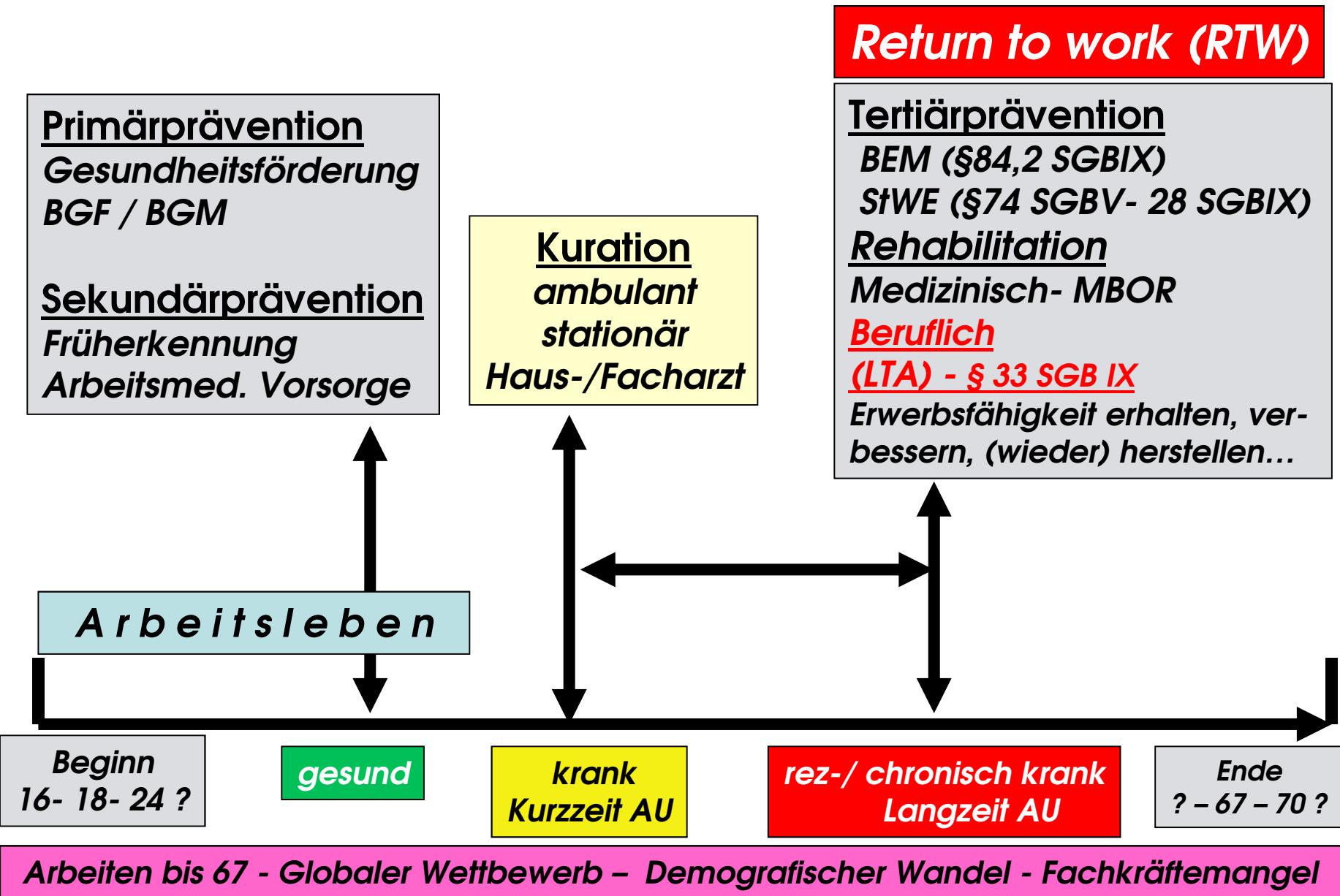
# Bio –Psycho-Soziales- Gesundheits- /Krankheitsmodell



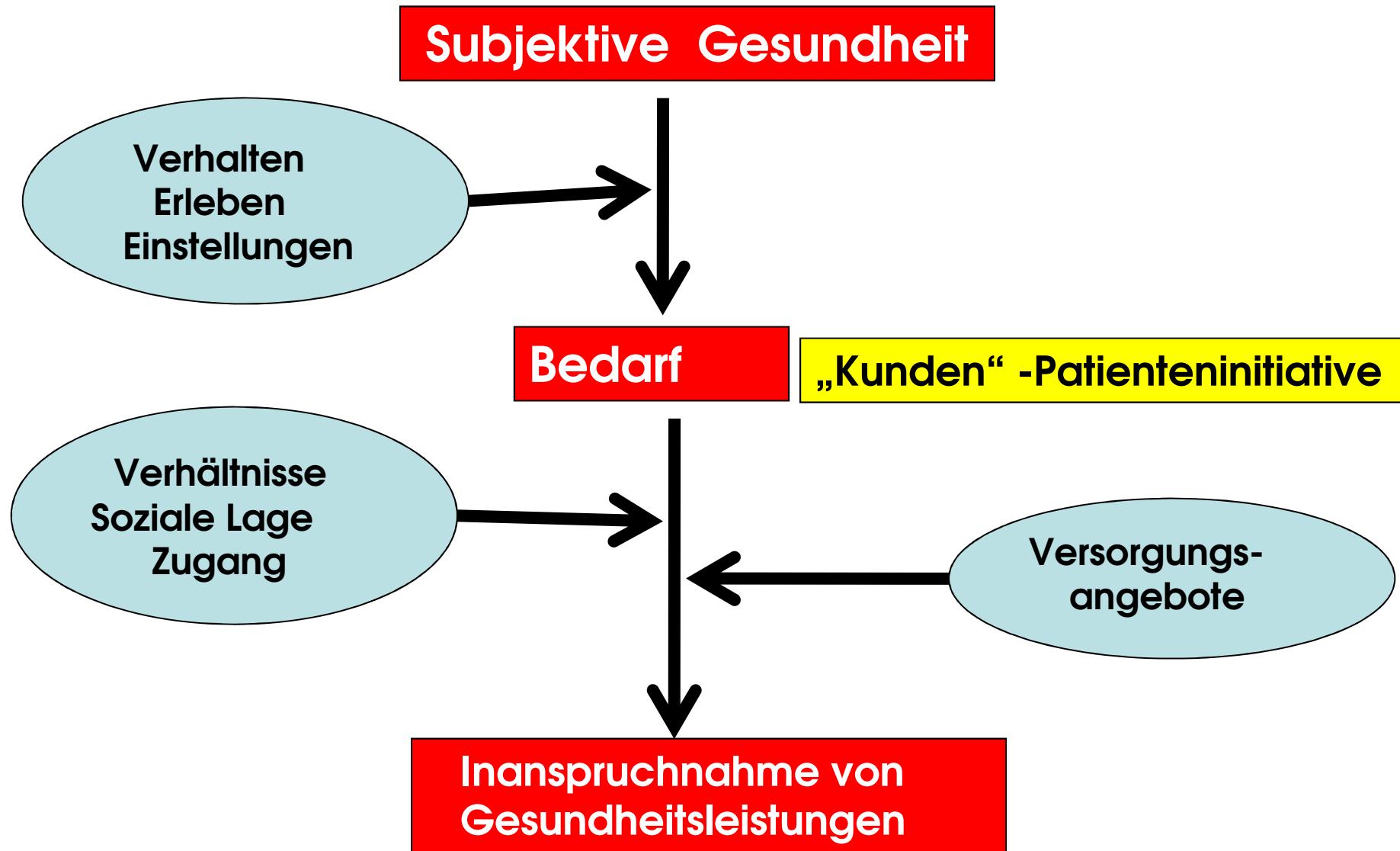
# Gesundheit in der „24 / 7 –Stand-By“ Gesellschaft



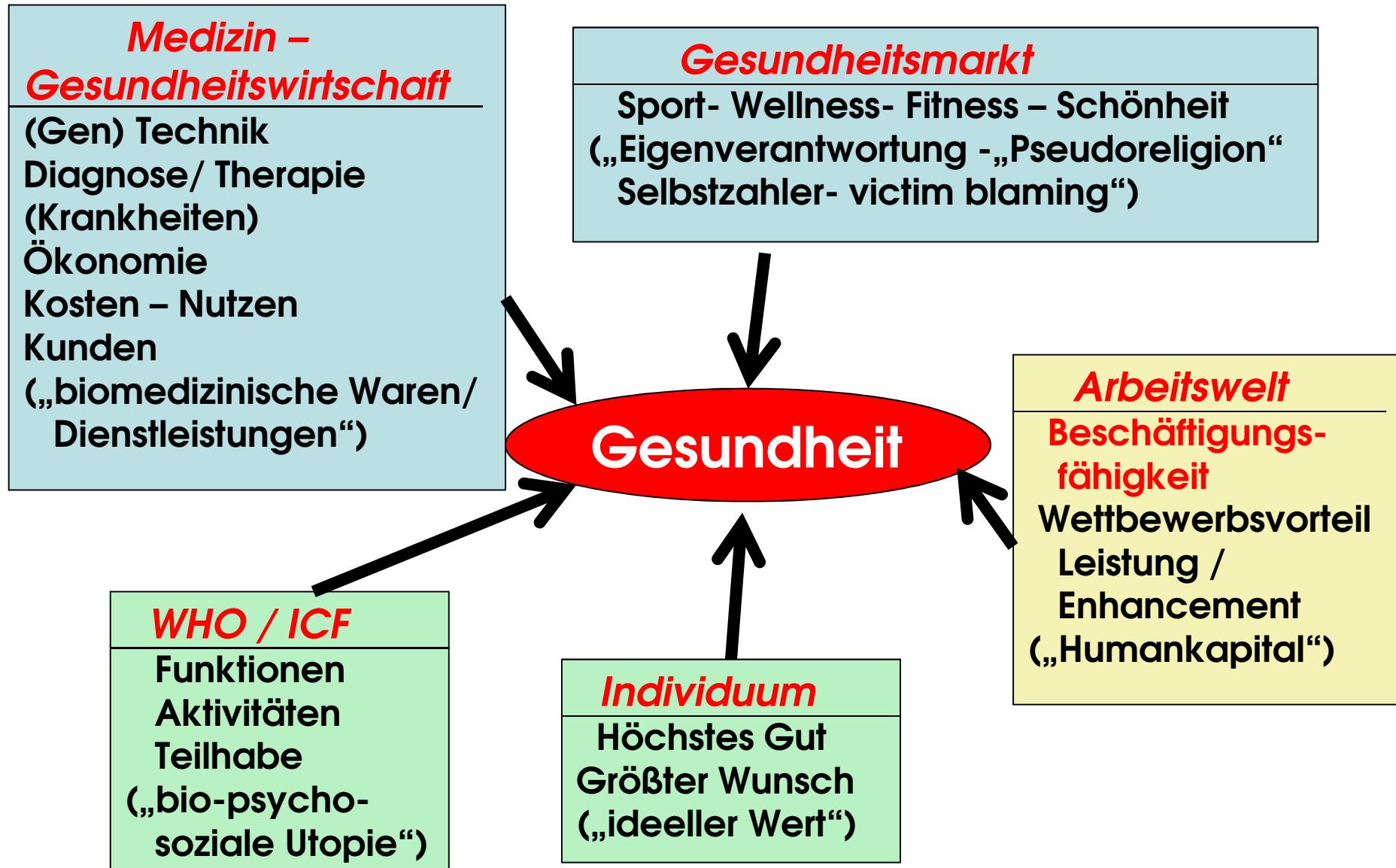
# Ausgliederung verhindern – Beschäftigungsfähigkeit erhalten !



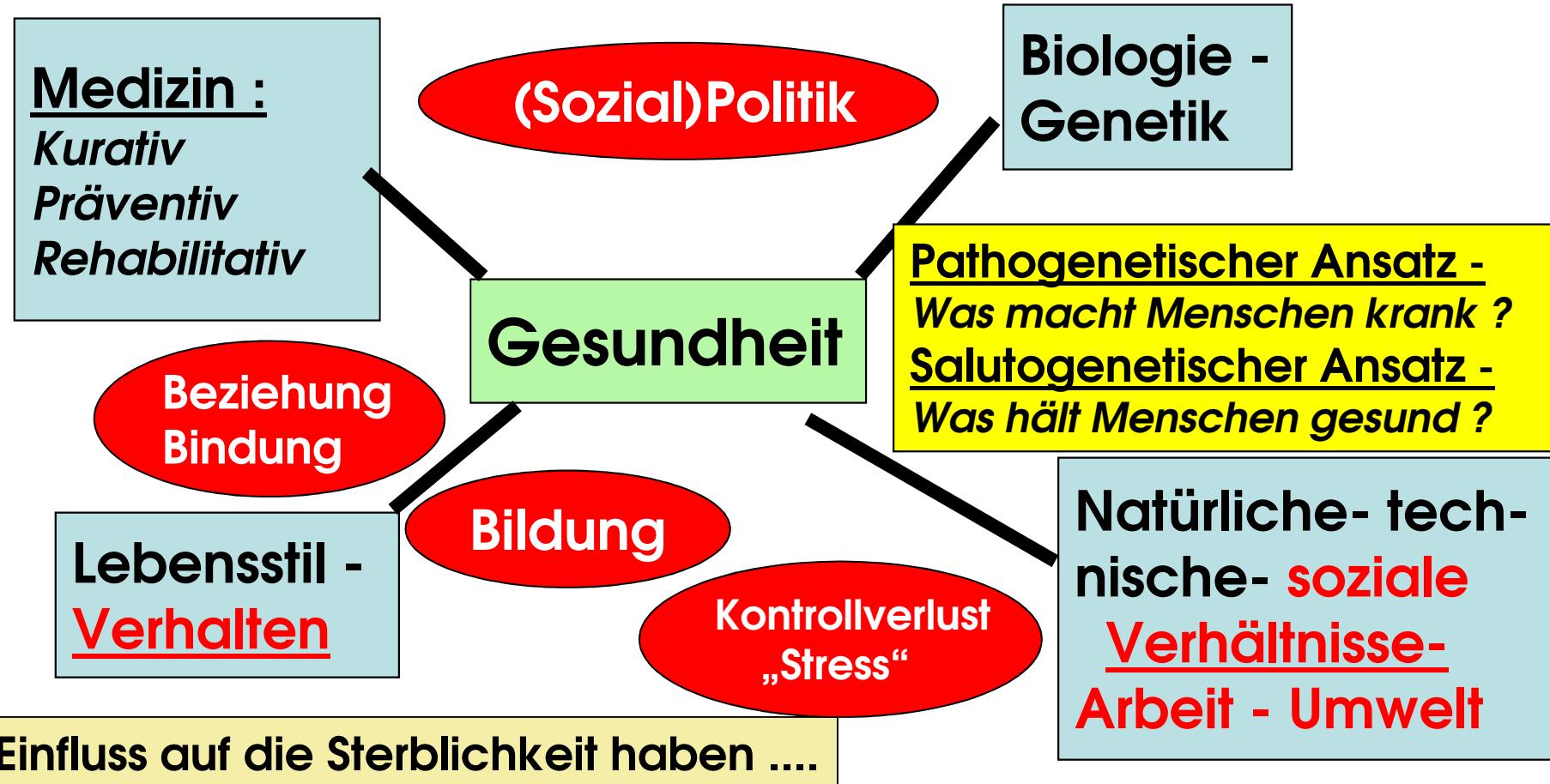
# Gesundheit - subjektive Perspektive



# 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

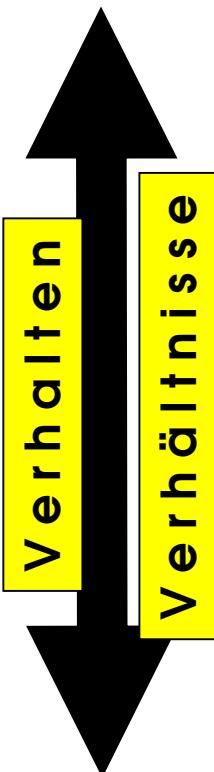
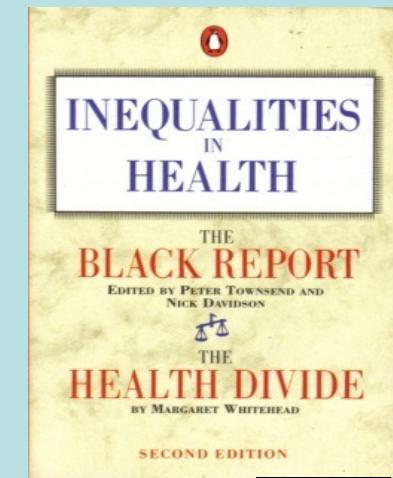
Belastungen (z.B. Arbeitsschwere, Multijobber)

Bildung / Ressourcen

Wohnung / Quartiere

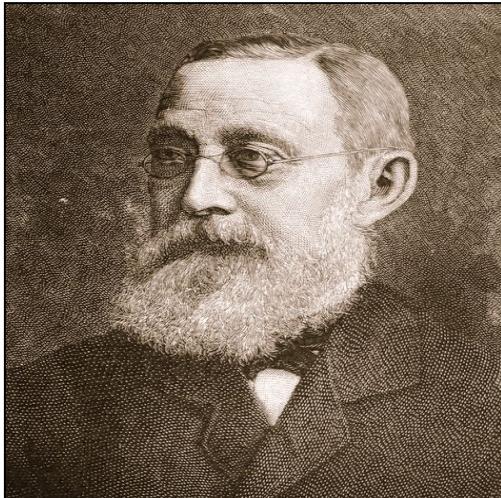
Gesundheitsverhalten /Lebensstil  
(z.B. Ernährung, Nikotin, Alkohol)

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



## 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“...

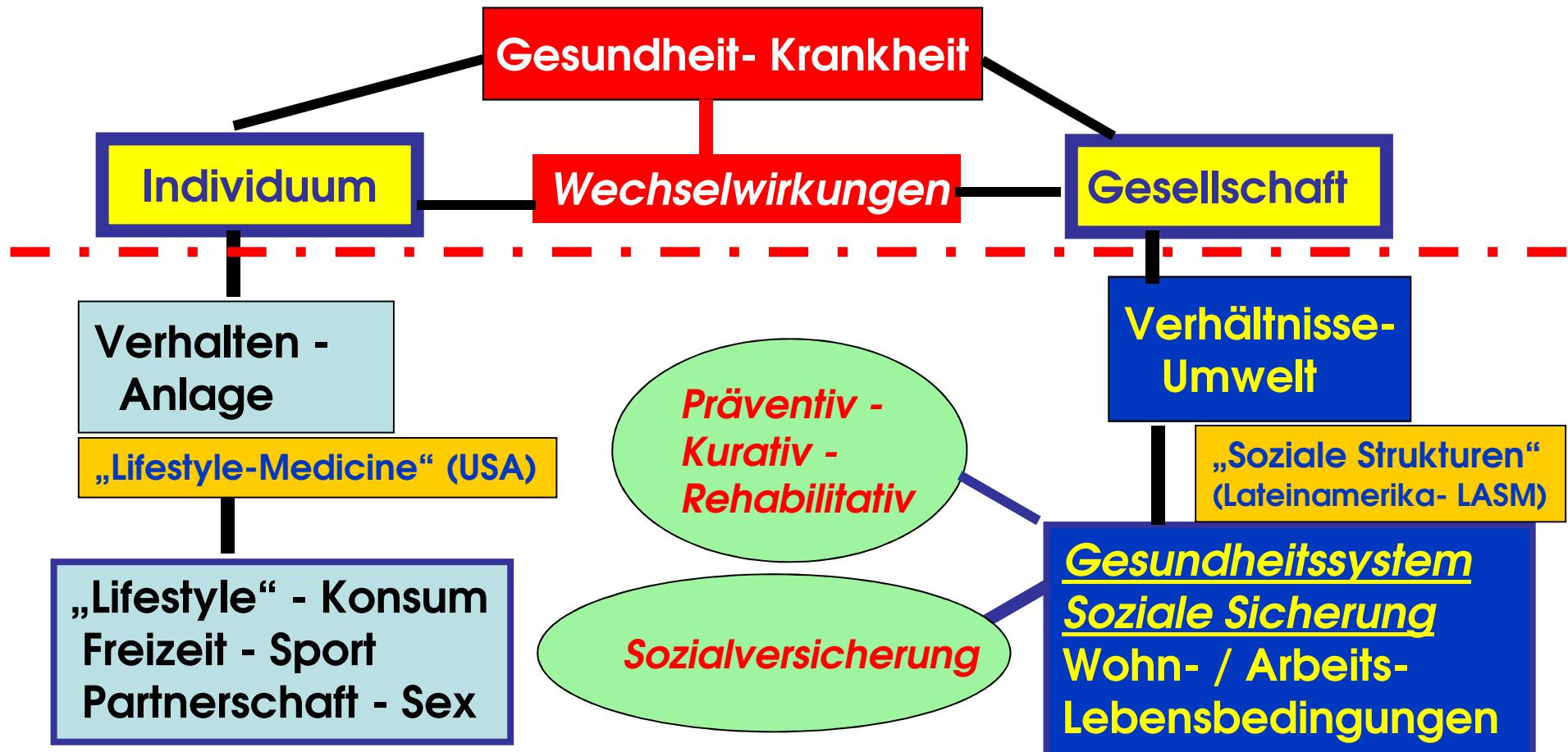
„Vater“ der deutschen Sozialmedizin

?

## 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

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

P o l i t i k a b h ä n g i g k e i t

Kosten := 1/3 BIP !!

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. €

„Geldfresser“ – Wirtschaftsstörer  
Lohnnebenkosten - Bürokratie

Qualitätssicherung – Evidenzbasierte Steuerung

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

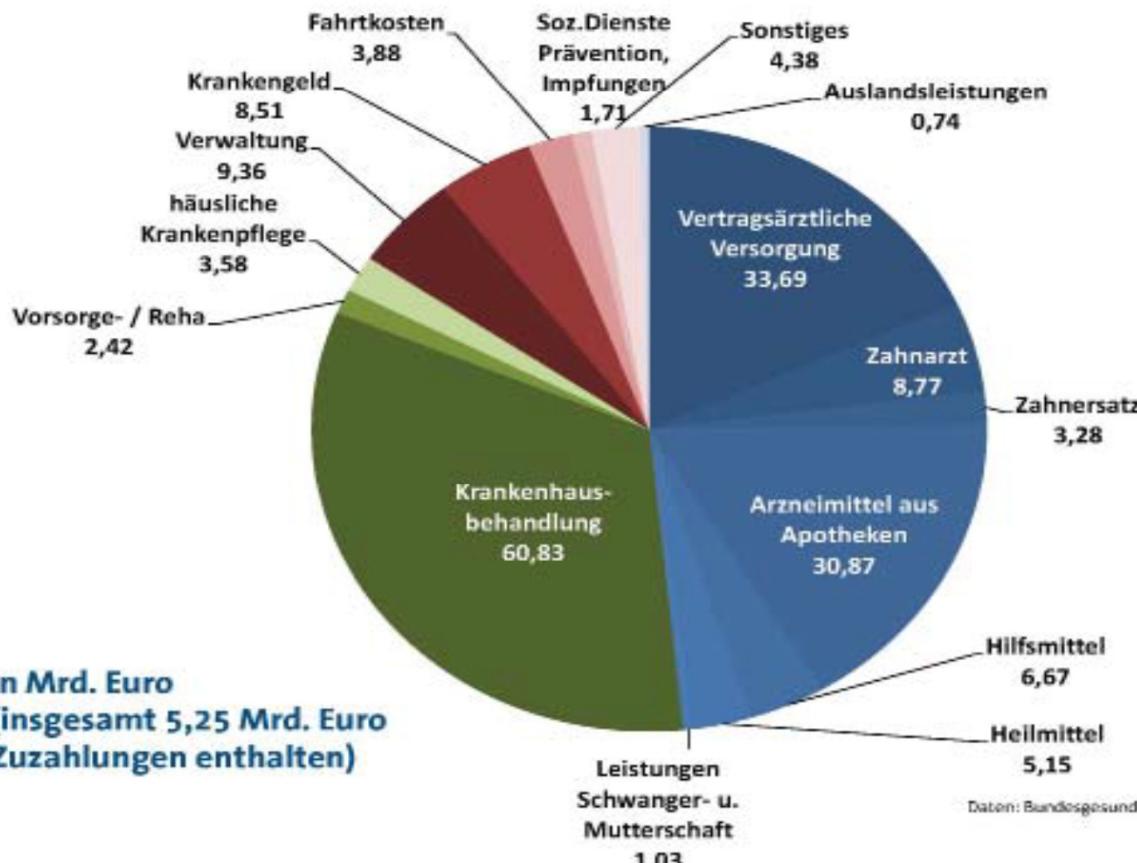
Dienstleistungsbranche mit  
hohen Wachstumsraten  
( „Jobmaschine“)

# Sozialversicherung - Anspruch u. Alltag



Gesundheit gestalten.

**2011 - GKV-Ausgaben 184,86 Mrd. Euro**



# **Staat oder Markt ? – Hauptziele des Sozialstaates**

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

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

**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)



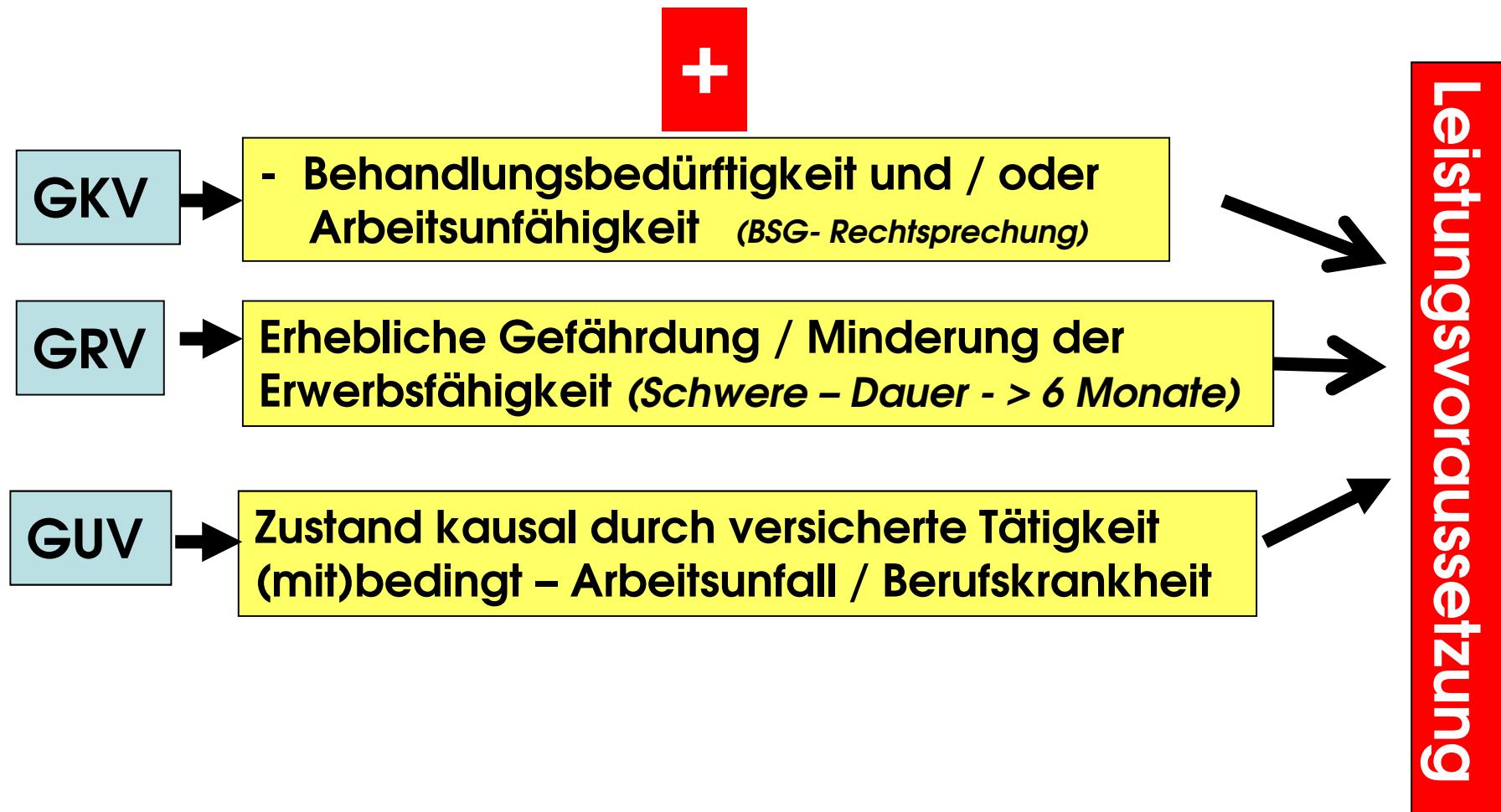
+

Juristisch

Krankheitswert : - klinisch manifest  
- Funktionsstörung  
- Besonderheiten für Rechtsgebiete

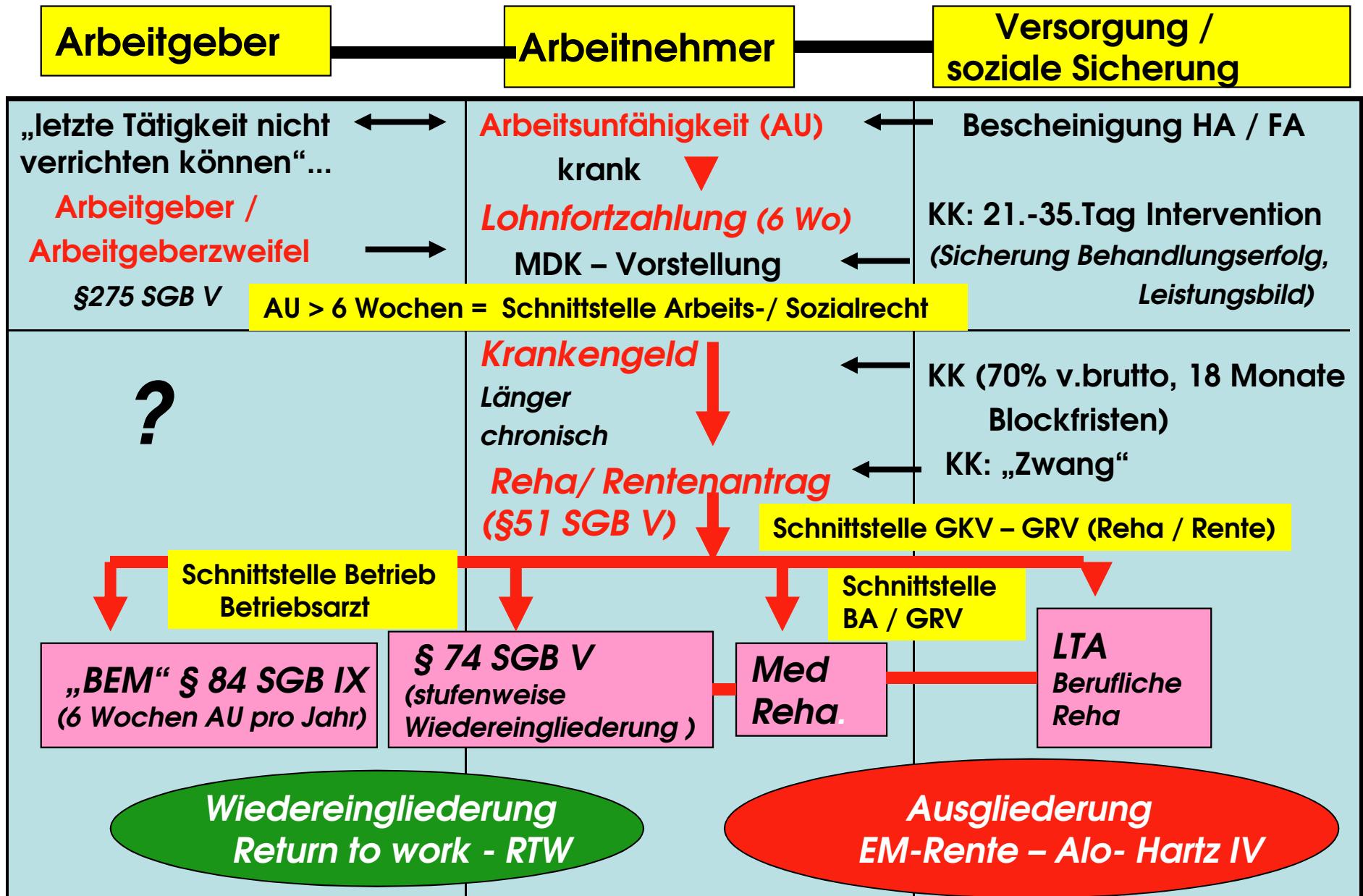
# Krankheit - Definitionen ...

...regelwidriger Körper- / Geisteszustand ...



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

# Lebensrisiko Krankheit - soziale Sicherung



## Glossar -

## Krankheit / Gesundheit und Arbeitswelt

<b>Arbeitsunfähigkeit (BSG) (G-BA)</b>	Zuletzt verrichtete Tätigkeit krankheitsbedingt nicht mehr oder nur auf Kosten der Gesundheit ausüben können ( <i>Defizit orientiert</i> ) (ICF-: Aktivitäts- / Teilhabestörung)
<b>Arbeitsfähigkeit (Arbeitsmedizin Public health )</b>	Summe der Faktoren, die Menschen in die Lage versetzt, gestellte Arbeitsaufgaben erfolgreich zu bewältigen ( <i>Ilmarinen – WAI – Konzept</i> )
<b>Beschäftigungs- fähigkeit (Politik)</b>	dauerhafte aktive Teilhabe am wirtschaftlichen Leben (individuell / Unternehmen)
<b>Erwerbsfähigkeit (SGB II)</b>	Leichte Tätigkeiten mindestens 3 Stunden pro Tag an 5 Tagen in der Woche ausüben können
<b>Erwerbsminderung (SGB VI)</b>	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	Leistungsbeurteilung	Ergebnis
akut – entzündlich fieberhaft Erkrankung / Unfall / Operation	Leistungsvermögen vorübergehend eingeschränkt	AU – Kurzzeit Anforderungsprofil nicht wesentlich
lokalisierte Schaden Leichtere Befindlichkeitsstörung einzelnes chronisches Leiden	Tätigkeitsrelevante Aktivitäten ?	AU – Nicht AU ?
Chronische Leiden Maligne Erkrankungen Unfall / Op Folgen	Strukturelle / funktionelle Schädigungen Aktivitäts - / Teilhabe Störung ?	AU ? Ggf. erhebliche Gefährdung / Minderung der Erwerbsfähigkeit ? med. Reha / LTA ?

## Arbeitsunfähigkeit (AU) - Bewertungskriterien (3)

Kategorie	Bezug
Beschäftigte	letzte konkrete Tätigkeit
Beschäftigte, die Arbeitsplatz 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“ – SBG 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)	„echte Krankheit“ (akut – rez. –Unfall)
nein (keine path.Befunde)	ja (AU)	<i>subjektives Befinden</i> „Blaumacher“ <i>soziale Probleme</i> <i>Arbeitsplatzproblem</i>
ja (path. Befunde)	nein (nicht AU)	<i>(chronisch) krank mit</i> <i>leidensgerechtem</i> <i>Arbeitsplatz -</i> <i>krank bei nicht leidens-</i> <i>gerechter Arbeit</i> <b>Präsentismus</b>
nein (keine path. Befunde)	nein (nicht AU)	„gesunde“ (nicht untersuchte)
„krank ist nicht gleich krank“ !		

# **Arbeitsunfähigkeit (AU) - Problemlagen**

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

# Langzeitarbeitsunfähigkeit - „Return to work“ ?

Instrument	Inhalt
<b>§ 74 SGB V</b> „stufenweise Wiedereingliederung“  <b>§28 SGB IX</b>	→ AU- Status des Vers. → Zeitraum maximal 6 Monate → Einverständnis des Vers. → Kooperation: Vertragsarzt, Vers., MDK, Krankenkasse, Arbeitgeber, Betriebsarzt, Betriebsrat
<b>§ 51 SGB V</b>	→ Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet / gemindert ? → “10 Wochen Frist“ durch KK → “Zwang zur Reha (med./LTA), sonst Krankengeldverlust → “Umdeutung“ in Rentenantrag (§116 SGB VI)
<b>§ 84 Abs.2 SGB IX</b> Betriebliches Eingliederungs- Management (BEM)	→ 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 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“

Akademisierung

~ 303.000 Pflegekräfte (Kliniken)

- 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
  - andere SV
  - PKV
  - Pauschalen
  - Einzelleistung
  - 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 soviele 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